



Cardiologia negli Ospedali

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri | ANMCO



MARZO/APRILE 2026 N° 270



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



Azienda Ospedaliera per l'emergenza "Cannizzaro", Catania

N. 270
marzo / aprile 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'Editor p. 3
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

In questo numero p. 5
di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

Congresso Nazionale
ANMCO 2026 p. 9
di Massimo Grimaldi

DAL DIRETTIVO

5° Conferenza del Club
delle UTIC ANMCO p. 10
di Serafina Valente e Gruppo di
Coordinamento del Club delle UTIC
ANMCO

DALLA FONDAZIONE PER

IL TUO CUORE

Le attività di HCF:
si procede spediti p. 13
di Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio di Amministrazione della
Fondazione per il Tuo cuore

Un torneo per la vita:
Trofeo Buonamico e la cultura della
prevenzione cardiovascolare p. 15
di Giuseppe De Luca e Pasquale
Caldarola

DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi della Fondazione
per il Tuo cuore p. 17
a cura del Centro Studi

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

IA e Imaging Cardiovascolare: stato
dell'arte p. 21
di Giuseppe Romano e Michele
Magnesa a nome dell'Area
CardioImaging ANMCO

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

Il progetto JACARDI:
le donne al centro dell'educazione
sanitaria p. 23
di Giulia Taborchi a nome dell'Area
Cardiologia di Genere ANMCO

AREA CARDIONCOLOGIA

Disuguaglianza di accesso alle cure
cardioncologiche. Cardioncologia a
due velocità: chi resta indietro? p. 26
di Jacopo Santagata e Alice
Frangione a nome dell'Area
CardiOncologia ANMCO

AREA CARDIORENALE E METABOLICA

CaReMe 3.0 e il cardiometabolic mindsetp. 29
di Geza Halasz, Manuela Benvenuto, Daniele Masarone, Gaetano Citarelli, Michele Moretti, Andrea Lorenzo Vecchi, Marco Cittar, Claudia Vicari, Simone Bartolini, Gianluigi Guida

AREA GIOVANI

L'Area Giovani
 ANMCO 2026 – 2027p. 32
di Federico Fortuni e Andrea Matteucci

AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA

Dispositivi Wearable, Intelligenza Artificiale e Salute cardiovascolare: un tesoro da custodire con Etica e Consapevolezzap. 35
di Simona Giubilato, Salvatore Massimo Petrina e Raffaele De Lucia

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Dalla malattia rara alle manifestazioni cliniche del tromboembolismo venosop. 37
di Laura Scelsi e Walter Grosso Marra a nome dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

Benchmarking multicentrico e strategie di miglioramento della qualità in cardiologia interventisticap. 39
di Alessandro Faraci

DALLE REGIONI REGIONE BASILICATA

La comunicazione medico - paziente al tempo dell'intelligenza artificiale: l'importanza della collaborazione ..p. 44
di Francesco Paolo Calciano, Antonio

Giovanni Cardinale, Damiano Cardinale, Porzia Lacertosa, Gabriel Dentamaro, Maria Maddalena De Francesco

REGIONE PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Terapia ipolipemizzante di combinazione nei pazienti con SCA: implementazione di un nuovo protocollo alla luce delle recenti evidenzep. 46
di Ilaria Radano, Giuseppe Musumeci, Massimo Giammaria, Renata Fasano, Fabrizio Delnevo, Brunella Demichelis

REGIONE SICILIA

Congresso Regionale ANMCO Sicilia 2026p. 48
di Giuseppina Maura Francese, Carmelo Battaglia, Giuseppe Di Stabile, Sonia Lo Iacono, Annamaria Lo Voi, Rocco Paolo Milluzzo, Vito Pipitone, Danilo Puccio e Caterina Reina

REGIONE VENETO

Nel suo viaggio itinerante per l'Italia, quest'anno il Truck Tour Banca del Cuore ha fatto tappa doppia in Veneto, nelle piazze di Cittadella (PD) e di Rovigo, con una ottima partecipazione della popolazione specie tra i giovani, ed apprezzamento da parte delle Istituzionip. 50
di Claudio Picariello e Giampaolo Paschetto

PAROLA DI REGIONE

Webinar "Regioni 4.0 - Percorso gestionale dello shock cardiogeno" 16 febbraio 2026p. 52
di Francesca Simonelli

Webinar "Regioni 4.0 - Percorso gestionale dello shock cardiogeno"

16 marzo 2026p. 54
di Francesca Simonelli

CARDIOLOGIA E SPORT

La cardiomiopatia aritmogena e sportp. 55
di Patrizio Sarto

AMYNEWS

Carico di amiloide nel cuore e tecniche di imagingp. 58
di Cristina Chimenti



Editoriale

La recente pubblicazione di due trial randomizzati sull'Impella, il DTU Trial (*JACC*) nello STEMI anteriore e il CHIP-BCIS3 (*NEJM*) in pazienti ad alto rischio sottoposti a rivascolarizzazione complessa, assieme ai risultati del TAP – IT sulla toracentesi nello scompenso cardiaco acuto, pubblicato l'anno scorso su *Circulation*, forniscono utili opportunità di riflessioni che vanno oltre il contenuto specifico dei singoli studi. A differenza dei trial farmacologici in cui la standardizzazione dell'intervento, l'omogeneità della popolazione e la possibilità di disegni in doppio cieco consentono una diretta, quasi immediata trasferibilità dei risultati nella pratica clinica - un farmaco inefficace in uno studio ben condotto difficilmente troverà spazio nel singolo paziente -, i trial interventistici presentano una complessità interpretativa maggiore. Il significato di un risultato negativo è inevitabilmente meno univoco. Infatti non riflette esclusivamente l'efficacia o meno dell'intervento ma anche i limiti della sua applicazione: selezione

dei pazienti, timing procedurale, esperienza dell'operatore e contesto organizzativo. Ne deriva che l'assenza di beneficio su endpoint predefiniti non equivale necessariamente a inutilità clinica, ma suggerisce la necessità di una più accurata identificazione dei contesti in cui l'intervento può essere comunque vantaggioso. Non è una novità in cardiologia interventistica: esempio emblematico è il contropulsatore aortico nello shock cardiogeno. Evidenze negative non ne hanno determinato l'abbandono, ma ne hanno ridefinito indicazioni e limiti, favorendo un utilizzo più selettivo. In questo ambito si inseriscono i risultati sull'Impella. Sia nello STEMI anteriore che nelle procedure ad alto rischio i dati disponibili non appaiono supportare un impiego routinario. Una dinamica analoga emerge per i risultati, in un contesto diverso, del TAP-IT. Pur non mostrando un beneficio sugli endpoint maggiori è indubbio che la toracentesi possa determinare, in pazienti con scompenso cardiaco acuto e versamento pleurico predominante, un miglioramento sintomatico clinicamente rilevante. Il punto non è stabilire se utilizzare o meno una

procedura ma identificare in quali pazienti, in quale fase della malattia e con quale obiettivo possa offrire un reale beneficio. La sfida non è scegliere tra *evidence-based* medicine e giudizio clinico, ma riconoscere che, soprattutto in contesti interventistici, questi due approcci vanno integrati. Ignorare le evidenze è un errore ma lo sarebbe altrettanto applicarle in modo rigido, senza considerare i limiti di generalizzabilità dei trial. Tra questi due estremi si colloca lo spazio della decisione clinica integrata. È nella capacità di contestualizzare, selezionare e adattare l'intervento al singolo paziente, più che nell'adesione letterale ai risultati di uno studio, che si misura la qualità della cardiologia moderna. Non è certo un caso che uno dei *claim* del prossimo Congresso ANMCO 26 sia proprio "Trasformare le evidenze in decisioni". Non solo quindi occasione di aggiornamento scientifico e conoscenza dei risultati dei trial, ma preziosa opportunità di analisi critica, confronto e condivisione per capire come essi modificano la pratica clinica e su come ci orienteranno nelle decisioni complesse, in modo da rendere più efficace la cura per i nostri pazienti. ♥



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*

L’Ospedale per l’emergenza “Cannizzaro” è un grande Ospedale della città metropolitana di Catania, situato al confine sud della città e la frazione Cannizzaro del comune di Acicastello. Inizialmente destinato ad essere un Ospedale psichiatrico, in seguito

alla promulgazione della Legge Basaglia nel 1978 rimase inutilizzato fino al 1981, quando gradualmente vi vennero trasferiti alcuni reparti di altri ospedali catanesi (Garibaldi, Santa Marta, Vittorio Emanuele e San Luigi). Dal 1995 il Presidio Ospedaliero Cannizzaro fu trasformato in Azienda

Ospedaliera di riferimento di III livello per l'emergenza poi denominata Azienda Ospedaliera Cannizzaro. Articolato in un monoblocco con due torri e vari padiglioni, si estende per circa 16 ettari, è dotato oltre al PS, di 40 reparti tra cui l'Unità Spinale, ed è sede della Centrale Operativa Catania-Ragusa-Siracusa del Servizio 118. L'AOE Cannizzaro è la terza struttura sanitaria pubblica (in quanto a dimensioni) operante nella provincia di Catania, con numerosi Reparti di alta specializzazione e dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative, come ad esempio la tecnologia Gamma Knife, unica attiva nell'Italia meridionale. Nel 2022 è rientrato nella classifica dei 100 ospedali migliori d'Italia.♥



In questo numero

di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto



In questo numero

L'edizione della nostra rivista inizia come sempre con un prezioso editoriale del Direttore Giuseppe Di Tano, che fa riflettere su tre recenti trial, il DTU Trial sull'Impella nello STEMI, il CHIP-BCIS3 nelle procedure ad alto rischio e il TAP-IT sulla toracentesi, come spunto per una riflessione metodologica. Nei trial interventistici un risultato negativo non equivale a inutilità clinica: chiede una più attenta identificazione dei contesti in cui l'intervento resta vantaggioso. La sfida è integrare evidence - based medicine e giudizio clinico tema centrale del Congresso ANMCO 2026: "Trasformare le evidenze in decisioni". In merito al 57° Congresso Nazionale ANMCO la parola va al Presidente ANMCO, Massimo Grimaldi, che presenta i punti di forza di questa edizione. Interessante l'articolo dal Direttivo sulla 5ª Conferenza del Club delle UTIC: il 27-28 febbraio 2026 a Firenze oltre 3.400 professionisti, il 70% under 40, hanno partecipato a simulazioni pratiche, Best Practice UTIC e simposi su paziente critico e shock cardiogeno. Ribadito il modello in rete per il trasferimento precoce verso il setting più idoneo. Premiati i migliori giovani con l'UTIC Next Award. Prossima edizione: 12-13 febbraio 2027. Dalla Fondazione per il Tuo cuore il Presidente Domenico Gabrielli illustra le attività in corso: Cuore e Droghe nelle scuole formalizzato con il MIM, Truck Tour ripartito, Convention NEXT-GEN 2026 realizzata. La ventesima edizione di Cardiologie Aperte ha coinvolto 151 strutture con

oltre 2 milioni di visualizzazioni social. Sono in corso interlocuzioni con la Marina Militare e con una primaria assicurazione RCP per un cruscotto sul contenzioso medico-legale. Vi consigliamo inoltre l'interessante articolo di De Luca e della nostra Targa d'Oro ANMCO Pasquale Caldarola, che introducono il Trofeo Buonamico: nato dalla memoria di un giovane basketista scomparso per arresto cardiaco, il torneo usa lo sport come strumento di educazione cardiovascolare. La terza edizione si è svolta l'8 febbraio 2026. Presentato il progetto "Puglia Cardioprotetta" per diffondere DAE e formazione RCP nelle scuole. Non potevano mancare gli aggiornamenti dal Centro Studi, con un ampio portafoglio di trial attivi. Focus su EASi-KIDNEY, trial randomizzato in doppio cieco su 11.000 pazienti con malattia renale cronica, coordinato dall'Università di Oxford: Italia con 30 centri e 351 pazienti randomizzati su un target di 750. Le Aree informano sulle loro attività. La Cardiolmaging parla dell'utilizzo dell'IA, che automatizza la segmentazione ecocardiografica, quantifica le placche alla TC e identifica le cicatrici alla RMN senza contrasto, con modelli multimodali che raggiungono un'AUC di 0,86. Sfide aperte: generalizzabilità e automation bias. Il futuro è lo specialista "aumentato". La Cardiologia di Genere parla del progetto JACARDI, Joint Action Europea in 18 paesi, che ha coinvolto in Italia 188 donne in un percorso partecipativo su prevenzione cardiovascolare e stili

di vita, valorizzando comunicazione dialogica e medicina di prossimità per ridurre le disuguaglianze di accesso. La CardiOncologia propone un interessante confronto tra il Pascale di Napoli e gli Ospedali Riuniti di Ancona, sottolineando il ruolo centrale dei PDTA, ancora disomogenei sul territorio, e la necessità di integrazione strutturata tra cardiologo e oncologo nella gestione della cardiotoxicità da chemioterapia. L'Area Cardiorenale e Metabolica ci introduce CaReMe 3.0, con tre priorità operative: UACR ed eGFR slope nella routine, fenotipizzazione corporea oltre il BMI, capacità funzionale come quinto segno vitale. Cuore del programma è la ANMCO CKM Academy, con eventi tra settembre 2026 e marzo 2027. L'Area Intelligenza Artificiale in Cardiologia affronta il tema dei dati dei wearable, custoditi in silos privati e a rischio di diventare strumento di potere oligarchico. Il modello auspicato è un ecosistema pubblico e protetto al servizio del bene comune: i cardiologi devono essere custodi anche della salute digitale dei pazienti. Le Malattie del Circolo Polmonare aggiornano sul tromboembolismo in attesa delle nuove Linee Guida ESC, sulla formazione multidisciplinare sull'ipertensione arteriosa polmonare con il primo Master Universitario con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e sulla riscoperta del cateterismo cardiaco destro. Come sempre anche le Regioni informano sulle loro attività. La Basilicata affronta il tema dell'IA in medicina, da governare con regole condivise, e della comunicazione medico-paziente: richiamando Mehrabian, le parole incidono solo per il 7% e il contatto

diretto resta insostituibile. Si chiede di portare il finanziamento sanitario al 7% del PIL. Il Piemonte e Valle d'Aosta riporta un'esperienza su 760 pazienti con SCA, con triplice terapia ipolipemizzante nel 30% dei casi: a 6 mesi il C-LDL si è ridotto del 68%, con il 93% sotto 55 mg/dl; a 12 mesi il 90% era ancora a target. L'approccio "strike early and strong" è stato potenziato con l'acido bempedoico nel progetto Clear Pathway. Molto rilevante è stato il Webinar sullo shock cardiogeno, che ha rilevato l'assenza di una rete formalizzata in Italia, con mortalità al 50% e pazienti spesso ricoverati in rianimazione anziché in UTIC. Dieci regioni a confronto in due sessioni hanno confermato le stesse criticità. Il Congresso ANMCO 2026 dedicherà allo shock cardiogeno una Main

Session. Urgenti la standardizzazione dei percorsi e la formazione dei cardiologi intensivisti, sul modello della già collaudata rete STEMI. Per la Cardiologia e Sport, Patrizio Sarto parla della cardiomiopatia aritmogena, con prevalenza di 1 : 2.000 e tra le principali cause di arresto cardiaco negli atleti per la sua natura silenziosa. L'autore propone quattro mosse diagnostiche: sfruttare lo screening sportivo obbligatorio, analizzare l'ECG nel tempo più che il singolo tracciato, estendere lo screening ai familiari data la trasmissione autosomica dominante, valutare le aritmie in relazione allo sforzo privilegiando complessità e contesto. Il modello italiano di screening sportivo merita di essere difeso e applicato con rigore. Chiude

il numero la rubrica AmyNews, in cui Cristina Chimenti illustra due studi del National Amyloidosis Center di Londra sul ruolo dell'imaging nel monitoraggio dell'ATTR-CM. La scintigrafia con ^{99m}Tc-DPD, fondamentale nella diagnosi, non è un affidabile marker di risposta terapeutica: le variazioni di uptake non correlano con i biomarcatori clinici. La risonanza magnetica cardiaca con mapping del Volume Extracellulare (ECV) si conferma invece lo strumento più affidabile: predice la mortalità in modo indipendente e identifica l'infiltrazione miocardica anche quando biomarcatori ed ecocardiografia indicano basso rischio.♥





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 LUCÀ**
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



Congresso Nazionale ANMCO 2026

Un momento di aggiornamento professionale e condivisione



Il Congresso Nazionale ANMCO 2026 è stato disegnato per essere non solo un momento di aggiornamento professionale ma anche un momento di aggregazione, riflessione e condivisione delle proprie conoscenze e aspettative. Le 14 aule dedicate alle sessioni scientifiche garantiscono un'offerta formativa completa su tutti i temi caldi della cardiologia. Le nuove acquisizioni in tema di cardiomiopatie, cardiopatia ischemica, scompenso ed aritmie

saranno esposte da colleghi esperti in quanto quotidianamente impegnati nell'assistenza e nella ricerca in quello specifico argomento. Nel solco della tradizione ANMCO le relazioni forniranno non solo un completo aggiornamento dalla letteratura, ma anche preziose riflessioni e consigli pratici che solo chi lavora sul campo può offrire. Saranno molto rappresentati anche argomenti che, seppur orfani di interesse commerciale, sono indispensabili nella presa in carico dei cardiopatici. Tra questi argomenti vi è lo shock cardiogeno e la rete organizzativa necessaria per trattare questi pazienti così delicati. Una sessione speciale sarà dedicata a questo argomento e vi parteciperanno i vertici delle istituzioni con cui ANMCO lavora per trasformare il nostro sforzo in percorsi codificati ed approvati al fine di garantire la massima tutela a questi pazienti in condizioni critiche. Anche quest'anno vi sarà un'aula in lingua inglese in cui 34 opinion leaders mondiali si alterneranno per presentare le più recenti acquisizioni nei diversi ambiti della cardiologia. Al

termine delle sessioni sarà dedicato uno spazio agli ospiti stranieri per un confronto con i "giovani" ANMCO che potranno porre loro domande o avviare un contatto per eventuali esperienze all'estero. Ai giovani ANMCO saranno anche dedicate ben 12 aule di simulazione in cui ci si potrà attivamente cimentare in percorsi teorico pratici che copriranno molti degli ambiti della cardiologia invasiva e di imaging avanzato. Medici esperti guideranno i più giovani nell'ecocardiografia transesofagea, nel blocco del ganglio stellato, nella programmazione dei pace-maker e defibrillatori in urgenza, negli accessi venosi centrali, nella pericardiocentesi, nell'ecocardiografia neonatale ed in altre attività indispensabili al giovane cardiologo che deve affrontare i suoi primi turni di guardia. 10 Minimaster saranno dedicati ad argomenti specifici per poter approfondire i temi più richiesti dalla comunità cardiologica. Numerosissimi sono stati gli abstract ricevuti e di questi ben 564 saranno presentati come comunicazioni orali o come poster. Insomma, un Congresso dedicato ai cardiologi ANMCO in cui ogni Socio possa sentirsi a casa e possa sia donare il suo prezioso contributo sia ricevere gli aggiornamenti necessari per offrire percorsi diagnostico-terapeutici di eccellenza in ogni angolo del nostro bel paese. ♥



Dal Direttivo

di Serafina Valente

e Gruppo di Coordinamento del Club delle UTIC ANMCO

La Cardiologia Intensiva Italiana sul Palcoscenico: 5^a Conferenza del Club delle UTIC ANMCO

Il 27 e 28 febbraio 2026 si è svolta a Firenze, al Teatro del Maggio, la 5^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO

Il 27 e 28 febbraio 2026 si è svolta a Firenze, al Teatro del Maggio, la 5^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO. Il convegno, divenuto negli anni uno degli appuntamenti più attesi del panorama cardiologico italiano, ha registrato la straordinaria partecipazione di 1.349 persone in presenza e 2.139 in streaming. In totale tra presenza e streaming 3.488 persone, prevalentemente cardiologi intensivisti, specialisti dell'emergenza - urgenza, professionisti di area critica cardiologica. Particolarmente significativa la presenza di giovani cardiologi: circa il 70% aveva un'età inferiore a 40 anni, a testimonianza della forte attrattività dell'iniziativa per le nuove generazioni.

Sessioni di simulazione pratica

Come da tradizione l'evento si è aperto nella mattinata di venerdì 27 febbraio con una sessione dedicata alle simulazioni pratiche, attività, fortemente orientata alla formazione sul campo e finalizzata al consolidamento delle competenze tecniche nei contesti ad alta complessità. In queste sessioni i giovani cardiologi sono stati i veri protagonisti affrontando le procedure di posizionamento

eco-guidato degli accessi venosi centrali, la pericardiocentesi, il blocco del ganglio stellato, l'impiego dei dispositivi di assistenza meccanica al circolo con le pompe microassiali, in scenari clinici realistici che hanno consentito di integrare abilità tecniche e capacità decisionali. Un approccio che ha confermato il ruolo centrale della simulazione come strumento formativo avanzato nell'intensivologia cardiologica.

Best Practice in Utic 2026

In parallelo alle sessioni di simulazione, si è svolto un corso dedicato alle "Best Practice UTIC 2026" Un percorso formativo strutturato, orientato alla condivisione e al confronto tra medici e infermieri sulle buone pratiche assistenziali. I documenti presentati si sono basate su evidenze scientifiche aggiornate, integrate con strategie operative per ottimizzare la gestione del paziente critico. Questo corso, fortemente voluto dal gruppo di coordinamento del Club delle UTIC ANMCO, a conferma che l'efficacia delle buone pratiche è indissolubilmente legata a una stretta collaborazione tra medico e infermiere, fondata su condivisione, comunicazione e responsabilità integrate.

I simposi della 5^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO

I simposi hanno affrontato temi di grande rilevanza nell'area critica cardiologica: il paziente complesso



Il Presidente ANMCO Massimo Grimaldi durante i lavori della 5^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC

con disfunzione multiorgano, le aritmie con rischio imminente di arresto cardiaco, il supporto circolatorio nello shock cardiogeno, lo scompenso cardiaco avanzato e le terapie sostitutive cardiache.

Questi temi sono stati affrontati cercando di riprodurre la complessità reale del paziente critico, spesso distante dai modelli lineari delle linee guida, valorizzando il ruolo del ragionamento clinico e del confronto



Premiazione dell'UTIC NEXT - Young Cardiologists Award per i migliori progetti di ricerca, i migliori casi clinici e i migliori articoli scientifici



L'Auditorium Zubin Mehta del Teatro del Maggio Musicale Fiorentino durante i lavori della 5° Conferenza Nazionale del Club delle UTIC

tra specialisti. Nei simposi è stato fortemente ribadito il modello organizzativo del Position Paper delle UTIC ANMCO che prevede un modello organizzativo in RETE orientato al trasferimento precoce del paziente verso il setting assistenziale più idoneo. È emersa con chiarezza la necessità di una collaborazione strutturata e continuativa tra i cardiologi delle diverse UTIC quale elemento imprescindibile per garantire appropriatezza, tempestività e qualità delle cure.

Utic Next - Young Cardiologists Award

Particolarmente emozionante è stata la sessione dedicata ai giovani cardiologi under 40. Sono stati premiati i migliori progetti di ricerca, i migliori casi clinici, i migliori articoli scientifici. Un'iniziativa di grande valore, che testimonia l'importanza di sostenere le nuove generazioni chiamate a rappresentare il futuro della cardiologia italiana.

Conclusioni

Alla 5ª Conferenza del Club delle UTIC ANMCO hanno preso parte, accanto ai giovani cardiologi, i massimi esperti del settore e autorevoli rappresentanti delle istituzioni sanitarie, a conferma della necessità di lavorare insieme per affrontare le sfide future e garantire la continuità tra vecchie e nuove generazioni di cardiologi. In conclusione la 5ª Conferenza del Club delle UTIC ANMCO si conferma come un momento di aggiornamento scientifico di alto livello, ma anche come laboratorio di idee e di modelli organizzativi, capace di rafforzare la rete delle UTIC e di promuovere una visione condivisa, moderna e sostenibile dell'intensivologia cardiologica nel nostro paese.♥

6^a CONFERENZA NAZIONALE DEL CLUB DELLE UTIC ANMCO

Teatro
del Maggio
FIRENZE

12 - 13
febbraio
2027



UTIC | **ANMCO**
CLUB |
CRITICAL CARE COMMUNITY

SAVE THE DATE



Le attività di HCF: si procede spediti

Le attività della Fondazione per il Tuo cuore procedono senza indugio. **Cuore e Droghe. Un cuore per amico** è un progetto pilota di prevenzione delle problematiche cardiache da sostanze stupefacenti rivolto a docenti formatori e studenti del triennio delle Scuole Superiori, animato dalla infaticabile volontà e capacità del Dott. Francesco Ciccirillo (nostro Ambasciatore e coordinatore del progetto stesso), che ha ormai preso forma e nel corso di questo

la approvazione centrale. **Truck Tour Banca del Cuore** è ripartito a fine 2025, fino alla primavera 2026 sono previste varie tappe in diverse città. La collaborazione con la Fondazione Menarini ha portato, il 17 e 18 aprile 2026, nel contesto della Consulta delle Società Cardiologiche, al Congresso internazionale. Il convegno **Progettiamo insieme la cardiologia del futuro: Convention NEXT - GEN 2026** si è tenuto grazie alla ormai testata collaborazione con la Polizia



anno si sono avute le prime iniziative sul campo, la iniziativa è supportata dalla sensibilità della Bruno Farmaceutici. Il 19 febbraio è stato firmato il protocollo di intesa con il MIM per la attivazione di protocolli vari nelle scuole (Cuore e Droghe e Cuore è vita per esempio), questo garantirà più facile penetrazione a livello degli Istituti Scolastici stante

di Stato nella prestigiosa cornice dell'Istituto Superiore di Polizia che ha visto la partecipazione di tanti Colleghi italiani e di prestigiosi ospiti stranieri. La collaborazione con la **Federazione Italiana Golf** sostanziata nel protocollo di intesa **Golf4Heart**, che ci ha visti protagonisti di screening cardiovascolari in occasione di importanti

manifestazioni sportive nel 2025, ci vedrà ancora all'opera per il 2026 nei prestigiosi scenari dell'Open di Golf, nel Challenge e in altre occasioni che vi indicheremo successivamente; ringrazio per la grande disponibilità, fra gli altri, il nostro Ambasciatore, Socio ANMCO e golfista, Luigi Sommariva, componente del Comitato di Coordinamento Nazionale per questa iniziativa. **Cardiologie Aperte 2026** è stato un grande successo che si rinnova ormai da anni. Giunta infatti alla sua ventesima edizione, **Cardiologie Aperte** è diventata l'iniziativa più longeva della Fondazione. Alla **Settimana per il Tuo cuore**, che si è svolta da lunedì 9 a domenica 15 febbraio 2026, hanno aderito 151 strutture cardiologiche distribuite su tutto il territorio italiano; 81 di queste hanno organizzato eventi in presenza. Le cardiologie hanno pianificato durante tutta la settimana vari incontri con la popolazione affrontando i vari temi proposti dalla Fondazione. Non sono mancati gli appuntamenti annuali quali corse/camminate oltre a spettacoli e concerti. Alcune strutture, grazie anche alla collaborazione delle varie ASL, hanno inoltre erogato varie prestazioni: visita cardiologica con ECG, calcolo del rischio cardiovascolare, misurazione della pressione arteriosa oltre la misurazione della saturazione dell'ossigeno. Alcune cardiologie hanno organizzato eventi anche dopo la settimana di febbraio, continuando così la divulgazione della prevenzione cardiovascolare. Anche per quest'anno la Fondazione ha dato la possibilità ai cittadini di poter parlare con un Cardiologo per avere risposte alle proprie domande attraverso il numero verde 800 05



22 33; quest'anno il centralino si è aperto dal lunedì al venerdì sempre nelle fasce orare 10 - 12 e 14 - 16 ed ha dato la possibilità ad oltre 600 persone di avere un consulto telefonico. Durante la **Settimana per il Tuo cuore**, attraverso i canali social, sono state pubblicate alcune video pillole e organizzato dirette sui temi

proposti; queste hanno coinvolto alcuni Cardiologi ANMCO che si sono resi disponibili anche a rispondere alle varie domande arrivate durante le dirette che hanno raggiunto oltre 870 mila persone. I post riguardanti le Cardiologie Aperte hanno raggiunto oltre i due milioni di visualizzazioni con oltre 27.000 interazioni. Ci sono state oltre 500 uscite sui giornali nazionali e regionali oltre anche alla divulgazione della notizia attraverso Radio, TV e TG Rai regionali. Il 4 marzo, grazie alla grande sensibilità della famiglia Nattino che ringrazio, si è tenuta - nella prestigiosissima sede del Circolo degli Scacchi a Palazzo Altieri a Roma, un'altra serata del progetto **"Cuore e armonia"**, finalizzato alla sensibilizzazione verso un pubblico qualificato della società civile alle problematiche della prevenzione cardiovascolare e della ricerca clinica indipendente, progetto fortemente voluto dal compianto Giampietro Nattino e che vede nella continuità del nostro Consiglio

di Amministrazione la maggiore garanzia di prosecuzione; alla serata erano presenti illustrissimi ospiti (circa 100), che hanno potuto così conoscere il nostro mondo ed essere sensibilizzati alla necessità di starci vicini. Sempre legati al mondo degli eventi sportivi di particolare rilevanza mediatica, stiamo approfondendo la possibilità di collaborazioni con la Federazione degli sport equestri e con la Lega Calcio. È in fase di avanzata interlocuzione la produzione di un protocollo di intesa con la Marina Militare Italiana, per attività scientifiche e di ricerca e formazione, nonché per screening di popolazione e divulgazione delle attività della nostra Fondazione a bordo delle navi della nostra flotta, dei porti e dei circoli della Marina; speriamo di annunciarvi a presto la relativa formalizzazione. È inoltre in fase di avanzata elaborazione una ipotesi di convenzione con una primaria Assicurazione RCP e con la predisposizione di un cruscotto di governo e analisi del contenzioso medico - legale, che ci vedrà, come Fondazione, capofila a nome della Consulta delle Società Cardiologiche e che ritengo sarà una seria opportunità di vicinanza al mondo cardiologico reale. Dopo questo **excursus** su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del Consiglio di amministrazione della Fondazione, ringraziandovi per il contributo che sempre date alle iniziative ed esortandovi a ricordare anche ai vostri familiari e conoscenti l'importanza di devolvere il 5 per mille della dichiarazione dei redditi a favore della nostra Fondazione. A presto vederci ❤️

Programma

Cuore e Armonia

Per immaginare insieme presente e futuro della cura delle malattie cardiovascolari

Interverranno per un saluto di benvenuto:

Dott. Arturo Nattino
Amministratore Delegato Banca Finnat Euramerica

Prof. Domenico Gabrielli
Presidente della Fondazione per il Tuo Cuore

Prof. Massimo Grimaldi
Presidente dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

A seguire concerto con la pianista **Costanza Principe**
Nota da una famiglia di musicisti, ha iniziato ad esibirsi in pubblico a soli sette anni. Nel 2015 ha conseguito a pieni voti il Bachelor of Music e nel 2017 il Master of Music presso la Royal Academy of Music di Londra, dove ha studiato dal 2011 con Christopher Elton. Vincitrice di premi in concorsi pianistici internazionali.

Seguirà Dinner

Roma, 4 Marzo 2026 ore 18:30

Per partecipare all'evento si prega di confermare entro il 23 Febbraio a: segreteria.eventi@finnat.it

Abito scuro

Dalla **Fondazione per il Tuo cuore**

di *Giuseppe De Luca e Pasquale Caldarola*



Un torneo per la vita: Trofeo Buonamico e la cultura della prevenzione cardiovascolare

*Perdere qualcuno di caro procura
sempre un colpo al cuore*

Quando è successo a Domenico, giovane studente di Bari, sportivo amante del Basket, la notizia del suo arresto cardiaco improvviso ha lasciato la sua famiglia e chi lo conosceva senza parole. Aveva solo 22 anni, e il suo ricordo ha spinto chi gli stava vicino a fare qualcosa di concreto, invece di fermarsi al dolore. Così, alcuni amici hanno deciso di fondare l'Associazione di Volontariato **Trofeo Buonamico**

O.d.V. con un'idea chiara: diffondere la cultura della pallacanestro e della salute. Trofeo Buonamico nasce proprio da qui. Non è solo un evento legato al basket: è un'occasione per parlare di salute in modo semplice, attraverso lo sport che Domenico amava. In campo i ragazzi non solo competono, ma scoprono quanto sia importante prendersi cura di sé, capire il proprio corpo, fare prevenzione. La pallacanestro

diventa così un'occasione per parlare di cuore, letteralmente e simbolicamente, e per coinvolgere chi spesso non si sofferma su questi temi. Negli anni, il torneo ha attirato studenti, famiglie, atleti, cittadini, istituzioni. L'atmosfera è sempre stata di comunità, con momenti di gioco ma anche di ascolto. L'8 febbraio 2026 si è svolta la terza edizione. La partecipazione e l'interesse della città sono cresciuti, anche grazie alla partecipazione di Matt Kiatipis, star di calibro internazionale, e alla presenza del Sindaco Di Bari Dott. Vito Leccese. Come ogni anno, gran parte dei proventi è stata devoluta alla **Fondazione per il Tuo cuore**, sostenendo ricerca e formazione in ambito cardiovascolare: un modo tangibile per fare la differenza. Fondamentale è stato l'apporto del Dott. Pasquale Caldarola, cardiologo intervenuto in rappresentanza della Fondazione per il Tuo cuore - ANMCO.





È proprio sull'arresto cardiaco si è soffermato il dott. Caldarola, che ha segnalato che, nell'ambito delle iniziative di "Cardiologia Aperte", quest'anno, in Puglia, sarà promosso il Progetto "Puglia Cardioprotetta: agire per salvare vite", mirante ad estendere la diffusione di defibrillatori automatici esterni (DAE) e la formazione della popolazione in RCP e sull'utilizzo dei DAE, a partire dal mondo scolastico. Purtroppo, l'uso

del DAE in tutta Europa è ancora limitato, mediamente nel 3 - 7% degli arresti cardiaci, in Italia nel 2 - 4%, secondo i dati del Registro IRC - Italian Resuscitation Council. L'iniziativa ha l'obiettivo di formare studenti e docenti che possano diventare potenziali moltiplicatori di conoscenza, all'interno delle famiglie e della comunità, ampliando l'impatto del progetto oltre il contesto scolastico. Il Trofeo Buonamico

è molto più di una semplice competizione sportiva. È un esempio di come memoria, passione e prevenzione possano intrecciarsi. È un invito a prendersi cura del proprio cuore e di quello degli altri, attraverso gesti semplici, vicinanza e comunità. E, soprattutto, è la dimostrazione che anche dal dolore può nascere qualcosa di bello e utile per chi resta. ♥

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
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>1ª Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2ª Fase</u> • 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>1ª Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2ª Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up in corso
AFFIRMO (Cluster RCT)	12 (50)	300 (1.250)	306 (1260)	1 anno	• Arruolamento Chiuso • Follow-up Chiuso
BRAVE (open label RCT)	4 (50)	120 (2.000)	1 (200)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EUROHEART SCA	50	5.000	5975	1 anno	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EASI-KIDNEY	30 (400)	750 (11.000)	Primo randomizzato 01-04-2025 (16-01-2025)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLCOT T2D	15 (72)	500 (9.500)	41 (3.086)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLT-HF	15 (71)	300 (2.500)	134 (655)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EARLY	24	240	68	12 mesi	• 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 EASi-KIDNEY

EASi-KIDNEY è uno studio clinico, multicentrico, internazionale, randomizzato in doppio cieco, controllato con placebo per valutare l'effetto dell'inibitore della sintesi dell'aldosterone Vicadostat in associazione con Empagliflozin nei pazienti con malattia renale cronica. Lo sponsor è Boehringer Ingelheim (BI) che ha delegato la responsabilità della conduzione, dell'analisi e della divulgazione dei risultati dello studio all'Università di Oxford. I 18 Paesi partecipanti (UK, Danimarca, Germania, Italia, Portogallo, Canada, USA, Argentina, Brasile, Messico, Taiwan, Corea del Sud, Giappone, Malesia, India, Cina, Australia e Nuova Zelanda) sono coordinati a livello internazionale dalla Clinical Trial Service Unit (CTSU) dell'Università di Oxford, e dai Centri di Coordinamento Nazionali tra i quali, per l'Italia, il Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore che si occupa anche della supervisione del Centro di Coordinamento Nazionale portoghese CETERA. In Italia partecipano allo studio 30 Centri di Nefrologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche e Medicina Interna, coordinati dal Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore; in Portogallo sono stati coinvolti 14 Centri di Nefrologia coordinati da CETERA sotto la supervisione del Centro Studi ANMCO. L'obiettivo è quello di verificare se Vicadostat, assunto in associazione con Empagliflozin, farmaco già

largamente testato, riduce il rischio di peggioramento della malattia renale o della malattia cardiaca nei pazienti affetti da malattia renale cronica. Lo Studio EMPA-KIDNEY, studio clinico di grandi dimensioni, sempre sponsorizzato da BI e coordinato dall'Università di Oxford e al quale l'Italia ha partecipato con 19 centri coordinati dal Centro Studi ANMCO, ha infatti dimostrato che Empagliflozin è in grado di ridurre la necessità di iniziare la dialisi nelle persone con malattia renale, ed è ora raccomandato per la maggior parte degli adulti con malattia renale cronica in tutto il mondo. Empagliflozin quindi ha dimostrato gli importanti vantaggi sopracitati nei pazienti con malattia renale, ma il rischio di progressione renale rimane ancora elevato per molti pazienti. Vicadostat è un farmaco di nuovo sviluppo che potrebbe apportare ulteriori benefici al trattamento della malattia renale cronica. I primi studi di fase II hanno mostrato che Vicadostat potrebbe fornire ulteriore protezione sia a livello renale che cardiaco, ma per ottenere risultati affidabili questo deve essere testato in uno studio clinico di grandi dimensioni con end-point di tipo clinico e non solo biomorale.

EASi-KIDNEY intende arruolare circa 11.000 pazienti con malattia renale cronica, di cui circa 4.800 con diabete e circa 6.200 senza. Metà dei pazienti sarà trattato con Vicadostat 10mg e con Empagliflozin 10mg una volta al giorno; l'altra metà riceverà il placebo di Vicadostat ed Empagliflozin 10mg una volta al giorno. L'end-point primario è il tempo alla prima occorrenza di: progressione della malattia renale (definita come l'inizio della terapia dialitica o il trapianto di

rene o il raggiungimento di un eGFR <10 mL/min/1.73 m² o la morte da causa renale o una perdita sostenuta di eGFR ≥40% rispetto al valore alla randomizzazione); o ospedalizzazione per scompenso cardiaco; o morte per causa cardiovascolare.

Lo studio è disegnato in modo tale da essere condotto in maniera semplice, cercando di ridurre al minimo l'impegno ed il lavoro supplementare sia per i pazienti partecipanti che per i Ricercatori, e raccogliendo solo le informazioni essenziali per rispondere agli obiettivi del progetto. I pazienti inclusi in EASi-KIDNEY devono effettuare 4 visite nei primi 6 mesi e successivamente una visita di controllo ogni 6 mesi fino al raggiungimento del numero di eventi clinici richiesto dallo studio, che si stima richiederà circa 3-4 anni di follow-up.

L'arruolamento dei pazienti è iniziato a livello internazionale a fine 2024; in Italia il primo paziente è stato screenato a gennaio 2025 e randomizzato il 1 aprile 2025. Al 1 aprile 2026 sono stati attivati 29 dei 30 centri aderenti (l'ultimo verrà attivato subito dopo Pasqua) che hanno complessivamente randomizzato 351 pazienti. Il target per l'Italia è di randomizzare 750 pazienti. ❤️

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 Egdy 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



L'IA nell'imaging cardiovascolare: dalla teoria alla pratica clinica

IA e Imaging Cardiovascolare: Stato dell'Arte Sottotitolo: Automazione, precisione diagnostica e nuove prospettive nella gestione del paziente

Introduzione: la trasformazione digitale della cardiologia

L'intelligenza artificiale (IA) sta trasformando radicalmente l'imaging cardiovascolare, evolvendo da promessa tecnologica a strumento clinico integrato. Attraverso il machine learning (ML) e il deep learning (DL), l'IA interviene oggi in tutte le fasi: dall'acquisizione delle immagini alla refertazione, fino alla stratificazione prognostica^(1,2). Nella pratica clinica quotidiana, questi strumenti consentono già di ridurre la variabilità intra e inter operatore

e di accelerare significativamente i tempi di refertazione. In un contesto ospedaliero caratterizzato da volumi crescenti di dati, l'IA si propone come soluzione per garantire standardizzazione ed efficienza, supportando il cardiologo nella gestione di flussi di lavoro complessi.

Applicazioni nell'ecocardiografia e TC cardiaca

Nell'ecocardiografia, l'IA consente la segmentazione automatizzata delle camere e il calcolo della frazione di eiezione (FE) con una precisione elevata, spesso superiore alla

valutazione iniziale del tecnico^(3,4). Studi randomizzati hanno confermato che la stima della FE basata su IA richiede meno interventi correttivi da parte del medico, riducendo i tempi di refertazione. Tuttavia, la qualità dell'output rimane fortemente dipendente dalla qualità dell'acquisizione, soprattutto nei pazienti con finestra acustica subottimale, sottolineando come il ruolo dell'operatore resti cruciale. Nella TC cardiaca, gli algoritmi permettono la quantificazione automatica delle placche coronariche e del calcium score, oltre alla stima della riserva di flusso frazionale (FFR-CT), migliorando la qualità delle immagini anche a basse dosi di radiazioni^(1,3).

Focus: la Risonanza Magnetica Cardiaca (CMR) e l'IA

La CMR rappresenta una delle aree di maggiore innovazione per l'applicazione dell'IA. Attualmente, l'IA facilita la segmentazione delle camere cardiache con un errore assoluto medio inferiore a 10 mL, garantendo un'elevata precisione nella volumetria ventricolare⁽¹⁾. Questo consente una significativa riduzione dei tempi di post-processing e una maggiore riproducibilità tra operatori e tra centri, aspetto rilevante sia negli studi multicentrici che nella pratica clinica quotidiana. Uno dei progressi più significativi è l'automazione della mappatura T1 e della delineazione delle cicatrici miocardiche, processi storicamente lunghi e soggetti a variabilità inter operatore⁽⁴⁾. Studi recenti hanno sviluppato sistemi di Virtual Native Enhancement (VNE): questi algoritmi sono in grado di identificare aree di fibrosi o cicatrice senza la necessità di somministrare mezzo di contrasto al gadolinio^(1,4). Questa tecnologia non solo riduce i



Figura 1 - Applicazioni Cliniche e Automazione in CMR

rischi per pazienti con insufficienza renale, ma abbatta i costi e i tempi della procedura. Inoltre, l'IA sta trovando applicazione nella guida di procedure interventistiche complesse, come la mappatura elettroanatomica per l'ablazione della tachicardia ventricolare, integrando i dati della CMR direttamente nel setting procedurale⁽⁴⁾.

Stratificazione del rischio e prognosi

L'IA ha dimostrato di poter superare i metodi tradizionali nella capacità predittiva. Modelli di machine learning che integrano dati multimodali (TC e CMR) con parametri clinici offrono prestazioni superiori rispetto agli score convenzionali. In studi recenti, l'integrazione di questi dati ha permesso di raggiungere un'area sotto la curva (AUC) di 0,86 nella predizione di eventi cardiovascolari maggiori, superando ampiamente il Framingham Risk Score (0,50) e l'European Society of Cardiology score (0,55)^(3,5,6).

Sfide dell'implementazione: Validazione e Generalizzabilità

Il passaggio dal setting sperimentale alla pratica clinica quotidiana presenta ostacoli critici, primo fra tutti il cosiddetto "data set shift"⁽¹⁾. Un algoritmo addestrato in un singolo centro d'eccellenza può mostrare prestazioni scadenti se applicato a una popolazione diversa o ad apparecchiature di differenti vendor. La "generalizzabilità" rimane la sfida principale: le prestazioni di molti modelli di IA peggiorano nella pratica reale rispetto ai dati iniziali riportati alle autorità regolatorie⁽²⁾. Il "data set drift" aggrava il problema, poiché le prestazioni possono degradarsi nel tempo al mutare dei protocolli clinici o delle popolazioni di pazienti⁽¹⁾. Soluzioni emergenti includono il federated learning e il monitoraggio



Figura 2 - Il Framework della Validazione e Interpretabilità (XAI)

continuo delle prestazioni post-vendita⁽¹⁾.

Interpretabilità e il dilemma della "Black Box"

I modelli di deep learning sono spesso considerati "black box", rendendo difficile comprendere il ragionamento dietro una diagnosi⁽¹⁾. Questo solleva questioni etiche e cliniche: i medici sono naturalmente restii ad accettare predizioni algoritmiche non spiegabili. Tecniche di Explainable AI (XAI), come le mappe di attivazione, stanno cercando di rendere "leggibili" questi processi, permettendo al clinico di validare visivamente le aree dell'immagine che hanno influenzato la decisione della macchina^(5,6).

Questioni regolatorie e stakeholder

A livello internazionale, la FDA regola l'IA medica come Software as a Medical Device (SaMD)⁽¹⁾. Sebbene siano stati autorizzati centinaia di dispositivi (oltre 90 in ambito cardiovascolare al 2024), la maggior parte è stata validata su dati retrospettivi⁽³⁾. Le autorità stanno promuovendo framework dinamici come le "AI Nutrition Labels" per dichiarare trasparenza sui dati di addestramento⁽⁷⁾. La responsabilità medico-legale

in caso di errore algoritmico ricade oggi prevalentemente sul clinico utilizzatore. Il successo di queste tecnologie dipende dalla collaborazione tra tecnici, cardiologi e amministratori^(1,8,9). Gli esperti devono vigilare contro l'automation bias, ovvero la tendenza a delegare acriticamente la decisione clinica alla macchina^(1,10).

Conclusioni

L'IA nell'imaging cardiovascolare offre standardizzazione ed efficienza, ma richiede un approccio "human-in-the-loop"⁽¹⁾. Il futuro della cardiologia ospedaliera vedrà la nascita di uno specialista "aumentato", capace di integrare la potenza computazionale con il giudizio clinico per una medicina di precisione realmente personalizzata^(1,2,8). ❤️

Bibliografia

1. Armondas AA, et al. Circulation. 2024.
2. Dey D, et al. JACC Cardiovasc Imaging. 2023.
3. Hanneman K, et al. Circulation. 2024.
4. Wehbe RM, et al. JAMA Cardiology. 2023.
5. Alahdab F, et al. PloS One. 2023.
6. Pezel T, et al. Radiology. 2025.
7. Jain SS, et al. J Am Coll Cardiol. 2024.
8. Kilic A. Ann Thorac Surg. 2020.
9. Quer G, et al. J Am Coll Cardiol. 2021.
10. Howard JP, et al. Heart. 2025.



Il progetto JACARDI: le donne al centro dell'educazione sanitaria

Spunti di riflessione da un progetto europeo

La costruzione della salute inizia dalla consapevolezza del singolo individuo ma troppo spesso la sanità viene percepita come lontana e sconnessa dalla vita quotidiana. Un interessante tentativo di avvicinare la salute alla persona è messo in atto dal progetto JACARDI, Joint Action Europea su CARDiovascular diseases and Diabetes, che da novembre 2023 a ottobre 2027 sostiene progetti in tutta Europa per ridurre il burden delle malattie cardiovascolari e del diabete. In quanto Joint Action è una particolare forma di progetto che coniuga una parte di ricerca con una di intervento, attuando iniziative localmente sostenibili affinché abbiano effetti duraturi e si integrino in maniera efficace con il sistema sanitario e l'impianto culturale dei 18 paesi in cui è attivo. Concretamente, i 143 studi pilota di cui si compone il progetto hanno l'obiettivo di:

- Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e la consapevolezza su diabete e malattie cardiovascolari;
- Implementare misure di prevenzione primaria, screening e miglioramento dei percorsi assistenziali nei gruppi ad alto rischio;
- Migliorare il supporto all'autogestione e la partecipazione attiva delle persone che hanno già avuto diagnosi di malattie cardiovascolari e/o diabete;



d) Promuovere l'accesso ai servizi sanitari e alle informazioni in modo che siano raggiunte pari opportunità indipendentemente da estrazione sociale, capacità linguistiche o età. All'iniziativa ha aderito anche l'Università di Firenze sotto la guida della Prof.ssa Chiara Lorini del Dipartimento di Scienze della Salute di concerto con la ASL Toscana Centro e la Società di Salute di Firenze, impostando uno studio di ricerca-azione per promuovere la dieta mediterranea e l'attività fisica nelle donne di età compresa tra 45 e 70 anni. Il progetto ha coinvolto 188 donne afferenti alla Casa di Comunità Le Piagge del Quartiere 5 della città e si è svolto secondo i paradigmi del Processo attuativo OPHELIA (OPTimising



HEalth LliterAcy and Access) in tre fasi (valutazione dei bisogni, co-progettazione e implementazione) incardinate sulla partecipazione attiva della popolazione target. La prima fase è iniziata a ottobre 2024 con l'esplorazione dei fabbisogni formativi della popolazione mediante questionari di alfabetizzazione sanitaria generale e nutrizionale. Dalla rielaborazione dei dati, sono emersi 4 profili con diverse caratteristiche che hanno permesso di individuare i sottogruppi di popolazione che richiedevano maggior intervento. Sono stati quindi organizzati degli incontri a piccoli gruppi in cui le donne sono state incoraggiate a individuare le barriere sociali e organizzative alla partecipazione alla propria salute e ad avanzare proposte concrete

per abatterle. Da questo primo nucleo di attività è emerso un forte desiderio pratico di "fare le cose insieme" all'interno della comunità e di avere più informazioni su 4 temi fondamentali: alimentazione, cibo sano, menopausa e socializzazione. Questi argomenti sono stati i "mattoni" per costruire la seconda fase, che ha coinvolto anche noi specialisti tramite eventi focalizzati su prevenzione di diabete e malattie cardiovascolari e sulla promozione di corretti stili di vita. L'incontro Alimentazione, Attività Fisica e Benessere della Donna, cui ho partecipato, è stato uno di questi e si è tenuto presso la Casa di Comunità le Piagge il 12 febbraio scorso. Ha visto alternarsi diversi specialisti (cardiologo, diabetologo, dietista, medico di medicina generale) che con

presentazioni brevi e mirate hanno focalizzato l'attenzione sulle varie fasi di vita della donna e su come queste influiscono su pressione arteriosa, diabete e necessità nutrizionali. Di interesse trasversale a tutte le discipline e comune a tutte le età, è stato trattato il beneficio dell'attività fisica. Successivamente sono stati approfonditi temi extra-sanitari con i contributi dei professionisti di altre discipline che hanno valorizzato l'accessibilità e l'offerta della Casa della Salute, rispondendo ad una delle richieste delle partecipanti: poter conoscere e fare propria la struttura. Da collaboratrice esterna al progetto e coinvolta in una fase già avanzata, ho notato con interesse la spontaneità delle interazioni tra le donne presenti e i relatori, senza le barriere che il ruolo

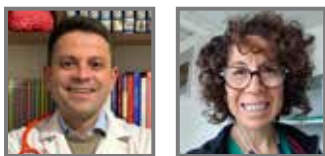


e la situazione tendono a creare. Le donne si sono sentite libere di chiedere approfondimenti e di esprimersi con spontaneità. Molto sentita e partecipata è stata soprattutto la parte relativa alla corretta alimentazione e alla dieta mediterranea, dove le dietiste sono intervenute con una modalità “a quiz” per scardinare alcune convinzioni sul potere calorico dei cibi e sul loro abbinamento nutrizionalmente più corretto. Dal momento che negli incontri esplorativi è emerso il desiderio di migliorare il dialogo con l'operatore sanitario (medico, infermiere o assistente), che ha spesso poco tempo da dedicare al paziente o si esprime con un linguaggio specialistico talvolta incomprensibile, è stato chiesto a noi sanitari di metterci in ascolto dall'altra parte della scrivania con l'incontro “Oltre la Cura”, tenutosi il 5 marzo presso l'Università di Firenze con l'obiettivo di fornire strumenti pratici per migliorare la comunicazione, facilitare la comprensione dei pazienti e sostenere l'aderenza ai percorsi di cura. E' stata l'occasione per ripensare al modo in cui ci relazioniamo con il paziente nel breve tempo della visita e di come alcune difficoltà oggettive nell'approccio (linguistiche, uditive, lessicali) rendano talvolta futile l'intera visita. Siamo stati abituati fin dai banchi di scuola ad avere una comunicazione unilaterale, dove c'è chi parla e chi ascolta, mentre in

ambito sanitario è più fruttuoso un dialogo interattivo: il paziente mette di fronte al medico le sue difficoltà ed il medico cerca insieme a lui un modo per aggirarle, avendo sempre come obiettivo la compartecipazione e l'aderenza al progetto terapeutico. Nel momento pratico dell'incontro abbiamo ricoperto alternativamente il ruolo di medico e di paziente e toccato con mano l'imbarazzo di entrambe le parti, quando alla domanda sbrigativa “è tutto chiaro?” si sostituisce un più estensivo “provi a ripetermi cosa deve fare con parole sue”. Nella mente, infatti, si va costruendo l'immagine più concreta di “cosa devo fare da domani per migliorare la mia salute” ed emergono altre domande (es. “a quell'ora sono al lavoro, come posso ricordarmi di prendere la medicina nuova?”) che rende più reale l'attuazione della terapia. Non vi sono assolute garanzie di successo ma a fronte dell'impiego di un po' più di tempo nel dialogo è risultata una maggiore fiducia reciproca. La parte finale dell'incontro è stata dedicata alla comunicazione digitale, a come ci orientiamo nella marea di informazioni sanitarie che girano on-line e a come ci poniamo quando siamo noi a diffonderle. È stato un primo passo per approfondire una tematica nuova in continua espansione, dalle enormi potenzialità ma che cela anche potenziali pericoli. Ci siamo lasciati con l'appuntamento dopo la terza e

ultima fase del progetto, quando cioè le partecipanti allo studio avranno compilato nuovamente i questionari iniziali e si potranno valutare gli effetti del progetto. A conclusione del percorso è prevista una fase di debriefing con le partecipanti in cui verranno valutati gli esiti di questo percorso di formazione centrato sulla persona. L'esperienza del JACARDI vista da medico colpisce per la risposta attiva e interessata delle partecipanti ma anche per la complessità delle dinamiche dell'educazione sanitaria, che limitano l'applicazione di questo metodo su ampia scala. La peculiarità del progetto è stata aver coinvolto donne di età intermedia che, nel contesto di una periferia, svolgono un ruolo di caregiver all'interno della famiglia e possono diffondere con le loro attività quotidiane le conoscenze acquisite anche ai familiari non coinvolti direttamente.

Il progetto evidenzia l'importanza di un approccio alla salute centrato sulla persona, sensibile alle differenze di genere e ai contesti sociali. Promuove un modello partecipativo, in cui il paziente diventa attore protagonista e la comunicazione medico - paziente è dialogica. La medicina di prossimità emerge come leva fondamentale per ridurre disuguaglianze e avvicinare i servizi ai bisogni reali della comunità.♥



Due ospedali e due realtà: viaggio tra Sud e Centro Italia. Incontro tra Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale di Napoli e Ospedali Riuniti di Ancona

La cardioncologia studia gli effetti delle terapie oncologiche sul cuore, tra prevenzione, diagnosi precoce e gestione multidisciplinare. Una disciplina sempre più centrale per garantire cure efficaci e sicure

Cos'è la Cardioncologia (e perché riguarda sempre più pazienti).

Quando il cuore incontra il tumore: effetti delle terapie oncologiche sul sistema cardiovascolare.

La cardioncologia è una branca emergente della cardiologia che si occupa di diagnosticare, prevenire e trattare le complicanze cardiovascolari delle terapie antitumorali. L'aumento dei tumori e la maggiore disponibilità di trattamenti efficaci ma potenzialmente cardiotossici rendono sempre più necessaria una gestione multidisciplinare tra cardiologo e oncologo. La cardiotossicità può manifestarsi in fase acuta o tardiva, con quadri come disfunzione ventricolare sinistra, scompenso cardiaco, aritmie, prolungamento del QT, sindromi coronariche e pericarditi. La prevenzione passa attraverso l'identificazione precoce

dei fattori di rischio cardiovascolare. Le antracicline sono tra i farmaci più coinvolti, con tossicità dose-dipendente e spesso tardiva, causando disfunzione ventricolare e scompenso. Anche le terapie target, come anticorpi monoclonali e piccole molecole, possono avere effetti cardiotossici: gli antiangiogenetici aumentano il rischio ischemico e trombotico, mentre gli anti-HER2 sono associati a disfunzione ventricolare e QT lungo. L'ambulatorio di cardioncologia segue il paziente lungo tutto il percorso oncologico, dalla valutazione iniziale al follow-up, con l'obiettivo di prevenire e gestire la cardiotossicità attraverso un approccio integrato tra diverse figure professionali.

“Abbiamo le stesse armi? ...e poi esami avanzati: chi può permetterseli davvero?” Il confronto diretto: differenze nella

gestione quotidiana dei pazienti, tra necessità e limiti.

Jacopo: In un IRCCS oncologico come il Pascale, il paziente è seguito in modo completo e multidisciplinare, con un monitoraggio continuo delle terapie cardiotossiche. Tuttavia, alcune indagini di terzo livello (come coronarografia o RM cardiaca) non sono sempre disponibili in sede, rendendo necessario l'invio ad altre strutture e causando possibili ritardi. La sfida resta migliorare l'accesso rapido agli esami avanzati per garantire percorsi più fluidi.

Alice: L'ambulatorio di Cardioncologia degli Ospedali Riuniti di Ancona gestisce circa 1000 accessi annui, seguendo i pazienti lungo tutto il percorso oncologico con controlli programmati. Pur non essendo un centro oncologico, dispone di tutte le principali indagini avanzate, evitando trasferimenti. Il limite principale è l'accesso non sempre rapido e le iniziali difficoltà culturali con cardiologi e oncologi, oggi superate grazie a una collaborazione sempre più integrata, centrata sul paziente e sulla qualità di vita.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): una bussola che non tutti hanno. Quando il percorso manca: cosa succede al paziente?

I PDTA sono, in modo semplice, una “strada già tracciata” che guida il paziente nel sistema sanitario: definiscono chi lo segue, quali esami fare, in che ordine e dove viene curato. Non sono solo linee guida, ma percorsi concreti che organizzano tutta la presa in carico. La loro importanza è fondamentale: quando ben strutturati, garantiscono un'assistenza coordinata tra specialisti, riducono tempi ed

errori ed evitano esami inutili. Il paziente non è più lasciato solo, ma accompagnato lungo tutto il percorso di cura, con trattamenti più appropriati e tempestivi. Tuttavia, non sono diffusi in modo uniforme: esistono differenze regionali e, dove mancano o sono poco applicati, il rischio è una gestione meno coordinata e più frammentata del paziente.

Jacopo: La Campania rappresenta un esempio di evoluzione organizzativa grazie alla Rete Oncologica Campana, basata sui PDTA, che oggi guidano in modo strutturato la presa in carico dei pazienti oncologici. I percorsi definiscono chiaramente strutture, professionisti e fasi della cura, con un forte approccio multidisciplinare e il supporto di figure come il case manager. Un ulteriore passo avanti è la rete cardio-oncologica del Pascale, che integra competenze cardiologiche e oncologiche. Fondamentali sono i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), dove l'inserimento del cardiologo migliora sicurezza e qualità delle cure. In assenza di PDTA, invece, il percorso si frammenta, con ritardi, minore coordinamento e maggior rischio di disomogeneità assistenziale.

Alice: Nella nostra Azienda Ospedaliera sono presenti alcuni PDTA per specifiche patologie oncologiche ed ematologiche, che migliorano la presa in carico e la qualità del rapporto medico-paziente. Pur non essendo numerosi, la collaborazione tra specialisti, la comunicazione efficace e la disponibilità dei colleghi consentono comunque una gestione coordinata dei pazienti. Le valutazioni multidisciplinari sono ormai ben integrate e permettono di affrontare con successo anche i casi più



complessi, riducendo di fatto la frammentazione del sistema.

Pazienti tra salute e portafoglio.

Costi nascosti della malattia.

Disuguaglianze sociali: chi rinuncia ai controlli. Storie dalla pratica clinica.

Jacopo: Accanto alla gestione clinica, esistono costi indiretti e difficoltà organizzative che incidono sul percorso di cura: spostamenti, giornate di lavoro perse e necessità di assistenza. Inoltre, per esami complessi i tempi di attesa possono essere lunghi, portando alcuni pazienti a valutare il ricorso al privato. Nella pratica, il medico deve spesso bilanciare ciò che sarebbe ideale con ciò che è realmente accessibile. Migliorare organizzazione e tempi significa rendere le cure più uniformi e accessibili per tutti.

Alice: Nella sanità pubblica, le disuguaglianze sono meno evidenti, soprattutto per il paziente oncologico che ha accesso gratuito alle cure. I pazienti vengono seguiti indistintamente, ma ciò che può fare la differenza è la consapevolezza della malattia e l'aderenza alle terapie, soprattutto cardiologiche. Il dialogo e l'educazione del paziente sono fondamentali per favorire l'accettazione delle cure e migliorare il percorso cardioncologico, indipendentemente dal contesto sociale.

Tecnologia: soluzione o nuovo divario? Telemedicina e innovazione digitale. Opportunità per accorciare le distanze.

Jacopo: All'Istituto Pascale la telemedicina non è ancora strutturata, ma c'è un crescente interesse verso il suo sviluppo, soprattutto per i pazienti cardio-oncologici più fragili. L'obiettivo è introdurre visite a

distanza e monitoraggi continui per individuare precocemente segni di sospetta cardiotossicità, migliorando la tempestività degli interventi e riducendo gli spostamenti. Resta però essenziale che questi strumenti siano accessibili a tutti, senza creare nuove disuguaglianze.

Alice: nella nostra realtà utilizziamo la telemedicina non tanto in termini di televisita quanto piuttosto di telemonitoraggio del paziente e telefarmacia. Viene gestito da noi cardioncologi tramite un'apposita casella di posta elettronica, alla quale ci vengono inviati referti di ogni tipo (analisi cliniche, monitoraggi pressori/elettrocardiografici, visite specialistiche, cambi terapia) e tramite la quale è possibile fornire un supporto continuativo ai pazienti senza necessità di continui accessi in presenza. Non frequentemente utilizziamo anche il teleconsulto che ci permette di collaborare tra colleghi per discutere casi clinici a distanza quando si tratta per esempio di pazienti seguiti da reparti oncologici o ematologici sul territorio regionale.

Cosa si può fare. Idee concrete dai due ospedali. L'importanza di PDTA condivisi e reti tra centri. Come rendere la cardioncologia più equa.

I PDTA definiscono le migliori pratiche cliniche e organizzative, garantendo continuità e appropriatezza delle cure con il paziente al centro.

La condivisione tra regioni è fondamentale per ridurre le disuguaglianze e uniformare gli standard di trattamento su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, persistono differenze regionali che favoriscono la mobilità sanitaria e aumentano i costi per i pazienti. La sfida è creare percorsi comuni e armonizzati, supportati anche

dalla digitalizzazione e dal ruolo di istituzioni centrali, per assicurare un accesso equo alle cure. In questo contesto, collaborazioni tra ospedali rappresentano esempi concreti per costruire percorsi condivisi, migliorare l'uniformità dell'assistenza e garantire a tutti i pazienti lo stesso livello di cura.

Quale cambiamento è più urgente? Chi rischia davvero di rimanere indietro?

La priorità oggi non è tanto introdurre nuove tecnologie, quanto garantire percorsi di cura accessibili e uniformi su tutto il territorio. Ogni paziente dovrebbe poter ricevere gli stessi standard assistenziali, nei tempi adeguati, indipendentemente dalla regione di residenza. Questo è particolarmente rilevante in cardioncologia, disciplina altamente specialistica che richiede una stretta integrazione tra cardiologi e oncologi e competenze non sempre distribuite in modo omogeneo. Il rischio di restare indietro riguarda soprattutto i pazienti più fragili - anziani, persone con minori risorse o difficoltà logistiche, e chi vive lontano dai centri più esperti. Per questo è fondamentale rafforzare le reti tra ospedali e la condivisione delle competenze, così da garantire a tutti lo stesso livello di cura. ♥

CaReMe 3.0: dalla terapia alla misurazione del rischio

UACR, composizione corporea e capacità funzionale entrano nella routine del cardiologo

Dal biennio precedente a CaReMe 3.0

Si apre il terzo biennio dell'Area Cardiorenale e Metabolica (CaReMe) ANMCO, una delle aree più giovani ma a più rapida crescita per trasversalità e impatto clinico. Nel mandato uscente, guidato da Massimo Iacoviello, l'Area ha contribuito a consolidare un linguaggio comune sulla protezione cardiovascolare, renale e metabolica, chiarendo il ruolo delle principali terapie "cardio-nefro-protettive" nel paziente ad alto rischio (inibitori SGLT2, agonisti del recettore GLP-1 e antagonisti dei mineralcorticoidi non-steroidi). Le attività divulgative si sono articolate in tre format complementari: brevi pillole video "6-Minute CaReMe", rassegne sul Giornale Italiano di Cardiologia e due webinar dedicati a capacità funzionale e nutrizione nel paziente complesso.

Tre priorità misurabili per la pratica clinica

Con CaReMe 3.0, il focus si sposta dal "sapere" al "fare": rendere il cardiometabolic mindset pratico, misurabile e trasferibile nei contesti di reparto e ambulatorio. Il punto di partenza è semplice: molti pazienti hanno un rischio "silenzioso" che non emerge se ci fermiamo a creatinina e BMI. Per questo proponiamo tre priorità operative, pensate per

entrare nella routine clinica senza appesantirla.

- 1) Segni vitali renali. Oltre alla creatinina, inserire in modo sistematico il rapporto albumina-creatinina nelle urine (UACR) e l'andamento dell'eGFR nel tempo (eGFR slope) come indicatori prognostici e come segnali per intensificare la terapia.
- 2) Oltre il BMI. Passare dalla "taglia" al fenotipo: distinguere obesità, sarcopenia e obesità sarcopenica con strumenti riproducibili e a bassa soglia di adozione (bioimpedenziometria - BIA e analisi vettoriale - BIVA).
- 3) Capacità funzionale come quinto segno vitale. Integrare il test del cammino di 6 minuti (6MWT) e, quando indicato, il test cardiopolmonare (CPET) nel follow-up: pochi numeri, ma ad alto valore prognostico e di guida per terapia e counseling.

Il cuore del programma: ANMCO CKM Academy

Il cuore del biennio è la ANMCO CKM Academy, un ecosistema formativo che unisce teoria, pratica e nuove tecnologie con l'obiettivo di "portare in corsia" decisioni coerenti e misurabili lungo tutto il continuum CKM (cardiovascular-kidney-metabolic). Nel 2026 la Academy prevede un evento

residenziale a Roma (settembre) con due moduli sequenziali: il Modulo 1, "Core Curriculum", è dedicato a definizioni e staging CKM (0-4) ed ai pilastri farmacologici. Il Modulo 2, "Advanced Skills", si focalizzerà su Rene ed obesità: interpretazione di UACR/eGFR slope, uso di finerenone e gestione dell'iperkaliemia, algoritmi KDIGO semplificati, e approccio "beyond BMI" con BIA/BIVA. Chiuderà una sessione interattiva "Battle of Specialists" su casi real-life (HFpEF, CKD, obesità) con nefrologo e diabetologo. Il percorso proseguirà con il modulo 3 (Masterclass) (ottobre e novembre 2026) focalizzato su digital health ("The CKM Clinic 2.0") e su diagnostica di precisione con l'integrazione tra CPET e spettroscopia nel vicino infrarosso (NIRS). Nel marzo 2027 è previsto il bootcamp pratico "Physio-Metabolic Lab": due giornate hands-on interamente dedicate a test cardiopolmonare, bioimpedenziometria e NIRS con l'obiettivo di mettere in pratica e portare in corsia questi strumenti ancora poco utilizzati e conosciuti dalla comunità cardiologica.

Ricerca integrata e contenuti continuativi

Alla formazione si affiancano progetti di ricerca multicentrici. Il Registro "CKM-Italia" mira a mappare l'adozione del "cardiometabolic mindset" e a monitorare outcome renali e funzionali. Il programma "SOCK-KID" parte da un rationale clinico frequente: nell'obesità sarcopenica la creatinina può sottostimare il rischio. L'obiettivo è integrare dati di composizione corporea (BIA/BIVA) con creatinina e cistatina C per una stima della funzione renale più aderente al fenotipo muscolare. Infine, CaReMe 3.0 investirà

in una disseminazione continuativa: rassegne tematiche nella serie “Cardiometabolic Mindset in Practice” e brevi video-trailer (circa 6 minuti) su YouTube per presentare i moduli della CKM Academy e i relativi take-home pratici, in sinergia con i webinar annuali. Data la natura trasversale delle tematiche, la collaborazione con le Aree ANMCO affini (Scompenso, Prevenzione, Cronicità, Imaging, Intelligenza Artificiale) e con le discipline partner (nefrologia e diabetologia) sarà un elemento chiave.

Le rassegne “Cardiometabolic Mindset in Practice”

Nel biennio avvieremo una serie di mini-review orientate alla pratica, con checklist e algoritmi essenziali per

l’attività di reparto e ambulatorio.

- Percorso cardio-nefro-metabolico (CKM) in cardiologia: dal concetto di CKM health al percorso clinico (staging 0-4, MASLD, punti di ingresso, follow-up e trigger di intensificazione).
- Oltre il BMI: composizione corporea e capacità funzionale nello scompenso cardiaco.
- Capacità funzionale e rischio CKM: perchè 6MWT/CPET sono il “quinto segno vitale” (algoritmi clinici if-then e trigger terapeutici).
- GLP-1 RA nella pratica clinica: guida fenotipica e gestionale (effetti gastrointestinali, interazioni e flussi decisionali).
- NIRS in cardiologia: dalla fisiologia alla pratica clinica (integrazione con

CPET, riabilitazione/allenamento, terapia intensiva e cardiocirurgia).

- Digital CKM in cardiologia: telemonitoraggio, Intelligenza Artificiale e digital twins al servizio del percorso cardio-nefro-metabolico. In conclusione, il terzo biennio conferma la missione della protezione del paziente cardio-renale-metabolico, ma la rende più misurabile e “vicina” alla pratica: non solo terapia, ma anche marker precoci, fenotipizzazione e valutazione funzionale. L’obiettivo è costruire una community di cardiologi CKM-ready, con strumenti condivisi, ricerca integrata e un percorso formativo certificante.♥

La Squadra: Comitato di Coordinamento 2026 - 2027

Per realizzare un programma ambizioso e multidisciplinare, l’Area CaReMe ha riunito un team di professionisti con competenze trasversali e complementari:



Geza Halasz (Chairperson): Cardiologo clinico presso Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma si occupa prevalentemente di scompenso cardiaco, cardiomiopatie e test cardiopolmonare.



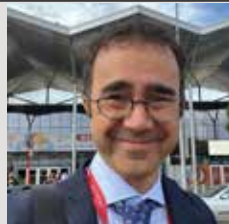
Manuela Benvenuto (Co - Chairperson): Cardiologa clinica esperta di scompenso cardiaco, dirigente Responsabile UOSD Cardiologia PO Val Vibrata Sant’Omero.



Daniele Masarone: Cardiologo clinico presso l’Azienda Ospedaliera dei Colli - Ospedale Monaldi. Si occupa principalmente di scompenso cardiaco, di cure palliative nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato (infusione periodica di levosimendan), di valutazioni cardiologiche pre e post trapianto cardiaco e di impianti di sistemi di assistenza ventricolare sinistra.



Gaetano Citarelli: Cardiologo clinico presso ospedale San Paolo di Bari, si occupa principalmente di scompenso cardiaco e cardiomiopatie e follow up dei pazienti sottoposti a trapianto cardiaco.



Michele Moretti: Cardiologo clinico presso U.O. Cardiologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento. Responsabile dell'Ambulatorio Scompenso Cardiaco, Cardiomiopatie e Trapianti.



Andrea Lorenzo Vecchi: Cardiologo clinico presso l'Ospedale Sant'Anna di Como, si occupa prevalentemente di cardiomiopatie, malattie infiltrative, fragilità nel paziente cardiovascolare, scompenso cardiaco acuto, cronico e avanzato in terapia ciclica con inotropi



Marco Cittar (Consulente): Cardiologo clinico presso l'ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine: si occupa in particolare del reparto di degenza semi-intensiva cardiologica, ecografia vascolare, del laboratorio di test cardiopolmonare e prescrizione dell'esercizio fisico nel cardiopatico.



Claudia Vicari (Consulente): Cardiologo presso UOC di cardiologia dell'Arnas Civico di Palermo, si occupa di gestione di post acuti ed ambulatorio scompenso ed ischemia (prevenzione cardiovascolare).



Simone Bartolini (Consulente): Cardiologo clinico presso USL Toscana Centro sede ospedaliera del Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze si occupa prevalentemente di scompenso cardiaco, cardiomiopatie e reparto di degenza HDU Cardiologica.



Gianluigi Guida (Medical Writer): Cardiologo Clinico presso Cardiologia Universitaria dell'IRCCS Policlinico San Donato. Si occupa di Scompenso Cardiaco, Cardiomiopatie, test cardiopolmonare e risonanza magnetica cardiaca.



L'Area Giovani ANMCO 2026 - 2027: competenze, rete e nuove energie

Una squadra eterogenea per esperienze e aree di interesse

Per il biennio 2026 - 2027 l'Area Giovani ANMCO si presenta con una squadra che unisce continuità e rinnovamento. Alla guida dell'Area c'è Federico Fortuni, dopo un percorso già maturato all'interno del gruppo come membro del comitato di coordinamento, poi Co - Chairperson e ora Chairperson. Al suo fianco, nel ruolo di co-Chairperson, Andrea Matteucci, dopo le esperienze nell'area Aritmie, e un background che integra

aritmologia, imaging e ricerca clinica. La nuova squadra raccoglie il testimone del biennio precedente e si propone come spazio di crescita, confronto e produzione culturale per i giovani cardiologi. La nuova composizione dell'Area restituisce bene l'idea di una rete realmente nazionale. I componenti provengono infatti da centri diversi per collocazione geografica, impostazione assistenziale e linee di ricerca: dalla cardiologia intensiva allo scompenso

avanzato, dall'imaging cardiovascolare all'ecocardiografia strutturale, dall'aritmologia all'emodinamica e alla cardiologia interventistica. Il nuovo gruppo si propone di leggere i bisogni differenti e di parlare a giovani cardiologi con percorsi professionali molto diversi tra loro. Nel comitato di coordinamento Filippo Angelini porta l'esperienza della terapia intensiva cardiologica, delle cardiomiopatie e del trapianto; Leonardo Belfioretti quella dello scompenso acuto e cronico, dello shock cardiogeno e dei sistemi di assistenza meccanica al circolo; Daniele De Feo un profilo centrato sull'imaging, sulle valvulopatie e sulla cardiologia dello sport; Lara Pozzer una competenza solida nell'ecocardiografia avanzata e nella gestione del paziente con cardiopatia strutturale e valvolare. Accanto al coordinamento, il gruppo dei consulenti amplia ulteriormente il perimetro delle competenze. Raffaele



AREA GIOVANI ANMCO 2026-2027



Chairperson
Federico Fortuni – PERUGIA

Co-Chairperson
Andrea Matteucci – ROMA

Comitato di Coordinamento
Filippo Angelini – TORINO
Leonardo Belfioretti – ANCONA
Daneiele De Feo – BARI
Lara Pozzer – ARZIGNANO (VI)

Consulenti
Raffaele Abete – BERGAMO
Piergiusto Vitulli – PESCARA
Giulia Zambelli – PALERMO

Medical Writer
Andrea Vergara – BOSCORECASE (NA)



Abete si occupa di scompenso cardiaco avanzato, assistenze ventricolari e trapianto; Piergiusto Vitulli porta il versante dell'interventistica coronarica e strutturale, della fisiologia coronarica e della terapia intensiva; Giulia Zambelli contribuisce con un profilo maturato nella gestione del paziente critico, in UTIC e nello scompenso cardiaco. Il ruolo di Medical Writer affidato ad Andrea Vergara aggiunge una dimensione importante: quella della sintesi scientifica, della qualità redazionale e della trasformazione dell'esperienza clinica in contenuti chiari, rigorosi e utili alla comunità professionale. Uno sguardo alla partecipazione, allo sviluppo e alla creazione di una rete sempre più solida tra giovani cardiologi. L'Area Giovani continua così a configurarsi come uno spazio di partecipazione attiva, vitale e di coinvolgimento. Per ANMCO questo significa avere un laboratorio in cui formazione, confronto tra pari, diffusione della cultura scientifica e sviluppo di competenze organizzative possono procedere insieme. Per i giovani cardiologi la nuova area Giovani significa avere progettualità condivise e produzione concreta di contenuti. La forza della nuova squadra sta proprio nell'equilibrio tra profili già esperti e traiettorie ancora in piena espansione. È una composizione che può favorire un lavoro trasversale tra aree cliniche, sezioni regionali e iniziative editoriali e formative dell'Associazione. Il biennio 2026 - 2027 può rappresentare non soltanto una prosecuzione del lavoro già avviato, ma anche un'occasione per consolidare un'identità dell'Area Giovani sempre più riconoscibile: scientificamente solida, operativa, inclusiva e capace di trasformare il coinvolgimento associativo in opportunità di crescita professionale.

Federico Fortuni

Chairperson Area Giovani 2026 - 2027

Classe 1990, specializzato in Cardiologia nel 2020 presso l'Università degli Studi di Pavia, negli anni di studio e specializzazione ha maturato esperienza clinica e di ricerca internazionale in Germania presso il centro di ipertensione polmonare Universitätsklinikum Giessen e nei Paesi Bassi presso il centro specializzato nello studio e trattamento delle valvulopatie di Leiden. Attualmente lavora come cardiologo specializzato in imaging cardiovascolare presso l'Azienda Ospedaliera e l'Università degli Studi di Perugia. Nel 2020 ha vinto lo Young Investigator Award della Società Europea di Cardiologia. In ANMCO ha già ricoperto i ruoli di membro del comitato di coordinamento e di Co - Chairperson dell'Area Giovani.

Andrea Matteucci

Co - Chairperson Area Giovani 2026 - 2027

Classe 1990, laureatosi in Medicina e Chirurgia presso l'Università Sapienza di Roma e specializzatosi in Cardiologia presso l'Università di Roma Tor Vergata nel 2021. Ha in seguito conseguito un Master in Risonanza Magnetica Cardiaca, due Master in Biostatistica presso l'Università di Padova e un Dottorato di Ricerca presso l'Università di Roma Tor Vergata. Dirigente medico cardiologo presso il P.O. San Filippo Neri di Roma, si occupa prevalentemente di elettrofisiologia ed elettrostimolazione. L'attività scientifica è focalizzata su aritmologia clinica, dispositivi cardiaci, e ricerca clinica.

Filippo Angelini

Comitato di Coordinamento Area Giovani 2026 - 2027

Classe 1990, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli

Studi di Perugia e ha conseguito la specializzazione in Cardiologia presso l'Università degli Studi di Torino nel 2021. Attualmente svolge la propria attività clinica presso la Cardiologia universitaria dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, dove è impegnato nell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e negli ambulatori dedicati alle cardiomiopatie e al trapianto cardiaco. Ha completato la propria formazione con un corso post-specializzazione sulla gestione dello scompenso cardiaco e con un Master in Terapia Intensiva Cardiologica presso l'Università di Padova. L'attività di ricerca è rivolta allo scompenso cardiaco avanzato, alle cardiomiopatie e alle aritmie ventricolari nel paziente critico.

Leonardo Belfioretti

Comitato di Coordinamento Area Giovani 2026 - 2027

Classe 1990, laureatosi in Medicina e Chirurgia nel 2016 e specializzatosi in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare nel 2021, entrambi presso l'Università Politecnica delle Marche. Durante il percorso formativo ha concentrato la propria attività di ricerca sull'insufficienza cardiaca, con particolare interesse per shock cardiogeno, sistemi di assistenza meccanica al circolo e ventilazione invasiva. Da oltre quattro anni ricopre il ruolo di dirigente medico cardiologo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, prestando servizio nelle unità di Terapia Intensiva Cardiologica e Cardiologia Subintensiva. Si dedica prevalentemente alla gestione dello scompenso cardiaco acuto e cronico, della cardiopatia ischemica e dell'ipertensione polmonare.

Daniele De Feo
**Comitato di Coordinamento Area
Giovani 2026 - 2027**

Nato a Bari nel 1993, laureatosi in Medicina e Chirurgia in lingua inglese e specializzatosi in Cardiologia all'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Ha conseguito il Master di II livello in Ecocardiografia avanzata con focus sullo sportivo presso l'Università degli Studi di Siena. Socio aggregato della Federazione Medico Sportiva Italiana e medico della équipe della SSC Bari, ha frequentato l'American College of Cardiology di Washington DC, dove ha approfondito le tecniche di imaging nelle valvulopatie e i temi dello scompenso cardiaco e delle aritmie. Attualmente è cardiologo clinico-ecocardiografista presso la UOC Cardiologia-UTIC dell'Ospedale San Paolo di Bari.

Lara Pozzer
**Comitato di Coordinamento Area
Giovani 2026 - 2027**

Nata a Vicenza nel 1988, si è laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Verona e ha conseguito nel 2023 la specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare presso l'Università degli Studi di Padova. Durante il percorso di formazione ha sviluppato un particolare interesse per l'imaging cardiovascolare, approfondendo l'ecocardiografia sia di base sia avanzata e acquisendo competenze nell'ecocardiografia transesofagea con applicazioni anche nell'interventistica strutturale percutanea. Ha maturato inoltre esperienza in riabilitazione cardiologica e nella presa in carico globale del paziente post-acuto, post-chirurgico e post-interventistico. Attualmente lavora come cardiologa clinica ed ecocardiografista presso l'Ospedale Cazzavillan di Arzignano.

Raffaele Abete
Consulente Area Giovani 2026 - 2027

Nato a Napoli nel 1990, laureatosi in Medicina presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II e specializzatosi in Cardiologia nel 2020 presso l'Università degli Studi di Pavia. Nel corso degli anni di studio e specializzazione ha maturato esperienza clinica nella gestione dei pazienti con cardiomiopatie e scompenso cardiaco acuto e cronico. Attualmente lavora presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, dove si occupa di scompenso cardiaco avanzato, assistenze ventricolari e trapianto di cuore in pazienti adulti e pediatrici. L'attività di ricerca è focalizzata sulle cardiomiopatie, sullo scompenso avanzato e sulla stratificazione del rischio aritmico.

Piergiusto Vitulli
Consulente Area Giovani 2026 - 2027

Dirigente medico presso la UOC Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Civile Santo Spirito di Pescara, dove si occupa di cardiologia interventistica ed emodinamica. Si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università Sapienza di Roma e si è specializzato in Cardiologia presso l'Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara. Ha conseguito due Master di II livello presso l'Università di Padova, uno in Cardiologia interventistica e uno in Terapia Intensiva Cardiologica. Ha maturato esperienze formative all'estero presso l'Harefield Hospital di Londra e il Clinical Scientific Center di Mosca. Le sue aree di interesse includono rivascolarizzazione miocardica, fisiologia coronarica, interventistica strutturale, trombectomia meccanica nell'embolia polmonare, scompenso cardiaco e ricerca sistematica.

Giulia Zambelli
Consulente Area Giovani 2026 - 2027

Nata nel 1988, si è laureata nel 2014 presso l'Università degli Studi di Milano e ha conseguito la specializzazione in Cardiologia nel 2019 in Sicilia. Durante il percorso formativo ha orientato la propria attività verso la gestione del paziente critico, frequentando centri ad alta intensità di cura quali l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e l'Humanitas Research Hospital di Rozzano. Nel 2020 ha conseguito il Master in Terapia Intensiva Cardiologica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e nel 2024 la certificazione in Acute Cardiac Care della European Society of Cardiology. Dal 2022 lavora presso l'Ospedale Civico di Palermo, dove si occupa di UTIC e scompenso cardiaco.

Andrea Vergara
Medical Writer Area Giovani 2026 - 2027

Classe 1991, si è laureato e specializzato in Cardiologia con lode presso l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli. Durante gli anni di specializzazione ha svolto attività di ricerca su scompenso cardiaco, ipertensione polmonare ed ecocardiografia avanzata, con fellowship finale in ecocardiografia strutturale presso l'Istituto Humanitas di Rozzano. Successivamente ha conseguito il Master di II livello in Terapia Intensiva Cardiologica presso l'Università di Padova, approfondendo i temi dello shock cardiogeno e dell'assistenza meccanica al circolo. Attualmente è dirigente medico di I livello presso il Presidio Ospedaliero di Boscotrecase dell'ASL Napoli 3 Sud, dove prosegue anche l'attività di ricerca. ❤️



Dispositivi Wearable, Intelligenza Artificiale e Salute cardiovascolare: un tesoro da custodire con Etica e Consapevolezza

*I dati generati dai dispositivi wearable
rappresentano un nuovo patrimonio sanitario
È necessario tutelarli e valorizzarli
al servizio della salute pubblica, oltre
le logiche del profitto*

L'assistenza sanitaria moderna è un ecosistema in rapidissima evoluzione, in cui la spinta all'innovazione si confronta con la necessità di sostenibilità, equità e appropriatezza. In questo scenario, la rivoluzione digitale rappresenta una delle "opportunità epocali" da governare, soprattutto in Cardiologia, disciplina in cui prevenzione e diagnosi precoce hanno un impatto decisivo sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita.

Wearable Device: il racconto digitale della salute che verrà

I Wearable Device (Smartwatch, fitness band, cerotti, anelli ed occhiali smart) sono tutti dispositivi elettronici che rappresentano un'evoluzione dell'Internet of Things (IoT) ovvero estensione di internet al mondo degli oggetti che acquisiscono una propria identità digitale in modo tale da poter comunicare con altri oggetti o App in rete via wireless o più spesso Bluetooth. Nell'informatica sanitaria,

tali strumenti hanno consentito una migliore acquisizione di dati sulla salute umana consentendo di misurare e monitorare parametri vitali quali saturimetria, ritmo e frequenza cardiaca e sua variabilità, attività fisica, ritmi sonno-veglia, valori di glicemia, lattati, monitoraggio in tempo reale di biomarcatori. Per il cardiologo, questo flusso continuo di bioinformazioni non rappresenta un semplice insieme di numeri, ma una vera e propria "biografia fisiologica in tempo reale". Questi dati consentono di intercettare precocemente segnali di fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ipertensione non controllata, valori glicemici non a target, aprendo la strada a una prevenzione sempre più proattiva e personalizzata. Il potenziale è enorme: riduzione degli eventi acuti, miglior controllo delle patologie croniche, ottimizzazione delle risorse sanitarie. Tuttavia, l'orizzonte attuale e futuro vede la maggior parte di questi

dati raccolti, elaborati e custoditi in silos proprietari di aziende private, non solo al di fuori del perimetro sanitario pubblico ma anche al di là di una reale consapevolezza dei singoli nell'implicito e presunto consenso alla cessione di propri dati sensibili. Questo è talmente vero che già la FDA ha redatto una guida per i dispositivi a basso rischio che consiglia che i dispositivi indossabili per la salute personale sono prodotti per il benessere generale se raccolgono solo dati su gestione del peso, forma fisica, rilassamento o gestione dello stress e del sonno. Ciò è dovuto ai rischi per la privacy insiti nell'uso dei dispositivi. Si pone quindi una questione etica rilevante: sebbene i dispositivi indossabili offrano indubbi vantaggi nel monitoraggio della salute, essi comportano ancora significativi rischi di invasione della privacy. In particolare, tali tecnologie possono consentire la raccolta e la registrazione di dati sensibili senza un consenso pienamente consapevole da parte dell'utente. La successiva archiviazione e possibile trasferimento di grandi volumi di informazioni sanitarie espone a potenziali conseguenze rilevanti, sia per gli individui sia per le aziende che gestiscono i dati, soprattutto nel caso in cui terze parti ne ottengano l'accesso non autorizzato.

Il paradosso del valore: bene comune o merce privata?

Qui si inserisce il paradosso cruciale: questi dati sono generati dai cittadini, riguardano la salute dell'intera collettività, ma rischiano di diventare patrimonio esclusivo di pochi attori globali, come grandi multinazionali. Dal 1980, quando è stato inventato il primo ECG wireless il mercato della tecnologia indossabile è in rapida

crescita ed ha già superato i 35 miliardi di dollari. E' evidente come il patrimonio della tecnologia collegata ai wearable device costituisce il "nuovo petrolio" del XXI secolo, una risorsa il cui valore economico è stratosferico, una risorsa che permette di sviluppare ed addestrare algoritmi di IA, profilare consumatori, fare pubblicità e vendere prodotti mirati, influenzare i mercati assicurativi. Se lasciati alla sola logica del profitto, rischiano di perdere il loro potenziale di innovazione dirompente per il miglioramento della salute e dell'assistenza globale e di creare invece nuove disuguaglianze, contribuendo paradossalmente a svilire il ruolo dei sanitari e a minare il rapporto di fiducia medico-paziente. La storia di questa transizione si sta scrivendo ora, e molti operatori sanitari non hanno ancora piena consapevolezza dei rischi connessi, oltre che delle straordinarie e sino ad ora neanche pensabili opportunità.

L'IA: moltiplicatore di intelligenza umana e strumento di potere, ma al servizio di chi?

L'IA rappresenta il vero moltiplicatore del valore dei dati, poiché consente di

trasformare i **Big Data**, difficilmente analizzabili dalla mente umana o mediante i tradizionali strumenti di statistica convenzionale, in informazione significativa. Algoritmi addestrati su miliardi di informazioni sanitarie possono infatti riconoscere pattern invisibili all'occhio umano, prevedere episodi di scompenso cardiaco giorni prima del ricovero, supportare decisioni cliniche complesse e personalizzare terapie e percorsi di cura. È uno strumento potentissimo. Ma la sua affidabilità, equità e generalizzabilità dipendono totalmente dai dati su cui viene educata ed addestrata. Dati parziali, proprietari o raccolti senza un consenso realmente informato rischiano di cristallizzare bias e servire interessi ristretti. L'IA deve essere uno strumento di salute pubblica, non di potere oligarchico. I dati sanitari devono essere riconosciuti come un bene comune, e come tali devono essere custoditi in "cassaforti digitali" sicure e trasparenti e gestiti "con cura".

Verso una cassaforte digitale per la salute di tutti

Il modello a cui dobbiamo ambire è quello di un "ecosistema di dati

sanitario pubblico e protetto", dove i dati dei wearable confluiscono, con esplicito consenso del cittadino, in piattaforme sicure (come un FSE 2.0 potenziato). Qui, anonimizzati e aggregati, possono alimentare algoritmi di IA "al servizio del bene superiore della salute", per politiche sanitarie di ricerca, prevenzione di popolazione e cura personalizzata, in un circolo virtuoso di conoscenza ed assistenza. Il momento è delicato e complesso, ma proprio per questo bisogna che se ne parli per creare cultura e consapevolezza. Come cardiologi ospedalieri, siamo in prima linea da sempre nell'assistenza e abbiamo il dovere di garantire che il progresso tecnologico non tradisca i principi di equità, appropriatezza e centralità della persona. Dobbiamo essere i custodi non solo del cuore dei nostri pazienti, ma anche della loro salute digitale. Solo con una consapevolezza diffusa e un'azione corale potremo diradare l'ombra dei rischi e far sì che l'alba di questa nuova era digitale in medicina sia luminosa e accessibile a tutti. ♥

Dati Wearable e IA: La Salute del Futuro tra Promessa e Rischio

I dispositivi indossabili (wearable) e l'Intelligenza Artificiale stanno trasformando la prevenzione cardiovascolare, generando un flusso continuo di dati di immenso valore. Questo "nuovo petrolio" della salute, però, è conteso tra la logica del bene comune e quella del profitto privato, creando una sfida etica e di governance cruciale per il futuro della medicina.

Il Problema: Il "Nuovo Petrolio" in Mani Private
 Un Mercato da Oltre 34 Miliardi di Dollari
 L'enorme valore economico spinge a un uso dei dati orientato al profitto, non solo alla salute.

34 MILIARDI DI DOLLARI

Dati Sensibili Controllati da Pochi Giganti Tecnologici
 I dati sono raccolti in silos proprietari, fuori dal controllo pubblico e spesso senza piena consapevolezza dell'utente.

La Soluzione: Una "Cassaforte Digitale" Pubblica

Ecosistema di Dati Sanitario, Pubblico e Protetto
 I dati, con consenso, devono confluire in piattaforme sicure come il Fascicolo Sanitario Elettronico.

IA al Servizio del Bene Comune
 Dati aggregati e anonimi possono addestrare un'IA equa per ricerca, prevenzione e cure personalizzate.

Essere "Custodi della Salute Digitale"
 I medici devono garantire che il progresso tecnologico rispetti l'equità e la centralità della persona.

Una "Biografia Fisiologica in Tempo Reale"
 I wearable creano un racconto digitale continuo della nostra salute futura.



Programmazione dell'attività dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO biennio 2026 - 2027

L'Area Malattie del Circolo Polmonare si è da sempre dedicata alle manifestazioni cliniche del tromboembolismo venoso che vanno dall'embolia polmonare acuta alla trombosi venosa profonda e alle sue complicanze, fenomeni estremamente frequenti nella pratica clinica ad alto impatto epidemiologico e prognostico con alta percentuale di disabilità. Il trattamento di queste due patologie sta subendo un epocale cambiamento e nel prossimo biennio le Linee Guida Europee sicuramente proporranno novità di strategia di stratificazione del rischio e di gestione terapeutica sulla base dei risultati degli studi clinici randomizzati attualmente ancora in corso. Tutto ciò dovrà essere affrontato con professionalità e particolare attenzione nell'implementazione delle nuove strategie di trattamento del tromboembolismo venoso e soprattutto dell'embolia polmonare acuta con eventi divulgativi e formativi che diano un'uniformità di gestione clinica e terapeutica, a cui tutti i pazienti meritano di accedere. L'Area Malattie del Circolo Polmonare focalizza anche l'attenzione sull'Ipertensione Arteriosa Polmonare, malattia certo rara, ma meritevole di essere conosciuta per

essere diagnosticata precocemente e correttamente. Nell'ottica di adeguare la formazione sulla gestione e presa in carico di una patologia così complessa è stato istituito un Master Universitario di II Livello con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Grazie alla collaborazione e alla disponibilità dei colleghi dell'Università di Pisa, che ne hanno favorito la realizzazione, in stretta condivisione progettuale con ANMCO, abbiamo registrato l'ottima partenza della prima Edizione tenutasi a Pisa in occasione dell'inaugurazione dell'Anno Accademico.

Le prospettive formative del prossimo biennio 2026 - 2027

Le iniziative educazionali online

Il Board Malattie del Circolo Polmonare ha presentato al Consiglio Direttivo il proprio programma che vedrà realizzati cinque Webinar in collaborazione con altre Aree ANMCO al fine di condividere aspetti e strategie comuni relative alla presentazione acuta dello scompenso cardiaco destro, alla valutazione con imaging integrato del cuore destro, fino all'inquadramento funzionale del paziente con ipertensione polmonare, concludendo con casi clinici che possano fornire linee corrette di gestione diagnostica e approccio terapeutico con un taglio molto didattico per i più giovani colleghi cardiologi. Non mancherà uno spazio

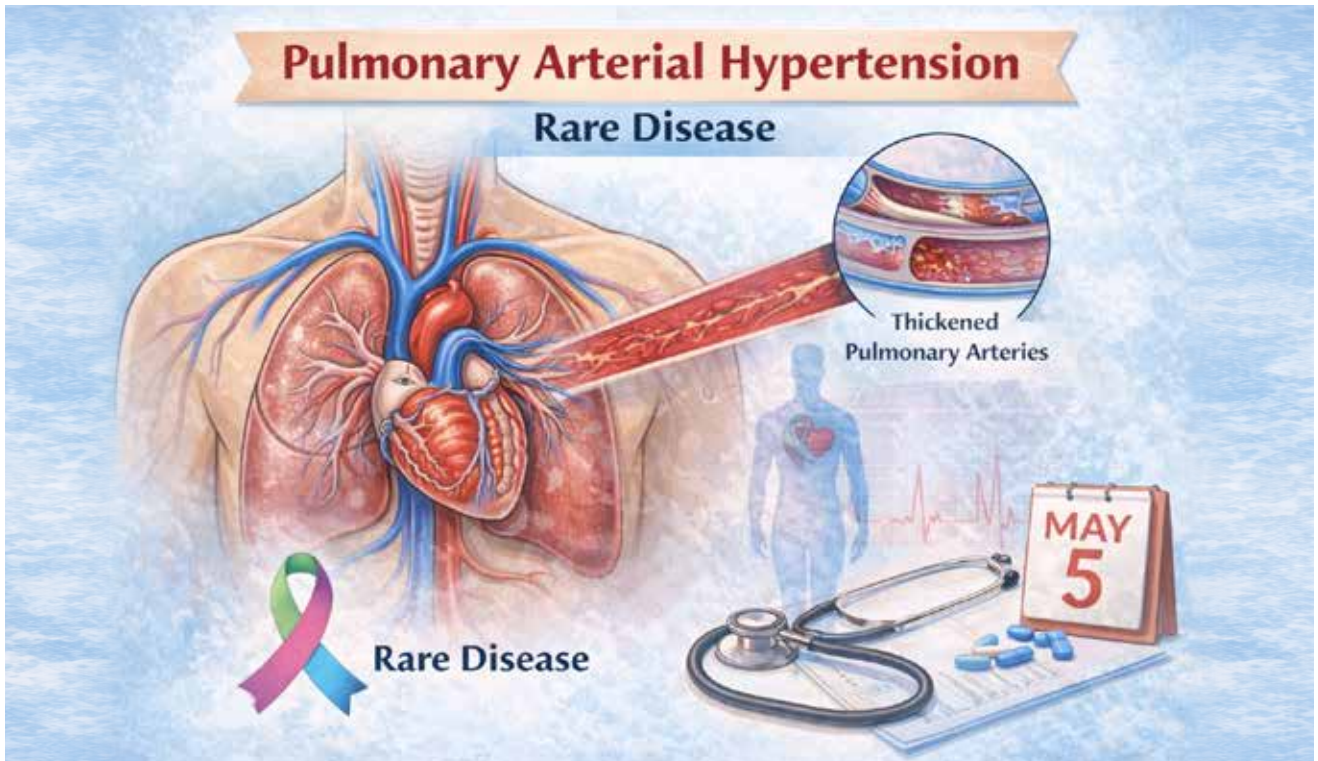
dedicato alle novità delle Linee Guida ESC sull'embolia polmonare acuta una volta disponibili.

Special Days

Sarà posta particolare attenzione alle Giornate Speciali dedicate all'Ipertensione Arteriosa Polmonare il 05 maggio 2026 e 2027, alla Giornata Mondiale delle Malattie Rare il 26 febbraio 2027 e alla abituale World Thrombosis Day con la Campagna di prevenzione primaria del tromboembolismo venoso il 13 ottobre del 2026 e del 2027, attraverso una vera campagna educativa organizzata negli Ospedali dedicati alla diagnosi e cura di queste patologie con una particolare modalità di divulgazione molto capillare, anche attraverso canali radiofonici al fine di giungere chiaramente a tutti coloro che sono interessati a conoscere queste patologie.

La formazione in presenza

Non mancheranno attività Congressuali, alcune ancora da definire, altre già concordate da tutti i Componenti di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, volte alla realizzazione di eventi innovativi con format che prediligono l'interattività e la multidisciplinarietà. L'Ipertensione Arteriosa Polmonare è un esempio di patologia a gestione multidisciplinare e il Progetto formativo proposto dall'Area prevede un Evento molto capillare e interattivo macroregionale al fine di creare un expertise ampio sulle tecniche diagnostiche di base e avanzate, coinvolgendo medici esperti e non, di diverse specialità per confrontarsi su temi come la diagnosi precoce e corretta, e sulla possibilità di creare, dove non sono ancora presenti, gruppi multidisciplinari con



competenze specifiche per gestire una patologia rara e complessa con molte sfaccettature come l'ipertensione Arteriosa Polmonare, in un'era di evoluzione terapeutica.

Il percorso riabilitativo

Obiettivo dell'Area Malattie del Circolo Polmonare è dare particolare attenzione ai percorsi di Riabilitazione del paziente con Ipertensione Arteriosa Polmonare e dopo un evento embolico polmonare acuto, due percorsi estremamente delicati a causa delle complicanze e delle conseguenze, non solo funzionali, ma anche psicologiche di queste due patologie. L'arricchimento culturale fornito dalla formazione sui percorsi riabilitativi è un obiettivo attuale ancora più sentito da quando i tempi di ricovero per patologia acuta stanno diventando sempre più brevi. Il cateterismo cardiaco destro In un'epoca di imaging avanzato e

integrato, l'Area Malattie del Circolo Polmonare, vuole rispolverare una tecnica per anni dimenticata, quale l'emodinamica destra, favorendo la riscoperta non solo di "come si fa", ma soprattutto di come si interpreta del valore aggiunto che fornisce nella pratica clinica, dove l'ipertensione polmonare è diventata una temibile complicanza fisiopatologica di molte malattie di cui condiziona sia la prognosi che le difficili scelte terapeutiche.

Le cardiopatie congenite

La creazione di un percorso formativo in collaborazione con le altre Aree ANMCO con focus il paziente pediatrico e adulto con cardiopatia congenita, è un altro obiettivo molto ambizioso del biennio 2026 - 2027, e rappresenta una sfida della cardiologia moderna. La diagnosi prenatale, le possibilità di correzione cardiocirurgica o interventistica,

stanno rivoluzionando l'approccio a questa patologia e aumentando il numero di pazienti adulti con cardiopatia congenita corretta, la cui gestione clinica e terapeutica non è per nulla scontata. L'approccio multidisciplinare alla patologia con esordio in età pediatrica e progressione in età adulta, non può esimersi da una cultura ampia e specifica che crei un unico percorso di gestione di questi pazienti che inevitabilmente crescono.

Conclusioni

I componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, i Consulenti dell'Area, il Medical Writer, il Co - Chairperson e il Chairperson, augurano buon lavoro a tutti, nella speranza di essere utili nell'avanzamento delle conoscenze e della gestione dei pazienti anche più complessi. ♥



Benchmarking multicentrico e strategie di miglioramento della qualità in cardiologia interventistica

Progettazione di una checklist multidisciplinare

La cardiologia interventistica è un ambito altamente specializzato che coinvolge numerose figure professionali, operanti in un ambiente tecnologicamente avanzato e ad alta complessità. In questo contesto, la sicurezza dei pazienti rappresenta una priorità assoluta, in quanto ogni errore, anche minimo, può comportare gravi conseguenze. La variabilità dei processi assistenziali, unita alla complessità delle procedure, rende necessario un approccio strutturato che garantisca la standardizzazione delle pratiche e minimizzi il rischio di eventi avversi. Questo studio si inserisce nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità (Quality Improvement), sviluppato nella Regione Sicilia, con l'obiettivo di implementare una checklist per la sicurezza nei laboratori di cardiologia interventistica. Un aspetto distintivo di questo progetto è il suo approccio multidisciplinare, che

ha visto coinvolti non solo i cardiologi interventisti, ma anche infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica, figure fondamentali nel processo di assistenza. La checklist sviluppata, pertanto, non è semplicemente un elenco di controllo, ma il risultato di un lavoro condiviso da tutto il team assistenziale, volto a garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

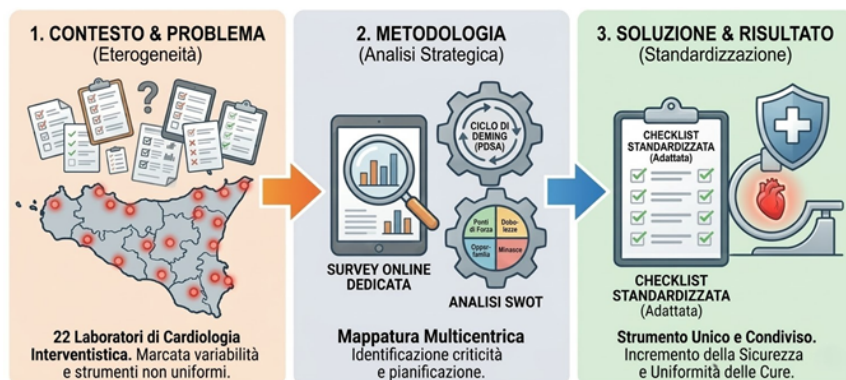
Miglioramento Continuo e Integrazione dei Processi Assistenziali

La sicurezza nelle procedure di cardiologia interventistica rappresenta un tema centrale; tuttavia, le pratiche risultano spesso influenzate da una significativa variabilità delle modalità operative tra i diversi centri. Per rispondere a questa criticità, è stato avviato un percorso strutturato di miglioramento della qualità, ispirato ai principi del ciclo continuo Plan-

Do-Study-Act (PDSA), che ha guidato, in modo progressivo, lo sviluppo e l'implementazione della checklist (Figura 1). Il primo passo è stato rappresentato da una fase di analisi e pianificazione, durante la quale sono state esplorate le principali criticità presenti nei laboratori di cardiologia interventistica. La mappatura multicentrica si è configurata come una leva strategica fondamentale, rendendo evidente un'ampia variabilità nei processi assistenziali e una limitata standardizzazione delle pratiche, sottolineando la necessità di un approccio condiviso. A questa fase è seguita quella di implementazione, caratterizzata dall'introduzione progressiva della checklist nei diversi contesti operativi. L'adozione dello strumento è stata facilitata dal coinvolgimento diretto di tutti i professionisti sanitari, che hanno partecipato attivamente al processo, favorendo una reale integrazione della checklist nei flussi di lavoro. Infine, particolare attenzione sarà dedicata alla sostenibilità del cambiamento, che rappresenta uno degli obiettivi principali delle fasi successive del progetto. L'introduzione della checklist, infatti, non si configura come un intervento isolato, ma come l'avvio di un processo dinamico di miglioramento continuo da consolidare nel tempo. L'approccio multiprofessionale, che ha caratterizzato tutte le fasi del progetto, sarà determinante anche nel garantire la sostenibilità nel tempo, favorendo una responsabilità condivisa e un'ampia integrazione della checklist nei diversi momenti del percorso assistenziale. In quest'ottica, la checklist potrà evolvere nel tempo come strumento flessibile e adattabile, inserito in un sistema di miglioramento continuo orientato alla qualità e alla sicurezza delle cure, con l'obiettivo di una progressiva diffusione



Figura 1 - Schema dei passaggi chiave per migliorare la sicurezza e ridurre la variabilità operativa nelle procedure interventistiche



su scala regionale e “potenzialmente” nazionale.

La checklist come strumento di team: sviluppo e struttura

La checklist proposta si distingue per la sua natura inclusiva, poiché è stata progettata da infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica e cardiologi. Questo strumento è stato pensato come un progetto condiviso, in cui ogni professionista ha una responsabilità attiva. La checklist si compone di tre fasi principali (Sign In, Time Out, Sign Out), simili a quelle utilizzate in chirurgia, ma adattate alla realtà e alle caratteristiche dei laboratori di cardiologia interventistica. In ogni fase, tutti i membri del team sono coinvolti nel controllo di aspetti cruciali legati alla sicurezza del paziente, come l’identificazione corretta del paziente, conferma della procedura e del corretto funzionamento delle apparecchiature elettromedicali. La checklist non si limita a essere uno strumento passivo, ma diventa uno strumento di lavoro di team, che promuove la comunicazione e la responsabilità condivisa tra tutti i membri dell’équipe.

Integrazione multidisciplinare delle competenze

Un aspetto distintivo di questo progetto è stato l’approccio multidisciplinare, che ha permesso di integrare le competenze specifiche di ciascun professionista

sanitario. L’infermiere, ad esempio, ha portato il suo know-how nella gestione delle attività assistenziali e nella comunicazione con il paziente, mentre il tecnico sanitario di radiologia medica ha garantito la compatibilità tra la checklist e le tecnologie avanzate utilizzate in sala. L’integrazione delle competenze in un approccio collaborativo ha permesso di creare una checklist che fosse realmente utile a tutti i membri del team, piuttosto che limitarsi a una mera formalità. Il progetto ha inoltre avuto un impatto positivo sul lavoro di squadra, poiché ha favorito la coordinazione tra diverse professionalità, migliorando la qualità del lavoro e la sicurezza del paziente.

Dalla variabilità alla necessità di standardizzazione

I laboratori di cardiologia interventistica della Regione Sicilia sono stati mappati attraverso una survey multicentrica, che ha coinvolto 22 centri. Il risultato di questa mappatura ha mostrato una prevalenza del 91% di utilizzo della checklist, sebbene con una certa eterogeneità nelle modalità di adozione, con il 68% dei centri che utilizzano checklist personalizzate e solo il 23% che adotta lo standard ministeriale. Tuttavia, il dato più significativo è stato il consenso unanime dei partecipanti riguardo alla necessità di implementare una checklist standardizzata a livello regionale, che possa garantire

l’uniformità dei processi assistenziali e la sicurezza delle cure in tutti i laboratori. L’implementazione della checklist ha evidenziato non solo un miglioramento nei processi operativi, ma anche una forte disponibilità al cambiamento da parte dei professionisti sanitari.

Un modello replicabile per la sicurezza del paziente

La checklist sviluppata rappresenta una risorsa fondamentale per i laboratori di cardiologia interventistica, non solo per la sua efficacia nel ridurre gli eventi avversi, ma anche per il suo impatto sul lavoro di squadra. L’approccio multidisciplinare ha garantito che ogni figura professionale avesse un ruolo attivo nella creazione e nell’adozione dello strumento, favorendo una cultura della sicurezza condivisa e standardizzata. L’adozione di questa checklist potrebbe essere estesa ad altri contesti regionali o ad ambiti clinici analoghi, contribuendo a creare una rete che migliori la qualità e la sicurezza delle cure a livello nazionale. Le future fasi di monitoraggio e validazione dell’implementazione saranno fondamentali per confermare i benefici ottenuti e affinare ulteriormente lo strumento. In sintesi, il progetto ha dimostrato come l’integrazione delle competenze dei diversi professionisti sanitari non solo migliora la qualità dell’assistenza, ma rappresenta anche un elemento chiave nella promozione della sicurezza delle cure per il paziente attraverso strumenti condivisi, semplici e applicabili nella pratica clinica quotidiana. In questo senso, l’esperienza descritta si configura come un modello replicabile, in cui il benchmarking multicentrico e l’integrazione multiprofessionale rappresentano leve strategiche per il miglioramento continuo della qualità. ♥



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

COMPONENTI

Dott.ssa **Maria Teresa Manes**

Ospedale Spoke Cetraro - Paola UTIC Cardiologia Paola

Paola (CS)

mteresa.manes@aspcs.it

Dott. **Emanuele Tizzani**

Ospedale degli Infermi

Rivoli (TO)

etizzani@aslto3.piemonte.it





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

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



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



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
Ilaria 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)

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



Emilio Maria Pasanisi

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

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



Marco Borghesi

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



Gianluca Zingarini

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

di Francesco Paolo Calciano, Antonio Giovanni Cardinale, Damiano Cardinale, Porzia Lacertosa, Gabriel Dentamaro, Maria Maddalena De Francesco

La comunicazione medico - paziente al tempo dell'intelligenza artificiale: l'importanza della collaborazione

Centralità del SSN

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese con il 44% tra tutti i decessi. La cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia con una percentuale del 28%; mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. Le malattie cardiovascolari modificano la qualità di vita dei pazienti e comportano notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare. Entro il 2050 si prevede un aumento significativo della mortalità e morbidità per malattie cardiovascolari, con casi di ictus e decessi in crescita del 30%. La fibrillazione atriale è destinata a raddoppiare. In Italia la popolazione over-65, principale fascia a rischio, raggiungerà il 34,6% del totale, rendendo le patologie cardio-cerebrovascolari ancora più prevalenti. Strategie da introdurre tante. Partiamo dalla necessità

di una stretta collaborazione tra i professionisti, tra le varie specialità, alcune strettamente correlate con la cardiologia. Una delle più dirette complicanze della malattia cardiovascolare (CV) è l'insufficienza renale cronica, una condizione patologica silente il più delle volte, anch'essa ad elevata prevalenza nella popolazione generale. Entrambe possono contribuire in maniera biunivoca allo sviluppo o alla progressione l'una dell'altra. Nei pazienti con IRC la principale causa di morbidità e mortalità è la malattia CV, che può essere esacerbata dalla malattia renale, in quanto l'IRC accelera il processo aterosclerotico tramite l'incremento dell'infiammazione, la perturbazione del metabolismo lipidico e modifiche nel metabolismo dei minerali a livello osseo. D'altro canto, una stretta correlazione esiste tra IRC e i classici fattori di rischio CV, quali diabete mellito, ipertensione arteriosa e dislipidemia, altamente preminenti nella popolazione dei pazienti nefrologici, con necessità, da un lato di inquadrare correttamente il rischio CV di questa popolazione al fine di identificare i target terapeutici da

raggiungere, dall'altro di ottimizzare il trattamento farmacologico, complicato dalla coesistenza delle due condizioni. Indispensabile arginare la tendenza all'aumento delle malattie CV tramite interventi multipli inerenti sia le politiche sanitarie che la gestione delle patologie. Vari aspetti meritano attenzione. Ci soffermeremo su AI (intelligenza artificiale) e comunicazione nel rapporto medico - paziente.

AI: un problema non da poco

I cosiddetti magnifici 7, i giganti tecnologici USA che guidano l'innovazione e il mercato azionario gradirebbero che Europa e gli altri Stati permettessero loro di agire indisturbati. L'Europa, che cerca di darsi regole, deve avere la volontà e la forza d'imporle e di chiedere anche un congruo ritorno economico. Piattaforme europee poche. Indispensabili adeguati investimenti in innovazione e ricerca per poter in futuro avere salde piattaforme in grado di confrontarsi alla pari con le altre. Piattaforme importanti e dinamiche quelle cinesi. L'ambito del biotech deve allargare i propri confini per non permettere assoluto controllo a pochi.

Non si può fermare l'innovazione tecnologica, darsi regole condivise di tutela sì

L'AI è una sfida intricante, occorre non temerla, ma capirla per utilizzarla al meglio. Come tutte le innovazioni importanti porta con sé risorse e problemi. Il problema non è l'innovazione tecnologica, ma l'utilizzo che se ne può fare. L'AI attualmente non governa tutti i processi. Se guardiamo alla persona, ci rendiamo ben conto che non può, per lo meno attualmente, dare tutte le risposte. Si pensi agli aspetti interiori,

emozionali.

Non si può dare importanza spropositata agli algoritmi a chi li controlla e li gestisce. Non può una ristretta oligarchia, che vorrebbe agire in modo completamente libero, senza alcun controllo, stabilire chi, cosa e quanto dobbiamo sapere, dobbiamo conoscere. Considerare anche i rischi connessi alle possibili manipolazioni.

Regole chiare a tutela di tutti che devono essere continuamente implementate

Veniamo all'utilizzo in ambito medico. Affermano dalla piattaforma che *«ChatGPT salute è progettato per supportare l'assistenza medica, non per sostituirla. Non è destinato né alla diagnosi, né al trattamento. Aiuta, invece, a orientarsi tra le domande quotidiane e a comprendere gli andamenti nel tempo, non solo i singoli momenti di malattia, per affrontare con maggiore consapevolezza le conversazioni mediche importanti»*.

Presupposti corretti

Nella pratica da parte dei pazienti, per lo meno per una parte, la domanda non sarà espressa per una conoscenza "culturale", ma verterà su quegli aspetti che dovrebbero esulare. Partendo da segni e sintomo/i per avere una diagnosi e l'indicazione di un iter diagnostico e terapeutico. Forti di queste possibili risposte subentrerà il rapporto con il MMG o lo specialista di riferimento. Se la risposta collimerà con le informazioni acquisite, tutto tranquillo, altrimenti il dialogo potrebbe non essere produttivo e fecondo. Negli anni '60 un modus vivendi era quello di ritenere per molti la TV un oracolo che non poteva essere messo in discussione "l'ha detto la TV". Oggi questo ruolo rischia di assumerlo l'AI.

Potrebbe essere difficile comunicare una diagnosi, un percorso diagnostico che non preveda quella diagnosi, quel percorso diagnostico e/o terapeutico atteso dal paziente. La comunicazione potrebbe divenire difficile. L'AI rappresenta un passo avanti nella diagnosi strumentale (ecocardiografia, RMN, TAC) in tutti gli esami dove può ottimizzare la diagnosi favorendo una risposta più puntuale. Non così nella formulazione di una diagnosi, di un iter diagnostico e terapeutico partendo dai sintomi. Il paziente è un unicum. Segni e sintomi in quel paziente con storia familiare, anamnesi, sensibilità, interiorità, ambito emozionale. Difficile pensare oggi a algoritmi buoni per tutti. Il lavoro da fare è immenso. Elemento importante la formazione continua che parta dalla scuola primaria.

La comunicazione

Investire nella comunicazione per favorire l'empatia tra medico e paziente ed allontanare incomprensioni e conflitti. Saper comunicare. Può essere una dote, la si può apprendere. La comunicazione si basa su alcuni aspetti: verbale, non verbale, paraverbale. Lo studio di Albert Mehrabian sull'impatto comunicativo (regola del 55%, 38%, 7%) evidenzia come l'aspetto verbale, le parole, trasmettere informazioni, idee, pensieri, contenuti espliciti incide poco, circa il 7% Preponderante l'aspetto non verbale, il linguaggio del corpo, le emozioni, atteggiamenti e intenzioni, gesti e postura; espressioni facciali; sguardo; prossemica aspetti estetici (circa 55%). Il paraverbale, come si parla, modulare il significato delle parole, esprimere emozioni, tono della voce, volume, ritmo e velocità, pause e silenzi (circa 38%). Non meno importante il contatto

diretto medico - paziente. Ben venga la tecnologia a supportare l'azione del professionista, non solo nel rapporto con il paziente, ma anche per favorire i contatti tra i professionisti, favorendo gruppi collaborativi. La sanità italiana necessita di risorse importanti per poter garantire tutti i cittadini con una buona qualità delle cure su tutto il territorio nazionale. Nel 2025 la spesa sanitaria in Italia rispetto al PIL è prevista al 6,4% (in lieve aumento rispetto al 6,3% stimato per il 2024) con un divario rispetto alle medie dei paesi europei (6,9%) e OCSE (7,1%). La spesa sanitaria pubblica in Italia è tra le più basse in Europa. Dati che richiedono politiche economiche conseguenti. Occorre un patto in Parlamento per tutelare il SSN e renderlo adeguato a rispondere alle esigenze dei cittadini. Obiettivo immediato il 7% del finanziamento rispetto al PIL e aumentarlo negli anni per allinearsi alla media europea. Il SSN deve essere una priorità condivisa. ♥

Terapia ipolipemizzante di combinazione nei pazienti con SCA: implementazione di un nuovo protocollo alla luce delle recenti evidenze

Gestione condivisa della terapia ipolipemizzante in pazienti a rischio molto alto

I pazienti con diagnosi di sindrome coronaria acuta (SCA) sono ad elevato rischio di eventi cardiovascolari recidivanti, soprattutto nel primo anno dopo l'evento. In letteratura è stata riportata una incidenza cumulativa di infarto miocardico, ictus o morte cardiovascolare di circa il 10% nei primi 100 giorni, raggiungendo il 33% ad un follow-up di 5 anni. Considerata la correlazione lineare tra la riduzione dei valori di colesterolo LDL (C-LDL) e la riduzione di eventi vascolari maggiori si è cercato di passare da un approccio "stepwise" ad un approccio "strike early and strong". Nel 2023 grazie alla collaborazione delle Cardiologie ospedaliere Martini-Maria Vittoria e Mauriziano di Torino, sulla scorta del protocollo Fast Track applicato dalla cardiologia del Mauriziano a partire dal 2020, è stato applicato un protocollo comune di gestione della terapia ipolipemizzante nei pazienti ricoverati con diagnosi di SCA (STEMI/NSTEMI ed UA), al fine di ottimizzarne la terapia e raggiungere i target di

C-LDL indicati nelle Linee Guida. Numerosi registri real-world hanno evidenziato come solo una bassa percentuale di pazienti raggiungano il target e come questo dipenda per lo più dalla scarsa aderenza terapeutica alla terapia ipolipemizzante ed alla inerzia terapeutica nel follow-up di questi pazienti. Pertanto, dal luglio 2023 al luglio 2024 sono stati arruolati 760 pazienti con diagnosi di SCA ed alla dimissione la tripla terapia ipolipemizzante con statina ad alta intensità + ezetimibe e PCSK9i è stata raccomandata nei seguenti casi: pazienti già in terapia con statine o combinazione statine/ezetimibe con valori di C-LDL > 70 mg/dl, pazienti naïve da terapia con valori di C-LDL > 70 mg/dl ed almeno uno tra diabete mellito, malattia coronarica multivasale o patologia arteriosa periferica, pazienti naïve da terapia con valori di C-LDL > 140 mg/dl, anche in assenza delle comorbidità sopra riportate. Dei pazienti arruolati 217 (il 30% dei pazienti con SCA) sono stati dimessi con statine ad alta intensità, ezetimibe + PCSK9i. Il 53% erano

pazienti che accedevano con diagnosi di STEMI, il 32% di NSTEMI ed il 15% di angina instabile. All'ingresso il valore medio di C-LDL di questi pazienti era di 131 mg/dl. Ad un follow-up a 6 mesi il valore medio di C-LDL ha raggiunto i 42 mg/dl con una riduzione del 68%. Ma soprattutto il 93% di tutti pazienti ha raggiunto un valore di C-LDL < 55 mg/dl ed l'84% ha raggiunto valori di C-LDL < 40 mg/dl. Successivamente è stata eseguita una valutazione a 12 mesi di distanza in ben 198 pazienti ed è emerso che il valore medio di C-LDL tra coloro che hanno continuato ad assumere la terapia era di 24 mg/dl, con il 90% di pazienti ancora a target. Tale esperienza, fondamentale nel sottolineare i benefici della creazione di reti inter-ospedaliere, per la gestione condivisa di pazienti a rischio molto elevato, ha trovato conferma nelle indicazioni delle ultime linee guida europee 2025 sulle Dislipidemie, raccomandando in questa tipologia di pazienti una riduzione $\geq 50\%$ dei valori di C-LDL fino a <55 mg/dL, in classe IA, iniziando una terapia di combinazione anche in pazienti naïve in classe IIA ed in particolare raccomandando una triplice terapia con statine, ezetimibe ed acido bempedoico o un farmaco iniettivo in base alla distanza dal target di C-LDL. Pertanto, l'importanza dell'approccio "strike early and strong" nella gestione della terapia ipolipemizzante nei pazienti con SCA è stata completamente sposata e legittimata, sottolineando, come una ottimizzazione precoce della terapia già alla dimissione, sia necessaria per aumentare il numero di pazienti che raggiungono il target di C-LDL e migliorarne anche l'aderenza, superando i problemi legati al vetusto approccio stepwise. Nel contesto

- Paziente con SCA in terapia con Statine ed Ezetimibe ed LDL > **70** mg/di
Aggiunge Acido Bempedoico e/o I-PCSK9 alla dimissione
- Paziente con SCA in terapia con Statine ed LDL > **70** mg/di
Aggiunge Ezetimibe, Acido Bempedoico e/o I-PCSK9 alla dimissione
- Paziente con SCA naive da Statine con LDL > 55 mg/di ed < 140 mg/di
Aggiunge combinazione Statine ed Ezetimibe ed Acido Bempedoico alla dimissione e controllo a un mese per valutare I-PCSK9
- Paziente con SCA naive da Statine con LDL > 140 mg/di **o > 70 e PAD o DM o MV**
Aggiunge combinazione Statine ed Ezetimibe e I-PCSK9 alla dimissione

Figura 1

delle nuove evidenze, si è inserito il progetto del Piemonte e della Val D'Aosta Clear Pathway, "Il trattamento del paziente dislipidemico al centro", che con l'obiettivo di integrare le terapie orali e l'acido bempedoico in un modello di gestione della terapia ipolipemizzante, si basa sull'utilizzo della distanza dal target come strumento decisionale e sulla personalizzazione del trattamento in base al profilo clinico del paziente. L'iniziativa, coordinata da Federico

Nardi, Giuseppe Musumeci, Ferdinando Varbella e Giuseppe Patti raccomanda infatti una triplice terapia orale come già alla dimissione nei pazienti con SCA naive da terapia e con LDL < 140 mg/dl. Pertanto, coerentemente con il progetto Clear Pathway e l'ultimo aggiornamento delle linee guida, il protocollo Fast Track impiegato presso l'Ospedale Mauriziano e gli Ospedali Maria Vittoria e Martini di Torino è stato ulteriormente implementato con

l'aggiunta dell'acido bempedoico nella terapia di combinazione nei pazienti con SCA, come rappresentato in Figura 1. Tali raccomandazioni nascono dalla volontà di condividere esperienze cliniche delle diverse realtà cardiologiche, con l'obiettivo di uniformare i percorsi terapeutici di questi pazienti nella pratica clinica, facilitando il raggiungimento dei target di C-LDL e la riduzione degli eventi cardiovascolari al follow-up.♥

di *Giuseppina Maura Francese, Carmelo Battaglia, Giuseppe Di Stabile, Sonia Lo Iacono, Annamaria Lo Voi, Rocco Paolo Milluzzo, Vito Pipitone, Danilo Puccio e Caterina Reina*

Congresso Regionale ANMCO Sicilia 2026: Messina crocevia della cardiologia isolana

Tre giorni di scienza, confronto e innovazione nella cornice della Camera di Commercio

Si è concluso sabato 28 marzo il Congresso Regionale ANMCO Sicilia 2026, tre intense giornate di lavoro scientifico ospitate nella prestigiosa sede della Camera di Commercio di Messina, in Piazza Felice Cavallotti. L'evento, accreditato ECM con 14 crediti formativi e rivolto a un ampio ventaglio di specialisti, dalla cardiologia alla medicina generale, dalla nefrologia all'endocrinologia, ha riunito oltre duecento professionisti in un programma denso e articolato, capace di toccare le principali sfide della cardiologia contemporanea. A presiedere il congresso in qualità di Responsabile Scientifico e Presidente Regionale ANMCO Sicilia è stata la

Dott.ssa Giuseppina Maura Francese: la macchina organizzativa ha potuto contare sul coordinamento della Dott.ssa Giovanna Geraci, Vice Presidente ANMCO e Past President ANMCO Regionale, nonché sul lavoro corale dell'intero Consiglio Direttivo Regionale, composto da Carmelo Battaglia, Giuseppe Di Stabile, Sonia Lo Iacono, Annamaria Lo Voi, Rocco Paolo Milluzzo, Vito Pipitone, Danilo Puccio e Caterina Reina, e dalla collaborazione del Dott. Antonio Duca, che ha coordinato le attività in loco. La scelta di Messina come sede congressuale si deve ad una scelta strategica del Direttivo che ha proposto e sostenuto la candidatura della città

dello Stretto. L'evento ha goduto del patrocinio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, della Camera di Commercio e della Città di Messina, a testimonianza del forte radicamento istituzionale del congresso nel tessuto cittadino.

Un programma scientifico ricco e trasversale

Il programma, articolato in sessioni plenarie e parallele distribuite tra la Sala Borsa e la Sala Giunta, ha saputo coprire con ampiezza e profondità i principali ambiti della cardiologia contemporanea. La prima giornata si è aperta con un tema di grande attualità, la cardiologia di genere, per poi affrontare la morte cardiaca improvvisa, le novità in elettrofisiologia e la prevenzione cardiovascolare alla luce dei nuovi algoritmi ESC. Particolare rilievo ha avuto, nella prima giornata, la sessione dedicata al nursing cardiologico, guidata dalle coordinatrici Monalisa Gaziano, Letteria Russo e supervisionata dal Dott. Danilo Puccio, che ha riconosciuto e valorizzato il ruolo ormai imprescindibile dell'infermiere nella gestione del paziente cardiovascolare. Dall'area critica all'ambulatorio, dallo scompenso alla riabilitazione, la figura infermieristica rappresenta una componente integrante del team cardiologico, e la sua presenza in un congresso scientifico di questa portata testimonia la consapevolezza, ormai condivisa dalla comunità cardiologica siciliana, che la qualità delle cure nasce dalla collaborazione tra tutte le professionalità che ruotano attorno al paziente. Le tre giornate hanno toccato temi che spaziano dall'emodinamica interventistica allo shock cardiogeno, dalle valvulopatie alle cardiomiopatie, dalla fibrillazione atriale all'ipertensione arteriosa, dallo



scompenso cardiaco alle dislipidemie, dalle emergenze cardiovascolari alla sincope, dalla cardiologia pediatrica e delle cardiopatie congenite fino alla cardiologia sportiva. Ampio spazio è stato dedicato anche alle frontiere dell'innovazione tecnologica: l'intelligenza artificiale applicata alla diagnosi e alla prevenzione della morte improvvisa dell'atleta, l'editing genetico CRISPR-Cas9 nelle cardiomiopatie da accumulo, i dispositivi impiantabili di ultima generazione e il conduction system pacing hanno testimoniato come la cardiologia siciliana guardi con interesse e competenza alle nuove sfide del futuro. La Lettura Magistrale del Prof. Massimo Grimaldi, Presidente ANMCO, su sincopi, bradiaritmie e cardioneuroablazione, presentata dalla Dott.ssa Francese, ha chiuso i lavori scientifici della giornata inaugurale, cui è seguita la cerimonia di apertura. Le successive Letture Magistrali del Prof. Michele Massimo Gulizia sugli agonisti recettoriali dei GLP1RA, presentata dalla Dott.ssa Geraci, nonché del Dott. Domenico Gabrielli sullo scompenso cardiaco a funzione preservata e del Dott. Federico Nardi sugli SGLT2i hanno offerto approfondimenti di alto livello, mentre la Tavola Rotonda "Dall'ospedale al territorio: quando il cuore ha bisogno di una squadra" ha affrontato il nodo cruciale dell'integrazione tra cure ospedaliere e assistenza territoriale.

Non solo scienza: i momenti conviviali

Accanto al rigore delle sessioni scientifiche, non sono mancati momenti di convivialità che hanno arricchito l'esperienza congressuale e favorito il dialogo informale tra colleghi. Il "CardioApe: l'aperitivo dove si parla col cuore" ha chiuso i lavori del venerdì con un format originale: davanti a



un leggero aperitivo, i partecipanti hanno potuto confrontarsi in modo informale con gli esperti su temi quali iperomocisteinemia, nutraceutici, acido urico e potassium binders, in un'atmosfera rilassata che ha stimolato un dibattito spontaneo e partecipato. La serata è poi proseguita con la cena della Faculty, occasione preziosa per consolidare i rapporti professionali e umani tra i relatori e rafforzare quello spirito di squadra che rappresenta il tratto distintivo della cardiologia siciliana.

Formati innovativi: il Cardiac Pursuit e i casi clinici complessi

Elemento distintivo del congresso è stata l'adozione di formati didattici interattivi. Il Cardiac Pursuit, ideato in origine dal Dott. Carmine Riccio e proposto in questa sede in diverse sessioni lungo le tre giornate, ha stimolato il confronto diretto tra i partecipanti su scenari clinici complessi, favorendo un apprendimento esperienziale in linea con le più moderne metodologie formative. Infine, la sessione dedicata

ai casi clinici ha suscitato notevole interesse, con un dibattito costruttivo tra gli specialisti dei vari centri sulla gestione collaborativa dei casi più complessi.

Un congresso che guarda al futuro

Il Congresso ANMCO Sicilia 2026 si conferma come un appuntamento di riferimento per la cardiologia isolana e non solo. La ricchezza del programma, oltre venti ore di formazione effettiva, più di cento relatori da tutta la Sicilia, sessioni plenarie e parallele distribuite tra la Sala Borsa e la Sala Giunta, testimonia la vitalità di una comunità scientifica che, sotto la guida del Consiglio Direttivo Regionale, ha saputo coniugare rigore scientifico, spirito di collaborazione e apertura all'innovazione tecnologica. Un sentito ringraziamento va alla segreteria organizzativa: HEALTH&LIFE, parte di CnC GROUP, in particolare ad Albino Ventura e Chiara Signorelli ed a tutto lo staff per il supporto tecnologico ed operativo. Un congresso che ha saputo parlare al cuore, in ogni senso, della cardiologia siciliana.♥



Il cuore torna in piazza: il Truck Tour Banca del Cuore protagonista in Veneto

Mentre per la città di Rovigo la presenza del Truck di Banca del Cuore è stata una graditissima conferma, per Cittadella è stata una entusiasmante novità, con prenotazioni on-line subito terminate e tanti cittadini in fila già da ore prima dell'apertura per tutte e tre le giornate

“**N**demo dar na controladina al cuor!” Anche per il 2025 - 2026 il Truck Tour della Banca del Cuore di Fondazione per il Tuo Cuore, progetto di prevenzione cardiovascolare che da diversi anni continua a girare tutto lo stivale italiano riuscendo in poco tempo e gratuitamente a fornire un rapido ed efficace controllo dei principali valori ematochimici, dell'elettrocardiogramma e dei valori pressori. Tutti i dati registrati durante lo screening sono poi accessibili mediante una “card” unica rilasciata sul Truck, sul sito web di Banca del Cuore (www.bancadelcuore.it), aggiornabile nel tempo. Quest'anno è stato possibile avere due date in Veneto: alla tappa di Rovigo, che anche quest'anno si è svolta in pieno centro città (Piazza Vittorio Emanuele II), grazie al contributo di Amici del Cuore di Rovigo e della Fondazione Cariparo, si è aggiunta (precedendola di pochi giorni) la tappa di Cittadella (Padova), anch'essa svoltasi nel suo

cuore pulsante come Piazza Pierobon: due sedi indubbiamente suggestive e rappresentative dell'urbanistica veneta. L'iniziativa come noto prevede in poco tempo (non più di 20 minuti dall'entrata all'uscita del Truck) la raccolta di dati anamnestici, dei valori di pressione arteriosa, e di alcuni esami ematici per escludere la presenza di fattori di rischio potenzialmente rimovibili (diabete, ipercolesterolemia, iperuricemia) o alterazioni elettrocardiografiche silenti come aritmie atriali e/o ventricolari. Il counseling medico finale, permette con l'aiuto dei 23 opuscoli forniti da Fondazione per il Tuo cuore sempre molto apprezzati, di sensibilizzare soprattutto i giovani a promuovere uno stile di vita corretto con consigli su eventuali terapie farmacologiche, da confermarsi poi con il medico curante e/o approfondimenti cardiologici mirati. I social, le radio e i giornali locali hanno permesso un tutto esaurito delle prenotazioni on-line sia a Rovigo (dalla zona dell'“Alto” fino al “Basso”

polesine) che a Cittadella, raccogliendo anche prenotazioni da diverse zone della provincia di Padova, che conta circa 1 milione di abitanti. Anche quest'anno si è riusciti a raccogliere una popolazione dall'età media costantemente inferiore ai 65 anni, addirittura sotto i 60 anni per le donne. Diversi giorni prima delle due tappe di Cittadella (19-21 febbraio) e Rovigo (23 - 25 febbraio) i posti online erano già esauriti, con necessità di organizzare file ordinate per i non prenotati fin dalle prime ore del mattino fino quasi a dopo la chiusura: gli orari di apertura erano per i tre giorni dalle 09.00 alle 19.00, come sempre. La tappa di Rovigo ha visto come l'anno scorso un importante contributo medico-infermieristico della Cardiologia guidata dal primario Francesco Zanon in modo “trasversale” dall'UTIC



Figura 1 - Il Sindaco di Rovigo con il Dott. Claudio Picariello sul Truck nella tappa di Rovigo



Figura 2 - Il Dott. Giampaolo Pasquetto con il suo team

passando dal Reparto di Cardiologia fino agli ambulatori con una media di 4 medici e 3 infermieri al giorno. Si sono registrate tra le gradite visite quella del Sindaco Valeria Cittadin e del Prefetto di Rovigo che si è anch'essa sottoposta a un controllo. Si è cercato anche quest'anno di accontentare tutti i non prenotati, grazie all'aiuto degli instancabili volontari di Rotary Rovigo che hanno permesso con ordine a tutti (specie i più anziani) di poter accedere al Truck e garantire una comoda accoglienza durante le attese con sedie ed una chiacchierata di compagnia. Nonostante ciò, più di 50 persone senza prenotazione non sono riuscite ad accedere agli screening, ma in 10 ore di apertura giornaliera quest'anno con una migliore organizzazione si è comunque riuscito a screenare ben 315 pazienti. Tra i dati che hanno colpito, una fibrillazione atriale silente poi trattata dai colleghi di turno in ospedale, e fortunatamente, una bassa percentuale di pazienti

fumatori rispetto agli anni scorsi con maggior prevalenza di "sigarette elettroniche": anche in questo caso il counseling e l'opuscolo dedicato hanno permesso di fare chiarezza e prevenzione. Anche la tappa di Cittadella, al "prime time" con il Truck Tour Banca del Cuore, ha visto una grande risposta della popolazione cittadina ma anche di buona parte della provincia di Padova, avvisata dell'evento sempre grazie a social, radio e testate giornalistiche locali. Il personale medico e infermieristico guidato dal presidente regionale ANMCO Giampaolo Pasquetto, anch'egli coinvolto in prima persona nelle tre giornate, si è con entusiasmo prestato all'iniziativa con ritmi sempre serrati e numeri non inferiori alla media (più di 100 screening al giorno). Vi sono state le gradite visite la gradita visite del Sindaco Luca Pierobon e del vicesindaco Marina Beltrame, del Direttore Generale dell'Azienda ULSS 6 Euganea, Dott. Paolo Fortuna, che

ha espresso il suo ringraziamento per il lavoro svolto volontariamente da medici ed infermieri della Cardiologia di Cittadella, e del Presidente Amici del Cuore di Cittadella Giancarlo Argolini. Tra le problematiche emerse nello screening: una tendenza ad elevati valori di ipertensione diastolica anche nei giovani sotto i 50 anni, una rilevante prevalenza di iperuricemia, spesso poco attenzionata come fattore di rischio cardiovascolare aggiuntivo, ed infine molti casi di dislipidemia in giovanissima età (anche sotto i 40 anni). In tutti questi casi è emerso una scarsa consapevolezza dei rischi annessi alle alterazioni riscontrate, così come dell'importanza di un trattamento prima con adeguato stile di vita e poi eventualmente con farmaci). I due eventi hanno riscosso anche l'interesse di RAI Regione Veneto, che ha concesso uno spazio nei TG regionali per promuovere l'iniziativa. Alla conclusione delle tre giornate, un po' di malinconia ha prevalso sulla stanchezza: Rovigo (ancora una volta) e Cittadella (per la prima volta) si sono dimostrate piazze con una grande necessità di fare screening ed estenderlo in modo capillare ai giovani, nonostante un buon stato di salute delle cardiologie in Veneto. Un ringraziamento sincero sempre alle amministrazioni Comunali di Rovigo e Cittadella, al Presidente della Fondazione per il Tuo Cuore Gabrielli ed al Presidente del Truck Tour Michele Gulizia: gli anni passano, ma nonostante la difficoltà per noi cardiologi ospedalieri e per gli infermieri di "uscire dall'ospedale", l'entusiasmo per portare in piazza la prevenzione aumenta di anno in anno... Speriamo anche per il prossimo!♥



Webinar “Regioni 4.0 - Percorso gestionale dello shock cardiogeno” 16 febbraio 2026

Un progetto ANMCO per promuovere il confronto, far emergere le criticità e migliorare le reti cliniche in cardiologia

Il 16 febbraio 2026 si è svolto un incontro volto a migliorare la gestione dello shock cardiogeno, condizione tempo - dipendente ad elevata complessità clinica e prognostica, caratterizzata ancora da elevata mortalità, nonostante i progressi terapeutici degli ultimi anni. Hanno moderato il Webinar Giovanna Geraci, Massimo Milli, Fabiana Lucà e Serafina Valente. La Dott.ssa Serafina Valente, Coordinatrice del Club Nazionale delle UTIC ANMCO, è stata attivamente coinvolta in questo progetto, alla luce della sua lunga esperienza in ambito di terapia intensiva cardiologica e di shock cardiogeno, la quale ha segnalato che, tramite il Censimento ANMCO, sappiamo che in Italia non c'è una rete dello shock cardiogeno; la mortalità per questa patologia è, tuttavia, elevatissima, intorno al 50% (dati AGENAS 2022); la maggior parte dei pazienti affetti da shock cardiogeno non è ricoverata in UTIC, ma spesso in rianimazione. È descritto che in contesti ben organizzati la sopravvivenza, invece, arriva al 70%. È necessario, perciò, integrare un approccio terapeutico

multidisciplinare, la disponibilità di supporti meccanici ed una rete definita per i percorsi di cura. Al momento il percorso gestionale non è formalizzato e i modelli di interazione tra centri hub e spoke non sono uniformi, né codificati. È proprio, però, l'identificazione precoce del paziente, la stratificazione del rischio e la fenotipizzazione ed il conseguente trasferimento tempestivo a centri hub la chiave di miglioramento. La *Survey percorso gestionale dello Shock Cardiogeno by Club delle UTIC & Regioni 4.0 ANMCO* rivolta ai Responsabili delle Unità Operative di Cardiologia ha “fotografato” in questi mesi lo *status quo*, analizzando sia pratiche positive sia criticità. È proprio l'analisi dei risultati della Survey a rivelarsi utile per promuovere un nuovo modello hub - spoke. Il Dott. Milli ha indicato come la prima domanda della Survey è se nella propria regione sia formalmente definito un centro hub di riferimento per lo shock cardiogeno; poi se il proprio centro disponga di un percorso gestionale strutturato; se esista un protocollo condiviso tra hub e spoke per i criteri per il

trasferimento (ambulanza o altro mezzo/quale professionista effettua il trasferimento); quale sia mediamente il tempo necessario per ottenere il trasferimento. La maggior parte delle risposte proviene da centri che non dispongono di Cardiochirurgia, ma di Emodinamica. I tipi di dispositivi disponibili sono: IABP, Impella, ECMO, ventilazione invasiva, CRRT. Il tipo di definizione di shock cardiogeno nella maggior parte dei casi è basato sulla classificazione SCAI; a volte secondo diagnosi clinica. I tipi di shock cardiogeno più rappresentati sono la sindrome coronarica acuta, seguito dalla riacutizzazione di scompenso cardiaco cronico. Nella maggior parte dei centri che hanno risposto si possono eseguire coronarografia, RMN, impianto di dispositivi di supporto al circolo. Sul tipo di terapia con inotropi i farmaci più utilizzati sono noradrenalina e dobutamina, levosimendan. Un numero rilevante di pazienti dal centro spoke viene trasferita in rianimazione. Il Webinar è proseguito con la presentazione dei risultati dalle Regioni. La Dott.ssa Bianca Iadanza, della Regione ANMCO Abruzzo, ha segnalato che in Abruzzo le due Cardiochirurgie sono a Chieti e Teramo. Il trasferimento dai centri è spesso superiore ai 60 minuti. La programmazione della rete dello shock cardiogeno in Abruzzo è ancora “primordiale”. Il Presidente Regionale ANMCO Marche, il Prof. Umberto Berrettini, ha segnalato che il centro hub regionale è Ancona. Gli hub sono Pesaro – Ancona - Ascoli Piceno e sono connesse per via aerea; il medesimo mezzo (aereo) viene utilizzato per centri più lontani, come Camerino. Sono state coinvolte le rianimazioni per un protocollo condiviso con i cardiologi. Il tempo



necessario per trasferimento dai centri è spesso inferiore ai 60 minuti. I dispositivi di assistenza sono presenti, l'ECMO è disponibile solo ad Ancona. La maggior parte delle eziologie è ischemica, confermando una tendenza presente in tutte le Regioni. Il Presidente ANMCO Molise, Antonio Trivisonno, dell'Ospedale di Campobasso ha auspicato lo sviluppo di una rete per lo shock cardiogeno. L'unica Cardiocirurgia è a Campobasso in un ospedale privato che dispone dell'ECMO. La RMN è eseguibile, spesso presente in un'altra struttura. Il Presidente ANMCO Toscana, Emilio Maria Pasanisi, ha segnalato come la regione Toscana si sia già occupata dal 2020 di rete per lo shock cardiogeno. È stata creato un ECMO team a Careggi a Firenze (è un team mobile che si può spostare in centri spoke per eventuale trasferimento in hub). Stante questa realtà, alcuni intervistati non hanno avuto l'impressione che la rete sia ben

organizzata, mancando una efficace comunicazione tra hub e spoke. In un terzo dei casi l'orografia del territorio rende il tempo necessario per i trasferimenti superiore ai 120 minuti. Si preferisce spesso il trasferimento in cardiocircolazione, confermando una tendenza presente anche nelle altre Regioni. Il Presidente ANMCO Trentino-Alto Adige, Marco Borghesi, segnala come Trento e Bolzano siano due Province autonome, completamente indipendenti. La Cardiocirurgia è presente solo a Trento. Non c'è un percorso formalizzato per lo shock cardiogeno. Il tempo di trasferimento verso il centro hub è garantito entro i 120 minuti. La metà dei pazienti con shock cardiogeno è gestito dalla rianimazione. Tutti i centri hanno la possibilità di eseguire la RMN. Nel centro di Trento è in via di sviluppo il PDTA shock cardiogeno. In conclusione, i Dottori Valente e Milli hanno evidenziato come le reti

regionali non siano omogenee. È perciò necessario disegnare la rete dello shock cardiogeno, sul modello della rete tempo dipendente STEMI, esemplare in Italia. La maggior parte dei pazienti viene trasferita nelle cardiocircolazioni: ciò vuol dire che è mandatorio investire sulla formazione dei cardiologi intensivisti. Non ci sono, inoltre, protocolli condivisi sulle modalità di trasporto, *in primis* su quali professionisti coinvolgere, *in secundis* sul mezzo da utilizzare (problemi pratici che si vengono a creare: paziente con IABP non viene accettato dall'elisoccorso; paziente con ECMO viene accettato solo da aerei militari). In breve, la Dott.ssa Geraci si è focalizzata sull'incremento della nostra sensibilità clinica sul fattore tempo; la Dott.ssa Lucà ha auspicato una maggiore formazione, in modo da aumentare la consapevolezza sullo shock cardiogeno. ♥



Webinar “Regioni 4.0 - Percorso gestionale dello shock cardiogeno” 16 marzo 2026

Il 16 marzo si è tenuto un altro Webinar del progetto *Percorso gestionale dello Shock Cardiogeno by Club delle UTIC & Regioni 4.0 ANMCO*, proseguendo quindi la disamina dei risultati della omologa Survey in altre Regioni. I Moderatori sono stati i Dottori Massimo Milli, Serafina Valente, Giovanna Geraci e Fabiana Lucà. Il Dott. Marco Vatrano, Presidente Regionale ANMCO Calabria, ha presentato i risultati della Survey relativamente alla propria regione: non c'è un centro di riferimento riconosciuto per lo shock cardiogeno. I percorsi gestionali vengono condivisi all'interno dell'ospedale e tra hub e spoke, ma non sono formalizzati. La definizione di non è univoca. L'eziologia è prevalentemente SCA - relata. I tempi di trasferimento sono sovrapponibili a quelli nazionali. Il trasferimento avviene prevalentemente in rianimazione. La Dott.ssa Francesca Lanni, Consigliera ANMCO Campania, espone le evidenze regionali: sono stati delineati centri di riferimento, ma i percorsi non sono chiaramente ufficializzati. La classificazione SCAI di shock cardiogeno è la più comunemente impiegata. La natura dello shock cardiogeno è *in primis* da riferirsi a causa ischemica, *in secundis* a recrudescenza di scompenso cardiaco. I tempi di trasferimento

sono in genere compresi tra 60 e 120 minuti. I pazienti vengono gestiti prevalentemente in rianimazione/ cardiorianimazione (meno in UTIC perché intubati). La Dott.ssa Annamaria Iorio, Presidente Regionale ANMCO Lombardia, ha parlato dei dati regionali. Molti centri di riferimento non risultano definiti e molti percorsi non sono strutturati. La definizione SCAI è la più usata. L'eziologia ischemica è la più frequente. Nella maggior parte dei casi il tempo di trasferimento è entro 60 minuti e, nei restanti casi, entro 120. Anche in questo caso, i pazienti sono più frequentemente ricoverati in rianimazione/cardiorianimazione. Quasi la totalità delle UTIC utilizza ventilazione non invasiva, Impella, IABP, CRRT, confermando un dato nazionale. Le procedure più spesso eseguite sono la coronarografia e a seguire l'impianto di dispositivi di assistenza al circolo, anche questo a conferma di tendenze nazionali. Il Dott. Gianluca Zingarini, Presidente Regionale ANMCO Umbria, segnala che non è stato individuato un centro di riferimento. La classificazione SCAI risulta la più utilizzata. L'infarto miocardico acuto rappresenta la prima causa di shock cardiogeno. Il tempo di trasferimento rientra mediamente nei 60 minuti, a volte entro 120. A differenza che nelle

altre Regioni i pazienti non vengono trasferiti in rianimazione generale, bensì in cardiorianimazione/UTIC. La Dott.ssa Maria Maddalena De Francesco, Presidente Regionale ANMCO Basilicata, ha evidenziato che, *de facto*, il centro di riferimento è il San Carlo di Potenza (l'unico centro con Cardiochirurgia), tramite percorsi non sistematici, ma “interni”. La definizione è nel 50% dei casi clinica, nel 50% dei casi SCAI. La genesi appare primariamente ischemica. Anche in questo caso, i pazienti sono più assiduamente trasferiti presso la rianimazione/cardiorianimazione. La terapia è in linea con gli altri centri: noradrenalina e levosimendan sono i farmaci specifici più comunemente impiegati. A conclusione, Il Dott. Massimo Milli, ha fatto notare come la Survey mostri omogeneità tra le Regioni, pur con i dovuti distinguo. Il Dott. Fabrizio Oliva, Past President ANMCO, ha confessato una certa delusione, soprattutto per l'assenza di percorsi condivisi e, in molti casi, l'affidamento della gestione dello shock cardiogeno non all'UTIC, ma alla rianimazione generale. Anche per implementare e colmare tali carenze, spesso anche segnale di un vuoto istituzionale, al prossimo Congresso Nazionale ANMCO allo shock cardiogeno sarà dato ampio spazio e dedicata una “Main Session”. La Dott.ssa Serafina Valente ha sottolineato come sia importante standardizzare i percorsi e adeguare la gestione dello shock cardiogeno in Italia a quella di altri paesi, come gli USA. Per ottenere ciò, è fondamentale che i cardiologi si interfaccino con i decisori che a volte si rivelano, fortunatamente, illuminati, come nel caso del progetto della Regione Umbria sullo shock cardiogeno.♥



La cardiomiopatia aritmogena: quattro mosse per mettere sotto scacco una malattia subdola

Quattro mosse cliniche per riconoscere la CMA prima dell'arresto cardiaco

Non ho mai saputo giocare a scacchi. Ci ho provato un paio di volte senza riuscirci. Eppure, mi ha sempre affascinato la capacità dei giocatori di non inseguire semplicemente l'avversario, ma di costruire una strategia, immaginando le mosse una dopo l'altra. Ogni mossa si inserisce in un disegno più ampio, in una precisa strategia operativa. È questa caratteristica che richiama la medicina, in particolare una delle sfide più complesse per medici e cardiologi dello sport: la diagnosi di cardiomiopatia aritmogena (CMA). Anche qui non basta reagire a un singolo elemento: bisogna leggere pochi indizi, collegarli e costruire un ragionamento clinico. A Treviso, insieme agli specializzandi, lavoriamo proprio così: di fronte a casi reali valutiamo quale strada intraprendere e dove ogni scelta possa condurre. Perché il ragionamento clinico è il cuore della medicina e, in medicina dello sport, è spesso sostituito da automatismi e protocolli. Senza ipotesi diagnostiche, ci si allontana dalla diagnosi. La CMA ha una prevalenza tra 1:2,000. Nel 40 - 50% delle forme destre si identificano mutazioni desmosomiali, mentre

nelle forme sinistre la percentuale è circa 10 - 15%. È una patologia che si insinua tra i miociti e sostituisce progressivamente il miocardio con tessuto fibro - adiposo, frammentando la conduzione elettrica e creando un substrato instabile, spesso fatale. Il problema è che non si presenta sempre allo stesso modo. A volte è evidente, con un ECG eloquente che sembra avvisarti: *<<Fai attenzione, potrei andare in arresto cardiaco>>*, come nel caso di Gabriele (Foto 1). Altre volte è silente, mimetizzata, difficile da riconoscere. Spesso, la diagnosi non nasce mai da un singolo dato: storia familiare, ECG, sintomi e aritmie ventricolari devono sempre essere collegati. La chiave è pensarci. Non sorprende che, nonostante controlli ripetuti, la CMA resti ancora oggi una delle principali cause di arresto cardiaco negli atleti. La risposta sta nella sua natura: spesso silenziosa, quasi sempre elettricamente instabile. Questo è anche il terreno di responsabilità, e talvolta di solitudine, del medico dello sport, chiamato non solo a eseguire lo screening, ma a interpretarlo e ad assumersi la decisione finale. Una responsabilità che non può essere

delegata e che il medico dello sport non vuole delegare. Negli ultimi anni si è assistito a uno spostamento decisionale verso noi cardiologi, contribuendo all'inquadramento clinico ma non firmiamo l'idoneità, talvolta influenzandola. Una discrepanza che apre una riflessione etica: decidere sul futuro umano e sportivo di un atleta significa assumersi quella responsabilità fino in fondo. Da qui nasce una domanda: come migliorare la nostra capacità di riconoscere una malattia così sfuggente? Da qui una proposta operativa: quattro mosse, come in una partita a scacchi.

La prima mossa è, apparentemente, la più semplice: fare sport

In Italia, sin 1982, lo screening medico-sportivo è obbligatorio per gli atleti agonisti: anamnesi, visita clinica, ECG e, da almeno vent'anni, prova da sforzo. Nella nostra esperienza, circa il 60% dei giovani atleti affetti da CMA giunti al centro di Treviso nasce dallo screening. Non da eventi drammatici, ma da indizi: familiarità, sintomi sfumati, minime alterazioni elettrocardiografiche nel tempo, molto spesso da aritmie durante lo sforzo. Spesso la partita si gioca in questo scenario. Lo screening rappresenta un filtro unico: senza accesso allo sport e senza screening, molte diagnosi non emergerebbero e si manifesterebbero in modo tragico. Per questo, dire che lo sport può salvare la vita, non è uno slogan, ma un dato clinico.

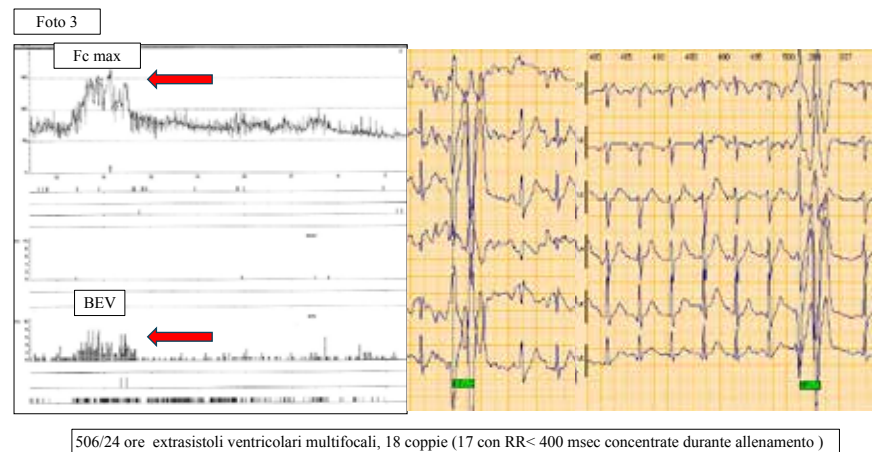
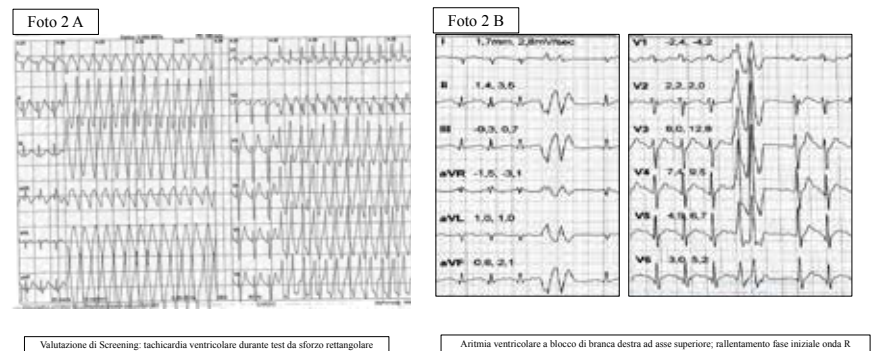
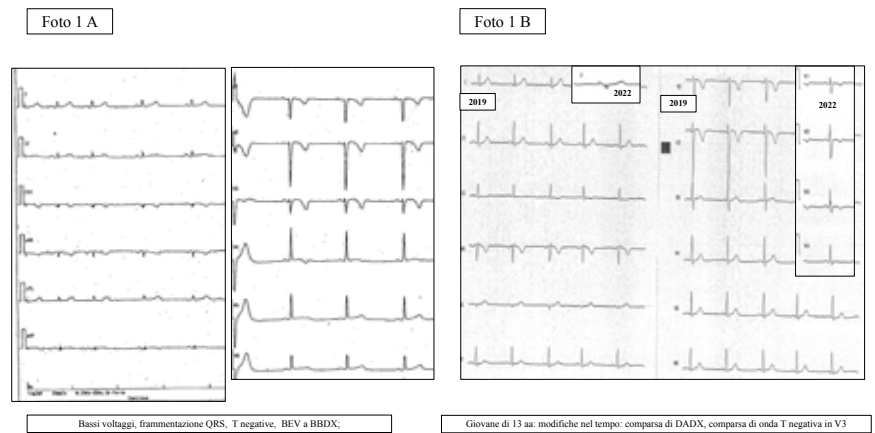
La seconda mossa: analizzare attentamente l'elettrocardiogramma e le sue modifiche nel tempo

L'ECG è il "selfie elettrico del cuore", ma la sua qualità dipende da come viene eseguito. Posizionamento

degli elettrodi, impostazione dei filtri e qualità del segnale non sono dettagli tecnici, ma passaggi clinici. Il sistema di filtraggio è troppo spesso sottovalutato: impostazioni come 0,5 - 40 Hz riducono il rumore ma possono eliminare segnali “deboli” ma fondamentali, come frammentazioni del QRS e alterare la rilevazione ad alto voltaggio come gli spike del PM. Soprattutto, l’ECG non va mai interpretato isolatamente: il punto decisivo è il cambiamento nel tempo. Secondo alcune linee guida, un’onda T negativa in V2 può essere considerata normale nei soggetti under 16, tuttavia la sua comparsa rispetto a un tracciato precedente deve essere considerata un segnale di allarme. Inoltre, grazie al confronto con i precedenti, in questo contesto non è raro osservare riduzione dei voltaggi o modifiche dell’asse elettrico. Per questo non ci si può fermare a un ECG “one shot”. (Foto 1B).

La terza mossa: allargare lo sguardo alla famiglia

La CMA è spesso una malattia genetica a trasmissione autosomica dominante. Di fronte a un sospetto, lo screening dei familiari deve essere parte integrante del percorso diagnostico. La valutazione familiare è spesso decisiva: la malattia può essere presente in un genitore senza essere mai stata riconosciuta prima. Riscontrare le stesse anomalie rendere la diagnosi molto più semplice. Così, da un sospetto in un giovane atleta, la diagnosi può estendersi all’intero nucleo familiare. L’impatto psicologico è enorme, ma lo è anche il potenziale preventivo. La storia di Riccardo e di suo padre Fabio lo dimostra: un ECG sospetto nel figlio porta a confermare la diagnosi



anche nel padre, completamente asintomatico e ignaro di tutto. L’impianto di ICD in prevenzione primaria è stato decisivo: entrambi sono stati salvati da un arresto

cardiaco. Un dubbio in un ragazzo può diventare una diagnosi salvavita per un’intera famiglia.

La quarta mossa: analizzare la relazione tra aritmie e sforzo fisico

Le aritmie ventricolari rappresentano spesso il primo vero indizio. Il primo segnale che accende il ragionamento clinico. È attraverso la loro comparsa, soprattutto in relazione allo sforzo, che si costruisce, nella maggior parte dei casi, un percorso indiretto che porta alla diagnosi. Nel contesto delle patologie aritmogene, il test da sforzo è un “generatore” di instabilità elettrica. Deve essere realmente massimale: nei giovani brevi e intenso, negli adulti senza interruzioni precoci. In queste condizioni emergono aritmie ventricolari, spesso espressione di un substrato aritmogeno. Il caso di Francesco lo dimostra: tachicardia ventricolare al picco del test da sforzo rettangolare (Foto 2A), diagnosi di CMA e impianto di ICD gli hanno salvato più volte la

vita. Ma il punto focale è un altro. Per anni ci siamo concentrati sul numero delle aritmie. Oggi sappiamo che questo criterio, da solo, non è sufficiente. Ciò che conta davvero è la relazione con lo sforzo e il grado di complessità: polimorfismo, forme complesse e ripetitive. La morfologia rimane un elemento importante, come il classico pattern a blocco di branca destra con asse superiore (Foto 2B), ma non è mai esclusiva né sufficiente da sola. La storia di Andrea Pinarello ha rappresentato un punto di svolta: poco più di 500 extrasistoli ventricolari nelle 24 ore, numero apparentemente modesto, ma quasi completamente concentrate durante sforzo con caratteristiche di complessità (Foto 3). La storia di Andrea ha contribuito a ridefinire il

modo di interpretare il significato delle aritmie. Le quattro mosse, se applicate con coerenza, funzionano: intercettano, anticipano, proteggono. Quando non accade, la malattia torna a essere quello che è sempre stata: silenziosa, imprevedibile, spietata. Per questo il “modello italiano” non merita soltanto di essere difeso. È da applicare con rigore. ♥

International criteria for electrocardiographic interpretation in athletes: Consensus statement Jonathan A Drezner *BJM* 2017 May;51(9):704-731. doi: 10.1136/bjsports



Abilità delle tecniche di imaging di valutare il carico di amiloide: scintigrafia o risonanza magnetica?

Confronto tra scintigrafia con difosfonati e risonanza magnetica cardiaca

Le tecniche di imaging rivestono ormai un ruolo fondamentale non solo nella diagnostica ma anche nel follow-up dei pazienti con amiloidosi cardiaca. Progressi importanti nell'utilizzo della risonanza magnetica cardiaca (RMC) e il ruolo centrale della scintigrafia con difosfonati (99mTc-DPD) nell'algoritmo diagnostico non bioptico ampiamente utilizzato, hanno portato a un enorme aumento delle diagnosi in tutto il mondo. Inoltre, nuove terapie disease modifying specifiche sono ora in uso clinico di routine e diversi ulteriori farmaci sperimentali sono oggetto di attiva ricerca attraverso ampi studi clinici internazionali. Di conseguenza, vi è un'urgente necessità di identificare modalità di imaging che traccino accuratamente la risposta alle terapie e le variazioni del carico di amiloide cardiaca. Due recenti lavori scientifici pubblicati dai ricercatori del National Amyloidosis Center (NAC) di Londra su importanti riviste internazionali provano a chiarirci le idee sulla capacità delle metodiche di imaging di valutare il burden di amiloide nel cuore.

Ruolo della scintigrafia con difosfonati

La scintigrafia con 99mTc-DPD è una pietra miliare dell'algoritmo diagnostico dell'amiloidosi cardiaca da transtiretina (ATTR-CM), grazie al quale circa il 70% dei pazienti affetti da questa malattia viene oggi diagnosticato senza eseguire una biopsia extracardiaca o cardiaca. Nonostante il fatto che il ligando a cui si legano i traccianti ossei marcati con 99mTc rimanga sconosciuto, l'elevata sensibilità del 99mTc-DPD nell'identificare i depositi di amiloide TTR nel cuore lo rende una modalità di imaging utile non soltanto nella fase diagnostica ma potenzialmente anche per il monitoraggio della risposta al trattamento. In altri termini, variazioni della captazione di tracciante nel cuore durante terapie disease modifying potrebbero indicare la risposta o meno alla terapia specifica. Per rispondere a questo quesito i ricercatori del NAC hanno condotto uno studio di imaging multimodale, comprendente l'ecocardiografia, la risonanza magnetica cardiaca (CMR), i biomarcatori ematici (NT-proBNP e Troponina) e la scintigrafia

con 99mTc-DPD, per determinare l'utilità della scintigrafia seriata nel monitorare la risposta al trattamento e le variazioni del carico di amiloide cardiaca (Razvy et al JACC Cardiovasc Imaging. 2025;18:899 - 908). Lo studio retrospettivo ha valutato 66 pazienti trattati con terapie disease modifying (tafamidis, inotersen, patisiran), con scansioni pre e post trattamento a circa 27 mesi di distanza, analizzando la percentuale di dose iniettata (PID) e il Perugini score come indicatori di carico amiloide. La riduzione media di PID è stata di circa l'1,5%, statisticamente significativa, ma non correlata con altri biomarcatori di severità o miglioramento clinico. In particolare, non è stata trovata alcuna correlazione significativa tra variazioni di PID e parametri ecocardiografici, biomarcatori come NT-proBNP, o dati di risonanza magnetica cardiaca (Figura 1 pannello superiore). In circa il 42% dei pazienti si osservava un miglioramento della scintigrafia (riduzione del Perugini score o PID), associato a un peggioramento clinico o di altri biomarcatori, evidenziando discordanza tra i dati di scintigrafia e l'andamento clinico e suggerendo che la riduzione di uptake potrebbe riflettere una diminuzione della formazione di nuovo amiloide piuttosto che una regressione del carico totale. La variabilità della fissazione del tracciante potrebbe essere influenzata da redistribuzione tra compartimenti corporei, come tessuti molli e ossa, che competono per il legame con i traccianti, rendendo difficile interpretare i cambiamenti nel tempo. Se da una parte la natura del legame tra i traccianti ossei e componenti della amiloide cardiaca non sono ancora chiaramente compresi, dall'altra

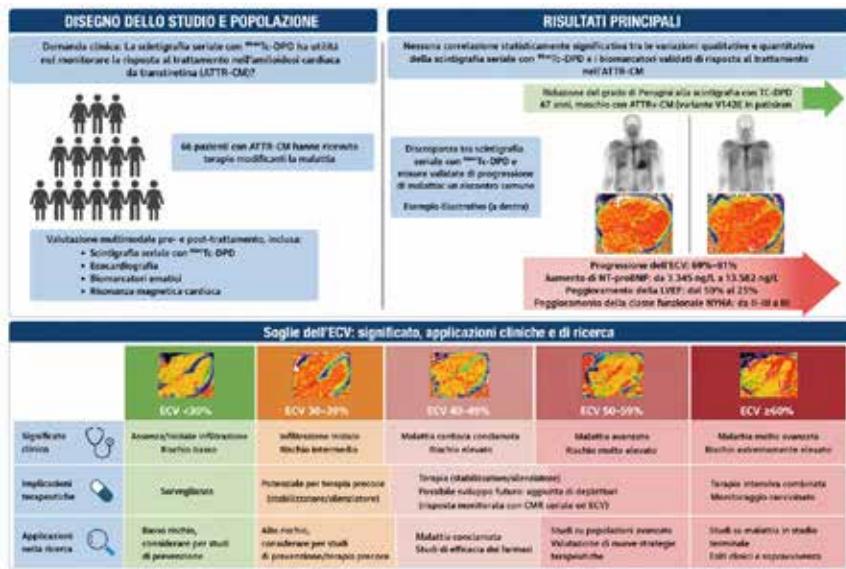


Figura 1 - Confronto tra lo studio di scintigrafia (panello superiore) e di risonanza magnetica (panello inferiore), che mostra come la risonanza magnetica cardiaca con valutazione di volume extracellulare sia la metodica più sensibile nel determinare il burden di amiloidosi cardiaca.

la mancanza di correlazione tra cambiamenti scintigrafici e altri indicatori di malattia suggerisce che la scintigrafia con 99mTc-DPD non è un affidabile marker di risposta terapeutica nella ATTR-CM.

Ruolo della risonanza magnetica cardiaca

Sempre da ricercatori del NAC arriva un altro importante lavoro che cerca di chiarire il ruolo della risonanza magnetica cardiaca nei pazienti con amiloidosi (JACC. 2026;87:505 – 518) e di identificare parametri in grado di predire l'andamento nel tempo della malattia e la risposta alla terapia. Sono stati studiati 1.541 soggetti sottoposti a CMR per amiloidosi TTR, classificati come portatori di varianti di TTR (n = 123), ATTR extracardiaca (n = 41), ATTR-CM in fase iniziale (n =

70) o ATTR-CM conclamata (n = 1.308). L'endpoint primario era la mortalità per tutte le cause. Tra i vari parametri valutati, particolare importanza viene data al Volume Extracellulare (ECV). I valori di ECV sono stati categorizzati in 5 gruppi: <30%, nessuna infiltrazione; dal 30% al 39%, infiltrazione lieve; dal 40% al 49%, infiltrazione moderata; dal 50% al 59%, infiltrazione moderata-grave; ≥60%, infiltrazione grave. Durante un follow-up mediano di 2,8 anni, 612 pazienti (40%) sono deceduti. Dal punto di vista prognostico, l'ECV prediceva in modo indipendente la mortalità, mantenendo il suo valore prognostico indipendentemente da troponina, NT- proBNP, dei gradi di Perugini da 1 a 3 e nei terzili dell'indice di massa ventricolare sinistra (LVMI) (Figura

1 pannello inferiore). In particolare, l'ECV ha identificato l'infiltrazione miocardica anche quando i biomarcatori e l'ecocardiografia indicavano un basso rischio, supportando il suo ruolo come marcatore precoce della malattia in grado di riclassificare i pazienti prima che si manifesti la cardiomiopatia da transtiretina conclamata. L'ECV quantifica direttamente il substrato amiloide extracellulare. Anche gli individui con solo un lieve aumento dei biomarcatori o sintomi minimi hanno mostrato un carico di amiloide sostanziale. Questa osservazione suggerisce che, una volta diagnosticata la ATTR-CM, l'infiltrazione miocardica è già significativa. Nel contesto di un panorama terapeutico in espansione, che include sia agenti mirati alla produzione di nuova amiloide sia terapie progettate per eliminare i depositi esistenti, la mappatura dell'ECV potrebbe rivelarsi uno strumento utile per la stadiazione della malattia, la prognosi e la pianificazione del trattamento nella ATTR-CM.

Conclusioni

La variazione di uptake alla scintigrafia con 99mTc-DPD non si associa ai biomarcatori di risposta e progressione della malattia nella ATTR - CM. È necessario condurre studi prospettici di grandi dimensioni per validare o confutare il ruolo di questa tecnica nel monitoraggio terapeutico. La risonanza magnetica con mapping ECV rimane l'indicatore più affidabile, mentre lo sviluppo di nuovi traccianti molecolari potrebbe offrire alternative future.♥



ANMCO HF
CONFERENZA NAZIONALE
CENTRI SCOMPENSO

MILANO
16 - 17
OTTOBRE
2026



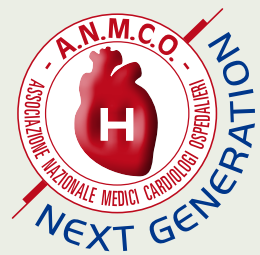
CONVENTION
NAZIONALE
CENTRI
SCOMPENSO

ANMCO 20
LIPIIDS 26
& cardioMETABOLIC CARE

CAMERA
DI COMMERCIO
DI FIRENZE



FIRENZE
17-18
NOVEMBRE
2026



EVENTO FORMATIVO ANMCO
IN COLLABORAZIONE CON



