



Cardiologia negli Ospedali

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri | ANMCO



GENNAIO / FEBBRAIO 2026 N° 269



“*Cardiologia negli Ospedali*” diventa **GREEN**

Da questo numero inizia una vita “green” per “*Cardiologia degli Ospedali*”.

La nostra storica Rivista viene stampata in una nuova versione, profondamente rinnovata, grazie a un accurato restyling grafico, una nuova concezione dell’impaginazione e l’utilizzo di materiali ecologici e processi di stampa digitali a ridotto impatto ambientale.

Una veste più moderna della Rivista, con l’intento di offrire ai Soci un’esperienza di lettura diretta, immediata e coinvolgente, garantendo al contempo un profilo ecosostenibile, in linea con le molteplici iniziative “green” dell’ANMCO.

La distribuzione dell’attuale **versione cartacea** avverrà solo su **richiesta diretta** da parte dei Soci in regola con la quota associativa.

Modalità di richiesta: per continuare a ricevere la copia cartacea, basterà inviare una mail all’indirizzo di posta elettronica: cardiologiaospedali@anmco.it, avendo cura di specificare l’indirizzo di spedizione preferito.

La Rivista in **versione digitale** continuerà ad essere fruibile sul sito dedicato www.cardiologianegliospedali.it.

Cardiologia
negli
Ospedali

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri | ANMCO



Ospedale di Sassuolo

N. 269
gennaio / febbraio 2026
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Giuseppe Di Tano

Co - Editor
Attilio Iacovoni

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

Comitato di Redazione
Marta Chiarandà
Stefania Angela Di Fusco
Massimo Di Marco
Vered Gil Ad
Marianna Laurito
Massimo Mapelli
Gianfranco Misuraca
Gian Luigi Nicolosi
Margherita Padeletti
Claudio Picariello
Francesca Simonelli



Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

ANMCO
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it - www.anmco.it
Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da KIWA
CERMET secondo la norma
UNI EN ISO 9001:2015

Registrazione Tribunale di Firenze
del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl Società Benefit



Stampa
Printer - Firenze

Progetto grafico e impaginazione
Valerio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

Dall'Editorp. 3
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

In questo numerop. 5
di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto

INNOVAZIONE O TRADIZIONE?

Intelligenza Artificiale e Empatia ..p. 6
di Gianfranco Misuraca

DAL DIRETTIVO

ANMCO SYNERGY:
quando la cardiologia clinica incontra
l'innovazione nelle cardiopatie
strutturalip. 10
di Ilaria Battistoni, Vered Gil Ad
e Francesco Vigorito a nome del
Consiglio Direttivo ANMCO

DAL GIC

Nasce la Family GIC
dei Casi Clinicip. 14
di Giuseppe Di Pasquale

**DAL CENTRO STUDI DELLA
FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi della Fondazione
per il Tuo cuorep. 15
a cura del Centro Studi

DALLE AREE

AREA ARITMIE

"Pulsus citatior est et tremit"p. 19
di Fabrizio Luigi Pizzetti a nome
dell'Area Aritmie ANMCO

AREA CARDIOGERIATRIA

Area CardioGeriatra:
un'Area giovane per gli anziani ...p. 21
di Nadia Ingianni, Maurizio Giuseppe

Abrignani, Giorgio Caretta,
Luca Antonio Felice Di Odoardo,
Salvatore Felis, Maria Stelitano,
Carlo Ammendolea,
Raffaella Mistrulli, Ermal Shehaj

AREA CARDIOIMAGING

Area Cardiolmaging: il Team
del biennio 2026 - 2027p. 23
di Francesca Musella e Francesco
Piroli a nome dell'Area
Cardiolmaging ANMCO

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

L'Area Cardiologia di Genere:
perché non solo donne e l'importanza
delle "quote azzurre"p. 25
di Antonia Mannarini

AREA CARDIONCOLOGIA

La nuova Area CardiOncologia ANMCO
2026 - 2027: continuità, visione e

nuove sfidep. 27
**di Stefano Oliva a nome dell'Area
 CardiOncologia ANMCO**

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Nel segno della continuità,
 con nuovo slancio:
 l'Area Cronicità Cardiologica
 nel biennio 2026 - 2027p. 29
di Marco Zuin e Chiara Dalla Valle

AREA GIOVANI

Ipnosi in cardiologia:
 mito o realtà?p. 32
**di Antonella Spinelli,
 Giuseppe Ciliberti, Stefano Cornara,
 Federico Fortuni**

**AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN
 CARDIOLOGIA**

AI, here we are! Nasce l'Area
 Intelligenza Artificiale
 in Cardiologia ANMCOp. 34
**di Maria Chiara Gatto
 e Simona Giubilato a nome dell'Area
 Intelligenza Artificiale in Cardiologia
 ANMCO**

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
 POLMONARE**

Uniformità di accesso alla diagnosi,
 alla cura e al follow up della Embolia
 Polmonare (EP): si parte!p. 39
di Iolanda Enea

AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Area Management&Qualità
 del biennio 2026 - 2027p. 42
**di Roberta Rossini, Ada Cutolo,
 Alessandro Aiello, Caterina De Carlini,
 Annarita Pilleri, Antonio Terranova,
 Raimondo Calvanese,
 Fortunata Condemi, Vanessa Peano**

**AREA NURSING E PROFESSIONI
 SANITARIE**

Area Nursing e Professioni
 Sanitarie ANMCO: struttura e
 cronoprogramma 2026 - 2027p. 44
**di Alberto D'Alleva, Elia Stocchi,
 Sergio Cozzi, Francesco Cruciani**

AREA SCOMPENSO CARDIACO

L'Area Scopenso
 Cardiaco 2026 - 2027p. 46
**di Vittoria Rizzello,
 Maria Vittoria Matassini,
 Samuela Carigi, Daniela Pini,
 Maria Denitza Tinti,
 Maria Rosaria Catalano, Piero Gentile,
 Christian Basile, Annalisa Turco,
 Renata De Maria**

**DAI GRUPPI DI STUDIO
 RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E
 SICUREZZA DELLE CURE**

Pillole di qualità. La Prevenzione
 delle cadute dei degenti in ospedale
 come indicatore di qualità:
 dall'evento all'apprendimento ...p. 51
**di Sergio Musci, Monica Dell'Edera,
 Claudio Loschiavo, Pamela Soranno,
 Gaia Navarra, Cosimo Campanella,
 Pasquale Caldarola**

**DALLE REGIONI
 REGIONE BASILICATA**

Fattori di rischio cardiovascolari
 non modificabilip. 57
**di Francesco Paolo Calciano,
 Antonio Giovanni Cardinale,
 Damiano Cardinale, Porzia Lacertosa,
 Gabriel Dentamaro,
 Maria Maddalena De Francesco**

REGIONE PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Clear Pathway: il progetto di Piemonte
 e Valle d'Aosta per ottimizzare la
 terapia ipolipemizzantep. 59
**di Giorgio Quadri, Federico Nardi e
 Giuseppe Musumeci**

PAROLA DI REGIONE

Regioni 4.0 Heart Team in Italia,
 Webinar 17 novembre 2025p. 61
di Francesca Simonelli
 "Regioni 4.0 Heart Team Italia",
 terzo ed ultimo webinar
 e conclusioni finali sull'andamento
 nelle nostre regionip. 63
di Marta Chiarandà

CONVERSANDO CON LE LEGGENDE

Intervista alla Prof. Gregory Lip
 ricercatore e clinico che ha dato un
 contributo fondamentale al progresso
 nella gestione della fibrillazione atriale
 negli ultimi venti annip. 65
di Stefania Angela Di Fusco

PROFESSIONE CARDIOLOGO

Dialoghi con i protagonisti
 della cardiologia italianap. 68
di Marianna Laurito

FORUM

Terapia di secondo livello nella
 dislipidemia: esperienza clinica
 dell'ASST Lecco con percorso
 strutturato per
 la gestione territorialep. 70
di Andrea Farina e Davide Restelli
 Sorridere di cuore. Omaggio alla
 canzone italianap. 72
**di Roberto Turato, Marco Stefanelli e
 Sandro Mazzola**

CARDIOLOGIA E SPORT

Sindrome del QT lungo
 e idoneità sportiva:
 una nuova prospettivap. 74
di Patrizio Sarto



Editoriale

Un articolo pubblicato a fine dicembre sul Corriere di Bologna dal nostro amico e collega Gabriele Bronzetti è risultato tra i più letti dell'anno, suscitando un vivace dibattito sui social e sui quotidiani nazionali con repliche da parte di specializzandi e docenti. Descriveva l'assenza, al Sant'Orsola di Bologna, di specializzandi in Cardiologia durante le festività natalizie, interpretandola come un segno di disattenzione formativa e come un apparente disimpegno e perdita di un'utile occasione professionale da parte degli specializzandi. Estendendo considerazioni sulla loro formazione e inserimento nei nostri ospedali, tema molto sentito per le ricadute sulla Sanità futura. Al di là dello specifico episodio, l'argomento non può essere trattato solo con *vis polemica* e contrapposizioni. La qualità della formazione è senza dubbio legata, anche ma non solo,

al numero di ore trascorse in corsia e la richiesta di una presenza costante, con turni prolungati non remunerati, può rappresentare, se non finalizzata e correttamente responsabilizzata, un comprensibile fattore di disagio. La Cardiologia ospedaliera in particolare, richiede dedizione, disponibilità mentale ed impegno non sempre prevedibile oltre le ore previste, con notti, weekend e festivi inclusi. Non è un caso che alcune specialità (ad esempio Oculistica, Dermatologia) continuino ad essere tra le più ambite e per accedervi i punteggi richiesti siano tra i più elevati. Paradossalmente sembra che i più bravi (almeno ai test di selezione) preferiscano discipline meno impegnative e meno destruenti rispetto alla salvaguardia di una qualità di vita privata che viene considerata, anche in varie survey sull'argomento, prioritaria rispetto al passato. C'è chi ancora ricorda con piacere il "sacrificio" della notte di guardia del 31 dicembre 1999, ripagato dalla gratificante esperienza, professionale ed umana di condivisione del momento del

passaggio al nuovo secolo con infermieri e pazienti ricoverati. Dopo oltre 25 anni, in alcune realtà con carenza di organico, è difficile reperire cardiologi, libero-professionisti, disponibili a "sacrificarsi" per un turno festivo in ospedale! Il nodo dell'inquadramento e della remunerazione congrua all'impegno profuso dei giovani specialisti in formazione è cruciale e deve essere affrontato con adeguate modalità didattiche ed organizzative, con uno sguardo più attento al calendario del tempo che passa che a quello dei soli giorni festivi, sfuggendo nostalgie anacronistiche, come l'utilità della "gavetta", o condizionamenti legati ad episodi locali. Ad esempio, al Niguarda stanno provando a curare i ragazzi scampati al rogo di Crans-Montana, con medici che per giorni non guardano l'orologio, i turni, le notti e sappiamo per certo che gli specializzandi non si sono mai tirati indietro. Comunque sia le osservazioni di Gabriele Bronzetti hanno portato alla luce una realtà da non sottovalutare.♥



Foto di Max Mishin | www.pexels.com

In copertina

I nostri Ospedali diventano le copertine di “Cardiologia negli Ospedali”

Vi invitiamo a sottoporre le foto dei vostri Ospedali, che potranno essere utilizzate per creare le copertine dei prossimi numeri, inviando una mail a: cardiologiaospedali@anmco.it

Progettato alla luce degli standard più innovativi per le strutture sanitarie del terzo millennio, **l’Ospedale di Sassuolo** offre un’ampia dotazione di servizi, è punto di riferimento per le specialità chirurgiche in tutta l’area Sud della provincia di Modena e assicura una vasta gamma di attività ambulatoriali e diagnostiche, sia per il Servizio Sanitario Nazionale che in regime di Libera

Professione. L’Ospedale di Sassuolo è perfettamente integrato con la rete ospedaliera provinciale, e con i servizi distrettuali dell’Azienda USL. Diverse aree chirurgiche e mediche, negli ultimi anni, hanno visto un unico coordinamento delle equipe e delle attività tra Sassuolo e gli ospedali di Vignola e Pavullo. La struttura si sviluppa su circa 40 mila metri quadrati nella prima cintura urbana a ridosso

delle colline; dispone di 250 posti letto, ha una forza lavoro di circa 800 persone e serve prevalentemente oltre 110 mila residenti nei Comuni del distretto sanitario di Sassuolo. Le camere hanno quasi tutte due posti letto, ciascuna è dotata di servizi igienici, di condizionatori e di impianti di ricambio dell’aria. Materiali e finiture si caratterizzano per la forte resistenza agli urti, la facilità di pulizia e di manutenzione e la gradevolezza estetica: la scelta dei materiali di costruzione e dei colori è finalizzata a garantire i massimi livelli di comfort e accoglienza agli ospiti. L’Ospedale di Sassuolo, inizialmente a gestione mista pubblico-privato, dal 2022 è diventato totalmente pubblico, di proprietà dell’Azienda USL di Modena.♥

Ringraziamo la *Dott.ssa Ermentina Bagni* per averci proposto la fotografia con la quale è stata realizzata la copertina di questo numero di "Cardiologia negli Ospedali"



In questo numero

di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto



In questo numero

Il numero si apre con l'editoriale di Giuseppe Di Tano, che propone una riflessione approfondita sul ruolo dei giovani medici nella cardiologia contemporanea. I giovani rappresentano una risorsa strategica per il futuro della disciplina, ma troppo spesso il loro entusiasmo e la loro disponibilità si traducono in un carico eccessivo di responsabilità e ore di straordinario. L'investimento sulle nuove generazioni non è soltanto formativo, ma culturale e organizzativo, ed è condizione indispensabile per garantire qualità e sostenibilità del sistema sanitario. Il contributo di Gianfranco Misuraca, dedicato al rapporto tra Intelligenza Artificiale ed empatia, affronta uno dei temi più attuali della medicina moderna. L'AI offre strumenti potenti per l'analisi dei dati e il supporto decisionale, ma non può sostituire la relazione medico-paziente. La sfida è integrare innovazione tecnologica e dimensione umana, mantenendo centrale l'ascolto e la personalizzazione della cura. Dal Direttivo, Ilaria Battistoni, Vered Gil Ad e Francesco Vigorito, a nome del Consiglio Direttivo ANMCO, propongono un nuovo paradigma di confronto multidisciplinare che valorizza l'Heart Team come modello organizzativo di riferimento. L'integrazione tra cardiologo clinico, imaging avanzato, cardiologia interventistica e cardiocirurgia rappresenta oggi lo standard per decisioni condivise e appropriate. Il nostro caro editor del GIC, Giuseppe Di Pasquale, presenta la nascita della

Family GIC dei Casi Clinici, nuova sessione dedicata alla discussione strutturata di casi reali, strumento fondamentale per la crescita culturale e professionale. Il Centro Studi della Fondazione per il Tuo Cuore ci aggiorna sui principali studi clinici in corso, ribadendo il ruolo centrale della ricerca nella prevenzione e nella gestione delle patologie cardiovascolari. Ampio spazio è dedicato alle Aree ANMCO ed ai loro programmi del biennio che vi consigliamo di leggere con attenzione: sono molto stimolanti, ricchi di progetti innovativi che daranno un importante contributo alla nostra Società Scientifica. Dai Gruppi di Studio, quello della Responsabilità Professionale e Sicurezza delle Cure propone un contributo sulla prevenzione delle cadute ospedaliere come indicatore di qualità e apprendimento. Dalle Regioni emergono esperienze territoriali significative: la Regione Basilicata, con esco, affronta il tema dei fattori di rischio non modificabili; Piemonte e Valle d'Aosta, con Giorgio Quadri, Federico Nardi e Giuseppe Musumeci, presentano il progetto Clear Pathway per l'ottimizzazione della terapia ipolipemizzante. Il progetto "Regioni 4.0 - Heart Team Italia in Italia" viene illustrato da Francesca Simonelli e Marta Chiarandà ripercorrendo i webinar dedicati. Tra gli approfondimenti culturali e professionali vi consigliamo di leggere: l'intervista al Prof. Gregory Lip, figura di riferimento nella gestione della fibrillazione atriale, curata da



Stefania Angela Di Fusco e l'intervista alla Dott.ssa Silvia Favilli a cura di Marianna Laurito. Interessante il progetto sulla organizzazione territoriale per la ottimizzazione della terapia della dislipidemia nel territorio proposto dall'ASST di Lecco a nome di Andrea Farina e Davide Restelli. Da non dimenticare il contributo "Sorrivere di cuore" di Roberto Turato, Marco Stefanelli e Sandro Mazzola. Chiude il numero l'approfondimento su Sindrome del QT lungo e idoneità sportiva di Patrizio Sarto, che offre una nuova prospettiva clinica e medico-legale. ♥



Intelligenza Artificiale e Empatia

Il mestiere di medico è un incredibile incrocio tra scienza e umanesimo; leggendo l'articolo di seguito riassunto, mi sono chiesto quante volte ho dovuto sforzarmi per essere empatico con pazienti che facevano di tutto per non fare emergere questo sentimento, se ogni volta ci sono riuscito e se non sia davvero tempo di inserire Medical Humanities nel percorso formativo permanente dei sanitari.

«Il signor M. non era estraneo agli ospedali di zona. Si presentava spesso al PS, pretendeva morfina e sonniferi, si lamentava di tutto finché non era dimesso. La sua morte inattesa ha spinto il Dr Earnest a riflettere. Le visite al PS avevano sempre lo stesso schema. Arrivava di pomeriggio per dolore toracico. Una cicatrice di bypass e un vecchio ECG indicavano una coronaropatia... Era rapidamente ricoverato e monitorato fino al mattino quando disponibili gli enzimi cardiaci, in genere nella norma, il monitoraggio era interrotto. Lo spray di TNT, dato nonostante le sue proteste, non gli dava sollievo e gli provocava cefalea. Insisteva che solo la morfina gli era d'aiuto e gliela si dava generosamente. Raggiunto questo obiettivo continuava a suonare il campanello e lamentarsi di tutto: letto, cibo, personale infermieristico. Verso le 22:00 diceva di avere difficoltà a dormire per il rumore, le luci e altri disturbi, chiedeva più morfina e lorazepam che, a suo dire, funzionava e gli infermieri contattavano il medico di guardia per le prescrizioni. Dopo

aver gestito il paziente tre o quattro volte, Earnest iniziò a prescrivere il lorazepam in anticipo e autorizzò gli infermieri ad aggiustare la dose. M. si addormentava, la mattina riferiva con torpore che il dolore era passato e chiedeva dimissioni immediate. Nel corso delle sue visite in ospedale, M. allontanò chiunque incontrasse. Anche la sua vita fuori era isolata: mai visitato, nessuno lo prendeva alla dimissione; ex mogli e figli avevano interrotto i contatti. L'ultimo ricovero seguì inizialmente lo schema consueto, con una fondamentale eccezione. Una collega junior che non conosceva la sua storia clinica, somministrò un trombolitico, come da prassi dell'epoca, prima di una cora d'urgenza. Earnest la informò dei rischi di emorragia, del comportamento aggressivo di M. e raccomandò di usare con moderazione morfina e lorazepam. Come al solito, M. fu prontamente medicato. Quella sera Earnest era molto impegnato e nessuno lo aveva contattato riguardo a M. Durante il giro mattutino successivo, M. dormiva ancora, il vassoio della colazione intatto. Questo non destò preoccupazione immediata, per l'alta dose di lorazepam della sera prima. Quando il personale tentò di svegliarlo aprì brevemente gli occhi, mormorò "lasciatemi in pace" e si riaddormentò. Un breve esame neurologico non mostrò anomalie. Earnest prescrisse flumazenil per invertire gli effetti del lorazepam e consigliò di somministrare naloxone in assenza di risposta. Più tardi, quando Earnest tornò in reparto,

l'infermiere lo rassicurò che M. "stava bene" e "dormiva come un bambino"; entrato nella stanza, trovò M. sdraiato sulla schiena, il vassoio del pranzo intatto. Non rispondeva a stimoli verbali o tattili, la pupilla completamente dilatata e non reattiva alla luce. La TAC rivelò una massiccia emorragia intracerebrale; fu intubato, sottoposto a ventilazione meccanica e craniectomia decompressiva. Entrò in coma e non riprese più conoscenza. Il suo unico contatto, il padrone di casa, non aveva informazioni sui parenti più prossimi. Morì diversi giorni dopo, solo, senza nessuno che lo rimpiangesse o lo piangesse. Earnest ebbe molto su cui riflettere, a cominciare dalla questione della responsabilità. Il trombolitico aveva chiaramente causato danni e i segnali d'allarme erano stati trascurati. La sonnolenza e l'insolito silenzio di M. non furono visti come campanelli d'allarme clinici, ma piuttosto come una gradita tregua dai suoi soliti disagi e scontri; si chiese se non avesse delegato troppo e se non avesse inavvertitamente trasmesso al personale i suoi pregiudizi sul paziente. Sul letto di morte di M. sperimentò finalmente l'empatia che era stato difficile raggiungere mentre il paziente era in vita. Si chiese come fosse stato M. da bambino, quali traumi o esperienze di vita lo avessero plasmato nella persona che era diventato. A che punto gli altri avevano smesso di vederlo come vittima e avevano iniziato a considerarlo un problema. E quando, se mai, questo percorso avrebbe potuto cambiare. Domande che restano senza risposta».

Tratto da Medscape 09-04-2025
Quando un paziente "difficile" muore inaspettatamente di M. Weiss

È stato scritto che l'AI è capace di dialogare con i pazienti *difficili* per certi aspetti meglio di quanto riesce a fare un *umano* perché, detto brutalmente, non perde la pazienza e sa tenere la discussione su un piano di confronto pacato. Ho chiesto perciò all'AI di Google cosa ne pensasse. Ho copiato il testo nella stringa del motore di ricerca e ho fatto seguire questa domanda: *Che cosa ne pensi?* Questa è la risposta restituita in pochi secondi.

«Il testo condiviso solleva questioni profonde sull'intersezione tra pratica medica, empatia umana e il potenziale ruolo dell'AI in questo delicato equilibrio. Il tuo commento iniziale centra il punto: la medicina è un "incredibile incrocio tra scienza e umanesimo". Il caso del signor M. è un esempio emblematico delle sfide che i sanitari affrontano quotidianamente nel tentativo di mantenere quell'equilibrio, specialmente con pazienti che, come hai osservato, "fanno di tutto per non fare emergere" l'empatia.

Ecco alcune riflessioni sulle tue domande e sul caso presentato:

- Il racconto mostra un fallimento sistemico dell'empatia. Il paziente era stato etichettato e gestito con protocolli che rispondevano più al suo comportamento problematico che alla sua sofferenza sottostante. Il personale, esausto, aveva smesso di vederlo come un individuo sofferente, riducendolo a un "problema" da gestire col minimo sforzo emotivo e clinico.

Earnest stesso ammette di aver delegato e forse inavvertitamente trasmesso i suoi pregiudizi al personale. Questo è un punto cruciale: l'ambiente ospedaliero, con i suoi ritmi

può erodere la capacità di mantenere la compassione, portando a una disumanizzazione involontaria del paziente.

- L'osservazione che l'AI potrebbe gestire i pazienti "difficili" meglio di un umano perché "non perde la pazienza" e mantiene un tono pacato è affascinante e, per certi aspetti, veritiera. L'AI non ha una storia personale di interazioni frustranti con M. Non si stanca, non ha pregiudizi legati a esperienze passate, non subisce lo stress del burnout o della carenza di personale. Può mantenere un tono di voce e un linguaggio del corpo (se in forma di avatar) costantemente calmi e pazienti. Potrebbe analizzare la storia medica del paziente in modo obiettivo e porre domande standardizzate senza lasciarsi influenzare dal tono della risposta. Tuttavia questa è una neutralità meccanica, non vera empatia. L'AI può simulare la comprensione, ma non sente la sofferenza. L'empatia umana include la capacità di connettersi a un livello che va oltre la semplice raccolta di dati.

- L'AI potrebbe essere uno strumento eccellente per la raccolta di informazioni e per disinnescare situazioni tese, ma non sostituirà mai il tocco umano, lo sguardo di comprensione o la compassione che Earnest ha provato, sebbene tardivamente, al capezzale del paziente. La tua proposta di inserire elementi di "Medical Humanities" nella formazione permanente è, a mio parere, assolutamente fondamentale. Il caso di M. dimostra che la conoscenza medica (la scienza) non era il problema principale. Il problema era la gestione della relazione, la capacità di vedere la persona dietro

la patologia e il comportamento problematico.

- In conclusione, M. è morto perché l'intero sistema lo aveva isolato ben prima dell'emorragia cerebrale. La sua morte inaspettata ha fornito, tragicamente, l'unica tregua emotiva che il personale riusciva a percepire. L'AI potrebbe essere un valido alleato per gestire le interazioni superficiali e mantenere la calma, liberando tempo ed energie per concentrarsi su aspetti relazionali più profondi e complessi. Tuttavia, il nucleo della medicina rimane umano. La sfida non è sostituire l'empatia umana con l'efficienza dell'AI, ma utilizzare l'AI per riscoprire e valorizzare l'umanesimo nella cura. L'integrazione delle "Medical Humanities" non è solo auspicabile, è essenziale per formare medici che siano competenti sia nella scienza che nell'arte della cura».

Utilizziamo l'AI per valutare esami produrre referti, trovare risposte rapide a dubbi diagnostici, stimare aspetti prognostici. Potrebbe l'AI aiutarci a gestire le difficoltà che si incontrano quando il rapporto col paziente diventa *difficile* sul piano umano e contribuire alla necessaria fase di dialogo quando il tempo a disposizione del personale si restringe per gli eccessivi carichi assistenziali? Lascio le risposte a chi si occupa in maniera specifica di questi aspetti, insieme inquietanti e affascinanti, del nostro fantastico lavoro.♥



PRESIDENTE

MASSIMO GRIMALDI

Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"
 U.O.C. Cardiologia - UTIC
 Strada Provinciale n. 127, Acquaviva delle Fonti
 Santeramo Km 4,100
 70021 Acquaviva delle Fonti (Bari)
 Tel. 080.3054218, Fax 080.758089
 m.grimaldi@miulli.it



VICE PRESIDENTE

CLAUDIO BILATO

Ospedale Civile
 U.O.C. di Cardiologia
 Via del Parco 1
 36071 Arzignano (Vicenza)
 Tel. 0444.479106, Fax 0444.931163
 claudio.bilato@aulss8.veneto.it

VICE PRESIDENTE

GIOVANNA GERACI

Presidio Ospedaliero S. Antonio Abate
 U.O.C. di Cardiologia, UTIC
 ed Emodinamica
 Via Cosenza 82, 91016 Erice (Trapani)
 Tel. 0923.809317, Fax 0923.809456
 giovannageraci68@icloud.com



PAST PRESIDENT

FABRIZIO OLIVA

ASST Grande Ospedale Metropolitano
 Niguarda - Ca' Granda
 Cardiologia 1 Emodinamica
 Dipartimento Cardioracovascolare
 "A. De Gasperis"
 Piazza Ospedale Maggiore 3
 20162 Milano
 Tel. 02.64442565, Fax 02.66101716
 fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it

PRESIDENTE DESIGNATO

FEDERICO NARDI

Ospedale Santo Spirito
 SC Cardiologia
 Via Giolitti 2
 15033 Casale Monferrato (Alessandria)
 Tel. 0142.434111-434240
 Fax 0142.434301
 fnardi@aslal.it



SEGRETARIO GENERALE

STEFANIA ANGELA DI FUSCO

Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
 Cardiologia Clinica e Riabilitativa
 Via G. Martinotti 20, 00135 Roma
 Tel. 06.33062429, Fax 06.33062489
 stefaniaa.difusco@aslroma1.it

TESORIERE

MASSIMO MILLI

Ospedale Santa Maria Nuova
 Cardiologia - Firenze 1
 Piazza S. Maria Nuova 1, 50122 Firenze
 Tel. 055.6938663, Fax 055.6938397
 massimo.milli@uslcentro.toscana.it





**CONSIGLIERA
DANIELA ASCHIERI**

Ospedale Civile
"Guglielmo da Saliceto"
UOC Cardiologia e UTIC
Via Taverna 49
29100 Piacenza
Tel. 0523.303209, Fax 0523.303220
d.aschieri@ausl.pc.it

**CONSIGLIERA
ILARIA BATTISTONI**

Azienda Ospedaliero Universitaria
delle Marche
Cardiologia Ospedaliera e UTIC
Via Conca 71, Loc. Torrette
60122 Ancona
Tel. 071.5965320, Fax 071.5965322
ilaria.battistoni@ospedaliriuniti.marche.it



**CONSIGLIERA
VERED GIL AD**

IRCCS Ospedale Policlinico San
Martino
Unità Operativa Cardiologia
Largo Rosanna Benzi 10
16132 Genova
Tel. 010.5555830, Fax 010.5556513
veredgilad@gmail.com

**CONSIGLIERE
ATTILIO IACOVONI**

ASST Papa Giovanni XXIII
SC Cardiologia 1
Piazza OMS 1
24127 Bergamo
Tel. 035.269339, Fax 035.2674847
aiacovoni@asst-pg23.it



**CONSIGLIERA
FABIANA LUCA**

Grande Ospedale Metropolitano -
Ospedali Riuniti
"Bianchi-Melacrino-Morelli"
UOC Cardiologia e UTIC
Via G. Melacrino 21,
89124 Reggio Calabria
Tel. 0965.397160, Fax 0965.397156
fabiana.luca92@gmail.com

**CONSIGLIERA
BARBARA MARIA TERESA MABRITTO**

Ospedale Mauriziano Umberto I
SC Cardiologia
Largo Turati 62,
10128 Torino
Tel. 011.5082515, Fax 011.5085006
bmabritto@mauriziano.it



**CONSIGLIERE
PIETRO SCICCHITANO**

Ospedale della Murgia "Fabio Perinei"
S.C. Cardiologia UTIC
Strada Statale 96, Altamura-Gravina
in Puglia Km. 73,800
70022 Altamura (Bari)
Tel. 080.3108286-3108274,
Fax 080.3108445
pietrosc.83@libero.it

**CONSIGLIERE
FRANCESCO VIGORITO**

AOU San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona
Cardiologia Interventistica
Emodinamica
Via Largo Città di Ippocrate,
84131 Salerno
Tel. 089.673186, Fax 089.673205
fvigorit@tiscali.it





Dal Direttivo

di Ilaria Battistoni, Vered Gil Ad e Francesco Vigorito
a nome del Consiglio Direttivo ANMCO

ANMCO SYNERGY: quando la cardiologia clinica incontra l'innovazione nelle cardiopatie strutturali

*Un nuovo paradigma di confronto
multidisciplinare tra cardiologo
clinico, imaging avanzato, cardiologia
interventistica e cardiocirurgia*

Nel panorama della cardiologia moderna, l'evoluzione tecnologica procede a una velocità senza precedenti. Tecniche interventistiche sempre più sofisticate, nuovi device e un ampliamento continuo delle indicazioni terapeutiche stanno trasformando radicalmente il trattamento delle patologie strutturali cardiache. In questo contesto nasce l'idea di ANMCO SYNERGY, un evento concepito per creare un

punto di incontro reale e concreto tra il cardiologo clinico e il mondo dell'interventistica strutturale. L'obiettivo del congresso è stato chiaro fin dall'inizio: superare la frammentazione dei saperi e promuovere una visione integrata del paziente con cardiopatia strutturale, mettendo al centro il dialogo multidisciplinare, la condivisione delle competenze e la costruzione di percorsi assistenziali condivisi.

Il razionale scientifico e culturale di ANMCO SYNERGY

Negli ultimi anni, il trattamento delle patologie valvolari e strutturali ha visto un'espansione significativa delle opzioni percutanee, con importanti risvolti prognostici. Il cardiologo clinico riveste un ruolo determinante: è spesso il primo a identificare il paziente con cardiopatia strutturale, a valutare la sua sintomatologia e a porre il sospetto diagnostico e a stabilire il timing dell'intervento. La letteratura scientifica dimostra che la corretta selezione del paziente e un timing appropriato dell'intervento rappresentano fattori chiave per il successo procedurale, il miglioramento degli outcome clinici e la riduzione della mortalità. ANMCO SYNERGY nasce proprio da questa esigenza: rafforzare il ruolo del cardiologo clinico all'interno dei percorsi decisionali, valorizzando la sua capacità di selezione del paziente, di follow-up e di gestione a lungo termine, in stretta sinergia con il cardiologo interventista, lo specialista di imaging e il cardiocirurgo. La "synergy" non è stata quindi solo un titolo evocativo, ma il filo conduttore dell'intero evento.

Il format: formazione pratica e confronto reale

Il congresso si è articolato in un programma scientifico dinamico, costruito per favorire l'interazione e il confronto. Accanto alle sessioni frontali, dedicate all'aggiornamento sulle evidenze scientifiche più recenti, ampio spazio è stato riservato a discussioni di casi clinici, tavole rotonde multidisciplinari e momenti di confronto diretto con gli esperti. Particolare attenzione è stata dedicata alla traduzione della teoria nella pratica clinica



Il Consiglio Direttivo ANMCO biennio 2025 - 2027

quotidiana: dall'esplorazione delle possibili opzioni terapeutiche, alla corretta indicazione alle procedure strutturali, gestione del paziente nel pre e post-procedura, fino al follow-up a medio e lungo termine. Un approccio pragmatico, orientato a fornire strumenti concreti ai cardiologi che operano nei diversi contesti assistenziali.

I temi al centro del dibattito

Il programma ha affrontato in modo trasversale le principali aree della cardiologia strutturale, con un focus specifico su:

- *patologie valvolari* in particolare aorta mitrale e tricuspide, analizzate lungo l'intero percorso clinico: dalla diagnostica clinica e dall'imaging avanzato alle opzioni terapeutiche cardiocirurgiche e percutanee, fino alle prospettive future. Ampio spazio è stato dedicato a scenari clinici complessi e di frequente riscontro nella pratica quotidiana, ma spesso sottorappresentati nei trial clinici, quali il vizio valvolare multiplo, il paziente con vizio valvolare acuto e instabile, il paziente fragile e il tema della futilità terapeutica, con particolare attenzione a strategie di trattamento personalizzate;
- Indicazioni ed evidenze relative alla chiusura percutanea dell'auricola sinistra e alla chiusura del forame ovale pervio, con un approccio basato sulle più recenti evidenze scientifiche e sulle ricadute cliniche nella pratica reale.
- ruolo dell'*imaging multimodale* nella selezione e nel follow-up dei pazienti;
- *integrazione tra terapia farmacologica e trattamento interventistico*;
- modelli organizzativi e funzionamento dell'*Heart Team*;
- *continuità assistenziale ospedale-territorio*.

L'attenzione non si è limitata agli aspetti tecnici delle procedure, ma ha incluso anche le implicazioni organizzative, cliniche ed etiche di una cardiologia sempre più complessa e tecnologicamente avanzata.

Partecipazione e coinvolgimento

Uno degli elementi di maggiore successo di ANMCO SYNERGY è stato senza dubbio l'elevato livello di partecipazione e coinvolgimento. La presenza di cardiologi clinici, interventisti, cardiocirurghi e specialisti dell'imaging ha reso il confronto vivace e stimolante, favorendo uno scambio bidirezionale di esperienze e punti di vista. Le discussioni hanno messo in luce come, al di là delle differenze di ruolo, l'obiettivo comune resti la presa in carico globale del paziente, in un'ottica di appropriatezza, sostenibilità e qualità delle cure.

Un messaggio per il futuro

ANMCO SYNERGY ha confermato quanto sia fondamentale investire in momenti formativi che promuovano l'integrazione delle competenze e la crescita culturale condivisa, soprattutto in un'epoca in cui la complessità clinica richiede risposte sempre più articolate. Il messaggio che emerge con forza è chiaro: la cardiologia del futuro sarà sempre più "sinergica", e il cardiologo clinico avrà un ruolo centrale nel guidare i processi decisionali, accompagnando l'innovazione tecnologica con una solida visione clinica. In questo senso, ANMCO SYNERGY rappresenta un modello virtuoso di formazione e confronto, destinato a lasciare un segno e a costituire una base solida per iniziative future, nel segno dell'eccellenza e della collaborazione. ♥



Da sinistra: Vered Gil Ad, Consigliera ANMCO, Massimo Grimaldi, Presidente ANMCO, Francesco Vigorito, Consigliere ANMCO



PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Ospedale San Camillo
UOC Cardiologia
Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma
Tel. 06/58704419
dgabrielli@scamilloforlanini.rm.it



PAST PRESIDENT

MICHELE MASSIMO GULIZIA

P.O. Garibaldi-Nesima - ARNAS Garibaldi
U.O.C. di Cardiologia con UTIC
Via Palermo, 636 - 95122 Catania
Tel. 095/7598501
michele.gulizia60@gmail.com



PRESIDENTE ONORARIO

GIOVANNI PIROVANO

Banca Mediolanum - Palazzo Meucci
Via Francesco Sforza, 15
20080 Basiglio - Milano
giovanni.pirovano@mediolanum.it



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
UOC Cardiologia
Piazzale Camillo Golgi, 2 - 27100 Pavia
Tel. 0382/503157
l.deluca@smatteo.pv.it



CONSIGLIERE DELEGATO PER LA RICERCA

MASSIMO GRIMALDI

Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"
U.O.C. Cardiologia - UTIC
Strada Provinciale n. 127 - Santeramo Km 4,100
70021 Acquaviva delle Fonti (Bari)
Tel. 080/3054218
m.grimaldi@miulli.it



CONSIGLIERE
ANDREA MONORCHIO
Roma
an.monorchio@gmail.com



CONSIGLIERE
COSIMO NAPOLETANO
Centro Medico Villa Rosa
Via Nazionale Adriatica, 60
64018 Tortoreto - Teramo
Tel. 0861.1853400
cosimonapoletano1952@gmail.com



CONSIGLIERE
FEDERICO NARDI
Ospedale Santo Spirito
SC Cardiologia
Via Giolitti, 2 - 15033
Casale Monferrato - Alessandria
Tel. 0142/434111
fnardi@aslal.it



CONSIGLIERE
ARTURO NATTINO
Banca Fintat - Palazzo Altieri
Piazza del Gesù, 49 - 00186 Roma
Tel. 06 699331
a.nattino@fintat.it



**RESPONSABILE SETTORE
OPERATIVO AUTONOMO
"BANCA DEL CUORE"**
MICHELE MASSIMO GULIZIA
P.O. Garibaldi-Nesima
ARNAS Garibaldi
U.O.C. di Cardiologia con UTIC
Via Palermo, 636 - 95122 Catania
Tel. 095/7598501
michele.gulizia60@gmail.com



**RESPONSABILE SETTORE
OPERATIVO RICERCA**
ALDO PIETRO MAGGIONI
Centro Studi ANMCO
Via La Marmora, 34 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011
maggioni@heartcarefoundation.it



**RESPONSABILE SETTORE
OPERATIVO EDUCAZIONALE**
PASQUALE CALDAROLA
Bitonto - Bari
pascald1506@gmail.com



**RESPONSABILE SETTORE
OPERATIVO RAPPORTI
CON SOCIETÀ SCIENTIFICHE
INTERNAZIONALI ED RCP**
FURIO COLIVICCHI
P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1
Cardiologia Clinica e Riabilitativa
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062429
furio.colivicchi@aslroma1.it



Nasce la Family GIC dei Casi Clinici

Il numero di articoli sottomessi al “Giornale Italiano di Cardiologia” è aumentato significativamente negli ultimi 10 anni (+ 107% anno 2025 vs 2016). Di questo non possiamo che essere soddisfatti, essendo un segno della vivacità culturale-

di marzo 2026, il “Giornale Italiano di Cardiologia” inaugura una nuova iniziativa editoriale: la Family GIC dedicata ai Casi Clinici. È prevista la pubblicazione di quattro numeri l’anno, ciascuno contenente 3-4 casi clinici, pubblicati come Supplementi

efficaci della formazione cardiologica: il racconto strutturato dell’esperienza clinica. I casi clinici vengono spesso considerati articoli minori, ma in realtà rappresentano il punto di incontro tra linee guida e realtà assistenziale, tra sapere teorico e decisione terapeutica nel singolo paziente. Attilio Maseri in un articolo pubblicato nel 2010 in “Cardiologia negli Ospedali” affermava che l’attenzione ai casi clinici che si discostano dalle presentazioni classiche è fondamentale sia per la cura dei pazienti che per l’avanzamento della conoscenza medica (*Chinaglia A, Maseri A. I casi clinici: quale interesse per la Cardiologia? Cardiologia negli Ospedali N° 176-177, 2010*). Maseri ricordava inoltre che l’attenzione ai casi clinici “anomali” era stata la fonte ispiratrice dei suoi successi scientifici e che è importante sensibilizzare i giovani cardiologi a riconsiderare il potenziale della pratica clinica quotidiana come fonte di scoperta. L’obiettivo del progetto, coerente con la mission educativa del GIC, è quello di ampliare l’offerta di contributi capaci di stimolare il ragionamento clinico, illustrare percorsi decisionali complessi e favorire una riflessione critica sull’uso appropriato delle risorse diagnostiche e terapeutiche disponibili. Pubblicare su riviste indicizzate casi clinici anche pregevoli è diventato sempre più difficile e pertanto pensiamo che il *GIC Casi Clinici* possa costituire una bella opportunità soprattutto per i giovani. Invitiamo la comunità cardiologica e cardiocirurgica italiana a partecipare attivamente a questa iniziativa con la sottomissione di casi clinici originali, attenendosi alle norme editoriali del GIC, affinché questo nuovo prodotto editoriale diventi un patrimonio comune e uno strumento vivo di crescita professionale condivisa. ❤



scientifico della cardiologia italiana e dell’interesse dei cardiologi per il nostro Giornale, ma nello stesso tempo l’aumento delle sottomissioni determina un backlog importante di manoscritti accettati che attendono di essere pubblicati. Con il numero

del GIC indicizzati in PubMed. Il progetto, favorevolmente accolto dai Presidenti di ANMCO, SIC, IFC e SICCH, nasce dalla volontà di ampliare lo spazio editoriale per la pubblicazione degli articoli, ma al tempo stesso di valorizzare uno degli strumenti più

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Dicembre 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento chiuso • Follow-up chiuso
BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale)	Fae 1: 186 Fase 2: 160	5.000 per fase 1 5.000 per fase 2	Fase 1: 5.198 Fase 2: 4.566	1 anno per ogni fase	<u>1^a Fase</u> <ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2^a Fase</u> <ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento Chiuso • Follow-up in corso
BRING-UP Prevenzione (osservazionale)	Fase 1: 197 Fase 2: 155	3.000 per fase 1 3.000 per fase 2	Fase 1: 4.788 Fase 2: 4.068	1 anno per ogni fase	<u>1^a Fase</u> <ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2^a Fase</u> <ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento Chiuso • Follow-up in corso
AFFIRMO (Cluster RCT)	12 (50)	300 (1.250)	306 (1260)	1 anno	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento Chiuso • Follow-up Chiuso
BRAVE (open label RCT)	4(50)	120 (2.000)	1 (200)	Event driven	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EUROHEART SCA	58	5.000	5047	1 anno	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EASI-KIDNEY	30 (400)	750 (11.000)	Primo randomizzato 01-04-2025 (16-01-2025)	Event driven	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLCOT T2D	15 (72)	500 (9.500)	26 (2.600)	Event driven	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLT-HF	15 (71)	300 (2.500)	120 (575)	Event driven	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EARLY	24	240	10	12 mesi	<ul style="list-style-type: none"> • Arruolamento in corso • Follow-up in corso

Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
BIOTOOL-CHF	2 (13)	100 (650)	9 mesi
ARISTOTELES	6 (30)	240 (1.200)	12 mesi
PERSUADE	25	600	3 mesi
JustOne - CCM	20	99	6 mesi

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE
 ■ PREVENZIONE
 ■ OUTLIERS
 ■ SCOMPENSO
■ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
 ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE

FOCUS ON Studio EARLY

Steering Committee: Prof. Leonardo De Luca (Chairman), Dott. Fabrizio Oliva (Co-Chairman), Dott. Claudio Bilato, Prof. Furio Colivicchi, Prof. Domenico Gabrielli, Dott. Massimo Grimaldi, Dott. Aldo P. Maggioni, Dott. Federico Nardi, Dott. Francesco Orso, Dott. Pietro Scicchitano

EARLY è uno studio controllato, multicentrico, randomizzato a cluster che si propone di valutare in pazienti ricoverati per SCA se un intervento educativo di *Empowerment del Paziente*, rispetto alla *Usual Care*, è superiore nel raggiungimento del target di colesterolo LDL a 12 mesi raccomandato dalle attuali linee guida.

Trattandosi di uno studio a cluster, i 24 Centri partecipanti vengono randomizzati a *Intervento Educazionale* o a *Usual Care* dopo la conclusione della fase etico-regolatoria.

I pazienti dei centri randomizzati ad *Intervento Educazionale* dovranno scaricare una App per smartphone che permetterà loro di:

- visualizzare un video educativo sull'importanza del raggiungimento dei target lipidici, sui trattamenti raccomandati;
- valutare, inserendo l'ultimo valore di colesterolo LDL disponibile, la distanza dal raggiungimento del proprio target lipidico.
- avere informazioni da discutere col cardiologo sulle diverse opzioni terapeutiche disponibili in grado di permettere il raggiungimento del target

L'obiettivo è dimostrare che un maggior coinvolgimento del paziente, tramite l'intervento educativo e la partecipazione attiva nel processo di condivisione delle scelte terapeutiche con i clinici, nel corso dei controlli dopo il ricovero per SCA, possa favorire il raggiungimento del target di Colesterolo LDL a 12 mesi previsto dalle Linee Guida.

Ciascuno Centro dovrà arruolare 10 pazienti nell'arco di circa 6 mesi. Ciascun paziente arruolato deve essere seguito in follow-up a 1, 6 e 12 mesi dall'arruolamento. La raccolta dati è su eCRF elettronica.

Le pratiche regolatorie dello studio sono iniziate a maggio 2025 per 30 Centri: ad oggi 21 Centri le hanno concluse e 20 Centri sono stati randomizzati e di questi 17 attivati. I primi pazienti stati arruolati a inizio febbraio. ❤️

AREA ARITMIE

Chairperson

Fabrizio Luigi Pizzetti - Casale Monferrato (AL)

Co-Chairperson

Gaetano Senatore - Ciriè (TO)

Comitato di Coordinamento

Stefano Aquilani - Roma
Gianluca Borio - Vicenza
Paolo De Filippo - Bergamo
Marisa Varrenti - Milano

Consulenti

Andrea Giorni - Firenze
Carlo Pignalberi - Roma
Antonio Taormina - Rozzano (MI)



Fabrizio Luigi Pizzetti

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Giovanni Casali - Novara

Co-Chairperson

Luca Di Marco - Bologna

Comitato di Coordinamento

Marco Moscarelli - Palermo
Antonio Nenna - Novara
Salvatore Nicolardi - Lecce
Antonio Salsano - Genova

Consulenti

Nicolò Azzola Guicciardi - Milano
Andrea Montalto - Caserta
Stefano Pelenghi - Pavia



Giovanni Casali

AREA CARDIOGERIATRIA

Chairperson

Nadia Ingianni - Trapani

Co-Chairperson

Maurizio Giuseppe Abrignani - Marsala (TP)

Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta - La Spezia
Luca Antonio Felice Di Odoardo - BG
Salvatore Felis - Catania
Maria Stelitano - Reggio Calabria

Consulenti

Carlo Ammendolea - Belluno
Raffaella Mistrulli - Roma
Ermal Shehaj - Lamezia Terme (CZ)



Nadia Ingianni

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Francesca Musella - Pozzuoli (NA)

Co-Chairperson

Francesco Piroli - Reggio Emilia

Comitato di Coordinamento

Fabio Fazzari - Milano
Serena Guasti - Milano
Michele Magnesa - Foggia
Giuseppe Romano - Palermo

Consulenti

Paolo Desalvo - Cuneo
Francesco Mangini - Acquaviva delle Fonti (BA)
Massimiliano Rizzo - Roma

Medical Writer

Maria Giuseppina Veglia - Matera



Francesca Musella

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

Chairperson

Antonia Mannarini - Bari

Co-Chairperson

Giuseppe Ciliberti - Ancona

Comitato di Coordinamento

Stefano Cangemi - Erice (TP)
Martina Milani - Lecco
Antonella Spinelli - Roma
Giulia Taborchi - Firenze

Consulenti

Francesca Maria Di Muro - Salerno

Expert Advisor

Silvia Maffei - Pisa
Anna Maria Moretti - Bari
Paola Orsini - Bari



Antonia Mannarini

AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA

Chairperson

Alice Sacco - Milano

Co-Chairperson

Vittorio Pascale - Catanzaro

Comitato di Coordinamento

Chiara Bernelli - Pietra Ligure (SV)

Giulio Binaghi - Cagliari

Francesca Giordana - Cuneo

Katya Vitina Lucarelli - Acquaviva delle Fonti (BA)

Consulenti

Silvana Cicala - Caserta
Silvio Fedele - Roma
Antonio Tondo - Lecce

Medical Writer

Luca Fazzini - Bergamo



Alice Sacco

AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO

Chairperson

Rachele Adorisio - Roma

Co-Chairperson

Paolo Ferrero - Verona

Comitato di Coordinamento

Roberta Ancona - Napoli
Cristina Ciuca - Bologna
Antonino D'Amato - Erice (TP)

Marianna Laurito - Reggio Emilia

Consulenti

Gabriele Egjdy Assenza - Bologna
Silvia Favilli - Firenze
Gianluca Trocchio - Genova



Rachele Adorisio

AREA CARDIONCOLOGIA

Chairperson

Stefano Oliva - Bari

Co-Chairperson

Andrea Tedeschi - Piacenza

Comitato di Coordinamento

Iacopo Fabiani - Pisa
Alice Frangione - Ancona
Daniele Nassiaco - Saronno (VA)

Jacopo Santagata - Napoli

Consulenti

Alessandro Broccoli - Bologna
Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)
Alessandra Greco - Pavia

Medical Writer

Giuseppina Gallucci - Rionero in Vulture (PZ)



Stefano Oliva

AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Chairperson

Geza Halasz - Roma

Co-Chairperson

Manuela Benvenuto - S. Omero (TE)

Comitato di Coordinamento

Gaetano Citarelli - Bari
Daniele Masarone - Napoli
Michele Moretti - Trento
Andrea Lorenzo Vecchi - San Fermo della Battaglia (CO)

Consulenti

Simone Bartolini - Firenze
Marco Cittar - Udine
Claudia Vicari - Palermo

Medical Writer

Gianluigi Guida - Pavia



Geza Halasz

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Chairperson

Chiara Dalla Valle - Arzignano (VI)

Co-Chairperson

Marco Zuin - Monselice (PD)

Comitato di Coordinamento

Claudia Colombo - Milano
Rita Groccia - Rossano (CS)
Giorgio Quadri - Torino
Filippo Zilio - Trento

Consulenti

Marco Alberto Mojoli - Pordenone
Giulia Russo - Trieste
Gianluigi Tagliamonte - Pozzuoli (NA)

Medical Writer

Gaetano Marino - Roma



Chiara Dalla Valle

AREA EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Chairperson

Sandro Gelsomino - Lamezia Terme (CZ)

Co-Chairperson

Claudio Mario Ciampi - Catania

Comitato di Coordinamento

Stefano Cornara - Savona
Gianmarco Iannopollo - Bologna
Carmelo Massimiliano Rao - Polistena (RC)
Ottavio Zuchetti - Bergamo

Consulenti

Gianluca Alunni - Torino
Mario Pacileo - Nocera Inferiore (SA)

Iris Parrini - Torino

Medical Writer

Andrea Madeo - Castrovillari (CS)



Sandro Gelsomino



Laura Scelsi

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Laura Scelsi - Pavia

Co-Chairperson

Walter Grosso Marra - Ivrea (TO)

Comitato di Coordinamento

Giacomo Giovanni Boccuzzi - Torino
Maria Flavia Casciolo - Erice (TP)
Luciana D'Angelo - Milano
Letizia Nicolaci - Firenze

Consulenti

Paola Argiento - Napoli
Maurizio Bussotti - Milano
Iolanda Enea - Caserta

Medical Writer

Domenica Zema - Reggio Calabria



Alberto D'Alleva



Elia Stocchi

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

Chairperson Medico

Alberto D'Alleva - Pescara

Chairperson Infermiere

Elia Stocchi - Arezzo

Co-Chairperson Medico

Sergio Cozzi - Santorso (VI)

Co-Chairperson Infermiere

Francesco Cruciani - Ancona

Comitato di Coordinamento

Alessandro Faraci - Palermo
Elisabetta Loverre - Altamura (BA)

Sabrina Moscon - Bolzano

Antonio Procopio - Roma

Consulenti

Michela Barisone - Pieve Emanuele (MI)

Stefano Proietti - Roma

Alessia Zanni - Modena

Medical Writer

Giuseppe Pinto - Rozzano (MI)

AREA GIOVANI

Chairperson

Federico Fortuni - Perugia

Co-Chairperson

Andrea Matteucci - Roma

Comitato di Coordinamento

Filippo Angelini - Torino
Leonardo Belfioretti - Ancona
Daniele De Feo - Bari
Lara Pozzer - Arzignano (VI)

Consulenti

Raffaele Abete - Bergamo
Piergiusto Vitulli - Pescara
Giulia Zambelli - Palermo

Medical Writer

Andrea Vergara - Napoli



Federico Fortuni



Stefania Marazia

AREA MALATTIE RARE

Chairperson

Stefania Marazia - Lecce

Co-Chairperson

Giuseppe Palmiero - Napoli

Comitato di Coordinamento

Matteo Bianco - Orbassano (TO)
Annamaria Del Franco - Firenze
Francesco Musca - Milano
Francesca Terzi - Pesaro

Consulenti

Margherita Maria Calcagnino - Milano

Gabriele Di Gesaro - Palermo

Aldostefano Porcari - Trieste



Luigi Pollarolo

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Luigi Pollarolo - Casale

Monferrato (AL)

Co-Chairperson

Antonio Parente - Benevento

Comitato di Coordinamento

Stefano Albani - Aosta
Annamaria Municionò - Genova
Andrea Passantino - Bari
Claudia Luisa Visconti - Agrigento

Consulenti

Lorenzo Castello - Roma

Claudio Picariello - Rovigo

Matteo Rocco Reccia - Arezzo

AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA

Chairperson

Simona Giubilato - Catania

Co-Chairperson

Raffaele De Lucia - Pisa

Comitato di Coordinamento

Emilia D'Elia - Bergamo
Nicola Gasparetto - Treviso
Lucio Giuseppe Granata - Catania
Carlotta Sorini Dini - Siena

Consulenti

Roberta Della Bona - Genova
Emanuele Nigro - Salerno

Consulenti tecnici

Emanuele Frontoni - Macerata
Diego Gallo - Torino

Medical Writer

Maria Chiara Gatto - Roma



Simona Giubilato



Roberta Rossini

AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Chairperson

Roberta Rossini - Cuneo

Co-Chairperson

Ada Cutolo - Venezia-Mestre (VE)

Comitato di Coordinamento

Alessandro Aiello - Roma
Caterina Chiarade Carlini - Merate (LC)

Annarita Pilleri - Cagliari

Antonio Terranova - Roma

Consulenti

Raimondo Calvanese - Napoli
Fortunata Condemi - Roma

Vanessa Peano - Pinerolo (TO)



Samuela Carigi

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Samuela Carigi - Rimini

Co-Chairperson

Daniela Pini - Monza

Comitato di Coordinamento

Mariarosaria Catalano - Catania
Piero Gentile - Milano
Vittoria Rizzello - Roma
Maria Denitza Tinti - Roma

Consulenti

Christian Basile - Napoli

Maria Vittoria Matassini - Ancona

Annalisa Turco - Pavia

Medical Writer

Renata De Maria - Milano



«Pulsus citatior est et tremit»

Seneca, Epistulae morales ad Lucilium (11, 3)

«/ Il battito è più rapido e trema». Dunque anche gli antichi umani soffrivano di aritmie! Gli anni non sono trascorsi invano, conosciamo molto meglio le aritmie, eppure ogni giorno il cardiologo si trova ad affrontarne almeno una. Nei nostri reparti troviamo costantemente pazienti aritmici e le aritmie costituiscono la principale complicità di tutte le cardiopatie. La spesa sanitaria destinata al trattamento delle patologie aritmiche rappresenta una cospicua percentuale del totale. È destino ed opportuno quindi che il cardiologo, qualunque siano le sue preferenze ed attività elettive, abbia competenze specifiche per affrontare in sicurezza le principali aritmie. ANMCO è per definizione la casa di tutti i cardiologi, nonché sede istituzionale per eccellenza: risulta quindi naturale che l'Area Aritmie ANMCO, espressione naturale di questo bisogno, abbia come obiettivo primario quello di contribuire alla cultura delle aritmie "per tutti". L'aritmologia odierna, infatti, si trova sempre più esposta al rischio di divergenza fra una élite iperspecialistica altamente efficiente nel risolvere tecnicamente interventi complessi, ma lontana dalla visione olistica del Paziente, ed una maggioranza di clinici in difficoltà non solo nel comprendere a fondo rischi e benefici di interventi che non conosce, ma anche nell'inquadrare e consigliare concretamente i pazienti. L'integrazione sempre maggiore

fra le terapie intrinsecamente aritmologiche e le terapie o interventi per altre patologie cardiache rende tutto ancor più complesso: cito a puro esempio le connessioni fra TAVI e blocco AV, fra cardiomiopatie e morte improvvisa, fra cardiopatia ischemica e fibrillazione atriale. È sempre più necessario un flusso bidirezionale fra le competenze iperspecialistiche aritmologiche e la quotidianità cardiologica. Se epidemiologicamente la fibrillazione atriale è certamente l'aritmia a maggior incidenza, l'impatto delle aritmie potenzialmente mortali è ovviamente di ben altro interesse: l'interesse generale in questo ambito è stato meno perseguito negli ultimi tempi, anche per mancanza di dati nuovi significativamente rivoluzionari. Ciò non toglie che la nostra attenzione debba rimanere alta, date le catastrofiche possibili conseguenze. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie per il biennio 2026-2027 condivide questi valori ed obiettivi e si propone come interlocutore e partner a tutti i Soci ed alle altre Aree ANMCO, disponibile a condividere esperienze e dubbi. Le principali direttive di approfondimento proposte al Consiglio Direttivo Nazionale e a chiunque sia interessato sono le seguenti.

I. Morte improvvisa - E' nota a tutti, cardiologi e no, l'elevata incidenza di morti improvvise, in tutte le fasce d'età, così come la estrema difficoltà nell'individuare i soggetti

ad elevato rischio. Ciononostante, abbiamo a disposizione discrete nozioni sufficienti ad individuare almeno alcune tipologie di popolazioni a rischio ed a suggerire comportamenti o controlli volti a ridurre la probabilità di eventi. Questo tesoro non è adeguatamente sfruttato: quante visite cardiologiche sono indirizzate a ciò? La sensibilizzazione della società deve partire dalla comunità cardiologica.

- II. Genetica - La genetica è probabilmente il futuro dell'aritmologia (almeno di parte di essa), ma il futuro è già oggi, alcune malattie aritmiche hanno già un inquadramento genetico e per altre può dare utili indicazioni, tuttavia la maggior parte dei cardiologi "sul campo", soprattutto se lontani dai Centri di ricerca delle grandi città, si trova in imbarazzo nel valutare se e dove avviare i pazienti ad approfondimento genetico. L'ANMCO deve essere il punto d'incontro di offerta e richiesta. Sarebbe auspicabile l'abbozzo di un percorso condiviso e strutturato.
- III. Farmaci antiaritmici - Ebbene sì, esistono ancora, seppur trascurati e, in silenzio, tutti li usiamo. Vale la pena ripassare i fondamentali e riconsiderare il loro ruolo, attuale anche nella nostra era iperinterventistica.
- IV. Indicazioni errate o superflue - Tutti noi leggiamo avidamente le indicazioni di classe I delle Linee Guida, con minor attenzione ci soffermiamo sulle classi III (altrettanto se non più rilevanti) e ancor meno sulle evidenze a supporto delle indicazioni di classe II (a e b). Spesso però, soprattutto in Pazienti fragili, una valutazione

consapevole di luci ed ombre potrebbe evitare indicazioni potenzialmente pericolose o futili nel contesto. Una riflessione collettiva potrebbe essere d'aiuto.

In via di definizione sono due iniziative:

1. Fibrillazione atriale e sport (in collaborazione con l'Area Prevenzione Cardiovascolare).
2. Cardioritmo nell'anziano (in collaborazione con l'Area CardioGeriatrica).

Lanciamo idee ai colleghi di altre Aree:

- a) Rischio aritmico e di morte improvvisa nel prolasso mitralico.
- b) RMN nella diagnostica aritmica.
- c) Storm aritmico in UTIC.
- d) Device cardiaci e terapie oncologiche.
- e) Monitoraggio remoto.

Ci auguriamo, come nel precedente biennio, di poter predisporre al Congresso Nazionale una learning

room dedicata all'apprendimento degli elementi fondamentali per controllare un device cardiaco, iniziativa molto apprezzata nelle precedenti edizioni. Siamo ovviamente disponibili a cooperare in ogni ambito al Congresso Nazionale, appuntamento fondamentale della Cardiologia italiana. Invito tutti i lettori ad aderire all'Area Aritmie: più cervelli, più idee!♥

Comitato di Coordinamento Area Aritmie 2026 - 2027

Chairperson: Fabrizio Pizzetti, responsabile Attività interventistica ed Elettrostimolazione e Syncope Unit, Ospedale Santo Spirito Casale Monferrato ASLAL

Co-Chairperson: Gaetano Senatore, direttore SC Cardiologia Ospedale Ciriè - Lanzo, ASLTO4

Comitato di Coordinamento:

Stefano Aquilani, Ospedale San Filippo Neri ASL Roma 1

Gianluca Borio, Ospedale San Bortolo Vicenza

Paolo De Filippo, responsabile SDD elettrofisiologia, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Marisa Varrenti, S.C. Cardiologia3, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Consulenti:

Carlo Pignalberi, già Chairperson Area Aritmie 2024/2025, Ospedale San Filippo Neri ASLRoma1

Andrea Giomi, Ospedale Santa Maria Nuova Firenze1

Antonio Taormina, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano

Area CardioGeriatrics

Un'Area giovane per prendersi cura dei cardiopatici anziani

L'Area inizia adesso il suo terzo biennio. Rispetto ad altre Aree con esperienza ventennale, è veramente da poco che porta il suo contributo al grande mondo ANMCO, anche se va doverosamente ricordato che precedentemente il suo ruolo e le sue funzioni sono state ricoperte dalla Task Force omonima, magistralmente diretta dalla grande figura del compianto Giovanni Gregorio e successivamente dal Prof. Giuseppe Zuccalà, che è stato poi il primo

Chairperson dell'Area. Il precedente Comitato di Coordinamento, presieduto da Iris Parrini e composto, oltre che dall'attuale Chairperson Nadia Ingianni, da Carlo Ammendolea, Donatella Del Sindaco, Laura Pezzi e Angela Sciacqua, con la consulenza di Felicita Andreotti, Maddalena Lettino e Carmelo Massimiliano Rao, ha portato avanti diverse iniziative. Sono stati realizzati diversi webinar: il primo sul Lessico della CardioGeriatrics, un altro sull'Amiloidosi nel paziente anziano ed uno, a fine mandato, dedicato al trattamento della fibrillazione nel paziente anziano. In tale occasione abbiamo avuto l'onore di avere come relatore l'attuale Presidente ANMCO, Massimo Grimaldi. L'attività editoriale è stata estremamente produttiva: l'Area ha pubblicato un articolo sull'uso dei beta-bloccanti nel paziente anziano, uno sul trattamento e sulla valutazione della fragilità nel paziente con stenosi aortica severa, uno sul trattamento dell'ipertensione e fragilità, uno sul trattamento delle sindromi coronariche acute nel paziente anziano, uno sulla fibrillazione atriale, uno sull'amiloidosi; uno sullo scompenso cardiaco è in attesa di pubblicazione. L'Area ha partecipato alla stesura di contributi per *"Cardiologia negli Ospedali"*, affrontando temi che oggi interessano sempre di più, dato che l'età media dei pazienti che gestiamo è progressivamente

più elevata; questi pazienti anziani presentano spesso politerapie e difficoltà nell'aderenza terapeutica, anche per la non sempre presente disponibilità di caregiver, e tutto ciò può comportare un trattamento inadeguato, un incremento delle complicanze, un aumento delle ospedalizzazioni ed un conseguente incremento della spesa sanitaria. Si è realizzata inoltre una rubrica web periodica, dal titolo "Snap Shot", che ha voluto focalizzare l'attenzione sulle linee guida applicate al paziente anziano su varie tematiche, al fine di facilitare il trattamento nella pratica clinica quotidiana. Sono state elaborate anche due survey: una sulle aritmie e sui device nel paziente anziano e l'altra sull'utilità della preparazione di una scheda di fragilità, che ha evidenziato come si avverta sempre più l'esigenza di una valutazione universale nella gestione di questi pazienti, anche ai fini di una tutela medico-legale. Questa scheda è stata realizzata grazie alla tenacia della Dott.ssa Donatella Del Sindaco, che da sempre ha colto l'importanza di questo aspetto della fragilità e della sua diffusione nella pratica clinica; si auspica che tale strumento possa essere inserito in due studi ANMCO. Il clima che ha sostenuto il gruppo è stato un clima di serenità e collaborazione, che la Dott.ssa Iris Parrini, Chairperson dell'Area, è riuscita a creare e mantenere nel tempo. Come da tradizione delle Aree ANMCO, i progetti di ogni singolo Comitato di Coordinamento non hanno termine nell'arco del biennio di competenza, ma vanno ripresi in armoniosa continuità dal successivo Comitato di Coordinamento, che li valorizza ed eventualmente li completa. A nostro parere, la

Comitato di Coordinamento Area CardioGeriatrics 2026-2027

Chairperson:
Nadia Ingianni

Co-Chairperson:
Maurizio Giuseppe Abrignani

Comitato di Coordinamento:
Giorgio Caretta
Luca Antonio Felice Di Odoardo
Salvatore Felis
Maria Stelitano

Consulenti:
Carlo Ammendolea
Raffaella Mistrulli
Ermal Shehaj

Mission dell'Area è promuovere la salute cardiovascolare degli anziani attraverso un approccio integrato e personalizzato, basato su evidenze scientifiche e innovazione clinica, con l'obiettivo di garantire diagnosi tempestive, trattamenti efficaci e continuità assistenziale, migliorando la qualità di vita e riducendo il rischio di complicanze. Nella nostra Vision, inoltre, l'Area dovrebbe diventare un punto di riferimento per la gestione avanzata delle patologie cardiache nell'anziano, favorendo la ricerca multidisciplinare, la formazione specialistica e l'adozione di tecnologie innovative e creando un modello di cura centrato sulla persona, che coniughi eccellenza clinica, sostenibilità e umanizzazione dei percorsi assistenziali. Allo scopo di realizzare questi punti ambiziosi, bisogna comunque programmare e realizzare dei progetti concreti, che vi vorremmo illustrare in questo primo nostro articolo su *"Cardiologia negli Ospedali"*. Come attività formativa abbiamo immaginato di realizzare due webinar, "Le aree grigie della terapia dello scompenso cardiaco: i pazienti lasciati ai margini dei grandi Trial", in collaborazione con le Aree Scompenso Cardiaco, Cardiologia di Genere e Cronicità Cardiologica, e "Rigurgito tricuspidalico nell'anziano: quale trattamento?", in collaborazione con l'Area Cardiolmaging. Sono inoltre in programma diversi progetti editoriali, riportati in Tabella. Diverse sono le attività di ricerca che abbiamo ipotizzato. Proporremo, come già detto, l'inserimento, anche opzionale, della scheda sulla fragilità negli studi ANMCO in fieri. Riteniamo interessante una web survey sulla prevenzione e gestione del delirium nei pazienti in età geriatrica

ricoverati in UTIC, eventualmente da proporre nel contesto del Congresso Nazionale. Ci piacerebbe inoltre portare avanti una eventuale survey tra cardiologi e geriatri sul grado di agreement su main topic cardiologici nel paziente anziano. Saremmo infine disponibili a collaborare all'analisi dei sottogruppi di pazienti anziani degli Studi Bring - Up. Per comunicare le nostre idee e le nostre iniziative agli associati, utilizzeremo ovviamente questa rivista, ma realizzeremo anche delle Newsletter dell'Area con cadenza trimestrale e continueremo l'esperienza degli Snap

Shot. Infine, ci adopereremo per la presentazione di proposte al Call for Ideas per i Congressi Nazionali, dove realizzeremo anche il Poster dell'Area. Vorremmo infine sottolineare le molte attività in collaborazione con le altre Aree, in conformità allo spirito della nostra grande famiglia ANMCO. Come vedete, c'è molto da fare e quindi, per realizzare e supportare i nostri programmi, vi invitiamo ad iscrivervi all'Area, ma anche a fornirci tutte le vostre ulteriori idee per eventuali iniziative nel campo della cardiogeriatría.♥

Publicazioni scientifiche in programma

- **Rischio emorragico nell'anziano in terapia antitrombotica**
(in collaborazione con l'Area Epidemiologia Clinica)
- **Epidemiologia dell' insufficienza tricuspidalica nell'anziano**
(in collaborazione con l'Area Epidemiologia Clinica)
- **Nutrizione, sarcopenia e scompenso cardiaco**
(In collaborazione con l'Area Scompenso Cardiaco)
- **Multidimensional assessment tools for the elderly with chronic heart diseases**
(versione in inglese del recente position paper ANMCO)
- **Qualità delle cure nel paziente cardiogeriatrico**
(in collaborazione con l'Area Management&Qualità)
- **PM Leadless nei pazienti anziani**
(in collaborazione con l'Area Aritmie)

Tabella



Area Cardiolmaging: il Team del biennio 2026 - 2027

L'eccellenza nell'imaging cardiovascolare tra formazione, innovazione e ricerca

Il biennio 2026-2027 dell'Area Cardiolmaging ANMCO segna un nuovo periodo di attività formativa e scientifica. L'Area si propone di consolidare le competenze dei cardiologi italiani nell'ambito dell'imaging cardiovascolare, promuovendo un approccio integrato e collaborativo tra ecocardiografia avanzata, risonanza magnetica, tomografia cardiaca e altre metodiche emergenti. L'obiettivo è favorire lo scambio di esperienze, aggiornare le conoscenze e sostenere lo sviluppo professionale in un contesto di continua evoluzione tecnologica.

Formazione e sviluppo professionale

L'Area Cardiolmaging dedica grande attenzione alla formazione continua. I membri del team hanno seguito percorsi altamente specializzati, tra cui fellowship internazionali, master universitari di II livello e corsi di perfezionamento in ecocardiografia, risonanza magnetica cardiaca e imaging multimodale. Queste esperienze garantiscono una solida preparazione e competenze aggiornate, permettendo al gruppo di affrontare con efficacia le diverse sfide diagnostiche e cliniche del cardiologo moderno.

Il team di esperti in Cardiolmaging

Francesca Musella

Specializzata in Cardiologia presso l'Università Federico II di Napoli, ha completato le sue fellowship a

Londra dedicandosi allo scompenso cardiaco e all'imaging cardiovascolare multimodale. Dopo l'esperienza al Royal Brompton Hospital ha conseguito un master in Scompenso Cardiaco presso il St. George's Hospital di Londra e un dottorato in Scienze Biomorfologiche e Chirurgiche presso la Federico II di Napoli. Ha conseguito le certificazioni EACVI in ecocardiografia e di livello III in risonanza magnetica cardiaca.

Francesco Piroli

Specializzato in Cardiologia presso l'Università di Torino, ha completato l'ultimo anno di specializzazione all'Ospedale San Raffaele di Milano,

focalizzandosi su ecocardiografia avanzata e patologia valvolare. Ha conseguito un Master di II livello in risonanza cardiaca presso l'Università di Padova. Attualmente lavora come medico dirigente presso l'Ospedale IRCCS Santa Maria di Reggio Emilia.

Serena Guasti

Specializzata in Cardiologia all'Università La Sapienza di Roma, ha completato l'ultimo anno di specializzazione nel Laboratorio di Ecocardiografia dell'Ospedale Niguarda di Milano dove attualmente lavora. Si occupa principalmente di ecocardiografia transtoracica, transesofagea ed ecostress, dedicandosi soprattutto all'ambito delle cardiomiopatie e della cardiologia interventistica. Ha ottenuto la certificazione EACVI di ecocardiografia.

Michele Magnesa

Laureato presso l'Università di Siena e specializzato presso l'Università di Foggia. Durante la formazione

Comitato di Coordinamento Area Cardiolmaging



ha frequentato la Terapia Intensiva del “Pertini” di Roma, e l’unità di Ecocardiografia avanzata della Cardiocirurgia del “San Camillo” di Roma. Ha ottenuto le certificazioni SIECVI ed EACVI di ecocardiografia ed il Master Universitario di II livello in Ecocardiografia avanzata nella pratica clinica presso l’Università di Siena. Attualmente lavora presso la Cardiologia-UTIC del Policlinico Universitario OORR di Foggia.

Fabio Fazzari

Cardiologo e radiologo, lavora presso il centro cardiologico Monzino di Milano. Ha maturato un’esperienza trasversale sull’imaging multimodale in cardiologia con particolare interesse per le valvulopatie. Relatore e faculty di molti congressi nazionali e internazionali, è autore di numerose pubblicazioni nel campo dell’imaging cardiovascolare.

Paolo Desalvo

Ha conseguito la specializzazione in Cardiologia presso l’Università degli Studi di Torino, specializzandosi in ecocardiografia avanzata transtoracica e transesofagea. Successivamente si è formato sulla risonanza magnetica cardiaca e sull’applicazione dell’imaging multimodale nelle cardiomiopatie. Dal 2021 lavora come dirigente medico presso l’A.O. S. Croce e Carle di Cuneo, dove si occupa di clinica, UTIC e imaging.

Massimiliano Rizzo

Specializzato in Cardiologia presso l’Università La Sapienza di Roma, ha approfondito l’imaging avanzato presso il Wall d’Hebron Hospital di Barcellona e l’Ospedale San Filippo Neri di Roma. Cardiologo clinico con particolare interesse per la diagnostica cardiovascolare, attualmente opera presso la UOC di Cardiologia del DAI Cardio-Toraco-Vascolare e Chirurgia

dei trapianti d’organo, Policlinico Umberto I, Roma.

Giuseppe Romano

Dirigente medico specialista in Malattie Cardiovascolari presso l’U.O.C. di Cardiologia dell’Ospedale Cervello di Palermo. Referente per la diagnostica dirisonanza magnetica cardiaca con esperienza nei protocolli da stress, ecocardiografia transtoracica e transesofagea. Ha completato uno stage internazionale presso il CHU Sart-Tilman di Liegi focalizzato su ecocardiografia da stress e valvulopatie.

Francesco Mangini

Specializzato in Cardiologia presso l’Università di Bari, ha completato la formazione in imaging cardiovascolare presso la Mayo Clinic e l’Allegheny General Hospital (USA), dove ha svolto due fellowship avanzate. È certificato EACVI in ecocardiografia e SCMR di livello III in risonanza magnetica cardiaca. Attualmente è Dirigente Medico Cardiologo presso la UOC di Cardiologia/UTIC dell’Ospedale Regionale “Miulli” di Acquaviva delle Fonti.

Maria Giuseppina Veglia

Specializzata in Cardiologia presso l’Università di Bari, con tesi in Ecocardiografia, ha approfondito la metodica ultrasonografica presso la Cardiologia dell’Università di Padova. Interessata alla Cardiologia Clinica, Preventiva e allo Scenpense Cardiaco, con particolare attenzione all’interazione con l’Imaging cardiovascolare. Dirigente Medico presso la U.O. Complessa di Cardiologia dell’Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, ha fatto parte del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Basilicata.

Attività previste per il biennio

Il biennio 2026-2027 sarà dedicato

a un approccio formativo integrato, che unisce teoria e pratica sul campo, con un forte focus sul multimodality imaging e sulla condivisione di esperienze. Il team collaborerà attivamente con le altre aree ANMCO per promuovere iniziative comuni, webinar, corsi dedicati e pubblicazioni scientifiche, rafforzando la rete di esperti in imaging cardiovascolare a livello nazionale. Tra le attività previste ci saranno inoltre corsi teorico-pratici durante il congresso nazionale ANMCO nonché attività di formazione online ed in modalità asincrona. Tutte le iniziative sono pensate per favorire la crescita professionale dei soci e stimolare la partecipazione attiva nella comunità nazionale di cardiologi esperti in imaging.

Conclusioni

L’Area Cardiolmaging ANMCO 2026-2027 si ispira ad un modello di eccellenza nella cardiologia moderna che integri formazione avanzata, ricerca clinica e applicazione pratica dell’imaging multimodale. Il team mira a diffondere competenze specialistiche, stimolare la partecipazione dei giovani medici e garantire ai pazienti diagnosi precise e terapie innovative. Le attività del biennio saranno improntate a un approccio formativo integrato, combinando teoria e pratica sul campo, con un focus sulla condivisione di esperienze e sulla promozione del multimodality imaging, di cui non anticipiamo ancora tutti i dettagli. Vi invitiamo dunque a iscrivervi all’Area Cardiolmaging, seguire le nostre iniziative e partecipare in prima persona alle attività, per restare aggiornati sulle novità in arrivo e contribuire alla crescita della comunità di esperti in imaging cardiovascolare... stay tuned!♥



L'Area Cardiologia di Genere: perché non solo donne e l'importanza delle “quote azzurre”

L'inclusione maschile aiuta a superare stereotipi e a evitare la marginalizzazione della disciplina genere-specifica

Comitato di Coordinamento



Chairperson
Antonia Mannarini



Co-Chairperson
Giuseppe Ciliberti



Stefano Cangemi



Martina Milani



Antonella Spinelli



Giuttia Taborchi

Consulenti



Francesca Di Muro



Silvia Maffei



Anna Maria Moretti



Paola Orsini

Expert Advisor



20 gennaio 2026



29 gennaio 2026



16 febbraio 2026

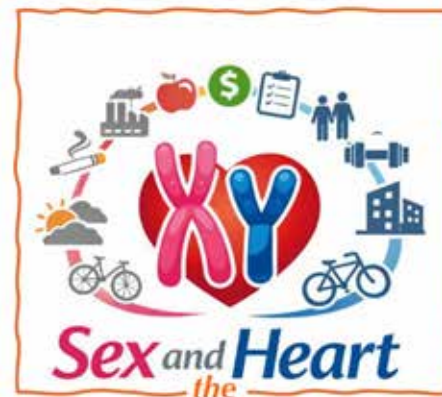
Il cambiamento era già stato avviato: con le colleghe dell'Area nel biennio 2023 - 2025 avevamo cercato di organizzare il nostro lavoro tenendo ben distinti il concetto di sesso e genere. È su questa differenza che abbiamo costruito insieme il nostro programma. Abbiamo affrontato nella nostra rubrica “What Women Say” quelli che sono, in alcune patologie, gli aspetti peculiari nella popolazione femminile. Si è discusso di Minoca, di differenza tra i due sessi nell'ambito di trapianto cardiaco e dispositivi di assistenza ventricolare, di terapia cardiovascolare in gravidanza. Il nostro contributo editoriale, in

collaborazione anche con altre Aree, si è concentrato sulla donna, parlando di terapia ormonale sostitutiva, di problematiche legate alle differenze di genere nella terapia farmacologica cardiovascolare, della fisiopatologia e nel management della Tako - Tsubo, delle problematiche delle donne nel campo della radio esposizione professionale. Tutte le componenti dell'Area hanno contribuito alla stesura di un documento intersocietario sulla salute cardiovascolare della donna. Ma abbiamo voluto anche affrontare tematiche specificatamente di genere, come le disparità nell'ambito della e-Health

Literacy e del rischio cardiovascolare nella popolazione transgender. Quali le novità per questo biennio? Se negli ultimi anni si è parlato molto di “quote rosa” per favorire l'inclusione femminile in ambiti tradizionalmente maschili, la nuova Area Cardiologia di Genere ha voluto introdurre il concetto provocatorio di “quote azzurre”. Con questa espressione si è voluto sottolineare la necessità di coinvolgere maggiormente gli uomini in ambiti o progetti percepiti come “femminili”. Difatti un'Area completamente al femminile poteva essere erroneamente considerata una nicchia dedicata solo alle donne, che trattasse tematiche di interesse esclusivo per professioniste sanitarie. Al contrario la partecipazione attiva dei cardiologi uomini è fondamentale per integrare realmente l'approccio di genere nella pratica clinica quotidiana. La diversità nei team di ricerca favorisce prospettive più ampie e l'inclusione maschile aiuta a superare stereotipi e a evitare la marginalizzazione della disciplina. Quindi si è ritenuto che le “quote azzurre” non rappresentassero una contrapposizione alle politiche di equità di genere, ma una strategia complementare per promuovere un equilibrio reale e una responsabilità condivisa. La cardiologia di genere, quindi, non è una “specialità per pochi”, ma una evoluzione necessaria della cardiologia moderna: un cambiamento culturale e scientifico che richiede il contributo attivo di tutti, donne e uomini, per costruire una medicina più equa, efficace e realmente centrata sulla persona. La seconda novità dell'Area è aver chiesto ed ottenuto la collaborazione di esperte in Medicina di Genere appartenenti ad altre discipline.

Il primo punto del “Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere” pubblicato dal Ministero della Salute nel 2019, invita ad un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e scienze umane. In quest’ottica a far parte della squadra c’è la Professoressa Annamaria Moretti, Presidente dell’Associazione Internazionale di Medicina di Genere e del Gruppo Italiano di Salute e Genere, componente della Commissione Medicina di Genere della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e dell’Osservatorio sulla Medicina di Genere dell’Istituto Superiore di Sanità. Abbiamo chiesto la collaborazione della Dott.ssa Silvia Maffei, Responsabile dell’ambulatorio di endocrinologia cardiovascolare ginecologica ed osteoporosi della Fondazione CNR Regione Toscana “G. Monasterio” Pisa, e della Dott.ssa Paola Orsini genetista esperta in Cardiomiopatie dell’ASL di Bari. Si è ritenuto che l’inserimento di figure provenienti da discipline diverse rappresentasse un elemento strategico essenziale per la nuova vision dell’Area. La medicina di genere, infatti, non può essere confinata a un ambito specialistico ristretto, poiché le differenze legate al sesso biologico e al genere influenzano trasversalmente fattori biologici, comportamentali, ambientali e socio - culturali che incidono poi su prevenzione, diagnosi, trattamento, nonché sulla necessità di percorsi clinici dedicati. La presenza all’interno dell’Area Cardiologia di Genere di una figura con riconosciuta esperienza internazionale in medicina di genere rappresenta

Le malattie cardiovascolari sono il risultato di un’interazione complessa tra fattori genetici, epigenetici, ambientali e di genere



Rubrica a cura dell’Area sul Sito Web dell’ANMCO

un elemento fondamentale per garantire rigore scientifico, visione strategica e allineamento con gli standard più avanzati della ricerca e della pratica clinica. L’inclusione di una ginecologa/endocrinologa rappresenta un elemento importante per garantire un approccio realmente integrato e basato sulla fisiopatologia specifica di sesso e genere. Numerosi fattori di rischio cardiovascolare, infatti, sono strettamente correlati agli assetti ormonali e alle fasi della vita riproduttiva e metabolica, ambiti nei quali figure professionali dedicate possiedono competenze essenziali. La letteratura scientifica ci sottolinea come gravidanza e menopausa, rappresentano momenti privilegiati per stratificare il rischio e attuare strategie personalizzate. Diventa quindi fondamentale favorire una maggiore integrazione tra percorsi di salute riproduttiva, metabolica e cardiovascolare, superando la frammentazione specialistica e migliorando continuità e appropriatezza assistenziale. Infine, si è ritenuto importante il contributo di una genetista: le malattie cardiovascolari sono infatti il risultato

di un’interazione complessa tra fattori genetici, epigenetici, ambientali e di genere e la comprensione di tali dinamiche richiede competenze altamente specialistiche. La terza novità è rappresentata dal cambio del nome della Rubrica a cura dell’Area sul Sito Web dell’ANMCO da “What Women Say” a “Sex and Heart”, in cui commenteremo articoli scientifici pubblicati su riviste autorevoli, sulle differenze di sesso e genere nei vari campi della cardiologia. Abbiamo già avuto modo in tre incontri via web di condividere entusiasmo, punti di vista e progetti. A me l’onore e l’onere di guidare questa squadra fatta di colleghe e colleghi, alcuni già con esperienza, anche internazionale, in cardiologia di genere. Un doveroso ringraziamento alla Dott.ssa Maria Teresa Manes e a tutte le colleghe del biennio precedente per il percorso fatto insieme... Spero di aver avuto l’intuizione giusta... «Dobbiamo avere il coraggio di seguire il nostro cuore e la nostra intuizione. In qualche modo, essi sanno che cosa vogliamo realmente diventare. Tutto il resto è secondario» (Steve Jobs).♥



La nuova Area CardiOncologia ANMCO 2026 - 2027: continuità, visione e nuove sfide

Un progetto strutturato per rafforzare la cultura cardioncologica in Italia



La Cardioncologia è ormai una realtà consolidata nella pratica clinica quotidiana e rappresenta uno dei terreni di maggiore crescita e innovazione della cardiologia moderna. In questo contesto si inserisce il lavoro della nuova Area CardiOncologia ANMCO per il biennio 2026 - 2027, che raccoglie l'eredità di un percorso avviato con successo negli anni precedenti e

rilancia con una visione strutturata, inclusiva e orientata al futuro. Il nuovo programma nasce infatti in continuità con il biennio precedente, durante il quale, sotto la guida della Chairperson Dott.ssa Maria Laura Canale, l'Area CardiOncologia ha raggiunto risultati lusinghieri, contribuendo in modo significativo alla diffusione della cultura cardioncologica all'interno della comunità ANMCO e non solo.

Il biennio 2026 - 2027 si propone ora di consolidare e ampliare questo patrimonio scientifico e culturale, traducendo la crescente consapevolezza scientifica in modelli organizzativi, formativi e assistenziali sempre più efficaci. Il compito quindi, non facile ma assolutamente sfidante per noi, è quello di innovare nella continuità, contribuendo con il nostro lavoro, insieme alle altre Aree ANMCO, a promuovere modelli organizzativi virtuosi con un occhio attento alla informazione chiara, al coinvolgimento dei pazienti e dei loro caregiver, alla formazione, alla innovazione scientifica e al consolidamento dei rapporti internazionali. Un elemento qualificante che ribadisce la vocazione "trasversale" della nuova Area è la sua composizione multidisciplinare e intergenerazionale: ne fanno parte giovani cardiologi motivati e attivamente impegnati nella ricerca e nella clinica, affiancati da cardiologi esperti e competenze non cardiologiche, come quella del Dott. Alessandro Broccoli, Oncoematologo dell'Università di Bologna, a testimonianza di un approccio realmente integrato alle problematiche del paziente oncologico. La presenza nel gruppo di lavoro di figure professionali non cardiologiche, peraltro, non è una novità per la Cardioncologia che, nel biennio precedente ha visto lavorare fianco a fianco con il gruppo cardiologico un Oncologo qualificato come il Dott. Alessandro Inno. Il programma di lavoro che abbiamo intenzione di sviluppare insieme si articolerà in cinque aree tematiche, pensate come pilastri complementari per far crescere ulteriormente la Cardioncologia

nel nostro Paese. L'area clinico-assistenziale e percorsi di cura sarà dedicata agli aspetti assistenziali, con l'obiettivo di sviluppare e proporre percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) cardioncologici. L'ambizione è quella di elaborare un modello virtuoso di presa in carico del paziente, da sottoporre alle Istituzioni nazionali e regionali, che accompagni la persona non solo durante la terapia oncologica, ma soprattutto nel follow-up a lungo termine promuovendo un modello integrato ospedale-territorio che possa consentire più agevolmente ai pazienti di proseguire fuori dall'ospedale e dopo la fine delle terapie oncologiche i loro controlli clinici e strumentali cardiologici, in continuità con quanto fatto durante il trattamento e sotto il controllo del centro cardioncologico di riferimento della propria regione. Centrale sarà la promozione di modelli assistenziali integrati tra cardiologi, oncologi e oncoematologi, capaci di rispondere alla complessità crescente di questi pazienti. L'area linee guida, consensus e ricerca, sempre in collaborazione con le altre Aree ANMCO, rappresenterà il motore scientifico del programma. L'attenzione sarà rivolta in particolare all'impatto dell'intelligenza artificiale, alle nuove terapie oncologiche e alle loro tossicità cardiovascolari, alle sfide emergenti della cardioprotezione in oncologia, nonché al danno vascolare e coronarico indotto dai trattamenti. L'obiettivo è contribuire attivamente alla produzione di documenti di indirizzo e alla crescita della ricerca nazionale in cardioncologia. L'area formazione e sviluppo delle competenze avrà un ruolo strategico nella diffusione delle conoscenze, attraverso webinar, corsi e collaborazioni con il mondo



universitario. L'obiettivo, ambizioso ma concreto, è lavorare affinché la Cardioncologia entri stabilmente nei programmi di insegnamento delle Scuole di Specializzazione in Cardiologia, Oncologia ed Ematologia, formando una nuova generazione di specialisti preparati ad affrontare queste sfide. Con l'area relazioni internazionali, l'Area CardiOncologia intende proseguire il lavoro già avviato nel biennio precedente dalla Dott.ssa Canale, rafforzando la presenza ANMCO nei contesti scientifici internazionali e promuovendo i giovani ricercatori in ambito europeo e globale, favorendo scambi, collaborazioni e opportunità di crescita. Infine, l'area comunicazione, advocacy e patient engagement sarà dedicata al dialogo

con i pazienti e i caregiver, attraverso la costruzione di rapporti strutturati con le associazioni dei pazienti. Accanto a questo, un ruolo centrale sarà affidato alla divulgazione non scientifica, tramite i canali social e il sito ANMCO, per rendere accessibili temi complessi e aumentare la consapevolezza sul valore della prevenzione e della cura cardiovascolare nel paziente oncologico. Il biennio 2026 - 2027 si apre quindi sotto il segno della continuità e dell'innovazione, con l'obiettivo di rendere la Cardioncologia sempre più parte integrante dell'identità ANMCO e della pratica clinica quotidiana. Un percorso ambizioso, condiviso e profondamente orientato ai bisogni reali dei pazienti. Noi ci stiamo preparando per queste sfide!♥



Nel segno della continuità, con nuovo slancio: l'Area Cronicità Cardiologica nel biennio 2026 - 2027

*Un vero e proprio laboratorio di idee,
ricerca e formazione*

Introduzione

La crescente prevalenza delle patologie cardiovascolari croniche rappresenta oggi una delle principali sfide per la cardiologia ospedaliera. L'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento della complessità clinica dei pazienti, l'elevato burden di comorbidità e la necessità di garantire una reale continuità assistenziale lungo l'intero percorso di cura rendono sempre più urgente un ripensamento dei modelli organizzativi e assistenziali tradizionali. È in questo contesto che si colloca l'Area Cronicità Cardiologica ANMCO, nata con l'obiettivo di offrire al cardiologo ospedaliero un supporto concreto nella pratica clinica quotidiana. Il nuovo Board per il biennio 2026 - 2027 raccoglie l'eredità di un eccellente lavoro svolto nel mandato precedente. Su queste solide basi, il nuovo Comitato di Coordinamento guarda al futuro con entusiasmo, in una logica di piena continuità, arricchita da una visione sempre più strutturata e multidisciplinare. Nei prossimi due anni l'Area Cronicità Cardiologica ANMCO intende consolidarsi come punto di riferimento culturale e scientifico per la gestione del paziente

cardiovascolare cronico lungo tutto il continuum ospedale-territorio, valorizzando il ruolo del cardiologo ospedaliero all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e promuovendo un dialogo costante con le altre specialità coinvolte nella presa in carico del paziente complesso.

Composizione dell'Area e membri del Board

Per il biennio 2026 - 2027 la guida dell'Area sarà affidata a Chiara Dalla Valle, che opera presso la Cardiologia degli Ospedali dell'Ovest Vicentino, dove si occupa prevalentemente di scompenso cardiaco, cure intensive cardiologiche e prevenzione cardiovascolare. È inoltre referente dell'ambulatorio dedicato ai pazienti dislipidemici ad alto rischio cardiovascolare e attiva nella ricerca clinica cardiologica a livello internazionale.

Il ruolo di Co-Chairperson sarà ricoperto da Marco Zuin, Assistant Professor in Medicina Interna e Medicina Cardiovascolare presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna dell'Università degli Studi di Ferrara e dottorando in Scienze Cardiovascolari presso l'Università

degli Studi di Padova. Attualmente lavora presso la Cardiologia degli Ospedali Riuniti Padova Sud ed è membro italiano del Working Group "Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function" della Società Europea di Cardiologia. È inoltre Research Fellow presso il Thrombosis Center del Brigham and Women's Hospital di Boston. I suoi principali ambiti di ricerca includono l'embolia polmonare, la prevenzione cardiovascolare secondaria, il PFO, la morte cardiaca improvvisa, l'aterosclerosi e l'epidemiologia cardiovascolare, con un particolare interesse per l'analisi dei big data, le metanalisi e la metodologia statistica applicata alle scienze mediche. Il Comitato di Coordinamento sarà composto da Filippo Zilio, Claudia Colombo, Rita Groccia e Giorgio Quadri. Il Dott. Zilio è cardiologo interventista presso l'Ospedale Santa Chiara di Trento, con un'attività focalizzata sull'interventistica coronarica e strutturale, comprendente procedure di riparazione mitralica e tricuspoidale e la chiusura del PFO. Attivo da anni in ANMCO, è stato Chairperson dell'Area Giovani nel biennio 2022-2023 e membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità nel mandato successivo. La Dott.ssa Colombo lavora come cardiologa clinica presso l'Ospedale Niguarda di Milano e si occupa prevalentemente di cardiologia clinica e terapia intensiva cardiologica, con particolare attenzione alla gestione del paziente nella fase post-acuta. È Principal Investigator e coordinatrice scientifica di un registro multicentrico dedicato ai pazienti con embolia polmonare. La Dott.ssa Groccia opera presso la Cardiologia UTIC di

Rossano (ASP Cosenza), svolgendo attività in ambito di terapia intensiva cardiologica, ecocardiografia e ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco e alle cardiomiopatie. Il Dott. Quadri lavora come cardiologo emodinamista presso l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, occupandosi di interventistica coronarica e strutturale. L'Area potrà inoltre contare sul contributo dei consulenti Giulia Russo, Gianluigi Tagliamonte e Marco Mojoli. La Dott.ssa Russo opera presso la Struttura Complessa di Patologie Cardiovascolari del Dipartimento Specialistico Territoriale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e si occupa principalmente di cardioncologia, scompenso cardiaco, cardiopatie congenite dell'adulto e cardiologia clinica. Il Dott. Tagliamonte è dirigente medico presso la Cardiologia del Presidio Ospedaliero Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli (ASL Napoli 2 Nord), dove è responsabile del follow-up del paziente con cardiopatia ischemica, referente per la formazione dell'area medica e docente di Cardiologia nel Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università Federico II di Napoli. Il Dott. Mojoli lavora come cardiologo emodinamista presso l'Ospedale di Pordenone e si occupa prevalentemente di interventistica coronarica, prevenzione cardiovascolare secondaria e trial clinici farmacologici. A completare la struttura dell'Area, per il biennio in corso è stata introdotta la figura del medical writer, ruolo affidato a Gaetano Marino, cardiologo clinico presso la Cardiologia Clinica e Riabilitativa dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, con particolare interesse per lo scompenso cardiaco e la prevenzione cardiovascolare.



**Progetti e obiettivi per il biennio
2026 - 2027**

Uno degli obiettivi principali del biennio sarà lo sviluppo di progettualità condivise con le altre Aree ANMCO, con l'intento di affrontare temi trasversali di rilevanza

clinica, formativa e di ricerca. In questo solco si inserisce la definizione di un PDTA dedicato al paziente cardiovascolare con patologia avanzata, con particolare attenzione agli aspetti palliativi e al corretto timing della presa in carico.

Accanto alla dimensione editoriale, l'Area intende rafforzare il proprio impegno formativo. In questo contesto si colloca la programmazione di un webinar tematico, concepito come momento di confronto tra professionisti e strumento pratico per la gestione dei percorsi assistenziali complessi. Prosegue inoltre l'attenzione verso il tema del rischio cardiovascolare residuo, con la proposta di un contributo per la sezione "10 domande in tema di" del Giornale Italiano di Cardiologia, focalizzato sulle criticità cliniche e terapeutiche che persistono dopo la rivascolarizzazione coronarica. Sul versante della ricerca, l'Area conferma una forte vocazione alla produzione scientifica di qualità,

attraverso la realizzazione di revisioni sistematiche e metanalisi su tematiche inerenti alla cronicità cardiovascolare. Un progetto centrale del biennio sarà infine lo sviluppo di un registro osservazionale multicentrico dedicato alla valutazione della fragilità nel paziente anziano sottoposto a TAVI. Il registro analizzerà l'impatto della valutazione geriatrica pre-procedurale sugli outcome a un anno, confrontando centri con e senza la presenza strutturata del geriatra all'interno dell'Heart Team. A questo si affiancherà un ulteriore registro osservazionale dedicato ai pazienti oncologici con embolia polmonare a rischio intermedio-alto sottoposti a riperfusione percutanea, con valutazione della mortalità a un anno,

della qualità di vita, dello sviluppo di ipertensione polmonare post-tromboembolica e dell'incidenza di sanguinamenti maggiori.

Conclusioni

L'Area Cronicità Cardiologica ANMCO per il biennio 2026 - 2027 si propone come un vero e proprio laboratorio di idee, ricerca e formazione, con l'obiettivo di contribuire in modo concreto al miglioramento della gestione del paziente cardiovascolare cronico. Continuità, multidisciplinarietà e rigore scientifico rappresentano i pilastri su cui il nuovo Board intende costruire il proprio percorso, mettendo al centro il cardiologo ospedaliero e i bisogni reali dei pazienti. ♥



Ipnosi in cardiologia: mito o realtà?

L'ipnosi è una tecnica che permette di focalizzare l'attenzione e guidare la mente per ottenere cambiamenti temporanei nella percezione, nel comportamento o nella gestione del dolore, con pieno controllo da parte del paziente

Nel mese di novembre, incuriositi dall'esperienza del Dott. Stefano Cornara, consulente dell'Area Giovani e recentemente diplomato al Master in ipnosi, abbiamo visitato l'ospedale Cardinal Massaia di Asti per intervistare il professor Marco Scaglione. Direttore della Cardiologia ed Elettrofisiologia dell'ospedale, il Prof. Scaglione è anche docente in uno dei pochi Master italiani dedicati all'ipnosi clinica per medici, promosso dal Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale fondato dal professor Franco Granone, pioniere della disciplina in Italia. Il professor Scaglione ci ha illustrato la sua esperienza, condividendo video di pazienti ipnotizzati e operati da lui in elettrofisiologia, e chiarendo molte delle nostre curiosità.

Com'è nato il suo interesse per l'ipnosi?

Intanto grazie per l'opportunità di parlare di questo tema. Sono venuto a conoscenza dell'ipnosi applicata alla medicina intorno al 2009, grazie alla mia tutor dell'epoca. Aveva eseguito un impianto di pacemaker su una paziente poliallergica a diversi farmaci anestetici e, proprio per questo, aveva

scelto di ricorrere all'ipnosi come forma di narco-sedazione. Da lì ho pensato che potesse rappresentare davvero un'innovazione nel nostro campo e ho iniziato a informarmi per formarmi adeguatamente. All'inizio, però, ho ricevuto informazioni sbagliate: mi era stato detto che il corso durava un anno, che si teneva in orario serale e che fosse riservato esclusivamente a psicologi e psichiatri. Per questo motivo ho accantonato l'idea per quasi nove anni. Poi, nel 2018, sono venuto a conoscenza della situazione reale e ho deciso di frequentare il corso. Da quel momento, essendo un tipo "alla San Tommaso", con la necessità di verificare personalmente l'affidabilità e la riproducibilità del metodo, ho iniziato ad applicarlo nelle procedure eseguite in sala di elettrofisiologia, per gestire la narco-sedazione dei pazienti.

In quali ambiti clinici trova applicazione l'ipnosi e qual è stato il caso più significativo che ha incontrato nella sua esperienza professionale?

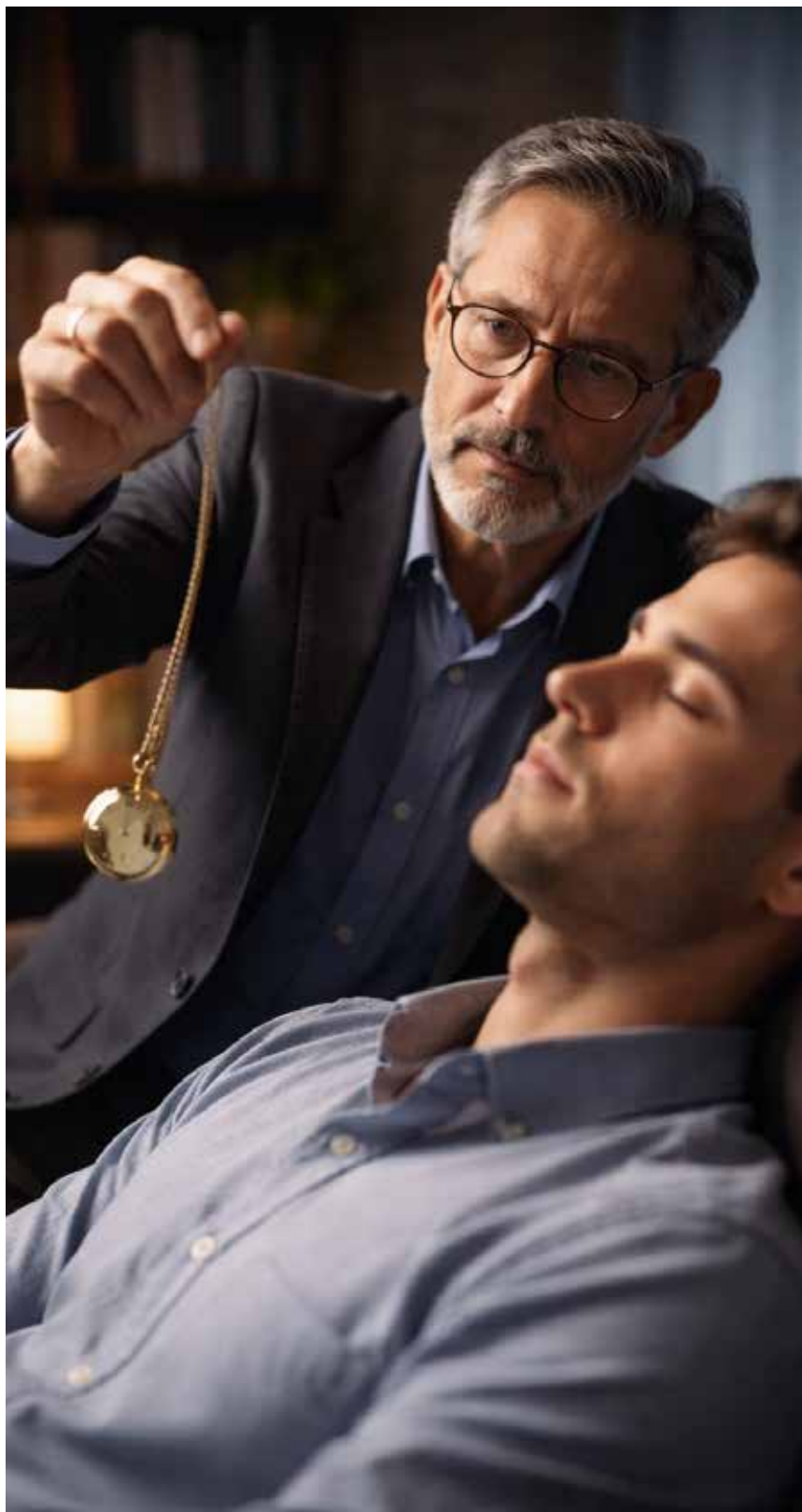
Dal punto di vista dell'applicabilità, vi dico: ovunque. E "ovunque" significa non solo in cardiologia. All'Istituto Granone arrivano professionisti di ogni

settore: dal fisiatra all'odontoiatra, dallo psicologo allo psicoterapeuta, dallo psichiatra al chirurgo. E tutti la applicano con profitto nei rispettivi ambiti. In cardiologia abbiamo avuto il privilegio di essere i primi a introdurre questo metodo, inizialmente in sala di elettrofisiologia e, successivamente, estendendolo anche all'elettrostimolazione e all'emodinamica. Nel tempo siamo riusciti a pubblicare una serie di articoli: uno dei primi riguardava la gestione della fibrillazione atriale con radiofrequenza tramite ipnosi, seguito poi dal primo impianto di ICD sottocutaneo realizzato con supporto ipnotico o ancora più recentemente la gestione della fibrillazione atriale con elettroporazione. Un aspetto interessante è che la "ipnotizzabilità" dei pazienti risulta molto più elevata in sala operatoria rispetto a uno studio ambulatoriale, perché in quel contesto il paziente avverte maggiormente la necessità di tranquillizzarsi e affidarsi. Il caso più eclatante è stato quello recentemente pubblicato sull'European Heart Journal - Case Reports. In quell'occasione sono riuscito a far replicare a un paziente in storm aritmico refrattario, gli effetti del blocco del ganglio stellato utilizzando esclusivamente l'ipnosi. Il paziente conosceva già gli effetti del blocco farmacologico, e proprio partendo da quell'esperienza gli ho chiesto di riprodurre, attraverso l'ipnosi, le stesse sensazioni e la stessa risposta fisiologica. Ho poi fornito suggestioni mirate, invitandolo a immaginare di poter "spegnere" il ganglio stellato come se fosse un interruttore. Ed è esattamente ciò che è accaduto. Nel giro di 3-4 minuti dall'inizio delle suggestioni ipnotiche indirizzate al ganglio stellato, l'aritmia si è spenta.

Perché un giovane cardiologo dovrebbe interessarsi all'ipnosi oggi?

Proprio perché è giovane e non è un "boomer" come me, dovrebbe essere più aperto alle innovazioni. All'Istituto Granone, solo quest'anno, abbiamo formato più di 150 professionisti tra medici e infermieri che operano in cardiologia. Il corso offre un plus sia per il professionista sia per il paziente: quando un paziente, a fine procedura, ti dice che è stato "bellissimo", quella è la massima soddisfazione personale per un medico. Ciò che abbiamo scoperto applicando l'ipnosi è che ha anche trasformato l'ambiente di lavoro: impari un nuovo metodo di comunicazione che puoi sperimentare nella vita di tutti i giorni. Per esempio, funziona perfino in situazioni banali come andare dal dentista per ridurre il fastidio, o nelle signore che eseguono la ceretta. Con i parenti, invece, i risultati sono più difficili da ottenere. Basta cercare in rete "Istituto Franco Granone, Torino": il corso inizierà tra febbraio e marzo 2026. Si svolgerà in tre giorni al mese, dal venerdì al sabato, per tre mesi. E vi dico una cosa che non mi avete chiesto: quanto tempo ci vuole per imparare l'ipnosi? Solo 9 giorni!

Il Prof. Scaglione ha poi eseguito una dimostrazione pratica del metodo ipnotico su uno dei membri dell'Area Giovani presenti durante l'intervista, Giuseppe Ciliberti, ribadendo un concetto fondamentale: l'ipnosi non è una sfida tra operatore e paziente, né una prova di abilità tecnica. È invece uno strumento pensato per supportare il paziente, rendendo l'esperienza medica più serena e gestibile. ♥





AI, here we are! Nasce l'Area Intelligenza Artificiale in Cardiologia ANMCO

Innovazione, metodo e responsabilità nella cardiologia contemporanea

Negli ultimi anni l'intelligenza artificiale (IA) sta incidendo in modo sempre più significativo sulla pratica cardiologica, aprendo nuove prospettive in ambito diagnostico, prognostico e decisionale. Dall'imaging cardiovascolare all'elettrofisiologia, dalla stratificazione del rischio alla gestione di grandi moli di dati clinici complessi, le applicazioni dell'IA stanno progressivamente entrando nella quotidianità del cardiologo ospedaliero. In questo scenario di rapida evoluzione

tecnologica nasce l'Area Intelligenza Artificiale in Cardiologia dell'ANMCO, fortemente voluta dal Presidente nazionale Massimo Grimaldi, con l'obiettivo di offrire alla comunità cardiologica italiana uno spazio strutturato di riflessione, ricerca e divulgazione scientifica su questi temi emergenti. Un'iniziativa che rappresenta un segnale chiaro: l'IA non è più una prospettiva futura, ma una realtà con cui la cardiologia deve confrontarsi in modo consapevole e guidato.

La mission dell'Area Intelligenza Artificiale ANMCO

L'Area Intelligenza Artificiale ANMCO si inserisce nel solco della tradizione della Società: promuovere un'innovazione solida dal punto di vista scientifico, utile nella pratica clinica e coerente con i valori della medicina. L'idea fondante è che l'IA non rappresenti un fine in sé, ma uno strumento da governare, comprendere a fondo e integrare criticamente nei percorsi assistenziali, mantenendo centrale il ruolo del cardiologo. La visione dell'Area è quella di favorire un utilizzo dell'IA che sia:

- *Clinicamente rilevante*, realmente capace di migliorare diagnosi, prognosi e gestione dei pazienti;
- *Scientificamente rigoroso*, basato su evidenze, validazione metodologica e valutazione critica dei modelli;
- *Eticamente responsabile*, attento a trasparenza, equità, sicurezza dei dati e responsabilità clinica;
- *Orientato al miglioramento* della



qualità delle cure, con un beneficio concreto per il paziente e per il sistema sanitario.

IA e prevenzione: una grande opportunità per la cardiologia ospedaliera

Molte patologie cardiache strutturali rimangono silenti per anni e vengono diagnosticate solo quando compaiono manifestazioni cliniche avanzate, come lo scompenso cardiaco. Intercettarle precocemente significa poter avviare terapie efficaci quando il danno è ancora limitato, massimizzando l'impatto dei trattamenti farmacologici e non farmacologici nel modificare la storia naturale della malattia.

Un'identificazione precoce dei pazienti a rischio può tradursi in una riduzione significativa di eventi cardiovascolari maggiori, accessi ambulatoriali, ospedalizzazioni e mortalità cardiovascolare. Inoltre, questo approccio apre prospettive rilevanti in termini di ottimizzazione del rapporto costo/efficacia, razionalizzando l'impiego di risorse sanitarie oggi fortemente assorbite dalla gestione delle patologie cardiovascolari croniche. In questo contesto, l'IA può rendere la prevenzione più mirata e sostenibile, aiutando il cardiologo a identificare chi necessita realmente di ulteriori accertamenti e chi no. Non una tecnologia che sostituisce il giudizio clinico, ma uno strumento che lo rafforza e lo potenzia.

Governare l'innovazione: il ruolo chiave delle società scientifiche

La sfida dell'IA va ben oltre il singolo algoritmo. Si tratta di una vera e propria rivoluzione che la medicina non può subire passivamente.

Le società scientifiche hanno un ruolo cruciale nel definire criteri di validazione clinica, promuovere la formazione dei professionisti sanitari,

chiarire le implicazioni etiche e le responsabilità, e guidare l'integrazione dell'IA nei percorsi di cura reali. È in questa direzione che si colloca la nascita dell'Area Intelligenza Artificiale ANMCO. Per il biennio 2026 - 2027, il coordinamento è stato affidato alla Dott.ssa Simona Giubilato, che nel biennio precedente ha ricoperto il ruolo di Chairperson dell'Area Management & Qualità. Una continuità non casuale: l'IA rappresenta infatti uno snodo strategico per coniugare innovazione tecnologica, qualità delle cure, appropriatezza clinica e sostenibilità del sistema sanitario.

Prospettive future

L'Area Intelligenza Artificiale ANMCO ambisce a diventare un punto di riferimento per la comunità cardiologica italiana, contribuendo alla costruzione di una cardiologia sempre più innovativa, ma anche più consapevole e responsabile. L'obiettivo è accompagnare la transizione da un modello di medicina prevalentemente reattivo a uno sempre più preventivo e di precisione, capace di garantire nel tempo qualità, equità e sostenibilità. Per le generazioni future, governare questa rivoluzione non è solo una questione tecnologica, ma una

responsabilità scientifica, culturale e professionale. Con la nascita della sua Area dedicata all'Intelligenza Artificiale, l'ANMCO raccoglie questa sfida con visione strategica, metodo e senso del proprio ruolo, ponendo il cardiologo e il paziente al centro dell'innovazione.

Ambiti di attività

L'Area IA in Cardiologia ANMCO opera su più livelli, con un approccio trasversale e multidisciplinare. In particolare, si propone di:

- *favorire la ricerca scientifica* sull'applicazione dell'IA in cardiologia, anche attraverso studi osservazionali, progettualità multicentriche e collaborazioni nazionali e internazionali;
 - *promuovere la formazione dei cardiologi*, fornendo strumenti culturali e metodologici per comprendere limiti e potenzialità dell'IA;
 - *contribuire alla divulgazione scientifica*, attraverso articoli, documenti di consenso e position paper;
 - *stimolare il confronto* con istituzioni, società scientifiche e industria, mantenendo un ruolo di guida e di garanzia scientifica.
- Contribuisci anche tu a generare il cambiamento. Iscriviti alla nuova Area IA in Cardiologia.♥

IA : la vera sfida non è tecnologica ma culturale



Nuovi Strumenti Digitali

Strumenti come Copilot supportano il lavoro dei medici e dei pazienti.

Oltre l'Efficienza, Nuova Qualità

L'IA ottimizza i processi e migliora la qualità delle cure.



IA Trasparente (XAI)

Tecniche che aiutano a comprendere le decisioni dell'algoritmo.

La Vera Sfida è Culturale
Necessario un uso critico e consapevole dell'IA.



I Medici come Guida

I medici devono governare l'integrazione delle nuove tecnologie.

Potenziare la Professione

L'IA potenzia le capacità dei professionisti, non le sostituisce.





Simona Giubilato

Cardiologa Intensivista presso A.O.E. Cannizzaro di Catania. Laurea e specializzazione in Cardiologia cum laude presso Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC), Policlinico A. Gemelli, Roma. PhD in Cardiologia Cellulare e Molecolare presso UCSC. Master II livello in Terapia Intensiva Cardiologica, Università degli Studi di Firenze. Iscritta al Master II livello di IA applicata alla Medicina, Università di Torino. Istruttrice ACLS ANMCO/AHA. Istruttrice di CRISIS RESOURCE MANAGEMENT. Fellow ANMCO. Chairperson Area Management&Qualità, 2024-2025. Membro Area Emergenza-Urgenza, 2019-2021. Membro Working Group ESC on e-Cardiology.



Raffaele De Lucia

Laureato cum laude in Medicina presso l'Università dell'Insubria e si è specializzato cum laude in Cardiologia all'Università di Pisa. Ha conseguito le certificazioni EHRA in Cardiac Pacing and Defibrillator e in Interventional Electrophysiology ed è membro EHRA, Fellow dell'ESC e Chair-Elect del Working Group ESC on e-Cardiology. La sua attività clinica è focalizzata sull'elettrofisiologia interventistica, l'ablazione e i dispositivi cardiaci impiantabili. Dal 2017 lavora presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa. È autore o coautore di 45 pubblicazioni (h-index 17; 934 citazioni) e ha ricevuto importanti riconoscimenti in ambito e-Cardiology agli EHRA 2019 e 2024.



Emilia D'Elia

Dirigente Medico in Cardiologia presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo ed è referente del Day Hospital e dell'Ambulatorio dello Scompensato Cardiaco. È Professore a Contratto presso la School of Medicine dell'Università di Milano-Bicocca e fa parte del Committee HFA-ESC "Prevention, Comorbidities, Diagnosis – Atrial Disorders" ed è Fellow dell'ESC e Fellow dell'HFA. Attualmente frequenta il Master in Intelligenza Artificiale applicata alla Medicina presso l'Università di Torino.



Nicola Gasparetto

Responsabile della Unità Operativa Semplice di Terapia Intensiva Cardiologica dell'Ospedale di Treviso. Socio ANMCO da moltissimi anni e ha ricoperto diversi ruoli all'interno dell'ANMCO come consigliere regionale Veneto per 2 mandati, consulente dell'Area Emergenza-Urgenza e componente del comitato di coordinamento dell'Area Management&Qualità nel biennio 2024-2025. Negli ultimi anni ha coltivato un crescente interesse per l'applicazione dell'IA in Cardiologia, in particolare nell'ambito del monitoraggio emodinamico nello shock cardiogeno e nella predizione della prognosi nel paziente post arresto cardiaco.



Lucio Giuseppe Granata

Specialista in Cardiologia e Medicina Generale.

Lavora presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Garibaldi Nesima, ARNAS Garibaldi di Catania.

I suoi principali interessi clinici e di ricerca includono la cardiologia clinica e preventiva, le sindromi coronariche acute, l'ecocardiografia, il diabete, l'obesità e l'applicazione dell'intelligenza artificiale nella cura delle malattie cardiovascolari.



Carlotta Sorini Dini

Cardiologa intensivista lavora presso la Cardiologia e UTIC dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese. Già attiva in ANMCO nel Direttivo Regionale Toscana, in passato nell'Area Emergenza-Urgenza e nell'Area Management & Qualità e da anni nel Board Scientifico del Club delle UTIC ANMCO. Tra i principali campi di interesse e di ricerca lo shock cardiogeno, i device di supporti meccanici, la terapia sostitutiva cardiaca.



Emanuele Frontoni

Professore ordinario di Informatica all'Università di Macerata, co-direttore del VRAI Lab e affiliated researcher presso l'IIT di Genova.

Dal 2022 è Direttore Scientifico del Centro per la Ricerca Scientifica e l'Innovazione Tecnologica in Campo Neurologico NemoLab all'Ospedale Niguarda di Milano e svolge ricerca in intelligenza artificiale, visione artificiale e analisi del comportamento umano. Autore di oltre 300 pubblicazioni internazionali e collabora attivamente con aziende e progetti di trasferimento tecnologico a livello nazionale e internazionale.

Dal 2021 è incluso nella lista "World's Top 2% Scientists" (Stanford University-Elsevier) nella categoria Artificial Intelligence & Image Processing ed è esperto per la Commissione Europea su progetti di ricerca competitivi.



Diego Gallo

Professore associato in Bioingegneria presso il Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale e il centro interdipartimentale Polito^{BIO}Med Lab del Politecnico di Torino.

La sua attività di ricerca si concentra sullo sviluppo di tecnologie digitali per lo studio di patologie cardiovascolari e la progettazione di dispositivi cardiovascolari.



Roberta Della Bona

Cardiologa intensivista all’Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Attiva in Anmco nel Direttivo regionale Liguria. Amante della cardiologia a 360 gradi con particolare interesse per il trattamento dello shock cardiogeno, i supporti meccanici, l’imaging avanzato, le cardiomiopatie e le dislipidemie.



Emanuele Nigro

Cardiologo intensivista presso l’UTIC dell’A.O.U San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona, Salerno.

La sua attività clinica è focalizzata sulla gestione del paziente critico, con particolare attenzione allo shock cardiogeno, alle sindromi coronariche acute, alle aritmie in terapia intensiva e al supporto emodinamico avanzato.

I suoi interessi di ricerca comprendono la stratificazione prognostica del paziente critico, l’ottimizzazione dei percorsi di cura in UTIC e l’applicazione di approcci innovativi per migliorare gli esiti clinici in ambito cardiovascolare intensivo.



Maria Chiara Gatto

Dirigente Medico presso UOC Cardiologia dell’Ospedale Sant’Eugenio di Roma, si è specializzata in Malattie dell’Apparato Cardiovascolare presso l’Università Sapienza di Roma dove ha conseguito un Dottorato di Ricerca in Fisiopatologia dell’Imaging Cardio-Toraco-Vascolare e due Master di II livello in Telecardiologia e in Management Sanitario. La sua principale applicazione clinica riguarda l’elettrofisiologia, i dispositivi cardiaci impiantabili, il monitoraggio remoto e l’ablazione transcateretere.

Socio ANMCO dal 2012, attualmente Fellow dell’ANMCO e dell’ESC, ha conseguito la certificazioni EHRA in Cardiac Pacing and Defibrillator ed è componente del e-Cardiology Working Group dell’ESC.



Uniformità di accesso alla diagnosi, alla cura e al follow up della Embolia Polmonare (EP): si parte!

L'impegno dell'Area Malattie del Circolo Polmonare: "una rete per l'EP" parte dalla Lombardia!

Non poteva aprirsi meglio il biennio 2026-2027, iniziato con due donne al timone: la neo Chairperson dell'Area Malattie del Circolo Polmonare (MCP) ANMCO Laura Scelsi e la Presidente ANMCO Regione Lombardia Anna Maria Iorio, che hanno mostrato una "leadership al femminile" nell'affrontare i temi "Embolia Polmonare e CTEPH" organizzando il 21 gennaio 2026 all'Hotel Ritz di Milano un incontro dal titolo "la Malattia Polmonare Tromboembolica, dalla gestione della fase acuta alle sindromi post emboliche" (Figura 1). Nella giornata una prima parte è stata dedicata alla gestione della fase acuta della Embolia Polmonare (EP) dalla stratificazione del rischio alle opzioni terapeutiche; una seconda alle complicanze della EP, alternando casi clinici con televoto e relazioni frontali con ampio spazio affidato alla discussione tra esperti. La Dott.ssa Maddalena Lettino ha ricordato che la EP è la terza causa di morte cardiovascolare dopo IMA e stroke e quinta causa di morte in generale con un'incidenza di circa 68.000 casi/anno in Italia, che riconosce tra i fattori di

rischio minori anche quelli cardiovascolari; dopo l'intervento della Dott.ssa Elena Gualini, la Dott.ssa Caterina De Carlini ha sottolineato come la trombolisi sistemica, first line therapy per la EP ad alto rischio, sia non indicata dalle linee guida (LLGG) nel rischio intermedio alto se non in fase rescue; la Dott.ssa Claudia Colombo ha rilevato l'importanza della fenotipizzazione del rischio intermedio alto, in particolare nell'individuare quell'8-10% di pazienti che può manifestare deterioramento clinico; il Dott. Marco Zuin ha sottolineato come, ad oggi, la EP sia stratificata sulla base di parametri statici e rilievi puntiformi (PESI, TNI, BNP, RVD) nonostante un 10% possa andare incontro a "worsening", esprimendo la dinamicità della patologia in parte rappresentata dalla definizione di "shock normoteso" e di come la variazione della funzione diastolica del ventricolo destro possa esserne espressione. La Dott.ssa Alice Sacco ha affermato che tali pazienti sono classe A-B secondo il sistema classificativo RISA-PE, adattamento del sistema SCAI alla EP, da ciò deriva

che l'EP possa essere considerata una patologia tempo dipendente. Da un punto di vista clinico, il Dott. Giacomo Giovanni Boccuzzi ha illustrato le possibilità di approccio interventistico percutaneo con dispositivi transcateretere di diversa forma e funzione, la scelta dei quali, non può che avvenire all'interno di gruppi multidisciplinari o "PERT team" il cui ruolo è stato descritto dalla Dott.ssa Battistina Castiglioni. Il Dott. Lorenzo Cianfanelli ha affrontato l'argomento della EP complicata da arresto refrattario. Durante una tavola rotonda si è cercato di traslare la pratica clinica condivisa in organizzazione sanitaria, rispondendo al quesito se sia possibile organizzare una rete per patologia anche per la EP. La Dott.ssa Scelsi, dopo l'intervento della Dott.ssa Chiara Forgiome, ha affrontato il tema del follow up della EP, in cui non è ancora ben definito da chi e come debba essere effettuata la presa in carico del paziente; il Dott. Claudio Picariello ha riportato il modello di follow up strutturato presso l'ospedale di Rovigo; i Dottori Emilio Bassi e Claudia Baratto hanno illustrato l'importanza, in questa fase, della diagnostica per immagini. Il tema della CTEPH, introdotto dalla Dott.ssa Stefania Falcone, è stato affrontato dal Prof. Andrea Maria D'Armini, dalla Dott.ssa Luciana D'Angelo e dal Dott. Nicola Cionfoli. Molti sono i punti emersi su cui non vi è uniformità di vedute, per citarne alcuni: è possibile creare una rete tempo dipendente per la EP come per IMA e stroke? Che tipo di rete? Come stratificare al meglio il paziente a rischio intermedio alto? Quale il "paziente tipo" per la terapia interventistica? Quale metodica scegliere per quale paziente? Quale il

timing di utilizzo? Quale la soglia di rischio tollerabile? La terapia interventistica è superiore o meno alla terapia anticoagulante nei pazienti a rischio intermedio-alto/alto? Quale è il ruolo dell'ECMO e delle procedure di supporto meccanico? Ad oggi le LLGG ESC 2019 indicano con grado di evidenza IIaC l'uso delle metodiche interventistiche in caso di deterioramento nel rischio intermedio alto o in caso di fallimento/controindicazione alla terapia trombolitica nel rischio alto. Sebbene i risultati dei trials ULTIMA, SEATTLE II, OPTALYSE PE, FLARE, FLAME, EXTRACT PE, FLASH Registry abbiano dato un notevole impulso all'utilizzo delle metodiche nel rischio alto e nell'intermedio-alto, mancano ancora risultati di studi prospettici di confronto fra metodiche che potranno venire dagli studi PEERLESS I e II, HI PEITHO. Sul territorio nazionale emerge ampia eterogeneità di accesso alle metodiche, di expertise per specialità e di utilizzo delle stesse. La sensazione è che l'introduzione dell'innovazione nella pratica clinica possa avvenire prima della dimostrazione incontrovertibile della superiorità o non inferiorità delle tecniche interventistiche rispetto all'utilizzo della terapia farmacologica e prima della definizione emodinamica della tipologia di paziente cui applicarle. La posta in gioco è elevatissima: prestare la cura appropriata al paziente con EP su tutto il territorio nazionale. È una scommessa che l'Area Malattie del Circolo Polmonare ha già raccolto: su "Cardiologia negli Ospedali" nel 2016 furono chiamati alle armi quanti si occupavano di EP in Italia per la introduzione delle metodiche interventistiche nei pazienti a rischio

alto e intermedio alto. Nello stesso anno l'Area Malattie del Circolo Polmonare propose una survey da cui emerse che, in un anno, nei centri intervistati furono fatte solo 56 procedure. Nel 2024 le procedure sono state 500, sicuramente più che nel 2016 ma ancora poche, probabilmente, in relazione alle reali potenziali indicazioni. Si tratta tuttavia di attendere i risultati di studi clinici, metanalisi e un imprimatur da parte delle LLGG internazionali. Volendo paragonare ciò che è accaduto per l'IMA, si ricorda che dalla introduzione della PTCA (1977) come metodica interventistica alla adozione della stessa come first line therapy (anni 2000) sono trascorsi più di 20 anni. L'argomento è stato oggetto di una

conferenza stampa dal titolo "dalla diagnosi alle politiche sanitarie: un impegno comune contro la embolia polmonare" svoltasi in senato il 3 febbraio 2026 su indicazione della senatrice Elena Murelli che ha coinvolto i rappresentanti delle società scientifiche SIMEU, SIMI, ANMCO, FADOI, GISE radiologia interventistica etc. L'intento è quello di costituire percorsi di presa in carico del paziente con EP guidati da appropriatezza e tempestività all'interno di reti interdipendenti, caratterizzate da collaborazione multidisciplinare ed inserire la EP nel Piano Nazionale Cardiovascolare. L'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO ha l'obbligo di seguire, insieme alle istituzioni, questa



Figura 1

trasformazione, di guidarla dal punto di vista della formazione dei cardiologi italiani, della collaborazione con le branche specialistiche coinvolte. Si deve considerare che la terapia interventistica coinvolge cardiologi e radiologi interventisti e non è che una parte della gestione del paziente con EP, che prevede la caratterizzazione del paziente con le sue comorbidità. Queste possono influire sul ventricolo destro nella fase acuta; la necessità di

un follow up deve tener conto della gestione delle comorbidità, della individuazione delle cause di EP e del rischio di CTEPH. Inoltre circa il 30-40% delle EP sono a basso rischio e anche in questo settore dovrà essere fatta la rivoluzione copernicana della gestione domiciliare. Ma la vera rivoluzione sarà nel considerare il paziente con EP in maniera unitaria sul versante arterioso e venoso e tener presente la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria

su entrambi i versanti. All'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO spetta il compito di formare sulla natura della malattia tromboembolica venosa come infiammatoria cronica recidivante. Questo richiede un approccio interdisciplinare in ogni momento della sua presentazione dall'esordio, alla scelta della terapia della fase acuta al follow up Buon lavoro, quindi, a tutti NOI!♥

RISA-PE: Risk claSsification Adapting SCAI shock stages to right ventricular failure in Pulmonary Embolism			
CLASSIFICAZIONE PER EP A RISCHIO INTERMEDIO ALTO/ALTO			
	STADIO dello SHOCK	CARATTERISTICHE	MORTALITA' INTRA OSPEDALIERA %
A	A RISCHIO	INCREMENTO TN E RVD	2.2%
B	INIZIALE	LATTATI>2mmol/l O INDICE di SHOCK≥1 O ENTRAMBI	6.7%
C	IIPOTENSIONE PERSISTENTE	IIPOTENSIONE SENZA IPOPERFUSIONE	13.3%
D	SHOCK OSTRUTTIVO	IIPOTENSIONE E IPOPERFUSIONE	15.8%
E	ESTREMO	ARRESTO CARDIACO	30.8%

Figura 2

di Roberta Rossini, Ada Cutolo, Alessandro Aiello, Caterina De Carlini, Annarita Pilleri, Antonio Terranova, Raimondo Calvanese, Fortunata Condemi, Vanessa Peano

Area Management&Qualità del biennio 2026 - 2027

La qualità, alla fine, la fanno sempre le persone!

La squadra che mi accompagnerà in questo biennio è composta da professionisti che, tutti i giorni, si confrontano con le sfide quotidiane cui la nostra professione ci mette di fronte. Per tutti noi, il viaggio con l'Area Management&Qualità ANMCO rappresenta una grande opportunità per affrontare insieme e proporre soluzioni rispetto a temi clinico-assistenziali con cui ci confrontiamo tutti i giorni. Diventa sempre più difficile conciliare implementazione di nuove tecnologie e centralità del paziente, complessità dei dati strumentali e cura della persona, qualità assistenziale e sostenibilità economica, appropriatezza prescrittiva e problematiche medico-legali. Lo sviluppo e l'avvento di nuove tecnologie, unitamente all'aumento di incombenze burocratiche e la necessità di imporre tempi sempre più serrati nelle attività assistenziali, ha eroso sempre di più il tempo dedicato alla comunicazione con il paziente. La comunicazione chiara, tempestiva e, soprattutto, efficace rappresenta una parte essenziale della cura dei pazienti. Tuttavia, sempre più spesso, il tempo dedicato alla comunicazione viene sacrificato per dare spazio a nuove indagini strumentali o poter adempiere ad attività burocratiche. Non è infrequente che parliamo *del* paziente, *davanti* al paziente, ma *senza* un suo coinvolgimento attivo.

Dimentichiamo che l'ingaggio del paziente è fondamentale, perché solo dopo un vero consenso informato da parte del paziente siamo legittimati a procedere con indagini diagnostico-terapeutiche. E un consenso realmente informato non può prescindere da una piena consapevolezza del paziente, ottenuta soprattutto attraverso una comunicazione efficace. Peraltro, con l'avvento di nuove prospettive terapeutiche, farmacologiche ed interventistiche, queste ultime sempre meno invasive, si è assistito, negli ultimi anni, ad un aumento considerevole, da un lato, del ventaglio di opzioni terapeutiche, dall'altro alla quota di pazienti, anche anziani e molto anziani, che potrebbero essere candidati a tali terapie. Il trattamento di un paziente

anziano e/o comorbido, tuttavia, rappresenta una sfida difficile, complessa e molto faticosa, in quanto il limite tra appropriatezza e futilità appare estremamente sottile, labile e mutevole da un giorno all'altro. Dobbiamo essere pronti, tutti, a comprendere che, a volte, è necessario togliere e non aggiungere. È necessario comprendere, per ogni paziente, quando siamo a tetto terapeutico e quindi è giusto fermarsi. Il tetto terapeutico non è definito da tutte le opzioni che abbiamo a disposizione ma dal rapporto costo/efficacia, futilità/appropriatezza, in definitiva, proporzionalità di cure, per ogni malato che siamo chiamati a curare. In termini etici, rispetto al paziente e rispetto alle risorse economiche (tutt'altro che illimitate) che abbiamo a disposizione, tutti noi siamo chiamati a rispondere, in modo trasparente e responsabile. Per fare ciò, dobbiamo essere tutti consapevoli che, spesso, non possiamo affrontare decisioni tanto importanti quanto delicate, da soli, ma è fondamentale un approccio multidisciplinare, guidato da protocolli operativi e standardizzati, che garantiscano uniformità di trattamento tra pazienti, aree geografiche e setting clinici. L'aderenza a protocolli gestionali rappresenta, altresì, una importante garanzia di appropriatezza e qualità delle cure, offrendo al professionista una valida tutela in termini medico-legali. Comunicazione, qualità delle cure, standardizzazione dei percorsi, appropriatezza prescrittiva, centralità del paziente rappresentano le parole chiare che l'Area Management&Qualità si prefigge per questo biennio. Affronteremo il tema della consulenza cardiologica

Chairperson Roberta Rossini, Cuneo

Co-Chairperson Ada Cutolo, Mestre (VE)

Comitato di Coordinamento

Alessandro Aiello, Roma
Caterina De Carlini, Monza-Brianza
Annarita Pilleri, Cagliari
Antonio Terranova, Roma

Consulenti

Raimondo Calvanese, Napoli
Fortunata Condemi, Roma
Vanessa Peano, Torino

preoperatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca, volto a standardizzare l'approccio cardiologico preoperatorio. I temi salienti saranno caratterizzati da elementi chiave di appropriatezza, coerenti con le attuali linee guida della società europea ed americana, ma anche dalla sostenibilità di tali azioni nelle realtà ospedaliere italiane. Tratteremo la gestione del paziente con dolore toracico in Pronto Soccorso, con un particolare riferimento alla possibilità di *rule-out* del paziente, al fine di poter ridurre i rischi di sovraffollamento

e di ricoveri inappropriati. Promuoveremo la cultura sulle SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), che rappresentano un'attività strategica delle aziende ospedaliere. È importante che tutti i dirigenti medici abbiano le competenze per redigerle correttamente e vengano adeguatamente formati in vista dell'implementazione del nuovo sistema ICD-10. Lavoreremo ad un programma di promozione di dimissione ospedaliera precoce dei pazienti con sindrome coronarica acuta e dei pazienti con scompenso cardiaco. La dimissione precoce del

paziente con sindrome coronarica acuta e/o scompenso cardiaco rappresenta una sfida quotidiana per le cardiologie italiane. L'Area Management&Qualità si propone di implementare un protocollo organizzativo-gestionale volto a favorire la dimissione precoce dei pazienti, in accordo con le linee guida e nella totale sicurezza con il paziente. Saremo, infine, a completa disposizione per una progettualità condivisa con le altre Aree e con il CD. *Siamo entusiasti e pronti ad iniziare, certi che la qualità, alla fine, la fanno sempre le persone!*♥



Foto di Cottonbro studio | www.pexels.com

Area Nursing e Professioni Sanitarie ANMCO: struttura e cronoprogramma 2026 - 2027

Una rete nazionale per lo sviluppo delle competenze e dei modelli assistenziali cardiovascolari

Una rete nazionale per lo sviluppo delle competenze professionali

L'Area Nursing e Professioni Sanitarie ANMCO si appresta al biennio 2026 - 2027 con un Comitato di Coordinamento rinnovato e una programmazione orientata a strumenti operativi, progettualità cliniche e percorsi formativi con ricaduta concreta; al contempo, l'Area desidera ringraziare il mandato precedente per il lavoro svolto e per le basi costruite. La Vision è quella di una cardiologia sempre più integrata e multiprofessionale, in cui qualità, sicurezza e continuità delle cure siano obiettivi condivisi tra tutti gli attori del percorso.

Struttura organizzativa dell'Area

La governance dell'Area è affidata a un gruppo multiprofessionale composto da professionisti con esperienza clinica e organizzativa in ambito cardiovascolare, con competenze complementari che coprono le principali esigenze assistenziali e progettuali dell'Area: dalla pratica in area critica e nei percorsi ospedalieri, fino agli ambiti ambulatoriali, interventistici e di follow-up. Questa articolazione consente di mantenere un collegamento diretto con la realtà operativa e con i bisogni dei professionisti nei diversi contesti, favorendo la definizione

di iniziative coerenti e applicabili. L'organizzazione dell'Area integra ruoli di coordinamento e funzioni di supporto, con un assetto pensato per garantire continuità alle attività del biennio, capacità di pianificazione e sviluppo di progettualità condivise. La presenza di componenti distribuiti in differenti aree geografiche del Paese rappresenta un elemento funzionale alla rete dei Referenti Regionali e alla disseminazione delle iniziative, facilitando il confronto tra esperienze diverse e l'adattamento dei modelli assistenziali alle specificità locali. La figura 1 presenta la composizione dell'Area e la distribuzione nazionale dei suoi componenti, evidenziando ruoli e contesti operativi di provenienza. La rappresentazione grafica sintetizza la natura multiprofessionale e la copertura dei principali setting cardiologici, a supporto della capacità dell'Area di operare in modo coordinato e vicino alla pratica clinica quotidiana.

Cronoprogramma e progettualità del biennio

Il cronoprogramma del biennio 2026 - 2027 definisce un percorso strutturato e progressivo di sviluppo delle attività dell'Area, organizzato per direttrici strategiche integrate e orientate a obiettivi concreti: rendere stabile e operativa la rete, produrre progettualità cliniche

nazionali con ricaduta organizzativa, offrire formazione continuativa di qualità e rafforzare collaborazione e comunicazione. La pianificazione include attività, tempistiche, deliverable e indicatori di risultato, così da consentire un monitoraggio regolare dell'avanzamento e una valutazione oggettiva degli output prodotti.

Rete dei Referenti Regionali

La rete dei Referenti Regionali costituisce l'asse operativo dell'Area e il principale canale di raccordo tra indirizzo nazionale e pratica clinica nei diversi contesti territoriali. La rete è finalizzata a garantire una diffusione capillare delle iniziative, favorire la condivisione di esperienze e criticità tra regioni, e sostenere l'implementazione di strumenti e modelli assistenziali in modo omogeneo ma adattabile alle specificità locali. Attraverso incontri periodici, gruppi di lavoro tematici e modalità di coordinamento condivise, i Referenti Regionali contribuiscono alla definizione delle priorità, alla raccolta dei bisogni formativi e organizzativi, all'identificazione di buone pratiche e alla loro trasferibilità nei diversi setting cardiologici. In questa prospettiva, la rete assume un ruolo attivo di co-progettazione e monitoraggio delle progettualità nazionali, contribuendo a rendere le attività dell'Area concrete, misurabili e aderenti alla realtà assistenziale. Il percorso prevede un kick-off nazionale tra febbraio e marzo 2026, dedicato ad allineamento operativo, definizione del calendario, condivisione degli strumenti e assegnazione dei ruoli sulle progettualità. Successivamente, la rete lavorerà con una struttura regolare: un incontro annuale in presenza (in cornice congressuale) e riunioni operative online bimestrali.



Figura 1

Obiettivi e KPI

Partecipazione di almeno l'80% delle regioni ad almeno 4 riunioni/anno; produzione di 1 deliverable per semestre (documento/protocollo/webinar/output editoriale); aggiornamento di una dashboard trimestrale su partecipazione, avanzamento progetti e output prodotti.

Progettualità clinica nazionale:

RIC (Registro Infermieristico Cardiologico ANMCO)

Il biennio prevede lo sviluppo di una progettualità clinica nazionale condivisa in grado di generare output scientifici e strumenti di implementazione: il RIC - Registro Infermieristico Cardiologico ANMCO. L'obiettivo è raccogliere dati nursing-sensitive (esiti assistenziali) e indicatori organizzativi: UTIC, emodinamica e percorso post-dimissione, prevedendo anche meccanismi di audit & feedback tra regioni. La misurazione sistematica dei nursing-sensitive outcomes (NSO) consente di rendere visibile e quantificabile l'impatto dell'assistenza infermieristica sugli esiti di cura, superando una valutazione basata solo su processi o volumi di attività. In questo modo, il registro può supportare

confronti omogenei tra centri, individuare aree di miglioramento e orientare interventi mirati di qualità e sicurezza.

Il registro sarà progettato in forma modulare, per facilitare l'adesione dei centri:

Modulo A (UTIC): sicurezza assistenziale, complicanze, mobilitazione/comfort, delirium/analgesia, continuità;

Modulo B (Cardiologia interventistica): accessi vascolari, complicanze, sorveglianza post-procedura, educazione al paziente;

Modulo C (Post-dimissione/follow-up nurse-led): aderenza, autocura, segnali d'allarme, contatti strutturati.

Obiettivi e deliverable: definizione del protocollo nazionale e del dataset minimo entro Q2 2026; produzione di un report annuale in Q4 2026 e in Q4 2027; sviluppo di un pacchetto di implementazione per i centri aderenti (checklist/flow/indicatori) a supporto della trasferibilità nella pratica.

Formazione continua e competenze specialistiche

PCSC - ECM (≥20 ore): progettualità centrale riguarda la formazione continua, con un percorso annuale strutturato e stabile integrato nel

Percorso Competenze Specialistiche in Cardionursing (PCSC-ECM). Il programma prevede un corso ECM annuale concepito come percorso unitario di durata pari o superiore a 20 ore, composto da 3 webinar sincroni svolti in collaborazione con altre aree ANMCO e moduli FAD asincroni di approfondimento e applicazione con temi applicativi circa qualità e sicurezza delle cure, audit clinico-assistenziale, educazione terapeutica e counselling, percorsi avanzati nelle cronicità, gestione del paziente con device, documentazione/valorizzazione delle competenze. Questo percorso è progettato per essere concretamente spendibile dal singolo professionista all'interno della propria Azienda, contribuendo alla documentazione e alla valorizzazione delle competenze avanzate e potendo rappresentare, laddove previsto dai modelli organizzativi locali, un elemento utile ai fini del riconoscimento di incarichi professionali e del ruolo di infermiere esperto. Obiettivi e KPI: almeno 300 partecipanti per edizione annuale; ≥70% di gradimento medio; produzione di almeno un output operativo per ciascun webinar (slide strutturate, toolkit o strumenti applicativi); portfolio delle competenze.

Comunicazione, collaborazione e prospettive

L'Area Nursing e Professioni Sanitarie promuove un piano editoriale continuativo con "Cardiologia negli Ospedali" e "Giornale Italiano di Cardiologia" una stretta collaborazione con le altre Aree ANMCO rappresentando l'Area Nursing un'Area trasversale a tutte le altre, il Club delle UTIC, il Centro Studi e le reti europee, con l'obiettivo di favorire la produzione scientifica, la diffusione delle buone pratiche e la crescita della comunità professionale.♥



di Vittoria Rizzello, Maria Vittoria Matassini, Samuela Carigi, Daniela Pini, Maria Denitza Tinti, Maria Rosaria Catalano, Piero Gentile, Christian Basile, Annalisa Turco, Renata De Maria

L'Area Scompenso Cardiaco 2026-2027

Una passione che continua e si rinnova

Lo Scompenso Cardiaco rappresenta una condizione clinica estremamente eterogenea per modalità di presentazione clinica, eziologia, opzioni terapeutiche, traiettorie di malattia ed outcome. La gestione dei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco richiede pertanto un approccio diversificato, con setting assistenziali e percorsi diagnostico-terapeutici che variano in base alle differenti eziologie e alle fasi della malattia. Negli ultimi anni, il campo della diagnosi e della terapia dello Scompenso Cardiaco è stato interessato da importanti novità. Tali

progressi rendono indispensabile una costante diffusione e condivisione delle nuove conoscenze al fine di favorire l'aggiornamento della pratica clinica quotidiana e garantire ai pazienti la migliore assistenza possibile.

Mission dell'Area Scompenso Cardiaco 2026 - 2027

Consapevole di queste importanti premesse epidemiologiche e scientifiche, l'Area Scompenso Cardiaco 2026 - 2027, composta da Samuela Carigi (Chairperson), Daniela Pini (Co-Chairperson), Maria Vittoria Matassini, Maria Denitza Tinti, Vittoria

Rizzello, Maria Rosaria Catalano, Piero Gentile, Annalisa Turco, Christian Basile e Renata De Maria, si presenta alla comunità dei cardiologi ospedalieri con il motto «Alone we can do so little, together we can do so much», che riflette il condiviso spirito di squadra e di collaborazione, nonché la passione per lo Scompenso Cardiaco che anima l'intero gruppo. I membri dell'Area Scompenso Cardiaco si propongono di sviluppare, nel corso del biennio 2026 - 2027, un programma coerente con le esigenze di formazione, ricerca scientifica e organizzazione promosse da ANMCO. La collaborazione e l'aggiornamento continuo costituiscono i pilastri di questo progetto, che prevede il coinvolgimento anche di altre Aree ed è finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ai pazienti con Scompenso Cardiaco.

AREA SCOMPENSO CARDIACO
 Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
 Biennio 2026-2027

Chairperson
Samuela Carigi

Co-chairperson
Daniela Pini

Comitato di Coordinamento
Maria Vittoria Matassini
Vittoria Rizzello
Maria Denitza Tinti
Maria Rosaria Catalano

Consulenti
Piero Gentile
Annalisa Turco
Christian Basile

Medical writer
Renata De Maria

Attività editoriale

- Cardiomiopatie
- Rivascolarizzazione Scompenso Cardiaco ischemico
- Heart failure Team ospedaliero
- Obesità e Scompenso Cardiaco

• Stratificazione rischio aritmico Scompenso Cardico De-novo

• Sacubitril/valsartan in setting particolari

• Imaging nello shock cardiogeno

• Proposte di analisi INHF e Bringup3 Scompenso ed altro ancora.....

Attività di formazione/informazione

Novità!

"Il caso è servito"
Incontri zoom tra l'Area e gli iscritti per condivisione e discussione di casi clinici

Webinar
26
➢ LG Scompenso 2026,
➢ Genetica e Cardiomiopatie,
➢ Referral Scompenso Cardiaco avanzato
➢ ed altri ancora...

Video-interviste a Key-opinion leader
➢ Gestione LVAD tra hub e spoke,
➢ Trapianto cardiaco tra hub e spoke
➢ Mitraclip e Scompenso Cardiaco
➢ Trattamento insufficienza tricuspudalica transcateretere

SONO INTERESSATO ALLE SEGUENTI AREE

<input type="checkbox"/> Arritmie	<input type="checkbox"/> Cardiomiopatie	<input type="checkbox"/> Malattie del Corneo
<input type="checkbox"/> Coronaropatie	<input type="checkbox"/> Dislipidemie	<input type="checkbox"/> Malattie del Circolo Periferico
<input type="checkbox"/> Endocrinopatie	<input type="checkbox"/> Emiplegia	<input type="checkbox"/> Malattie del Rene
<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Nervoso	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Vascolare
<input type="checkbox"/> Embolia polmonare	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Urinario	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Digestivo
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Muscolo-Scheletrico	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Immunitario
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Integumentario	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Oncologico
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Endocrino
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Reproductive	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Sensoriale
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Integumentario	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Immunitario
<input type="checkbox"/> Embolia sistemica	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Integumentario	<input type="checkbox"/> Malattie del Sistema Immunitario

ISCRIVITI ALL'AREA

Il Tuo supporto è, e sarà prezioso e indispensabile. Il nostro desiderio è quello di creare un'Area Scompenso Cardiaco inclusiva, che crei occasioni di scambio e di confronto da cui possano nascere percorsi e modelli di assistenza innovativi da implementare nella nostra attività clinica quotidiana. **DAI IL TUO CONTRIBUTO!**

Link per l'iscrizione: <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/regolamento-e-modulo-iscrizione>

Programma dell'Area Scompenso Cardiaco 2026 - 2027

Progetti editoriali

Una particolare attenzione sarà dedicata alla gestione dello Scompenso Cardiaco nei pazienti affetti da cardiomiopatie, ambito nel quale le novità degli ultimi anni hanno avuto un impatto clinico particolarmente rilevante. Questo tema sarà oggetto di pubblicazioni sul Giornale Italiano di Cardiologia, di webinar a forte impronta pratica e di progetti editoriali destinati, auspicabilmente, a riviste internazionali. Verranno inoltre approfonditi i seguenti temi:

- la *stratificazione del rischio aritmico* nel paziente con Scompenso de-novo;
- la *rivascolarizzazione nel paziente con Scompenso Cardiaco ad eziologia ischemica*;
- l'utilizzo di farmaci quali il *sacubitril-valsartan in sottogruppi selezionati di pazienti*.

Sarà inoltre sviluppato il concetto di Heart Failure Team dedicato al paziente con Scompenso Cardiaco

ospedalizzato, tema sempre più interdisciplinare e da condividere con i colleghi internisti.

Attività Web

In previsione della prossima pubblicazione delle nuove linee guida sulla gestione dello Scompenso Cardiaco, il programma includerà un Webinar dedicato alla diffusione e implementazione delle principali novità. I membri dell'Area realizzeranno anche attività per il sito ANMCO, in particolare interviste ad esperti su tematiche particolarmente "challenging" nella pratica clinica quotidiana e discussione di casi clinici.

Organizzazione

In continuità con l'Area 2024 - 2025, proseguirà inoltre il percorso di formazione dell'infermiere Heart Failure Specialist, in collaborazione con Area Nursing e Professioni Sanitarie, riconoscendo il valore fondamentale dell'interdisciplinarietà nella gestione di questi pazienti. Verrà proposta una survey esplorativa rivolta sia alla gestione della

cardiomiopatia dilatativa negli ambulatori scompenso italiani, sia alla gestione multiprofessionale.

Attività di ricerca

Poiché la ricerca osservazionale ANMCO in ambito di Scompenso Cardiaco rappresenta un patrimonio di grande valore, l'Area è attualmente impegnata nell'elaborazione e nella valutazione di una serie di analisi sui dati dei registri IN-HF e BRING-UP 3 Scompenso con l'obiettivo di una possibile pubblicazione nel corso del prossimo biennio.

La filosofia di condivisione e collaborazione dell'Area è estesa a tutti gli iscritti ANMCO, che potranno partecipare attivamente, avanzare proposte e fruire delle attività iscrivendosi gratuitamente all'Area Scompenso. Il vostro contributo è per noi essenziale e vi ringraziamo in anticipo per il vostro sostegno. Il modulo per l'iscrizione è online: <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/regolamento-e-modulo-iscrizione> ❤️

Area Scompenso Cardiaco 2026 - 2027

Samuela Carigi: Chairperson

Lavoro presso la UOC di Cardiologia di Rimini, AUSL della Romagna, dove da anni seguo l'ambulatorio combinato dedicato a scompenso cardiaco e cardiomiopatie. Mi occupo di imaging, dall'ecocardiografia alla risonanza magnetica cardiaca, con un interesse particolare per questi pazienti. Ho coordinato il PDTA aziendale sulle cardiomiopatie e oggi coordino il relativo gruppo di studio multiprofessionale. Accanto all'attività clinica mi dedico alla ricerca, partecipando a trial clinici e studi multicentrici su scompenso cardiaco e cardiomiopatie.

Daniela Pini: Co-Chairperson

Lavoro presso la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, dove sono responsabile dell'Ambulatorio Scompenso Cardiaco. Il mio principale interesse è il miglioramento dell'organizzazione della cura dei pazienti con Scompenso Cardiaco attraverso la realizzazione di percorsi intraospedalieri e ambulatoriali in cui interagiscono diverse figure professionali, tra le quali un ruolo chiave è riservato agli infermieri.

Comitato di Coordinamento:**Maria Vittoria Matassini**

Lavoro presso la Divisione di Cardiologia degli Ospedali Riuniti di Ancona, dove svolgo prevalentemente attività in Terapia Intensiva Cardiologica, ambito nel quale vengono gestite le urgenze cardiovascolari, con particolare interesse per lo Scompensio Cardiaco acuto e lo shock cardiogeno. Mi occupo inoltre dell'ambulatorio di Scompensio Cardiaco avanzato, inclusa la valutazione funzionale mediante test cardiopolmonare, e dell'ambulatorio cardiologico dedicato ai pazienti affetti da malattie neuromuscolari con coinvolgimento cardiaco. Accanto alla clinica, mi dedico alla ricerca, contribuendo a studi nazionali ed internazionali.

Vittoria Rizzello

Sono una cardiologa clinica e lavoro presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma. Mi occupo dell'assistenza dei pazienti con Scompensio Cardiaco Acuto e credo fortemente nella continuità assistenziale per questi pazienti che seguo anche dopo la dimissione nell' Ambulatorio dello Scompensio Cardiaco. Ho inoltre un particolare interesse per l'imaging multimodale e le cardiomiopatie. Svolgo anche attività di ricerca clinica in collaborazione con ANMCO e sono una dei ricercatori del registro BRING-UP 3 Scompensio e dello studio COLT-HF.

Maria Denitza Tinti

Lavoro presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini di Roma, dove mi dedico alla gestione dell'Ambulatorio dello Scompensio Cardiaco. Il mio impegno in questo settore si è tradotto anche nel partecipare alla stesura dei PDTA aziendali per lo Scompensio Cardiaco e l'Amiloidosi. Mi occupo inoltre di diagnostica non invasiva e di imaging, con particolare riferimento all'ecocardiografia avanzata nel management dello Scompensio. Parallelamente all'attività assistenziale, mi occupo di ricerca clinica partecipando a studi multicentrici internazionali e contribuendo ai registri ANMCO, come il Bring-Up 3 Scompensio.

Maria Rosaria Catalano

Esercito la mia professione presso l'U.O.C. di Cardiologia-UTIC ed Emodinamica dell'AOE "Cannizzaro" di Catania. Sono la referente del Team dell'Ambulatorio Scompensio Cardiaco e mi occupo anche di cardiomiopatie. Sono impegnata a potenziare la continuità di cura Ospedale-Territorio attraverso la Telemedicina e i programmi di empowerment dei pazienti.

Consulenti:**Piero Gentile**

Lavoro come cardiologo nella Cardiologia 2 - Insufficienza cardiaca e trapianti dell'Ospedale Niguarda di Milano. Mi occupo di Insufficienza Cardiaca, dalla diagnosi alla gestione dei pazienti con Insufficienza Cardiaca Avanzata. Ricopro al momento il ruolo di membro del 'Committee Inherited Dilated Cardiomyopathies' dell'ESC e sono PhD Student del corso 'Public Health EPidemiology, Statistics and Economics' (UNIMIB).

Annalisa Turco

Lavoro presso l'U.O. di Scompensio Cardiaco, Trapianti e Ipertensione Polmonare della Divisione di Cardiologia del Policlinico San Matteo di Pavia. Da oltre 15 anni il mio interesse è rivolto allo Scompensio Cardiaco, alle cardiomiopatie e all'ipertensione polmonare. Ho la fortuna di seguire i pazienti dalla "A" alla "Z", occupandomi sia di imaging ecocardiografico e di risonanza magnetica cardiaca, sia dell'esecuzione di cateterismo destro e biopsia endomiocardica. La mia passione è lo Scompensio Cardiaco Avanzato e la gestione dei pazienti da avviare a trapianto cardiaco ed assistenza ventricolare.

Christian Basile

Sono un cardiologo, dottorando di ricerca in scompenso cardiaco al Karolinska Institutet di Stoccolma (Svezia). La mia principale passione è la ricerca epidemiologica, osservazionale e registry-based, che svolgo con progetti a cavallo tra la Svezia e il Centro Studi ANMCO. Mantengo però un importante contatto con l'assistenza clinica, svolgendo il mio ruolo di cardiologo clinico, presso l'S.P.S. "San Gennaro dei Poveri" di Napoli.

Medical Writer:

Renata De Maria

Dopo molti anni di attività nella ricerca clinica cardiovascolare presso l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Milano, attualmente lavoro nelle cure primarie presso l'ASST Fatebenefratelli Sacco Milano dove sono Referente di Aggregazione Funzionale Territoriale. Il mio principale interesse è l'integrazione delle cure primarie e domiciliari con le cure specialistiche, con un focus particolare sullo SC. Sono membro del Comitato di gestione Digital Health Laboratory CINI Consorzio Interuniversitario Nazionale per l'Informatica, dove offro una prospettiva clinica alle attività di ricerca sulla salute digitale.



TASK FORCE ONE HEALTH

REFERENTE

Dott. **Roberto Ceravolo**

Ospedale Giovanni Paolo II - U.O. Cardiologia e UTIC
Lamezia Terme (CZ)

roberto_ceravolo@yahoo.it



TASK FORCE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE

REFERENTE

Dott. **Marco Fabio Costantino**

AOR San Carlo - Ospedale San Carlo
SSD Tecnologie e Innovazione nell'imaging Cardiovascolare
Potenza

marcofabiocostantino@tiscali.it



TASK FORCE RETE E PERCORSI IN AMBITO CARDIOVASCOLARE

REFERENTE

Dott. **Alessandro Navazio**

PO Santa Maria Nuova - AUSL RE IRCCS SOC Cardiologia Ospedaliera
Reggio Emilia

alessandro.navazio@ausl.re.it, a.navazio@iol.it

COMPONENTE

Dott.ssa **Maria Teresa Manes**

Ospedale Spoke Cetraro - Paola UTIC Cardiologia Paola
Paola (CS)

mteresa.manes@aspcs.it

Pillole di qualità

La Prevenzione delle cadute dei degenti in ospedale come indicatore di qualità: dall'evento all'apprendimento

La raccomandazione ministeriale

Il Ministero della Salute nella Raccomandazione Ministeriale n. 13 del 2011 ha fornito agli operatori sanitari uno strumento per evitare o minimizzare il rischio d'insorgenza della caduta, definita come un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza della caduta è basata sul ricordo del paziente e/o sulla descrizione

della caduta da parte dei testimoni".

Nel Luglio 2024, il Ministero della Salute ha aggiornato la lista degli eventi sentinella portandoli a 23 ed inserendo tra questi "la morte o grave danno per caduta dei pazienti". Cos'è un evento sentinella? E come si differenzia dall'evento avverso?

EVENTO AVVERSO: trattasi di evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente/operatore sanitario, non intenzionale e indesiderabile.



Figura 2

EVENTO SENTINELLA: è un evento avverso di particolare gravità che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti.

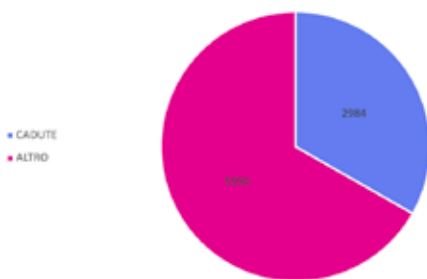
L'epidemiologia

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso nelle strutture di ricovero con un 33,25% del totale degli eventi sentinella, dato è in aumento, come si evince dalla Figura 1.



6° PROTOCOLLO MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA 2024

EVENTI SENTINELLA 2005-2020



EVENTI SENTINELLA (DECESSI PER CADUTE)

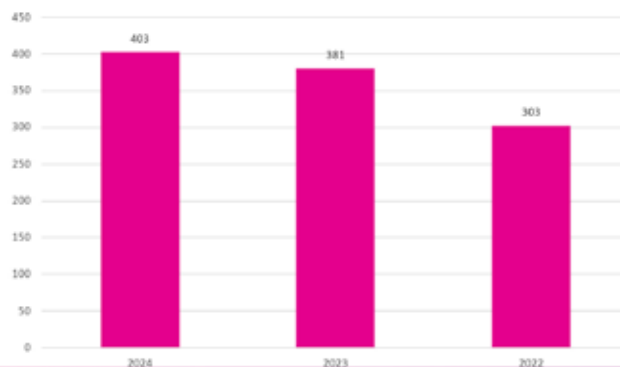


Figura 1

LA TEORIA DEL FORMAGGIO SVIZZERO (James Reason, 2000)

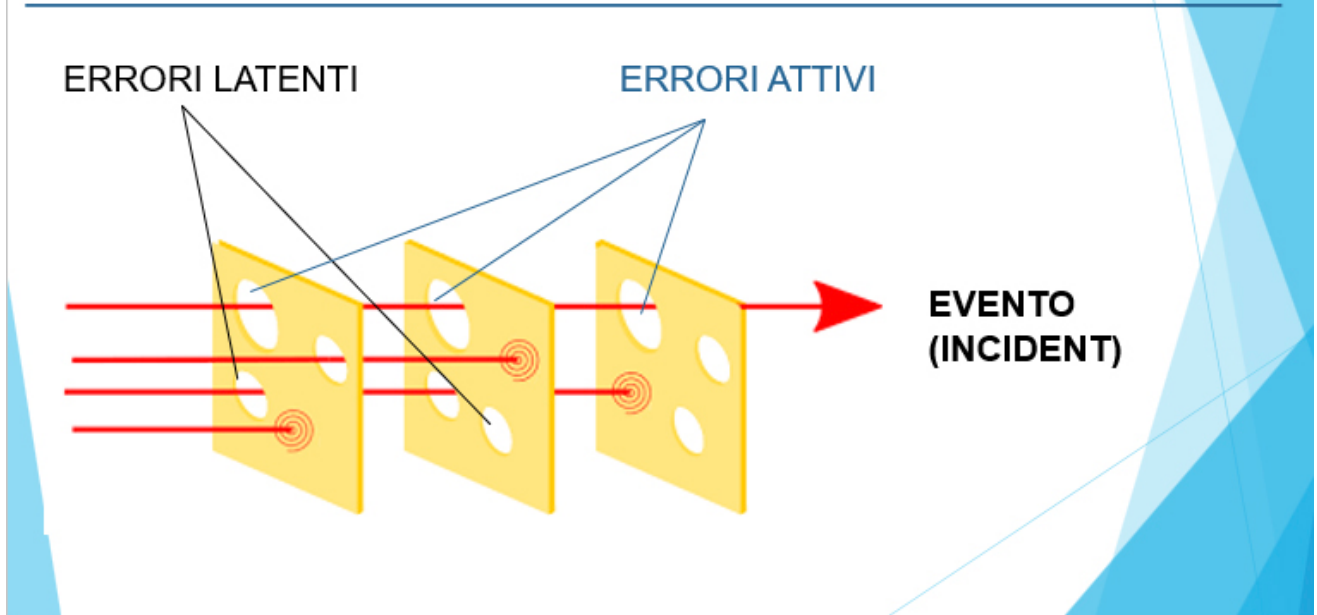


Figura 3

È verosimile pensare che la dimensione del problema sia sottostimata, per la presenza di alcuni elementi che condizionano il concetto di Invisibilità dell'evento (Figura 2):

- Pseudo-normalizzazione del rischio: La caduta viene talvolta interpretata come una conseguenza "normale" dell'età avanzata, della fragilità o della degenza.
- Invisibilità clinica e documentale: molte cadute, soprattutto quelle "minori", non vengono segnalate, contribuendo a una sottostima epidemiologica.
- Frammentazione della responsabilità: la gestione del rischio di caduta coinvolge più figure professionali: medici, infermieri, fisioterapisti, OSS. In assenza di una chiara responsabilità

condivisa, la caduta diventa un evento "di nessuno".

- Focus clinico orientato alla patologia principale: in un contesto ospedaliero ad alta intensità, come una UOC di Cardiologia-UTIC, l'attenzione clinica è spesso focalizzata sulla patologia acuta o sull'intervento terapeutico ed il rischio "caduta" può passare in secondo piano.
- Barriere culturali e comunicative: La caduta può essere vissuta dal paziente come un fallimento personale, e dal professionista come una "macchia" sull'assistenza, inducendolo a non segnalarla.

Le conseguenze

Si ritiene che la prevenzione delle cadute in ospedale sia una procedura di pertinenza infermieristica, ma di

fatto coinvolge tutto il personale medico e di comparto dell'U.O. Le conseguenze della caduta del paziente ospedalizzato possono essere fisiche (fratture, traumi cranici), psicologiche (ansia, depressione, fobia di cadere) e funzionali (perdita di autonomia, riduzione della qualità della vita). Le cadute aumentano la durata della degenza e, di conseguenza, il rischio di infezioni, i costi sanitari e il rischio di mortalità, specialmente negli anziani fragili, incidendo negativamente sullo sviluppo di declino cognitivo e demenza. La caduta in ospedale può configurarsi come evento, nella maggior parte dei casi, potenzialmente evitabile perché prevedibile. Se non adeguatamente documentata e gestita, può dar luogo a:

- Contenziosi medico-legali

- Richieste di risarcimento
- Ispezioni e audit esterni
- Obblighi di segnalazione agli organi competenti

Fattori che possono influenzare e facilitare l'evento

Un modello che ben si presta alla comprensione dell'evento caduta è quello della "Teoria del formaggio svizzero" di James Reason, pubblicata circa 20 anni fa ed illustrata nella Figura 3. Ogni fetta rappresenta una barriera di difesa o un controllo di sicurezza e i buchi in ogni fetta rappresentano le debolezze. L'evento si realizza se c'è un allineamento tra errori latenti, ovvero presenti nel sistema, ed errori attivi, ovvero posti in essere dal personale sanitario a diretto contatto con il paziente, con comportamenti sia di tipo omissivo che commissivo; qualunque azione che consenta di individuare e correggere un errore di qualunque genere è in grado di individuare il pericolo ed evitare l'evento. La "cultura della sicurezza" deve superare la "cultura della colpa", e quindi il silenzio; esiste un complicato intreccio tra responsabilità organizzativa, responsabilità professionale e inosservanza delle norme di prevenzione: il tutto può essere interpretato come negligenza.

Valutazione dei fattori estrinseci ed intrinseci al paziente

I fattori estrinseci rappresentano la totalità degli interventi tecnici cosiddetti di sicurezza richiesti dal Coordinatore e dal Direttore di UOC, attraverso una check-list dei rischi ambientali dedicata; nella ASL Bari, ad esempio, viene inviata trimestralmente alla Direzione Medica di Presidio e all'Area Tecnica, una scheda indicante lo stato di efficienza dei letti, dei pavimenti dei vari presidi di assistenza, ecc.

La valutazione dei fattori intrinseci al paziente viene eseguita dal personale infermieristico in fase di accettazione o comunque entro 24 ore dal ricovero, con rivalutazione a 72 ore o in ogni momento in cui la situazione lo richieda (ad es. caduta del pz, alterazione del suo stato psichico o significativa variazione della terapia). Esistono varie scale di prevenzione cadute in ambito sanitario (Schmid, Conley, STRATIFY...), le quali differiscono per specificità (pazienti geriatriche vs. acuti), complessità (numero di item, rapidità di compilazione), indicatori (es. stato mentale, farmacologia, deambulazione) e soglie di rischio, ma l'obiettivo comune è quello di stratificare il pericolo per implementare interventi mirati, variando da semplici misure di base (basso rischio) a interventi intensivi (alto rischio). In sintesi, la scelta della scala dipende dal contesto (reparto acuti, lungodegenza, comunità) e dall'obiettivo (screening rapido, valutazione approfondita), ma tutte condividono l'obiettivo di personalizzare la prevenzione. Nella nostra realtà di Unità Operativa per acuti, utilizziamo la Scala di Conley, che ben si presta allo scopo per brevità, rapidità e riproducibilità in qualunque momento il setting assistenziale lo richieda; è formata da sei item con relativo punteggio. Le prime tre domande vengono poste al paziente o al caregiver, nel caso in cui esso non sia oggettivamente in grado di rispondere, le ultime tre domande, invece, si basano sulla capacità osservazionale dell'infermiere. Ad ogni quesito si attribuisce un punteggio da 0 (risposta negativa) a 3 (risposta positiva); se il punteggio totale della Scala di Conley è

maggiore o uguale a 2, è opportuno definire e documentare in Cartella Clinica, Elettronica o Cartacea che sia, il Piano di Assistenza Infermieristica dedicato ed una valutazione integrata più accurata del rischio caduta; da quest'analisi può derivare, ad esempio, la necessità di ricorrere a contenzione fisica o sedazione farmacologica, delle quali si omette in questo scritto trattazione, meritando analisi autonoma e più approfondita.

Cosa fare quando si verifica l'evento

La caduta del paziente è certamente vissuta inizialmente dal personale sanitario in servizio come un evento che desta preoccupazione ed ansia; è fondamentale la collaborazione e la cooperazione tra personale infermieristico e medico presente al momento dell'evento nell'accertare tempestivamente modalità, conseguenze sullo stato di integrità psico-fisica dell'ammalato e nel predisporre le opportune indagini strumentali. Si ribadisce la necessità di riportare il tutto, sia da parte del personale del comparto che del personale medico, in Cartella Clinica e comunicare al paziente ed ai familiari l'accaduto, in maniera tempestiva, obiettiva ed esaustiva; gli errori di comunicazione sono certamente la base di molti contenziosi medico-legali tra degente/famiglia del paziente e UOC/ASL di pertinenza. L'evento caduta va segnalato all'UO Rischio Clinico ed alla Direzione Medica della propria ASL, con apposita scheda compilata da parte del personale preferibilmente presente al momento della caduta; la scheda di "Incident Reporting" è un processo di raccolta strutturata, anonima di segnalazioni su eventi indesiderati, la cui analisi consente di promuovere la cultura della sicurezza

e di migliorare i processi in modo continuo. L'UO Rischio Clinico della ASL nel caso di evento sentinella (ad es. frattura di femore dopo caduta dal letto), provvederà ad inoltrare segnalazione alla Piattaforma SIMES del Ministero della Salute. Si ribadisce che la segnalazione alle strutture preposte può essere eseguita a posteriori da chiunque venga a conoscenza dell'accaduto, rendendo invece opportuna la diretta segnalazione dei presenti all'accaduto.

L'audit Clinico

Alla fase di segnalazione dell'evento deve necessariamente seguire la fase dell'apprendimento attraverso l'Audit Clinico, che, come da indicazioni del Dipartimento Qualità del Ministero della Salute, rappresenta una "metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri

espliciti dell'assistenza prestata". È evidente come l'Audit Clinico non va inteso come ricerca e punizione del colpevole ("name and blame") ma come un momento di identificazione di un eventuale errore, al fine di evitare il ripetersi dello stesso ("name ad learn").

L'Audit Clinico, che ha caratteristiche di obbligatorietà, coinvolge in prima istanza i presenti all'accaduto e, in caso di evento sentinella, configura il cosiddetto SEA (Significant Event Audit), le cui fasi sono:

- Fase 1: consapevolezza di un evento significativo
- Fase 2: raccolta di informazioni
- Fase 3: incontro del team
- Fase 4: analisi dell'evento significativo
- Fase 5: programmazione, realizzazione e monitoraggio del cambiamento
- Fase 6: documentazione dell'audit
- Fase 7: condivisione del processo e delle conoscenze con tutto il

personale della UOC.

In conclusione, la riduzione del rischio caduta dei pazienti degenti in Ospedale è un indicatore della qualità assistenziale che richiede il rispetto di tutte le fasi della procedura, dall'identificazione dei fattori predisponenti estrinseci ed intrinseci, alla messa in atto di un Piano di Assistenza Infermieristica individualizzato e dinamico nel tempo, all'analisi di eventuali errori, alla messa in atto di azioni correttive.♥

Bibliografia

1. Ministero della Salute nella Raccomandazione Ministeriale n. 13, Novembre 2011
2. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella – 6° rapporto" 2021 Ministero della Salute
3. Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella – Ministero della Salute aggiornamento Luglio 2024
4. La "Teoria del Formaggio Svizzero", James Reason in *Managing the Risks of Organizational Accidents*
5. L'Audit Clinico, Ministero della Salute-Dipartimento della qualità..., Maggio 2011



Donatello Fabiani

ABRUZZO

Presidente

Donatello Fabiani - Giulianova (TE)

Consiglio Regionale

Andrea Angelozzi - Teramo
Marianna Appignani - Chieti
Sabrina Bencivenga - L'Aquila
Nanda Furia - Vasto (CH)
Bianca Iadanza Lanzaro - Pescara
Enrico Occhiuzzi - Avezzano (AQ)
Francesco Santarelli - Teramo
Piergiusto Vitulli - Pescara



Claudio Fresco

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Claudio Fresco - Udine
Consiglio Regionale
Alessandro Altinier - Trieste
Rita Belfiore - Pordenone
Alessandro Brieda - Pordenone
Letizia Mannucci - Udine
Cinzia Radesich - Trieste
Davide Stolfo - Udine



Maria Maddalena De Francesco

BASILICATA

Presidente

Maria Maddalena De Francesco - Matera

Consiglio Regionale

Anna Capuano - Melfi (PZ)
Francesca Cortese - Matera
Antonio Magnante - Matera
Filippo Prestipino - Potenza



Antonino Granatelli

LAZIO

Presidente

Antonino Granatelli - Roma
Consiglio Regionale
Francesco Adamo - Roma
Alessandro Alonzo Roma
Tania Dominici - Rieti
Laura Gatto - Roma
Enrico Natale - Roma
Iginio Proietti - Roma
Annalisa Ricco - Roma
Roberto Scioli - Roma



Marco Vatrano

CALABRIA

Presidente

Marco Vatrano - Catanzaro

Consiglio Regionale

Giuseppe Carullo - Vibo Valentia
Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria
Daniela Chiappetta - Cosenza
Maria Teresa Ferrò - Paola (CS)
Clementina Silvia Ianni - Rossano (CS)
Sebastiano Quartuccio - Polistena (RC)
Stefania Renne - Lamezia Terme (CZ)
Tommaso Scarpino - Catanzaro



Alberto Menozzi

LIGURIA

Presidente

Alberto Menozzi - La Spezia
Consiglio Regionale
Daniele Bertoli - Sarzana (SP)
Alberto Camerini - Genova
Roberta Della Bona - Genova
Roberto Formigari - Genova
Maria Molfese - Genova
Luisiana Pastorino - Genova
Valeria Sebastiani - Imperia
Alberto Somaschini - Savona



Carmine Riccio

CAMPANIA

Presidente

Carmine Riccio - Caserta

Consiglio Regionale

Marco Boccalatte - Pozzuoli (NA)
Carmen D'Amore - Napoli
Dario Formigli - Benevento
Francesca Lanni - Avellino
Ciro Mauro - Napoli
Costantina Prota - Salerno
Lucia Riegler - Nocera Inferiore (SA)
Gabriele Saetta - Napoli



Gianni Casella

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gianni Casella - Bologna

Consiglio Regionale

Michela Bartolotti - Cesena (FC)
Maria Giulia Bolognesi - Piacenza
Elisa Guerri - Guastalla (RE)
Angela Guidorossi - Parma
Matteo Lisi - Ravenna
Monica Minarelli - Cento (FE)
Stefania Sansoni - Modena
Paola Testa - Rimini



Annamaria Iorio

LOMBARDIA

Presidente

Annamaria Iorio - Bergamo
Consiglio Regionale
Grazia Maria Castelli - Cinisello Balsamo (MI)
Andrea Farina - Lecco
Gaetano Gentile - Merate (LC)
Niccolò Brenno Grieco - Milano
Stefania Guida - Pavia
Andrea Pozzi - Como
Filippo Russo - Milano
Giovanna Viola - Milano


Umberto Berrettini
MARCHE
Presidente

Umberto Berrettini - Macerata

Consiglio Regionale

 Micaela Capponi - Macerata
 Domenico Delfino - Ascoli Piceno
 Elena Falchetti - Senigallia (AN)
 Marco Flori - Urbino (PU)
 Simone Maffei - Pesaro (PU)
 Simona Pelliccioni - San Benedetto del Tronto (AP)
 Francesca Chiara Surace - Ancona
 Fabio Vagnarelli - Ancona

Antonio Trivisonno
MOLISE
Presidente

Antonio Trivisonno - Campobasso

Consiglio Regionale

 Marco Lombardi - Campobasso
 Giulio Selvetella - Isernia
 Isabella Tavarozzi - Isernia
 Sabrina Testa - Campobasso

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
Presidente

Giuseppe Musumeci - Torino

Consiglio Regionale

 Michele Capriolo - Cirié (TO)
 Brunella Demichelis - Torino
 Sara Ferrillo - Casale Monferrato (AL)
 Elisa Pelloni - Aosta
 Claudia Raineri - Torino
 Erika Taravelli - Cuneo
 Orazio Viola - Ponderano (BI)
 Greca Zanda - Rivoli (TO)

Giuseppe Musumeci
PUGLIA
Presidente

Ennio Carmine Luigi Pisanò - Brindisi

Consiglio Regionale

 Giovanni Caroli - Brindisi
 Gaetano Citarelli - Bari
 Cosimo Angelo Greco - Scorrano (LE)
 Claudio Larosa - Andria (BT)
 Marta Leone - Taranto
 Adriana Mallardi - Bari
 Francesco Massari - Altamura (BA)
 Vito Sollazzo - Cerignola (FG)

Ennio Carmine Luigi Pisanò
SARDEGNA
Presidente

Cristiana Montaldo - Cagliari

Consiglio Regionale

 Simona Aramu - Oristano
 Simonetta Bonano - Lanusei (OG)
 Margherita Casula - San Gavino Monreale (SU)
 Giulia Corda - Sassari
 Iliaria Mereu - Nuoro
 Sandro Monni - Lanusei (OG)
 Maria Elena Lucia Picoi - Olbia
 Laura Semeraro - Cagliari

Cristiana Montaldo

Giuseppina Maura Francese
SICILIA
Presidente

Giuseppina Maura Francese - Catania

Consiglio Regionale

 Carmelo Battaglia - Enna
 Giuseppe Di Stabile - Vittoria (RG)
 Sonia Lo Iacono - Cefalù (PA)
 Annamaria Lo Voi - Palermo
 Rocco Paolo Milluzzo - Catania
 Vito Pipitone - Messina
 Danilo Puccio - Palermo
 Caterina Reina - Erice (TP)

Emilio Maria Pasanisi
TOSCANA
Presidente

Emilio Maria Pasanisi - Livorno

Consiglio Regionale

 Debora Biagini - Prato
 Vincenzo Castiglione - Pisa
 Tea Cellamaro - Pisa
 Francesca Cesareo - Siena
 Incoronata D'Aiello - Grosseto
 Jacopo Del Meglio - Camaiore (LU)
 Alessandra Sabini - Arezzo
 Gaia Spaziani - Firenze

Marco Borghesi
TRENTINO ALTO ADIGE
Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

 Salvatore Accardo - Merano (BZ)
 Andrea Candelora - Rovereto (TN)
 Andrea Comunello - Bolzano
 Michela Saltori - Trento

Gianluca Zingarini
UMBRIA
Presidente

Gianluca Zingarini - Perugia

Consiglio Regionale

 Giuliana Bardelli - Perugia
 Andrea Cardona - Todi (PG)
 Claudia Castellani - Perugia
 Lina Marinacci - Città di Castello (PG)
 Fabrizio Pagnotta - Gualdo Tadino - Gubbio (PG)
 Alessandra Tordini - Terni

VENETO
Presidente

Giampaolo Pasquetto - Monselice (PD)

Consiglio Regionale

 Luciano Babuin - Piove di Sacco (PD)
 Giovanni Barbati - Vicenza
 Emanuela Berardi - Montebelluna (TV)
 Alessandra Berton - Mirano (VE)
 Giulia Maria Frigo - San Bonifacio (VR)
 Christian Piergentili - Feltre (BL)
 Giorgio Porcelli - Rovigo
 Domenico Tavella - Verona

Giampaolo Pasquetto

Fattori di rischio cardiovascolari non modificabili

Utilizziamo tutti gli strumenti che abbiamo a disposizione

Viviamo oggi in cardiologia un paradosso, un ossimoro. Migliora l'iter diagnostico, con metodologie sempre più accurate, migliora l'indicazione terapeutica che tende alla personalizzazione e alla terapia di associazione con sempre nuove classi terapeutiche a disposizione, anche se è rilevante il problema dell'aderenza alla terapia e alle poli terapie. Problema che diventa sempre più importante con l'allungamento della vita media da una parte e la gestione del paziente anziano sempre più affidato a caregiver anche non familiari. Da qui l'esigenza di informare adeguatamente il paziente e chi si occupa di lui dando consigli pratici, anche in formato cartaceo (orari delle terapie, predisporre le medicine, ecc.) e prevedendo controlli a distanza sia da parte del MMG che dell'ambulatorio specialistico per una valutazione della gestione terapeutica, dei sintomi e di alcuni parametri di base. Nonostante tutto l'incidenza delle malattie cardiovascolari tende ad aumentare. Dobbiamo porci il problema delle eventuali azioni da intraprendere valutando anche una possibile azione diretta ai fattori di rischio cardiovascolari non modificabili. L'IA (intelligenza artificiale) sta acquistando un ruolo preponderante anche in medicina, con aspetti positivi e criticità. Può aiutare il medico nell'individuazione nel singolo

paziente del rischio cardiovascolare e delle azioni da intraprendere. Può facilitare il campo del controllo periodo del paziente. Ricordiamo sempre che il malato, il paziente, è un unicum, con caratteristiche individuali proprie, spesso con comorbidità, con storia familiare e altre variabili che interessano quella persona. Generalizzare non è possibile. Occorre valutare come e se possibile intervenire sui fattori di rischio non modificabili, l'età, il sesso, l'etnia, la familiarità, la predisposizione genetica e come attenuarne gli effetti grazie a buoni comportamenti e misure di prevenzione. Analizziamoli singolarmente.

Età

Il rischio di malattie cardiovascolari aumenta con l'avanzare dell'età, soprattutto dopo i 50 anni. È importante consigliare di mantenere un peso sano, seguire una dieta equilibrata, praticare attività fisica regolare e controllare regolarmente la pressione sanguigna e il colesterolo. L'incidenza delle cardiopatie aumenta significativamente con l'età, diventando più comune negli anziani. Nelle persone di età superiore ai 75 anni, l'incidenza dell'insufficienza cardiaca può raggiungere il 10%. Anche le malattie cardiovascolari come l'infarto miocardico e l'ictus sono più frequenti con l'avanzare dell'età, sebbene vi siano variazioni tra uomini e donne. I consigli di

prevenzione devono essere richiamati anche nell'over 75. È più semplice a volte trovare attenzione e disponibilità in prevenzione secondaria, in coloro che hanno avuto un evento cardiovascolare acuto. Negli anziani, le cardiopatie spesso coesistono con altre patologie rendendo il quadro clinico più complesso e influenzando la prognosi.

Sesso

Gli uomini sono generalmente più a rischio di malattie cardiovascolari in giovane età, mentre le donne dopo la menopausa. Un sano stile di vita può aiutare a mitigare il rischio, indipendentemente dal sesso. In generale, le malattie cardiovascolari colpiscono uomini e donne in modo diverso, con alcune differenze sia nell'incidenza che nella presentazione dei sintomi. Le donne, ad esempio, tendono a sviluppare malattie cardiache più tardi nella vita rispetto agli uomini, ma spesso con sintomi atipici che possono rendere la diagnosi più difficile. Inoltre, alcuni fattori di rischio cardiovascolare, come il diabete e l'ipertensione, possono avere un impatto maggiore sulla salute cardiovascolare delle donne. La prevenzione è fondamentale per entrambi i sessi, ma potrebbe essere necessario adottare approcci leggermente diversi a seconda del sesso, data l'influenza di ormoni e altri fattori specifici.

Familiarità

Un'attitudine familiare ad alcune malattie può aumentare il rischio. Se si ha una storia familiare di malattie cardiovascolari, è importante essere monitorati dal medico e seguire un programma di prevenzione personalizzato con controlli cardiovascolari anticipati e personalizzati relativamente

alla patologia che ha interessato il familiare, oltre alle comuni indicazioni. La familiarità gioca un ruolo significativo nello sviluppo delle cardiopatie, aumentando il rischio per chi ha parenti stretti con problemi cardiaci. Questo aumento del rischio è dovuto sia a fattori genetici ereditari che a stili di vita condivisi. La presenza di cardiopatie in genitori o fratelli aumenta il rischio di sviluppare la stessa malattia. Il rischio sembra raddoppiare per i fratelli, probabilmente a causa di fattori genetici condivisi e abitudini di vita simili. Avere parenti che hanno avuto malattie cardiache prima dei 55 anni (per gli uomini) o dei 60 (per le donne) è considerato un fattore di rischio importante.

Etnia

Alcune etnie hanno un rischio maggiore di sviluppare determinate malattie cardiovascolari. In un mondo dove gli spostamenti sono molto diffusi è importante considerare quest'aspetto, unito alle modificazioni dello stile di vita. Un mondo interconnesso è in atto, gli spostamenti sono estremamente facili: per lavoro, per studio, per scelta di vita. Poi ci sono le migrazioni per

vari motivi. Spostandosi ci si porta dietro la propria storia sanitaria dovuta anche al paese natio. L'I.A. potrebbe aiutare a definire il fattore di rischio individuale sia considerando il Paese di provenienza che quello di arrivo anche alla luce delle abitudini che il singolo soggetto ha sviluppato.

Genetica

La predisposizione genetica può influenzare il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. È importante seguire un programma di prevenzione personalizzato e monitorare regolarmente la propria salute. In primis la valutazione dal genetista (coordinandosi con il cardiologo) per una valutazione relativa alla patologia genetica riscontrata, personalizzando la diagnostica specialistica, unita all'iter preventivo di base; anche quest'aspetto potrebbe giovare dell'IA. Occorre valutare quale iter diagnostico, specialistico consigliare e se consigliarlo anche ai familiari. La genetica gioca un ruolo significativo in molte cardiopatie, sia congenite che acquisite. Circa l'80% delle cardiopatie congenite ha una base genetica, che può essere ereditaria o dovuta a nuove mutazioni.

Conclusioni

Per quel che attiene i fattori di rischio non modificabili un sano stile di vita, compreso l'esercizio fisico, una dieta equilibrata, il mantenimento del peso corporeo, una circonferenza addominale nei limiti, con il controllo dei fattori di rischio modificabili (come l'ipertensione e il colesterolo) e la prevenzione delle malattie cardiovascolari attraverso controlli regolari, possono contribuire a ridurre il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. L'IA. avrà un ruolo attualmente non definibile completamente. Le problematiche sono tante, dall'utilizzo del paziente, alle problematiche intrinseche nell'uso di un nuovo e potente strumento tecnologico, molto performante in tutti gli ambiti della medicina. Non è e non dovrebbe essere la panacea, non può al momento sostituire il clinico. Il futuro è tutto da scoprire. Al pari delle innovazioni tecnologiche alla fine non è lo strumento che può essere processato, ma l'utilizzo che decidiamo di fare. Se poi evolverà in modo da competere con il cervello umano, se non bypassarlo, allora... ♥



Foto di Marta Branco | www.pexels.com



Clear Pathway: il progetto di Piemonte e Valle D'Aosta per ottimizzare la terapia ipolipemizzante

Un approccio condiviso per colmare il gap tra evidenze e real world

La riduzione del colesterolo LDL (C-LDL) rappresenta uno degli obiettivi fondamentali della prevenzione cardiovascolare, grazie alla solida evidenza che associa in modo proporzionale l'abbattimento dei livelli lipidici alla riduzione degli eventi cardiovascolari. Nonostante ciò, numerosi dati di pratica clinica reale mostrano come una percentuale rilevante di pazienti non raggiunga i target raccomandati dalle linee guida internazionali. Tale mancato controllo lipidico contribuisce in maniera significativa al persistere di un rischio cardiovascolare residuo, evidenziando un divario ancora marcato tra le raccomandazioni teoriche e la loro effettiva applicazione nel real world. In questo contesto si inserisce il progetto Clear Pathway, "Il trattamento del paziente dislipidemico al centro", con l'obiettivo di proporre un modello decisionale pragmatico, condiviso e orientato alla personalizzazione della terapia ipolipemizzante, con particolare attenzione all'impiego integrato delle terapie orali ed al ruolo dell'acido bempedoico. L'iniziativa, coordinata dai dottori Federico Nardi, Giuseppe Musumeci, Ferdinando Varbella e dal Professor Giuseppe Patti, ha portato ad una pubblicazione nel Giornale Italiano di Cardiologia (G Ital Cardiol.

2026 Feb;27(2):130-140). Il progetto ha adottato una metodologia mini-Delphi per raccogliere il parere di un panel di 34 cardiologi ospedalieri provenienti da 26 strutture di Piemonte e Valle d'Aosta, selezionati per garantire un'adeguata rappresentatività delle diverse realtà cliniche e una consolidata esperienza nella gestione del paziente dislipidemico. Il panel ha valutato complessivamente 20 statement, suddivisi in tre macroaree tematiche: strategie di combinazione orale e formulazioni a dose fissa; utilizzo della distanza dal target di C-LDL come guida alle decisioni terapeutiche; personalizzazione del trattamento in relazione a specifici profili clinici. Ogni affermazione è stata votata mediante scala Likert a 5 punti ed è stata considerata approvata in presenza di un punteggio medio ≥ 4.0 . Dopo un primo round, 17 statement hanno raggiunto il consenso; i tre rimanenti sono stati riformulati e approvati nel secondo round, portando all'approvazione finale di tutti gli statement. Nella prima macroarea, dedicata alle strategie di combinazione orale e alle formulazioni a dose fissa, il panel ha espresso un ampio consenso sull'importanza di superare un approccio rigidamente sequenziale alla terapia ipolipemizzante. L'utilizzo precoce di combinazioni orali,

anche a dose fissa, è stato riconosciuto come strumento efficace per ottenere riduzioni più marcate e rapide del C-LDL, riducendo l'esposizione cumulativa al colesterolo nel tempo. In questo contesto, la combinazione di statine, ezetimibe e acido bempedoico consente di massimizzare l'efficacia ipolipemizzante mantenendo un profilo di tollerabilità favorevole. Un aspetto centrale di questa macroarea riguarda il ruolo dell'aderenza e della persistenza terapeutica: il panel ha sottolineato come la semplificazione dello schema terapeutico e l'impiego di formulazioni a dose fissa possano migliorare in modo significativo la continuità del trattamento, rappresentando un determinante cruciale dell'efficacia clinica nella pratica reale. La seconda macroarea ha esplorato il concetto di distanza dal target di C-LDL come criterio operativo per guidare le decisioni terapeutiche. Il panel ha condiviso che la valutazione del gap residuo rispetto all'obiettivo raccomandato rappresenta uno strumento utile per modulare l'intensità del trattamento, riducendo il rischio di inerzia terapeutica e favorendo un approccio più tempestivo e proporzionato. All'interno di questa macroarea si colloca la discussione relativa ai pazienti con sindrome coronarica acuta (ACS), che ha rappresentato uno dei punti più complessi del processo di consenso. Uno statement iniziale proponeva l'impostazione di una triplice terapia ipolipemizzante orale (statina ad alta dose, ezetimibe ed acido bempedoico) con un percorso fast-track in pazienti ACS naïve al trattamento e con valori basali di C-LDL inferiori a 140 mg/dL (Figura 1). Tale affermazione non ha ottenuto inizialmente il consenso del panel. Nel corso della discussione è stato sottolineato come l'ACS non

rappresenti un'entità clinica omogenea e come esistano sottogruppi di pazienti caratterizzati da un rischio cardiovascolare particolarmente elevato, quali quelli con malattia coronarica multivasale, diabete mellito o arteriopatia periferica. In questi profili, le sottoanalisi del trial Fourier hanno evidenziato una risposta particolarmente marcata alla terapia con evolocumab, con un number need to treat (NNT) significativamente più basso rispetto alla popolazione complessiva. Alla luce di tali considerazioni, il panel ha ritenuto che in questi pazienti una strategia basata esclusivamente su una triplice terapia orale potesse non rappresentare l'opzione più appropriata. Lo statement è stato pertanto riformulato escludendo i pazienti ACS con questi fattori di rischio aggiuntivi, per i quali un approccio terapeutico più intensivo, includente precocemente l'impiego di un inibitore di PCSK9 in associazione alla terapia orale, è apparso più coerente con il profilo di rischio del paziente. La versione finale dello statement, così rielaborata, ha ottenuto il consenso del panel. La terza macro area ha approfondito il tema della personalizzazione della terapia ipolipemizzante in relazione a specifici profili clinici, sottolineando la necessità di adattare le strategie di trattamento alle caratteristiche individuali del paziente, in particolare nei contesti di maggiore complessità clinica. Il panel ha riconosciuto come, nella pratica reale, una quota significativa di pazienti ad alto e altissimo rischio presenti comorbidità, fragilità o problematiche di tollerabilità che possono limitare l'applicabilità di approcci terapeutici standardizzati. In questo contesto, il consenso è risultato particolarmente elevato nei pazienti intolleranti alle statine, nei quali l'acido bempedoico



Figura 1

rappresenta una valida opzione terapeutica grazie al suo meccanismo d'azione selettivo a livello epatico e al favorevole profilo di tollerabilità. In tale ambito, il panel ha richiamato l'importanza dei risultati del trial CLEAR Outcomes, che ha fornito evidenze solide sull'efficacia clinica dell'acido bempedoico nella riduzione degli eventi cardiovascolari in pazienti intolleranti alle statine, rafforzandone il razionale d'impiego in questa popolazione. Ulteriori profili clinici nei quali è stato riconosciuto un ruolo rilevante per le strategie di combinazione orale includono il paziente anziano, il paziente con diabete mellito, i soggetti con arteriopatia periferica e quelli con sindrome coronarica cronica. In questi contesti, la possibilità di ottenere riduzioni significative di C-LDL mediante terapie orali ben tollerate è stata considerata un elemento chiave per garantire persistenza terapeutica e sostenibilità del trattamento nel lungo periodo. Nel complesso, Clear Pathway

propone un modello di gestione della dislipidemia basato su terapie orali integrate, sull'utilizzo della distanza dal target come strumento decisionale e sulla personalizzazione del trattamento in base al profilo clinico del paziente. Le raccomandazioni emerse non intendono sostituire le linee guida, ma offrire un supporto operativo per facilitarne l'implementazione nella pratica clinica quotidiana. Questo approccio risulta coerente con l'aggiornamento 2025 delle linee guida ESC 2019 sulla gestione delle dislipidemie, nel quale l'acido bempedoico assume un ruolo più rilevante non solo nei pazienti intolleranti alle statine, ma anche nei pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto. In tale prospettiva, l'integrazione dell'acido bempedoico nelle strategie di combinazione orale può contribuire a migliorare il raggiungimento dei target di C-LDL e a ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari nella pratica reale. ♥



“Regioni 4.0 Heart Team in Italia” Webinar 17 novembre 2025

Il Dott. Massimo Milli introduce il progetto Regioni 4.0, concentrandosi sui risultati della Survey “Heart Team (HT) in Italia”. La Dott.ssa Fabiana Lucà prosegue, ponendo l’accento sull’importante intento di ANMCO di esplorare il ruolo dell’HT al fine di standardizzare la pratica clinica a livello nazionale. Il progetto prevede, a partire dalla Survey, alcuni incontri via Webinar per macroaree, una rubrica fissa sulla rivista “Cardiologia negli Ospedali” intitolata “Parola di Regione” e la pubblicazione di rassegne/documenti specifici sul “Giornale Italiano di Cardiologia”. I Dottori Attilio Iacovoni e Giuseppe di Tano parlano a nome di “Cardiologia negli Ospedali”, e quindi anche del Dott. Chiatto, sottolineando quanto sia importante, nell’ambito dell’HT, il punto di vista delle singole strategie organizzative regionali e dei cardiologi che operano negli ospedali Spoke, anche per crescere culturalmente insieme! La Dott.ssa Ilaria Battistoni rimarca l’importanza di “fotografare” lo status quo del “paese Italia”, per migliorare la nostra routine clinico-organizzativa. Massimo Milli si addentra nel vivo del tema, presentando i risultati della Survey sull’HT. Molti dei partecipanti alla Survey provengono da centri con volume non alto di procedure interventistiche / chirurgiche. In non pochi casi l’HT non appare strutturato, in genere ci si avvale di

delibere aziendali/regionali (44%), regolamenti interni (55%); in pochi casi si giova, invece, di una reale informatizzazione e digitalizzazione dei dati. Le modalità di convocazione risultano eterogenee. Le figure sempre presenti sono il cardiologo clinico/ interventista/cardiocirurgo, mentre il cardiologo esperto di imaging e l’anestesista in alcuni casi. Le figure come l’infettivologo e l’internista (es. “HT allargato”) sono presenti in casi selezionati. Di rado l’HT viene convocato, de facto, per cardiopatie meno comuni, quali cardiomiopatie/ cardiopatie in gravidanza/cardiopatie congenite, etc. Le preferenze del paziente vengono tenute in conto in molti casi. La principale criticità risulta la difficoltà a mettersi in contatto con il cardiocirurgo (50%); talora, invece, sono proprio difficoltà culturali e di “filosofia” dell’HT. La maggior parte degli intervistati non pensa che l’approccio delle linee guida abbia modificato la propria pratica clinica. A conclusione, gli intervistati pensano che servirebbero alcune misure per migliorare l’HT, quali la standardizzazione, la formazione multidisciplinare, gli audit/indicatori di qualità. Viene segnalato come in alcune realtà sia importante lavorare attivamente su un HT di respiro più ampio, che coinvolga una rete di più ospedali, come l’area vasta della regione Toscana, rispetto all’ HT di singoli ospedali. In alcuni casi, inoltre,

è necessario convocare l’HT in regime “fast track”. Ci concentriamo ora sui risultati della Survey delle singole regioni. Donatello Fabiani, *Presidente Regionale ANMCO Abruzzo*, segnala l’importanza che l’HT divenga una consuetudine fissa, soprattutto per gli ospedali Spoke. Da questo punto di vista è necessario avvalersi di supporti informatici (ad es. piattaforme zoom per discussione dei casi nonché condivisione degli esami diagnostici). Maria Maddalena De Francesco, *Presidente Regionale ANMCO Basilicata*, conferma la necessità di superare, soprattutto in alcuni centri senza cardiocirurgia, il “fai da te” per il singolo paziente, grazie al supporto della telemedicina. Francesca Lanni, in sostituzione del collega *Presidente Regionale ANMCO Campania*, indica come, in linea con i risultati delle altre regioni, la maggior parte dei partecipanti alla Survey sia direttore di unità complessa o lavori in ospedali con cardiocirurgia on-site o in centri con volume procedurali medi non bassi. La modalità di formalizzazione delle riunioni dell’HT è eterogenea (nella metà dei casi con protocolli interni e nella restante metà senza); si producono verbali cartacei e non digitali; la convocazione non è, generalmente, cadenzata, bensì eseguita quando necessario su singolo paziente. Il cardiologo clinico è presente, ma meno spesso dell’interventista/ cardiocirurgo. Quasi nella maggior parte dei casi il coinvolgimento risulta multidisciplinare. Viene indetto spesso anche in caso di scompenso cardiaco avanzato. La Dott.ssa segnala che poche risposte dagli ospedali Spoke; auspica pertanto che tali centri vengano coinvolti sempre più. Annamaria Iorio, *Presidente*

Regionale ANMCO Lombardia, conferma risultati in linea con i dati nazionali e delle altre regioni, ovvero, in primis, scarse risposte provenienti dai centri Spoke (la maggior parte dei partecipanti alla Survey opera in centri HUB con cardiocirurgia). Nella maggior parte le cardiopatie oggetto dell'HT sono valvulopatie, coronaropatie, scompenso cardiaco ed endocarditi. Nel 50% dei casi l'HT non è formalizzato; l'HT è convocato per singolo centro nella maggior parte dei casi (con protocollo interno formalizzato, oppure schede). La modalità di convocazione è in genere mista. L'anestesista viene coinvolto spesso, mentre l'infermiere di rado. La Dott.ssa segnala l'importanza di integrare ospedale-territorio. A chiosa il Dott. Fabrizio Oliva segnala come sia logico osservare tali risultati, in quanto la regione Lombardia è particolare, avendo molte cardiocirurgie (tante quante in Francia), di cui molte sono private

convenzionate anche di livello elevato, con spoke anche pubblici di riferimento; è quindi una regione "mista"; inoltre è logico che gli ospedali grandi abbiano HT interni, senza che sia necessaria perciò una rete "con cui colloquiare"; resta inteso che sia fondamentale coinvolgere gli Spoke. Maura Francese, *Presidente Regionale ANMCO Sicilia*, segnala che pochi colleghi hanno partecipato alla Survey e che quindi si osserva un "bias". Conferma l'assenza di molte risposte da parte dei colleghi degli Spoke; gli intervistati sono nella maggior parte dei casi i direttori di unità complessa e gli interventisti. I protocolli risultano aziendali e l'HT viene applicato in casi selezionati. Le criticità maggiori risultano nella mancanza di una formalizzazione istituzionale a livello capillare regionale e nella necessità di una integrazione più forte tra ospedale e territorio. La Dott.ssa propone di riproporre la survey in modo

da ampliare le risposte e da avere dati quindi più realistici. Gianluca Zingarini, *Presidente Regionale ANMCO Umbria*, segnala l'esiguità delle risposte alla Survey. Comunque, i centri che hanno risposto hanno un volume procedurale medio; l'HT viene indetto per singolo ospedale. Si producono verbali interni nei singoli ospedali (non ci sono delibere aziendali). La frequenza di convocazione è quotidiana nel centro HUB e "ad hoc" nel centro Spoke. Fabrizio Oliva sottolinea quanto ANMCO sia interessata ad ampliare la cultura dell'HT, a chiarire in quali ambiti eseguire l'HT (non è sempre necessario!), quanto sia importante che resti traccia, se possibile digitale, delle riunioni multidisciplinari e delle decisioni che ne conseguono. Massimo Milli conclude la riunione, dando appuntamento al prossimo webinar!♥



Survey Regioni 4.0 - Heart Team in Italia



“Regioni 4.0 Heart Team Italia”, terzo ed ultimo webinar e conclusioni finali sull’andamento nelle nostre regioni

Heart Team come valore aggiunto, ma non perdiamoci nella rete delle discussioni

Il 15 gennaio 2026 si è svolto l’ultimo incontro di “Regioni 4.0 - Heart Team Italia” a cura delle Dottoresse Fabiana Lucà e Giovanna Geraci. L’obiettivo è conoscere l’andamento delle regioni riguardo argomenti clinico-gestionali “caldi” a livello Nazionale. Modera il Dott. M. Milli che illustra i primi risultati generali sul webinar: partecipazione discreta e rappresentativa, coinvolgente 200 centri a livello nazionale, variegati per tipologia e distribuzione. Il volume annuo di interventistica è variabile tra le regioni, come la presenza di un Heart Team (HT) formalizzato (il 45,3% SI), con notevole discrepanza sul tipo di protocolli interni e standardizzazione dei dati (60% dei centri NON ha un registro documentario). L’ambito clinico riguarda: cardiopatia ischemica, valvulopatie, scompenso, miocarditi ed endocarditi. Le principali criticità emerse dai primi dati sono: difficoltà di partecipazione in HT, mancanza della cardiocirurgia (CCH) on-site, carenza di specialisti, mancata cultura organizzativa.

E adesso lasciamo la parola alle Regioni

*Dott. Gianni Casella
(Emilia-Romagna)*

Nel territorio regionale c’è una prevalenza di HUB interventisti, di cui solo 3 con CCH. L’Heart Team esiste ed è formalizzato con documenti ufficiali nella maggior parte dei casi (21 centri su 24), con diversi modelli organizzativi: tradizionale con cardiocirurgo (incontri con cadenza settimanale), altri interaziendali per la strutturale (cadenza quindicinale).

Punti di forza: Incontri formalizzati con delibere e piattaforme di meeting, referto del Heart Team nel fascicolo del paziente; partecipazione fissa di cardiocirurgo, cardiologo interventista e clinico; altre figure specialistica se necessità cliniche.

Criticità: L’assenza di CCH on-site implica ritardi decisionali, ma in quasi tutta la regione c’è la possibilità di trasmissione dell’imaging online. Gli incontri sono previsti in orario di lavoro e non sempre vi è ampia partecipazione. La presenza del case manager infermieristico è ridotta.

Dott. Claudio Fresco

(Friuli-Venezia Giulia)

Presenti 3 HUB, 2 UTIC, 2 CCH (una con programma trapianti). Gli HT ad Udine sono organizzati per patologia trattata: Cardiopatia ischemica (cardiologo, Emodinamista, cardiocirurgo), TAVI (cardiologo, cardiocirurgo), Ipertensione Polmonare (cardiologo, pneumologia, reumatologo), scompenso avanzato e trapianto (cardiologo, CCH), PFO (cardiologo, neurologo), in preparazione Amiloidosi (cardiologo, ematologo).

Punti di forza: Hanno ottenuto l’accreditamento ECM migliorando la presenza in HT.

*Dott. Antonino Granatelli
(Lazio)*

Vi sono 30 centri con sala di emodinamica. In HT presenza del cardiologo clinico e interventista, del cardiocirurgo; anestesista presente se paziente critico, se comorbidità anche chirurgo vascolare. Possibilità di riunione con monitor.

Punti di forza: Pazienti con scompenso e device sono tutti controllati con monitoraggio remoto. In Heart Team è sempre presente una figura infermieristica.

Criticità: Regione non omogenea, con differenze sostanziali tra i vari HT. La valutazione del rischio di trasporto dei pazienti si traduce in decisione terapeutica influenzata dal dover eseguire l’intervento on-site con le possibilità del centro in questione.

*Dott. Giuseppe Musumeci
(Piemonte e Valle d’Aosta)*

In Piemonte vi sono 23 cardiologie, 18 con interventistica, 4 CCH a Torino (3 pubbliche e 1 privata), e 1 a Novara, Alessandria e Cuneo. L’Heart Team si riunisce nei centri con CCH (come da LLGG ESC); i Centri senza CCH inviano

i loro casi in HT. Questo è sempre composto da cardiologo interventista e clinico, cardiocirurgo, talvolta anestesista.

Punti di forza: Alcuni centri hanno flowchart con percorsi “fast track”. Non è previsto Heart Team per procedura interventistica coronarica, salvo casi complessi.

Dott.ssa Roberta Della Bona (Liguria)

Nel territorio c'è 1 CCH pubblica e 1 privata, 9 centri HUB con emodinamica. Scarsa risposta alla Survey. Heart Team strutturato e formalizzato per le TAVI: dal 2019 possibilità di afferire al centro di 3° livello presentando il paziente e contribuendo al processo sia decisionale che terapeutico attivo in sala operatoria. Riunioni settimanali con cardiologo clinico, intensivista, emodinamista, cardiocirurgo, cardiorianimatore, talvolta chirurgo Vascolare; nei casi complessi altri specialisti (oncologi, infettivologo, internista).

Punti di forza: Il “TAVI Coordinator” (figura infermieristica) è presente ad ogni incontro, curando gli aspetti organizzativi (schede TAVI del paziente, scheda fragilità e mobilitazione precoce). È possibile collegarsi in videochiamata con i centri periferici per vedere il paziente. Possibilità di proiettare l'imaging. Esiste lo “shock team”, inteso come gruppo telefonico di allerta delle figure professionali coinvolte.

Criticità: Non sempre si riesce ad organizzare incontri per le altre patologie (come ad esempio per lo scompenso cardiaco avanzato). Per le endocarditi infettive non c'è un percorso strutturato. In lavorazione l'accREDITAMENTO ECM.

Dott. Ennio Pisanò (Puglia)

Il territorio regionale è molto frastagliato e variegato: 45 HUB, di cui 19 PCI e 8 CCH. Buona risposta alla Survey. Alle riunioni in HT partecipano il cardiologo interventista e quando necessario il cardiocirurgo; raramente il cardiologo esperto di imaging. Si discute prevalentemente di valvulopatie e cardiopatia ischemica complessa.

Criticità: Vi è la presenza di un HT formalizzato (delibere e regolamenti interni) solo in 3 Centri; gli altri dichiarano di aver un Heart Team operante ma non formalizzato senza agenda periodica (riunioni ad hoc), mancanza di CCH on-site e conseguente difficoltà comunicativa. Mancanza di audit ed indicatori di qualità. Non vi è quasi mai un registro documentato.

Dott.ssa Cristiana Montaldo (Sardegna)

Regione estesa ma poco popolata, vi sono 2 centri HUB con CCH, 5 centri HUB con emodinamica, 3 centri spoke con UTIC. Poca risposta alla Survey e nessuna risposta dai centri con CCH. Un Centro ha l'HT formalizzato con documenti ufficiali e agenda periodica di programmazione degli incontri (che possono essere ad hoc per singolo paziente in caso di urgenza e/o complessità). Presenza stabile di: anestesista, cardiologo interventista, cardiologo di imaging avanzato; nuove figure corollarie: geriatri ed internisti.

Criticità: In assenza della CCH on-site difficoltà logistiche dovute alle distanze nel territorio regionale; difficoltà a trovare un tempo comune per l'incontro; mancanza di una piattaforma digitale condivisa; non è stabilmente presente il cardiologo clinico.

Commenti e saluti finali

L'ultimo interessantissimo incontro tra Regioni si conclude con i commenti del Dott. Massimo Milli che riassume i punti salienti del webinar: la figura del “TAVI Coordinator”; un Heart Team formalizzato sia da un punto di vista organizzativo che di archiviazione documenti; l'accREDITAMENTO ECM; l'importanza e la presenza del cardiologo clinico: se è vero che esiste una differenza gestionale e decisionale tra i centri con CCH e senza, le indicazioni interventistiche/terapeutiche le pongono i cardiologi! Altri spunti di riflessione sono la centralizzazione del paziente con possibilità degli specialisti delle strutture spoke di lavorare nelle strutture HUB; e la questione del cardioanestesista. Nei saluti finali le Dott.sse Giovanna Geraci e Fabiana Lucà si impegnano a tirare le somme per portare in direttivo ANMCO una riflessione sui contributi delle Survey, che si traduca in una proposta sul piano formativo e gestionale, con indicazioni per uniformare i comportamenti e gli standard minimi richiesti con indicatori di qualità per i vari Centri. Condividere le criticità dei vari ospedali è utile per avere percorsi di cura condivisi, sulla scia dei modelli più virtuosi già esistenti. L'ANMCO si prefigge l'obiettivo di proporre un modello organizzativo comune, per avere un Heart Team di qualità che migliori la pratica clinica e segua le raccomandazioni delle LLGG ESC, senza ingolfare il lavoro quotidiano negli ospedali. ❤️



Intervista al Prof. Gregory Lip ricercatore e clinico che ha dato un contributo fondamentale al progresso nella gestione della fibrillazione atriale negli ultimi venti anni

**Professore Gregory Lip
per iniziare vorrei chiederle di
parlare un po' del suo percorso
professionale.
I nostri lettori certamente**

**la conoscono e sono interessati a
sapere cosa l'ha portata a dedicarsi
alla medicina ed in particolare della
prevenzione dell'ictus nei pazienti
con fibrillazione atriale.**

Biografia

Il Professor Lip, è Price-Evans Chair di Medicina Cardiovascolare presso l'Università di Liverpool e Direttore del Centro di Scienze Cardiovascolari dell'Università di Liverpool, dell'Università Liverpool John Moores e dell'Ospedale Heart & Chest di Liverpool. È Eminente Professore presso l'Università Aalborg in Danimarca. Detiene la cattedra di Professore associato o onorario in numerose università in tutto il mondo. Il Prof. Lip ha nutrito un profondo interesse per l'epidemiologia della fibrillazione atriale (FA) e per la fisiopatologia del tromboembolismo in questa aritmia. I punteggi CHA2DS2-VASc e HAS-BLED sono stati proposti per la prima volta e validati in modo indipendente a seguito delle sue ricerche, e sono ora incorporati nelle linee guida internazionali. Il percorso ABC (Atrial fibrillation Better Care) da lui proposto è raccomandato dalle linee guida per la FA e ha dimostrato di ridurre gli esiti avversi nei pazienti con FA. Nel 2014, il Professor Lip è stato classificato da Expertscape come il principale esperto mondiale nella comprensione e nel trattamento della fibrillazione atriale [<http://bit.ly/2apB1Dt>], posizione che mantiene ancora nel 2026 (<https://bit.ly/3eP3qR4>). Nel 2023, gli è stato conferito il premio "Distinguished Scientist Award" (Clinical Domain) dell'American College of Cardiology (ACC). Il Prof. Lip ha fatto parte del comitato di redazione di varie linee guida internazionali, tra cui le linee guida sulla terapia antitrombotica per la fibrillazione atriale dell'American College of Chest Physicians (ACCP), nonché varie linee guida e/o position statements della Società Europea di Cardiologia (ESC) o EHRA. Il Prof. Lip ha ricoperto il ruolo di editor/senior editor per importanti libri di testo internazionali e di per importanti riviste internazionali, tra cui *Thrombosis & Haemostasis* (Editor-in-Chief, Clinical Studies), *Europace* (Associate Editor) e *Circulation* (Guest Editor).

La fibrillazione atriale è un'aritmia molto comune, ciascuno di noi conosce qualcuno, un parente o un amico con fibrillazione atriale. Io personalmente ho mia madre che ha la fibrillazione atriale e ha avuto un ictus a causa della fibrillazione atriale. Da qui l'interesse per questa malattia di cui mi sono occupato nella mia tesi di dottorato, con un focus particolare sull'epidemiologia e fisiopatologia della fibrillazione atriale. È da circa tre decenni che con la ricerca mi occupo di fibrillazione atriale. Altri temi di interesse della nostra ricerca sono le comorbidità associate alla fibrillazione atriale, tra cui l'ipertensione e lo scompenso cardiaco oltre alle possibili conseguenze come l'ictus. Questi temi li affrontiamo con la ricerca dal punto di vista epidemiologico, di scienza della popolazione, ma anche con ricerca clinica e con l'impiego di metodologie di Intelligenza artificiale.

Con la sua ricerca ha dato un contributo importante al progresso nella gestione della fibrillazione atriale cui abbiamo assistito nel corso delle ultime decadi, ad esempio con lo sviluppo degli score CHADSVASC e HASBLED. Potrebbe dirci, secondo lei, quali sono i passi avanti più importanti fatti nell'evoluzione della gestione della fibrillazione atriale nel corso degli ultimi 20 anni?

Venti anni fa quando bisognava usare un anticoagulante per prevenire l'ictus nella fibrillazione atriale non c'era possibilità di scelta avevamo solo gli antagonisti della vitamina k, come il warfarin. Attualmente a disposizione oltre agli antagonisti della vitamina k abbiamo gli anticoagulanti orali diretti e l'attenzione si è spostata verso la possibilità di offrire la terapia



Prof. Gregory Lip

anticoagulante a tutti i pazienti con fibrillazione atriale a meno che non siano a basso rischio di ictus. Venti anni fa l'obiettivo della valutazione del paziente con fibrillazione atriale con lo score CHADS₂, il quale includeva 5 variabili cliniche, era quello di identificare i pazienti ad alto rischio di eventi tromboembolici e quindi che richiedevano una prevenzione cardioembolica. Con il CHA₂DS₂-VASc è migliorata la possibilità di identificare i pazienti a basso

rischio che non hanno bisogno della terapia anticoagulante. Per quanto riguarda il rischio di sanguinamenti, a differenza del rischio trombotico, deriva dall'interazione tra fattori di rischio modificabili e non modificabili. Gli score di rischio emorragico sono stati introdotti per identificare i pazienti ad alto rischio di sanguinamento che richiedono una più attenta valutazione e precoce follow-up. L'HASBLED score consente di focalizzare l'attenzione

sui i fattori di rischio modificabili, sui quali quindi è possibile intervenire per modificarli o attenuarli. Questo score ha il vantaggio di essere facilmente implementabile e di essere stato testato e validato. L'utilizzo dell'HASBLED è stato dimostrato essere associato ad una minore incidenza di sanguinamenti maggiori ed un maggior numero di pazienti trattati con anticoagulanti. C'è poi da considerare che, al di là della gestione del rischio trombotico, la fibrillazione atriale è associata ad un rischio residuo di altri eventi cardiovascolari maggiori, di ricoveri ospedalieri e di mortalità. C'è quindi bisogno di una gestione olistica della fibrillazione atriale. Da qui la proposta di una gestione basata sul percorso ABC, dove la A fa riferimento alla consapevolezza (*awareness*) del rischio di ictus, B alla gestione dei sintomi, e C alla gestione delle comorbidità e dello stile di vita. La gestione della fibrillazione atriale basata sul percorso ABC è raccomandata dalle linee guida ESC del 2020 ed è supportata dai risultati di studi clinici randomizzati, è semplice da utilizzare nella pratica clinica e facile anche da condividere con i pazienti.

Lei ha contribuito a numerose e rilevanti pubblicazioni scientifiche, alla definizione di numerosi aspetti cruciali nella attuale gestione della fibrillazione atriale. Di quale delle sue attività è maggiormente fiero, quale vuole mettere in evidenza perché maggiormente rilevante?

Io sono un cardiologo clinico, mi sono occupato della gestione dei pazienti con fibrillazione atriale e con il mio lavoro di ricerca ho voluto rendere la valutazione, la stratificazione del rischio, e il percorso gestionale dei

pazienti più semplice possibile. Penso che il contributo apportato in queste aree sia rilevante per molte persone.

Lei è un esempio di scienziato e clinico per diverse generazioni di professionisti nel campo della medicina, quale è il segreto di un'attività di ricercatore con un impatto così rilevante per la pratica clinica?

Io dico sempre ai miei colleghi, ai miei studenti che fare ricerca deve essere appassionante. Quando si fa ricerca bisogna essere curiosi, fare domande, generare idee, ipotesi. Anche se non tutte le idee funzionano o le ipotesi di ricerca non vengono confermate questo non deve essere considerato un insuccesso. Io ricordo sempre che alcuni dei miei migliori articoli sono studi che non hanno avuto risultati positivi, eppure hanno avuto un impatto sulla ricerca successiva.

Per essere un buon mentore è sufficiente condividere conoscenze, essere un esempio o ci vuole qualcosa di più?

Per essere mentore è importante comprendere e conoscere il tuo mentee, di cosa ha bisogno. Non c'è

un solo modo di essere mentore, un modo adatto a tutti. Si tratta di una relazione bidirezionale che deve essere personalizzata, adattata alle richieste e interessi dei mentees. Un mentore deve sapere ascoltare il proprio mentee. Ciascuno ha le proprie sfide soprattutto all'inizio della carriera di ricercatore. Io penso di aver imperato molto dai miei mentee e loro da me. Alla fine, si stabiliscono dei "legami accademici" si diventa parte di una famiglia. La famiglia "accademica" del centro di Scienze Cardiovascolari di Liverpool ora è davvero internazionale con contatti con colleghi che in precedenza erano fellows presso il nostro centro e ora sono in America, Asia, Australia. Nonostante il nome il nostro centro non è solo Liverpool ma davvero globale e sono molto felice e orgoglioso di questa rete internazionale.

Quali suggerimenti ha per i giovani cardiologi? Quale è il principale consiglio per costruire una carriera come ricercatore e clinico?

È importante, soprattutto per quelli che vogliono dedicarsi alla ricerca,

che siano curiosi, pongano domande, formulino ipotesi. È importante che abbiano un bravo mentore, che sia empatico e si ponga in ascolto. Il percorso della ricerca può essere difficile ma anche i risultati negativi non sono espressione della fine di una ricerca. Ad esempio, in uno dei primi lavori abbiamo studiato l'attività delle piastrine nella fibrillazione atriale. Si trattava di uno studio meccanicistico che ha mostrato la non correlazione tra attivazione piastrinica e fibrillazione atriale. Il giovane collega che seguiva lo studio vedeva nel risultato dello studio un insuccesso invece era un indizio che il trattamento antiaggregante poteva non essere utile a ridurre il rischio di trombosi nella fibrillazione atriale. Alla fine, si è rilevato di un contributo utile in quel campo.

A nome di tutti i Soci ANMCO, ringrazio il Prof. Gregory Lip per questa intervista che ha messo in evidenza alcuni cambiamenti chiave nella gestione della fibrillazione atriale negli ultimi venti anni a cui il Prof. Lip ha dato un importante contributo.♥



Dialoghi con i protagonisti della cardiologia italiana

Intervista alla Dott.ssa Silvia Favilli



Dott.ssa Silvia Favilli

“Professione Cardiologo” è una rubrica di interviste per il giornale *Cardiologia* negli Ospedali che racconta storie, percorsi e visioni dei protagonisti della cardiologia italiana. Un ciclo di dialoghi pensato per ispirare i giovani medici e per offrire uno sguardo autentico sul mestiere, tra ricerca, cura e responsabilità. Ogni episodio esplora le scelte, le sfide e le motivazioni di chi ha contribuito a far crescere la disciplina.

Dott.ssa Silvia Favilli

La Dott.ssa Silvia Favilli è nota al pubblico cardiologico italiano – e non solo – come punto di riferimento nel campo della cardiologia pediatrica e delle cardiopatie congenite dell’adulto. Recentemente ha raggiunto il traguardo della pensione, lasciando un’eredità professionale e umana di grande valore. La sua attività professionale si è svolta prevalentemente presso l’AOU Meyer di Firenze, dove ha ricoperto il ruolo di Dirigente Medico di I livello presso l’Unità Operativa di Cardiologia Pediatrica. Nel corso della sua carriera ha assunto numerosi incarichi di responsabilità, tra cui quello di responsabile del Centro di riferimento della Regione Toscana per il follow-up delle cardiopatie congenite e del Centro di riferimento per la medicina dello sport in età evolutiva. Dal 2014 ha inoltre guidato l’Unità “Congenito Adulto”, dedicata alla gestione delle cardiopatie congenite in età adulta. Tra il 2016 e il 2022 ha svolto l’incarico di responsabile facente funzione della SOC di Cardiologia Pediatrica, contribuendo in modo significativo alla crescita organizzativa e clinica dell’unità. Dal 2017 al 2018 è stata referente della Task Force ANMCO per la Cardiologia Pediatrica, mentre nel biennio 2022 - 2023 ha ricoperto il ruolo di Presidente della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica e delle Cardiopatie Congenite (SICPED).

Gentile Dottoressa, lei ha dedicato la sua vita professionale alla cura dei bambini affetti da cardiopatie, ma anche dei pazienti adulti con cardiopatie congenite.

Ci potrebbe raccontare brevemente il suo percorso formativo e professionale? Cosa l’ha spinto a scegliere la cardiologia pediatrica?

Durante il primo periodo di tirocinio in Cardiologia ho seguito con particolare interesse l’attività del Laboratorio di Ecocardiografia; all’inizio degli anni Novanta c’è stato un rapido sviluppo della metodica, con la disponibilità di apparecchi sempre migliori che consentivano di ottenere immagini già allora di ottima qualità. La possibilità di studiare in modo non invasivo le alterazioni strutturali del cuore, in particolare le cardiopatie congenite nei bambini, mi sembrò allora straordinaria. Dopo un breve periodo di frequenza presso l’Ospedale Necker Enfants Malades di Parigi ho capito non solo che la Cardiologia Pediatrica era davvero il mio campo di interesse ma che, al di là dell’imaging, la clinica deve essere sempre il principio guida nel nostro lavoro. Nel corso della mia vita professionale ho avuto la fortuna di avere dei Colleghi/Maestri che mi hanno aiutato e con i quali ho condiviso l’entusiasmo per l’attività clinica e per la ricerca: da Alfredo Zuppiroli (già Direttore della Cardiologia adulti e presidente della Società di Ecocardiografia), alla Dott.ssa Margherita Bini e al Dott. Enrico Chiappa che per alcuni anni, in tempi diversi, sono stati a Firenze come Direttori della Cardiologia Pediatrica. Nel corso dell’attività al Meyer, la possibilità di seguire nel tempo bambini e adolescenti nati con anomalie congenite anche

complesse, sopravvissuti grazie alla cardiocirurgia e alle cure mediche, ha via via spostato la mia attività prevalente verso il follow-up dell'adulto con Cardiopatia Congenita. L'esperienza all'interno delle Società Scientifiche, prima come referente della 'Task Force' ANMCO per la Cardiologia Pediatrica e poi come presidente della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica e delle Cardiopatie Congenite (SICPED) è stata per me molto importante, perché mi ha consentito di conoscere meglio le altre realtà italiane, fra le quali ho cercato di promuovere una sempre maggiore collaborazione.

In Italia esistono percorsi formativi strutturati per chi desidera occuparsi di cardiologia pediatrica e di cardiopatie congenite dell'adulto?

Questa domanda tocca un punto dolente. Nonostante se ne parli da tempo non esistono ancora percorsi strutturati istituzionali. Alla Cardiologia Pediatrica si arriva sia dalla Specializzazione in Cardiologia sia da quella in Pediatria, con una formazione successiva 'individuale'. Esistono dei Master di alto livello sia in Cardiologia Pediatrica sia per la Cardiologia del Congenito Adulto presso alcuni Centri Italiani. Le Società Scientifiche possono avere un ruolo molto importante, sia per promuovere una formazione specifica all'interno del percorso universitario, sia per diffondere attraverso tutti i mezzi possibili (convegni, corsi, articoli scientifici ecc.) la conoscenza sulle cardiopatie congenite e sulla cardiologia pediatrica. L'attenzione verso la formazione dei giovani deve essere un obiettivo prioritario, e sono convinta che una sinergia d'azione fra ANMCO e SICPED possa essere preziosa in questo senso.

Ci racconta un aneddoto particolarmente significativo della sua carriera

Ho tanti ricordi molto belli, soprattutto grazie ai pazienti. Un momento che ricordo sempre riguarda però un giudizio negativo. Ero ancora molto giovane, lavoravo da pochi anni nella Cardiologia del Meyer. Veniva da noi periodicamente per aiutarci a sviluppare l'attività del Congenito Adulto la Professoressa Jane Somerville (è lei che ha coniato il termine 'GUCH', Grown-Up Congenital Heart). Ricordo che avevo preparato la presentazione di un caso complesso, e che lei mi trattò molto male, di fronte ad altri colleghi, perché non avevo allegato l'immagine della radiografia del torace. Alle mie timide rimostranze mi rispose bruscamente "Ricordati che stai decidendo della vita di un uomo". Lei forse era stata esagerata, ma l'indicazione ad analizzare in modo completo e critico la storia clinica di un paziente che si affidava alle nostre cure è una raccomandazione che non ho mai dimenticato. E molti anni dopo gliel'ho detto...

Quali sono i suoi progetti presenti e futuri, anche al di fuori dell'attività clinica?

Un campo che mi interessa particolarmente è il 'Congenito adulto anziano'. Sarà per l'anagrafe... Al di là della battuta, questa è una popolazione emergente, nella quale ai problemi dovuti agli esiti della cardiopatia congenita di base si sommano quelli legati all'età e alle comorbidità, cardiologiche ed extracardiache. Sono pazienti che richiedono un approccio che definirei multidimensionale, spesso pazienti 'fragili' per i quali è necessario sviluppare percorsi di cura e di

assistenza adeguati. Rappresentano un modello ideale di quella Medicina che cura le persone ammalate e non le malattie, che sa unire i dati biologici a quelli biografici: insomma il GUCH anziano è un unicum che fa della complessità il paradigma di una buona cura! Al di fuori del lavoro, che continuo quotidianamente anche se fuori dell'Ospedale, spero di avere più tempo per leggere e per viaggiare.

Per concludere, quale consiglio darebbe a un giovane collega che desidera avvicinarsi a questo ambito così peculiare della cardiologia e della pediatria?

È necessario frequentare un Centro di Cardiologia e di Cardiocirurgia (Pediatrica e del Congenito Adulto) dove sia possibile seguire un percorso formativo completo, che vada dall'imaging, all'emodinamica e alla elettrofisiologia, prima di dedicarsi (come oggi è inevitabile) a un settore specialistico. Se possibile, e oggi spesso lo è, un periodo svolto in un Centro estero di prestigio è importante non soltanto per acquisire competenze professionali ma anche per aprire la mente e conoscere strutture e colleghi diversi. E (forse soprattutto!) bisogna mantenere sempre l'entusiasmo e anche l'umiltà, entrambi indispensabili per fare bene il nostro lavoro.♥



Terapia di secondo livello nella dislipidemia: esperienza clinica dell'ASST Lecco con percorso strutturato per la gestione territoriale

Introduzione

La dislipidemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili. Nonostante l'impiego di statine ad alta intensità, una quota rilevante di pazienti non raggiunge i target di LDL raccomandati dalle Linee Guida ESC/EAS 2019. In questo contesto, la terapia di secondo livello comprende diverse opzioni farmacologiche – inibitori monoclonali di PCSK9, inclisiran, ezetimibe e acido bempedoico – con differenti profili di efficacia, sicurezza e impatto organizzativo. La sfida attuale non è solo farmacologica, ma anche organizzativa: integrare queste strategie in modelli assistenziali che favoriscano aderenza e continuità ospedale-territorio.

Metodologia e organizzazione del servizio

Presso la nostra ASST di Lecco è stato sviluppato un ambulatorio dedicato alle dislipidemie, finalizzato alla presa in carico dei pazienti con mancato raggiungimento dei target lipidici nonostante terapia di primo livello oppure con intolleranza alle terapie convenzionali.

L'ambulatorio opera secondo un modello integrato che prevede:

- valutazione specialistica ospedaliera,

in presenza o in telemedicina;

- prescrizione centralizzata delle terapie di secondo livello;
- monitoraggio clinico e biochimico strutturato;
- coinvolgimento degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC);
- integrazione funzionale con Case di Comunità per la continuità assistenziale.

Per inclisiran è stato implementato un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA), approvato nel giugno 2023, che prevede la prescrizione centralizzata tramite registri AIFA/ARGO e la somministrazione decentrata presso le Case di Comunità prossime al domicilio del paziente. Questo assetto organizzativo consente di ridurre il carico logistico per il paziente mantenendo un controllo specialistico appropriato.

Opzioni terapeutiche di secondo livello

Gli inibitori di PCSK9 comprendono gli anticorpi monoclonali (evolcumab, alirocumab), che aumentano la clearance delle LDL ottenendo riduzioni del 55-60% e una significativa diminuzione degli eventi cardiovascolari, sebbene la necessità di somministrazioni frequenti possa limitarne l'aderenza, e inclisiran, che

attraverso il silenziamento dell'mRNA di PCSK9 consente una riduzione di LDL di circa il 50% con sole due somministrazioni annuali dopo il carico, mostrando buona efficacia e tollerabilità ma senza dati definitivi sugli outcome cardiovascolari. Ezetimibe e acido bempedoico rappresentano invece opzioni utili nei pazienti prossimi al target LDL o non eleggibili o intolleranti ai PCSK9 inibitori; in particolare, l'acido bempedoico ha dimostrato una riduzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti intolleranti alle statine, pur con un effetto ipolipemizzante meno marcato rispetto ai PCSK9 inibitori.

Criteri di scelta nel modello organizzativo

Nel nostro servizio la scelta terapeutica per la terapia di secondo livello si basa su una valutazione clinico-organizzativa individualizzata:

- anti-PCSK9 monoclonali nei pazienti con buona aderenza a regimi frequenti e necessità di rapido abbattimento lipidico;
- inclisiran nei pazienti con difficoltà di aderenza a somministrazioni frequenti e accesso facilitato alle strutture territoriali;
- ezetimibe e/o acido bempedoico in caso breve distanza del target di LDL, intolleranza, controindicazioni o non rimborsabilità delle altre terapie secondo i criteri AIFA.

Per inclisiran, il PDTA consente prescrizione AIFA-compliant, monitoraggio specialistico centralizzato e somministrazione territoriale, ottimizzando l'aderenza terapeutica.

Impatto clinico e organizzativo

La riduzione di LDL è direttamente correlata alla riduzione del rischio cardiovascolare, con una diminuzione

relativa del rischio di circa il 22% per ogni riduzione di 1 mmol/L. Tuttavia, nella pratica clinica reale, il beneficio dipende in larga misura dalla persistenza terapeutica. Il modello organizzativo adottato, basato su ambulatorio dedicato e integrazione ospedale-territorio, mira a massimizzare l'aderenza e quindi il beneficio clinico effettivo. L'esperienza maturata ha consentito di migliorare l'aderenza ai controlli programmati, utilizzare la telemedicina per rivalutazioni cliniche selezionate, facilitare la somministrazione territoriale di inclisiran e integrare in modo strutturato cardiologi, IFeC e farmacisti ospedalieri.

Sviluppi futuri: telemedicina post-dimissione

A partire dal 2026 è previsto l'avvio di un progetto di controllo precoce post-dimissione in telemedicina dedicato ai pazienti con dislipidemia in prevenzione secondaria. Il programma prevede

una rivalutazione a breve termine dopo la dimissione ospedaliera, con monitoraggio dei parametri lipidici, valutazione dell'aderenza e rapido adattamento della terapia ipolipemizzante. L'obiettivo è intercettare precocemente le criticità terapeutiche, ottimizzare il raggiungimento dei target LDL e rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Conclusioni

La gestione della dislipidemia di secondo livello richiede un approccio integrato che combini appropriatezza farmacologica e modelli organizzativi efficienti. L'esperienza della nostra realtà dimostra come un ambulatorio dedicato, supportato da PDTA strutturati e da una forte integrazione ospedale-territorio, consenta di valorizzare le diverse opzioni terapeutiche disponibili. In particolare, il percorso per inclisiran rappresenta un esempio di come l'organizzazione possa diventare

uno strumento attivo per migliorare l'aderenza e tradurre l'innovazione farmacologica in benefici clinici reali, in linea con i principi della medicina di prossimità. ♥

Bibliografia

- Catapano, A. L., et al. (2019). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 41(1), 111-188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
- Perrone, V., et al. (2022). Evaluation of the therapeutic pattern and pharmaco-utilization in hypercholesterolemic patients treated with statins. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 1483-1489.
- Sabatine, M. S., et al. (2017). Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease (FOURIER). *New England Journal of Medicine*, 376(18), 1713-1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1609905>
- Dionne, J. A., et al. (2018). Adherence to PCSK9 inhibitor therapy and factors associated with discontinuation in real-world practice. *Clinical Cardiology*, 41(4), 544-551.
- Nissen SE, Lincoff AM, et al. CLEAR Outcomes Investigators. Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients. *N Engl J Med*. 2023 Apr 13;388(15):1353-1364. doi: 10.1056/NEJMoa2215024.



Sorridere di cuore Omaggio alla canzone italiana

Storia di cuore, canzoni e amicizia

Una storia importante¹

Roberto, 27 anni di lavoro come cardiologo dell'acuto, ora passato in cardiologia riabilitativa, ci racconta la prima parte: l'evento acuto, la cura e la dimissione dal reparto di cardiologia.

L'attacco cardiaco

Seduto in quel caffè io non pensavo a te, vedevo il mondo che girava intorno a me, poi d'improvviso²... che male fa, stringere i denti per una volta³...

L'ambulanza

Se telefonando io potessi⁴... lei verrà o non verrà, dio mio no, cosa fai che cosa fai⁵... amore fai presto io non resisto, se tu non arrivi, non esisto, non esisto, non esisto⁶...

Il paziente all'arrivo in ospedale

(Pensieri e parole)⁷: è uno di quei giorni in cui rivedo tutta la mia vita⁶... e poi e poi sarò come morire⁸...

Il cardiologo

Dammi solo un minuto, un soffio di fiato, un attimo ancora⁹...

Il paziente

Non c'è tensione, non c'è emozione, non sento niente no, nessun dolore¹⁰...

La dimissione

Dopo l'efficace cura ospedaliera, arriva il momento della dimissione dal reparto di cardiologia.

Il paziente

(Pensieri e parole)⁷: era già tutto previsto, fino al punto che sapevo, che oggi tu mi avresti detto, quelle cose che mi dici¹¹... tutto il resto è noia, no non ho detto gioia, ma noia noia, noia, maledetta noia¹²...

Arriva la proposta di presa in carico da parte della cardiologia riabilitativa *sotto questo sole, rossi col fiatone, sì, ma c'è da sudare¹³... perché no, perché no...¹⁴*

Riabilitazione

Marco, una vita da cardiologo riabilitatore, ci racconta l'attività riabilitativa e l'amicizia con Sandro.

La riabilitazione fisica

Pedalando in bicicletta accanto a te, pedalare senza fretta¹⁵... sì viaggiare, evitando le buche più dure, senza per questo cadere nelle tue paure, gentilmente, con coraggio¹⁶... e va su (pedala, pedala), ancora, e va su (pedala, pedala)¹⁷...

La riabilitazione psicologica

Prendila così non possiamo farne un dramma, conoscevi già, hai detto, i problemi tuoi¹⁸... Beh cos'è quella faccia eh, dai su non ne facciamo un dramma, vedrai che quando sei guarito ci ridi sopra¹⁹... Vivere, è passato tanto tempo, vivere, è un ricordo senza tempo, vivere! È un po' come perder tempo. Vivere e sorridere dei guai, così come non hai fatto mai e poi pensare che domani sarà sempre meglio²⁰...

La riabilitazione alimentare

Ho messo il vino nel frigo, cuoco sul fuoco il sugo, il macellaio dovrebbe arrivare, dovrebbe portare bistecche e caviale, ma un dubbio mi assale⁵... spaghetti, pollo insalatina e una tazzina di caffè²¹...

Amicizia

L'amicizia con Sandro, nata durante la degenza nel reparto di cardiologia riabilitativa attraverso la passione per

la musica, in quel momento amico fragile²²: ma smettila fissato, è chiaro che guarisci, ma che ti metti in mente, vedrai che starai bene, vedrai vedrai vedrai, andremo in giro insieme e troveremo il bosco pieno di animali e poi andremo con la barca dove il mare è alto in mezzo ai pescecani¹⁹... È la musica, la musica ribelle, che ti vibra nelle ossa, che ti entra nella pelle, che ti dice di uscire, che ti urla di cambiare, di mollare le menate e di metterti a lottare²³... Ridere, sempre così giocondo, ridere, delle follie del mondo, vivere, finché c'è gioventù, perché la vita è bella e la voglio vivere sempre più²⁴...

Il paziente

Sandro, ci racconta il punto di vista del paziente e il valore dell'amicizia.

La malattia

E la pulce d'acqua che l'ombra ti rubò e tu ora sei malato²⁵... e da ragazzo spiavo i ragazzi giocare al ritmo balordo del mio cuore malato²⁶...

In UTIC

Io non posso stare fermo con le mani nelle mani, qualche cosa devo fare prima che venga domani²⁷... vorrei una voce... (perché) improvvisamente mi accorgo che il silenzio ha il senso delle cose che ho perduto²⁸...

In Cardiologia

Cuore, tu stai soffrendo²⁹... ci vorrebbe un amico, per dimenticare il male, ci vorrebbe un amico, qui per sempre al mio fianco, nel dolore e nel rimpianto³⁰... per avverti pagherei un milione anche più, perché tu sei oro³¹...

In Riabilitazione

Ti proteggerò dalle paure e dalle ipocondrie, dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via, ti sollevorò dai dolori e dagli sbalzi d'umore³²... La tempesta che ci travolge ci piega ma non ci spezzerà, siamo nati per



I tre autori, rappresentati (approssimativamente) dall' intelligenza artificiale, come presentatori di festival musicale

combattere la sorte, ma ogni volta abbiamo sempre vinto noi. Questi giorni cambieranno i nostri giorni, ma stavolta impareremo un po' di più. Rinaserò³³

Conclusione

Non dico che dividerei una montagna, ma andrei a piedi certamente a Bologna, per un amico in più, per un amico in più, perché mi sento molto ricco e molto meno infelice e vedo

anche quando c'è poca luce, con un amico in più, con il mio amico in più³⁴ Perché, perché... Perché ci vuole orecchio, bisogna avere il pacco, immerso dentro al secchio, bisogna averlo tutto, tanto, anzi parecchio, per fare certe cose, ci vuole orecchio.³⁵♥

Canzoni citate (quasi una bibliografia)

1) Una storia importante 2) 24 settembre 3) Che male fa 4) Se telefonando 5) Dio mio no 6)

L'appuntamento 7) Pensieri e parole 8) E poi 9) Dammi solo un minuto 10) Nessun dolore 11) Era già tutto previsto 12) Tutto il resto è noia 13) Sotto questo sole 14) Perché no 15) In bicicletta 16) Sì viaggiare 17) Coppi 18) Prendila così 19) L'amico 20) Vivere 21) Spaghetti, pollo, insalatina 22) Amico fragile 23) La musica ribelle 24) Vivere! 25) La pulce d'acqua 26) Un malato di cuore 27) Margherita 28) La voce del silenzio 29) Cuore 30) Ci vorrebbe un amico 31) Oro 32) La cura 33) Rinaserò, rinascerai 34) Per un amico in più 35) Ci vuole orecchio♥



Sindrome del QT lungo e idoneità sportiva: una nuova prospettiva

Stratificazione del rischio, percorso valutativo personalizzata e protocolli dedicati nella gestione dell'atleta con LQTS

Nel corso di una normale attività ambulatoriale, ci siamo trovati a spiegare a una madre la necessità di eseguire una risonanza magnetica cardiaca al figlio, per definire con maggiore precisione il profilo degli spessori miocardici, in presenza del sospetto di una cardiomiopatia ipertrofica. Prima ancora di iniziare il colloquio, la signora ha espresso un'osservazione tanto semplice quanto destabilizzante: «*Mi sembra di conoscervi già. Seguo le vostre storie, ma ho l'impressione che finiscano sempre in tragedia*». Molto probabilmente, in quella frase c'era tutta la paura per l'esito dell'esame che stavamo proponendo al figlio. Dopo un lungo confronto ci siamo salutati, ma quelle parole sono rimaste con noi. Quando scegliamo una storia da condividere, l'obiettivo non è mai sensazionalistico, polemico o accusatorio. Esiste solo la necessità di analizzare ciò che è accaduto, punto per punto, con un unico intento: se mai ce ne fossero stati, non ripetere gli stessi errori. Tuttavia, non potevamo ignorare l'effetto che quelle narrazioni producono. Per questo, abbiamo scelto di raccontare una storia

diversa: quella di Aaron e Fabrizio. I due fratelli giungono alla nostra osservazione inviati da una collega che, durante lo screening medico sportivo, rileva un allungamento non trascurabile dell'intervallo QTc, con valori superiori a 460 ms. In medicina dello sport questo dato rappresenta, di per sé, un criterio sufficiente per porre il sospetto di sindrome del QT lungo (LQTS). Per un inquadramento avanzato, i due fratelli vengono inviati a un centro di riferimento internazionale, dove il percorso diagnostico conferma un aspetto cruciale: la diagnosi è prevalentemente fenotipica, più che genetica. Il test genetico evidenzia infatti una variante in eterozigosi ad alta prevalenza nella popolazione generale, che isolatamente considerata, non andrebbe nemmeno segnalata. Uno scenario che sottolinea la distanza talvolta significativa tra genotipo e fenotipo. La LQTS comprende molteplici sottotipi, con differenti meccanismi ionici, modalità di espressione e profili di rischio aritmico. È un disordine genetico caratterizzato da prolungamento dell'intervallo QT, che predispone ad aritmie ventricolari potenzialmente fatali, manifestandosi

con sincope, arresto cardiaco rianimato o morte improvvisa. L'incidenza stimata è di circa 1 caso ogni 2.000 nati vivi. Le forme principali sono tre: il tipo 1 (LQT1), in cui il mancato adeguamento dell'intervallo QT durante lo sforzo rappresenta il principale fattore di rischio; il tipo 2 (LQT2), in cui gli eventi sono spesso scatenati da stress emotivi; il tipo 3 (LQT3), in cui le aritmie tendono a manifestarsi a riposo o durante il sonno. L'approccio è integrato e comprende misure comportamentali, terapia farmacologica e, nei casi selezionati, strategie interventistiche. È fondamentale evitare tutti i fattori che possono rendere instabile il quadro elettrico o favorire il prolungamento del QT: farmaci noti per allungarlo, sostanze d'abuso ed energy drink, squilibri elettrolitici e i trigger specifici delle diverse forme genetiche. La terapia farmacologica rappresenta il cardine del trattamento. I beta-bloccanti non selettivi, nadololo e propranololo, hanno dimostrato una significativa riduzione del rischio di eventi maggiori. Sono particolarmente efficaci nelle forme LQT1 e LQT2. Nella LQT3, possono essere meno protettivi; in questi casi può essere associata la mexiletina, che riduce la corrente tardiva del sodio e contribuisce all'accorciamento dell'intervallo QT. Tra le opzioni non farmacologiche, la denervazione simpatica cardiaca sinistra rappresenta una strategia nei pazienti ad alto rischio. L'impianto di defibrillatore (ICD) è indicato in prevenzione secondaria. Storicamente la diagnosi di LQTS comportava l'esclusione automatica dall'attività agonistica. Le linee guida europee più recenti (Figura 1) hanno introdotto una parziale

ESC 2020

COCIS 2023

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that all exercising individuals with LQTS with prior symptoms or prolonged QTc be on therapy with beta-blockers at target dose. ¹²⁹	I	B
It is recommended that exercising individuals with LQTS should avoid QT prolonging drugs (www.crediblemeds.org) and electrolyte imbalance such as hypokalaemia and hypomagnesaemia. ¹²⁹	I	B
Shared decision making should be considered regarding sports participation in patients with genotype-positive/phenotype-negative LQTS (i.e. <470/480 ms in men/women). Type and setting of sports (individual vs. team), type of mutation, and extent of precautionary measures should be considered in this context.	IIa	C
Participation in high-intensity recreational and competitive sports, even when on beta-blockers, is not recommended in individuals with a QTc>500 ms or a genetically confirmed LQTS with a QTc≥470 ms in men or ≥480 ms in women.	III	B
Participation in competitive sports (with or without ICD) is not recommended in individuals with LQTS and prior cardiac arrest or arrhythmic syncope.	III	C

	CLASSE	LDE
L'idoneità deve essere negata in tutti i soggetti con diagnosi di LQTS (sia per genetica positiva, sia per cumulo di parametri clinici) tranne che nei casi sottoelencati, e nei soggetti con sindrome del QT Corto. Va precisato che la non idoneità (legata a un rischio teorico) non equivale a una indicazione all'impianto di ICD, né l'impianto di ICD va indicato al fine di ottenere l'idoneità stessa.	III	B
L'idoneità potrebbe essere presa in esame nei soggetti con mutazione nei geni associati alla LQTS asintomatici, con fenotipo negativo o borderline, in terapia beta bloccante. L'analisi deve in primo luogo tener conto di un'approfondita valutazione dell'attività sportiva per cui è richiesto il certificato e degli aspetti legati alla terapia farmacologica in atto (beta bloccanti). Inoltre, deve essere strettamente individualizzata in base al tipo di difetto (LQT1, LQT2, LQT3, ecc.), alla storia familiare, ai valori del QTc a riposo, nel recupero dopo TE massimale e all'Holter. Infine, il giudizio deve essere affidato a centri di elevata competenza scientifica in materia.	II	C

Figura 1

apertura nei casi selezionati, purché vi siano asintomaticità, adeguata terapia beta-bloccante e QTc sotto soglie considerate di maggiore sicurezza (<470 ms negli uomini, <480 ms nelle donne). Anche il recente COCIS 2023 (Figura 1), prevede una apertura. L'idoneità potrebbe essere presa in esame nei soggetti con mutazione nei geni associati alla LQTS asintomatici, con fenotipo negativo o borderline (non viene definito un valore da considerare), in terapia beta bloccante. Presso il Centro Regionale di Medicina dello Sport di Treviso abbiamo sviluppato un protocollo molto stringente dedicato proprio ai soggetti affetti da LQTS, con l'obiettivo valutare se esiste la possibilità di ritornare allo sport agonistico. Solo nel rispetto dei criteri che ci siamo imposti viene considerata la possibilità di ripresa dell'attività agonistica, dopo averla condivisa con il centro proponente. La

vera evoluzione non sta nell'“aprire” o “chiudere” allo sport, ma nel passare da un approccio difensivo a una presa in carico strutturata, continuativa e responsabile. In questo contesto, lo sport non è un diritto automatico né un rischio da evitare a priori, ma una variabile clinica da conoscere, misurare e monitorare nel tempo. Aaron e Fabrizio rappresentano un esempio concreto di come una diagnosi di LQTS, soprattutto nelle forme a bassa espressione fenotipica, non debba tradursi in una condanna definitiva, ma possa diventare l'inizio di un percorso altamente specializzato. Forse raccontiamo più spesso le storie che finiscono male perché sono quelle che insegnano di più. Ma raccontare anche le storie che evolvono diversamente – grazie allo screening, alla competenza e ai protocolli – è un dovere scientifico oltre che umano. Non un via libera generico, ma una ripartenza costruita

con rigore e condivisione che vedono coinvolti: giovani pazienti, genitori, allenatori e società sportiva. Indicazioni chiare, regole condivise, monitoraggio costante. Uno sport possibile, ma consapevole. Il momento più intenso è stato quando abbiamo comunicato ai due ragazzi che potevano tornare alla loro vita sportiva. Non dimenticheremo mai gli occhi di Aaron che si riempivano di lacrime, scivolando lentamente sulle guance. Non erano lacrime di paura o di dolore. Erano lacrime di gioia: la gioia di chi si sente restituire una parte di sé, dopo aver temuto di perderla. Perché la medicina e cardiologia dello sport, quando è rigorosa, non serve solo a negare possibilità, ma a renderle sicure. Ringraziamo le colleghe Elisabetta Zordanazzo e Laura Brusamolín della medicina dello sport dell'AULSS 6 di Padova per averci fatto incontrare Aron e Fabrizio. ♥



I  5xMille
codice fiscale
94070130482

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore



**SOSTIENI LA RICERCA
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

**Dona il 5xMille alla Fondazione
per il Tuo cuore - HCF Onlus:
indica il codice fiscale **94070130482**
nella dichiarazione dei redditi.**

**Non ti costa nulla e fa del bene a tanti cuori,
grandi e piccoli.**

www.periltuocuore.it



ENDORSEMENT BY



ITALY

2025 ACCOMPLISHED
CHAPTER™

AMERICAN COLLEGE
of CARDIOLOGY®

congress.anmco.it
digital.anmco.it

**ADD YEARS TO LIFE
AND LIFE TO YEARS
LET'S GROW WITH PASSION**

PALACONGRESSI RIMINI
7-9 • MAGGIO • 2026

57° CONGRESSO NAZIONALE | Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



Il marchio della
gestione forestale
responsabile

