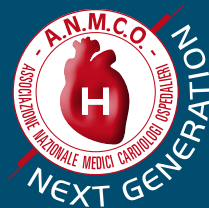




Cardiologia negli Ospedali

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri | ANMCO

MAGGIO / GIUGNO - LUGLIO / AGOSTO 2026 N° 271/272



ANMCO HF
CONFERENZA NAZIONALE
CENTRI SCOMPENSO

MILANO
16 - 17
OTTOBRE
2026



CONVENTION
NAZIONALE
CENTRI
SCOMPENSO



Fondazione IRCCS
Policlinico "San Matteo" di Pavia

N. 271/272
maggio / giugno - luglio / agosto 2026
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Giuseppe Di Tano

Co - Editor
Attilio Iacovoni

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

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



Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

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

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



Stampa
Printer - Firenze

Progetto grafico e impaginazione
Valerio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

Dall'Editorp.3
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

In questo numerop.5
di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto

DAL DIRETTIVO

Puglia Cardioprotettap.9
di Daniela Aschieri, Antonia
Mannarini e Pasquale Caldarola

Serafina Valente:
una vita per la cardiologiap.12
di Ilaria Battistoni

ANMCO e le istituzioni.....p.14
di Stefania Angela Di Fusco

DA HCF FONDAZIONE ANMCO PER IL TUO CUORE ETS

Le attività di HCF:
i recenti aggiornamenti.....p.18
di Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio di Amministrazione di HCF
Fondazione ANMCO per il Tuo cuore
ETS

Prevenzione Cardiovascolare ed
attività fisica: il Golfp.20
di Luigi Sommariva, Antonio
Pelliccia, Massimo Grimaldi,
Cristiano Cerchiai, Domenico
Gabrielli

DAL CENTRO STUDI HCF FONDAZIONE ANMCO PER IL TUO CUORE ETS

Il punto sugli Studi del Centro Studi
di HCF Fondazione ANMCO per il Tuo
cuore ETSp.26
a cura del Centro Studi

DALLE AREE

AREA ARITMIE

Dottore, non mi verrà mica la morte
improvvisa?.....p.31
di Fabrizio Luigi Pizzetti

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

Le ferite che colpiscono il cuore:
impatto della violenza di genere sulla
salute cardiovascolare.....p.33
di Antonia Mannarini e Francesca
Maria Di Muro a nome dell'Area
Cardiologia di Genere ANMCO

AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Obesità e sindrome
cardio-nefro-metabolica.....p.36
di Andrea Vecchi, Manuela
Benvenuto, Daniele Masarone,
Gaetano Citarelli, Michele Moretti,
Simone Bartolini, Claudia Vicari,

Gianluigi Guida, Marco Cittar,
Geza Halasz a nome dell'Area
CardioRenale e Metabolica ANMCO

AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA

L'IA nella pratica clinica
e nella ricercap.38
di Maria Chiara Gatto e Simona
Giubilato

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

ACNAP 26: la partecipazione
del Club delle UTIC ANMCO.....p.40
di Francesco Cruciani a nome
dell'Area Nursing e Professioni
Sanitarie ANMCO

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Le principali novità dall'Heart Failure
Congress 2026p.43
di Michele Fabrizio, Daniela Pini,
Renata De Maria, Maria Vittoria
Matassini, Christian Basile, Piero
Gentile, Maria Denitza Tinti, Vittoria
Rizzello, Mariarosaria Catalano,
Annalisa Turco, Samuela Carigi a
nome dell'Area Scompenso Cardiaco
ANMCO

DALLE REGIONI

REGIONE CALABRIA

ANMCO Calabria, un anno di lavoro
sul territorio: prevenzione, PDTA e rete
cardiologica regionale.....p.48
di Marco Vatrano a nome del
Consiglio Direttivo Regionale ANMCO
Calabria

REGIONE MOLISE

Amiloidosi cardiaca:
implementazione di un ambulatorio
dedicatop.50
di Sabrina Testa, Angela Rita Colavita
e Antonio Trivisonno

REGIONE TRENTINO ALTO ADIGE

ANMCO in Trentino-Alto Adige:
un ponte tra le Dolomitip.52
di Marco Borghesi

PAROLA DI REGIONE

Regioni 4.0 - Percorso gestionale
dello shock cardiogeno,
27 aprile 2026p.54
di Francesca Simonelli

GIAN FRANCO GENSINI UN VERO GRANDE "AMICO" DELL'ANMCO

"In Universum Salus"p.56
di Massimo Grimaldi

"C'è ancora tanto da fare
e possiamo veramente costruire
qualcosa di buono"p.57
di Furio Colivicchi

In ricordo di Gian Franco Gensini p.58
di Andrea Di Lenarda

Gian Franco Gensini: un grande
accademico, un grande cardiologo,
un grande maestro...
Un grande uomop.59
di Domenico Gabrielli

Il Maestro che abitava il futuro.....p.60
di Serafina Valente

FORUM

In un mondo tecnologico la parola è
ancora una cura?p. 62
di Claudio Cuccia

CARDIOLOGIA E SPORT

Filippo, Christian (Eriksen)
e la questione crucialep.64
di Patrizio Sarto

CARDIOLOGI SCRITTORI

Imparare a prendere in mano la
propria vita quando si sa cosa fare con
la vita dei pazienti: il romanzo
"Poche Cose Essenziali"p.68
di Ferdinando Loiacono

COMING SOON

ANMCO: Coming Soon.....p.70
di Vered Gil Ad



Editoriale

All'impatto dell'Intelligenza Artificiale ANMCO sta riservando una particolare e approfondita attenzione. Oltre alla attiva presenza di un'Area specifica, Intelligenza Artificiale in Cardiologia, dal maggio del 2025 il GIC ha dedicato all'AI una nuova Rubrica, pubblicando contributi da parte di esperti rivolti agli aspetti generali, alle sue applicazioni cliniche nelle sue molteplici diramazioni e ricadute. Recentemente Eric Topol in un articolo su Lancet, *"Preserving clinical skills in the age of AI assistance"* ha sollevato un ulteriore e interessante prospettiva relativa ad alcuni side-effects dell'AI nella pratica clinica, avvertendo l'incombente pericolo della progressiva perdita delle competenze professionali. Se l'AI può migliorare efficienza, accuratezza diagnostica e gestione delle informazioni, fino a interpretare-

redigere referti e indicare terapie, il suo utilizzo eccessivo rischia di ridurre la vigilanza clinica, l'autonomia decisionale e la capacità di ragionamento del medico provocando un fenomeno negativo, il **Deskilling**, in parte già noto in altri settori ad alta automazione come l'aviazione, che consiste nella perdita progressiva di competenze precedentemente acquisite a causa del disuso. L'estensione dell'automazione, infatti, ha aumentato enormemente la sicurezza dei voli, ma numerose verifiche hanno evidenziato come i piloti possano perdere familiarità con alcune manovre manuali raramente utilizzate. In pratica si tratta della tendenza ad accettare e fidarsi passivamente del suggerimento dell'algoritmo, senza una verifica critica approfondita, con riduzione della capacità di intervenire quando l'algoritmo sbaglia o si "confonde" di fronte a casi insoliti. Un altro pericolo segnalato è il **Never-skilling**, più comune nelle nuove generazioni di professionisti, che non

acquisiranno mai alcune competenze, perché abituati fin dall'inizio a delegarle alla macchina. Quest'ultimo rischio appare particolarmente importante per i prossimi studenti e specializzandi che saranno i primi a formarsi in un ambiente in cui l'assistenza algoritmica sarà presente fin dall'inizio del loro percorso professionale. Se un giovane medico utilizza costantemente sistemi di AI per interpretare ECG, immagini o formulare diagnosi differenziali, potrebbe non sviluppare mai pienamente quelle capacità cognitive che finora costituiscono il nucleo della formazione clinica, i cui programmi, gioco forza dovranno essere ripensati. Considerando che una parte essenziale della professionalità medica potrebbe consistere proprio nella capacità di supervisionare e controllo critico di sistemi sempre più potenti, sarà necessario insegnare a come fidarsi dell'AI e quando metterla in discussione, mantenere esercizi diagnostici senza supporto algoritmico, valutare le competenze cliniche indipendentemente dall'assistenza dell'AI. La sfida, quindi, non è la tecnofobia, ma sviluppare modelli formativi e organizzativi che preservino il giudizio clinico umano, mantenendo l'AI come supporto e non come sostituto delle capacità professionali. L'attuale Presidente dell'ESC, Thomas Lüscher, ha sintetizzato le sei principali competenze ritenute necessarie per il Cardiologo nell'era dell'AI. Le riportiamo tratte da un video che ha suscitato molto interesse durante la sua *Lecture* sul Futuro della Cardiologia al Congresso GreyZones 2026. Anche se, a dimostrazione di quanto i confini tra pensiero umano e AI siano sempre più labili, a molti è rimasto il dubbio che le immagini, e il testo, fossero stati approfonditi e condivisi con l'AI! ❤️

What are the necessary skills of the cardiologist in the age of AI?

1 - Clinical expertise remains core

Human judgment still essential in complex cases
Physiology-based reasoning guide AI use

2 - AI Literacy

Understand strenghts, limits and biases of algorithms
Interprete AI outputs critically not blindly

3 - Digital & Data Skills

Use AI-enhanced ECG imaging and remote monitoring
Integrate large digital data streams into decisions

4 - Workflow Integration

Work with informatics teams to embed AI in practice
Identify areas where AI improves efficiency and accuracy

5 - Ethical & Privacy Competence

Protect patient data and ensure transparency
Recognize and manage AI bias in clinical tools

6 - Communication & Human skills

Explain AI-Influenced decisions clearly to patients
Mantain empathy and trust in a tech-heavy environment

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*

La **Fondazione IRCCS Policlinico** “San Matteo” di Pavia è un *teaching and research hospital* pubblico di rilievo nazionale e internazionale per l'assistenza ad alta complessità, la ricerca biomedica e la formazione universitaria. Caratterizzato dalla stretta integrazione tra attività clinica, ricerca scientifica e didattica, il Policlinico

rappresenta un modello di *academic medical center* orientato alla presa in carico multidisciplinare del paziente e allo sviluppo della medicina di precisione. Il Policlinico rappresenta un ospedale HUB di riferimento per un ampio bacino di utenza e richiama pazienti da tutto il territorio nazionale e dall'estero grazie alle sue numerose aree di eccellenza, tra

cui gli ambiti cardiotoracovascolare, onco-ematologico e delle malattie infettive. La Fondazione costituisce inoltre il polo didattico di riferimento della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia ed è sede della formazione pre- e post-laurea delle professioni sanitarie, contribuendo alla crescita delle future generazioni di professionisti della salute. Le origini del San Matteo risalgono al 1449. Riconosciuto IRCCS per la prima volta nel 1982, il San Matteo è sempre stato successivamente riconfermato in tale ruolo. Nel 2013 viene inaugurato un nuovo Padiglione denominato “DEA”; una struttura di circa 65 mila mq costituita da una piastra che configura un EAS (Pronto Soccorso di Alta Specialità) di circa 6 mila mq in grado di gestire qualsiasi tipo di emergenza, avendo a disposizione una struttura di diagnostica di ultimissima generazione. ♥





In questo numero

L'edizione estiva si apre con un editoriale che consigliamo di leggere per le importanti riflessioni del nostro Editor sui rischi dell'intelligenza artificiale in medicina, a partire da un articolo di Eric Topol su Lancet: accanto ai benefici in termini di efficienza e accuratezza diagnostica, incombono il deskilling — la perdita di competenze per disuso, già nota nell'aviazione — e il never-skilling dei giovani medici, che rischiano di non sviluppare mai le capacità cliniche di base delegandole fin dall'inizio all'algoritmo. Segue un ampio contributo di Daniela Aschieri, Antonia Mannarini e Pasquale Caldarola sul Progetto Vita, nato a Piacenza nel 1998, e sul nuovo progetto pilota della Municipalità 2 di Bari, primo passo verso una "Puglia Cardioprotetta", con un messaggio chiaro: la cardioprotezione non è un privilegio, ma un diritto. Ilaria Battistoni intervista Serafina Valente, premiata con la Targa d'Oro al Congresso di Rimini 2026: una vita dedicata all'UTIC, con riflessioni sulla tecnologia che allontana dal paziente ("non vedo più i giovani usare il fonendoscopio") e sulla leadership femminile. Stefania Di Fusco riporta il dialogo tra ANMCO e istituzioni: la Flu Coalition per la vaccinazione antinfluenzale, l'audizione parlamentare sull'ora legale permanente (con le evidenze sull'aumento di infarti e ictus dopo il cambio d'ora), gli Stati Generali dell'Amiloidosi al Senato e il talk sui rischi cardio-renale-metabolici al

Foro Italico.

Il Presidente della Fondazione, Domenico Gabrielli, ci aggiorna sulle attività di HCF: la trasformazione da ONLUS a ETS con la nuova denominazione "HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS"; il progetto "Cuore e Droghe" nelle scuole, vincitore di un bando della Presidenza del Consiglio da 200.000 euro; la prosecuzione del Truck Tour Banca del Cuore e della partnership con la Federazione Italiana Golf (Golf 4 Heart); i nuovi accordi con la Lega Serie A e con la Federazione degli sport equestri (FISE); la campagna per il 5x1000 e la collaborazione con Banca Mediolanum, culminata nell'evento al Teatro Petruzzelli di Bari con 700 presenti.

Non mancano le attività dalle Aree. L'Area Aritmie affronta il tema della morte improvvisa: quasi il 5% delle morti totali in Europa (2,58 milioni nel decennio 2010-2020, una ogni 2,2 minuti), con scarsa percezione sociale, poche autopsie e strumenti di stratificazione del rischio ancora deludenti. L'Area Cardiologia di Genere documenta l'impatto della violenza di genere sulla salute cardiovascolare: una donna su tre nel mondo ha subito violenza, e il PTSD conseguente aumenta il rischio di ipertensione, infarto e ictus. L'Area CardioRenale e Metabolica smonta l'obesity paradox e propone la cornice della sindrome cardio-nefro-metabolica: oltre il BMI servono misure come circonferenza vita e albuminuria, insieme a un linguaggio rispettoso ("paziente

con obesità"), senza però negare il rischio. L'Area Nursing e Professioni Sanitarie celebra il secondo premio al National Societies Award di ACNAP 26 per il progetto Best Practice del Club delle UTIC. L'Area Scompenso Cardiaco riassume i trial dell'Heart Failure Congress 2026 di Barcellona: SUBCUT HF II (furosemide sottocutanea domiciliare), la "riabilitazione" della digossina a basso dosaggio (metanalisi su JAMA), acoramidis nell'ATTR-CM, sacubitril/valsartan nell'HFpEF con insufficienza mitralica, la prima terapia a microRNA (HF-REVERT), il pacing fisiologico (CONDUCT-AF) e l'ultrafiltrazione (UF-CARE, con esito neutro).

Le Regioni ci propongono articoli di grande interesse. La Calabria racconta un anno di lavoro su PDTA, prevenzione in piazza ("Cuore in Comune") e nelle caserme; il Molise presenta l'ambulatorio dedicato all'amiloidosi cardiaca, con quasi 50 pazienti presi in carico in 15 mesi; il Trentino-Alto Adige descrive i corsi regionali multidisciplinari su dislipidemie, embolia polmonare e cardiologia di genere. Il webinar "Regioni 4.0" fa il punto sulla gestione dello shock cardiogeno, ancora priva di reti Hub-Spoke formalizzate in molte regioni. Abbiamo dedicato un sentito ricordo al Prof. Gian Franco Gensini, scomparso il 29 aprile: il Presidente ANMCO Massimo Grimaldi, i Past President ANMCO Furio Colivicchi, Andrea Di Lenarda, Domenico Gabrielli e la Prof.ssa Serafina Valente ne rievocano il pragmatismo visionario, la vicinanza all'ANMCO, i contributi pionieristici a telemedicina, simulazione e reti cliniche (progetto SPREAD) e la

visione “One Health” / “In Universum Salus”.

Infine, Claudio Cuccia riflette nel Forum sul valore della parola come cura nell’era tecnologica, tra Sciascia, Calvino ed Eco; Patrizio Sarto, partendo dal nuovo malore di Christian Eriksen, racconta la storia di Filippo — un giovane

con cardiomiopatia aritmogena sopravvissuto a più arresti cardiaci — per ricordare che l’ICD non è guarigione e che serve una consapevolezza vera del rischio; Ferdinando Loiacono presenta il suo romanzo “Poche Cose Essenziali”, sul viaggio interiore di un cardiologo che consigliamo vivamente di leggere

questa estate. Chiudono il numero la rassegna degli eventi in arrivo (Convention Centri Scompenso a Milano, ANMCO Lipids a Firenze e i congressi regionali) e l’annuncio che la rivista diventa “green”, con la versione cartacea disponibile solo su richiesta.

Buona estate a tutti i nostri lettori.♥





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 Gasperi"
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



Progetto Vita® e la cardioprotezione delle città in Italia: il progetto Puglia Cardioprotetta

Dalla esperienza di Piacenza a un modello replicabile di cardioprotezione

L'arresto cardiaco improvviso rappresenta una delle principali emergenze sanitarie del nostro tempo. In Italia colpisce oltre 60.000 persone ogni anno, spesso davanti a familiari, amici, colleghi o semplici passanti. Sono proprio questi i casi più drammatici, ma anche quelli in cui è possibile ottenere il massimo impatto in termini di sopravvivenza. La prognosi dipende infatti quasi esclusivamente da un fattore: il tempo. Per molti anni il dibattito sulla morte cardiaca improvvisa si è concentrato prevalentemente

sugli aspetti clinici, sulla capacità di identificare i soggetti a rischio e sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare. L'esperienza maturata in oltre venticinque anni con Progetto Vita® a Piacenza ha però evidenziato una realtà semplice ma decisiva: il vero problema non è soltanto chi sappia eseguire il massaggio cardiaco, ma quanto rapidamente un defibrillatore automatico esterno (DAE) riesca ad arrivare accanto alla persona colpita. La fibrillazione ventricolare, nelle sue fasi iniziali, è prima di tutto

una patologia elettrica e, come tale, richiede uno shock precoce. Per questo il successo di Progetto Vita® non è derivato semplicemente dalla diffusione dei DAE, ma dalla costruzione di un sistema organizzato, integrato e diffuso sul territorio, capace di trasformare cittadini, scuole, forze dell'ordine, aziende e istituzioni in parte attiva della catena della sopravvivenza. Quando nel 1998 nacque a Piacenza il Progetto Vita®, da un'idea del Prof. Alessandro Capucci, sembrava quasi impensabile immaginare che cittadini comuni, studenti, insegnanti, poliziotti, carabinieri e volontari potessero diventare protagonisti del soccorso precoce. Oggi sappiamo che questo è possibile. Sappiamo che una città può diventare cardioprotetta. Sappiamo che le forze dell'ordine possono arrivare prima dell'ambulanza. Sappiamo che un ragazzo può imparare a utilizzare un DAE e che una comunità informata può fare la differenza tra la vita e la morte. I dati raccolti in questi anni hanno dimostrato che, quando il DAE arriva molto precocemente - entro 4-5 minuti dall'evento - la sopravvivenza può superare il 40% e, in alcuni contesti particolari come gli impianti sportivi, raggiungere percentuali prossime al 90%. Questo significa che molte morti improvvise non sono inevitabili. Sono morti evitabili, se la società è organizzata per intervenire rapidamente. Ma per organizzarsi occorre una visione strategica. Il DAE come l'estintore. Per comprendere il cambiamento culturale necessario, esiste un parallelismo estremamente efficace: quello tra il DAE e l'estintore. Oggi nessuno si stupisce di trovare un estintore in una scuola, in un'azienda, in un condominio, in una



palestra o in una stazione. L'estintore è diventato parte integrante della sicurezza collettiva. Non perché tutti siano vigili del fuoco, ma perché la società ha accettato un principio semplice: nei primi minuti di un incendio, il primo intervento può salvare vite. Esattamente lo stesso principio vale per l'arresto cardiaco. Eppure, mentre gli incendi gravi sono relativamente rari, l'arresto cardiaco colpisce ogni anno decine di migliaia di persone, circa una ogni otto minuti. Nonostante questo, il DAE è ancora percepito come uno strumento specialistico, raro, complesso o riservato ai sanitari. Questo approccio culturale deve cambiare. L'estintore non salva vite semplicemente perché è appeso a una parete. Le salva perché è visibile, accessibile, riconoscibile e perché nessuno ha paura di utilizzarlo in emergenza. Lo stesso deve accadere per il DAE. Un defibrillatore chiuso in un armadio, non registrato, non accessibile o sconosciuto alla popolazione è come un estintore nascosto in un magazzino chiuso a chiave durante un incendio. La società moderna ha reso normale trovare un estintore in ogni edificio. Oggi dobbiamo fare lo stesso con il DAE. Perché l'arresto cardiaco è un'emergenza altrettanto improvvisa, altrettanto tempo-dipendente e altrettanto potenzialmente reversibile. Da questa visione nasce la proposta di un grande progetto nazionale: "Progetto Vita Italia", finalizzato a trasformare l'esperienza di Progetto Vita® in un modello organizzativo italiano di cardioprotezione diffusa. La filosofia del progetto si basa su tre grandi passaggi culturali:

- dalla formazione di pochi all'informazione di tutti;
- dalla presenza passiva del DAE alla

sua reale utilizzabilità;

- da interventi isolati a un sistema nazionale integrato.
- L'obiettivo non è trasformare tutta la popolazione in operatori sanitari, ma fare in modo che ogni cittadino sappia riconoscere un arresto cardiaco, chiamare rapidamente il 112/118 e utilizzare senza paura un DAE. La Legge 116/2021 ha già

formazione specifico come prevede la legge 116/2021. L'importanza della scuola e degli insegnanti. La cultura della cardioprotezione deve entrare stabilmente nelle scuole, nelle aziende, nei condomini, negli impianti sportivi e nelle istituzioni. Per questo motivo il progetto prevede lo sviluppo nazionale di Progetto Vita® Ragazzi, trasformando la scuola nel



sancito un principio fondamentale: il DAE può essere utilizzato anche da personale non sanitario. Ora questo principio deve diventare patrimonio culturale collettivo. La campagna InFormareDAE. Uno dei pilastri fondamentali del progetto è la campagna informativa. La abbiamo chiamata "InFormare DAE", una campagna permanente di sensibilizzazione che dovrà estendersi anche attraverso i mass media nazionali e basata su messaggi semplici e immediati per spiegare alla popolazione che il DAE può essere usato da tutti, che ogni minuto conta, che chiunque può usare un DAE anche senza un corso di

principale moltiplicatore culturale del Paese. Il modello organizzativo prevede a formazione degli insegnanti attraverso piattaforme digitali, video-lezioni e tutorial, kit didattici standardizzati affinché possano in piena autonomia didattica svolgere due ore annuali dedicate alla cardioprotezione ai loro discenti in aula, con programmi BLS-D nelle scuole superiori e percorsi di peer education tra studenti. Il programma scolastico inizia nelle scuole primarie di primo grado. Gli insegnanti diventano così ambasciatori permanenti della cultura della sopravvivenza. Le Forze dell'Ordine e i Vigili del Fuoco. Un altro elemento

strategico è il coinvolgimento delle forze dell'ordine come first responder territoriali. Le pattuglie distribuite sul territorio possono spesso raggiungere il paziente prima dell'ambulanza. Per questo il progetto prevede:

- dotazione progressiva di DAE;
- integrazione operativa con il 112/118;
- attivazione tramite app nazionale;
- accordi con prefetture e questure.

Parallelamente, anche le aziende e i luoghi di lavoro devono diventare parte integrante della rete di cardioprotezione. Così come esistono norme antincendio, estintori e piani di evacuazione, la cardioprotezione deve entrare nella cultura della sicurezza sul lavoro. Ogni luogo di lavoro dovrebbe essere dotato di DAE, personale informato e integrazione con il sistema di emergenza. La tecnologia può accelerare la risposta. Attendiamo la app nazionale prevista dalla Legge 116/2021. Ma nessuna tecnologia funzionerà senza persone. La tecnologia accelera. Le persone informate salvano. La vera rivoluzione di Progetto Vita® non è il DAE. È l'idea che una comunità possa diventare parte integrante del sistema di emergenza. Non sostituendo i sanitari, ma riducendo il tempo necessario affinché il trattamento arrivi. Per questo oggi l'Italia ha un'opportunità straordinaria: trasformare un'esperienza locale in un modello nazionale di civiltà sanitaria. Ogni luogo protetto dal fuoco dovrebbe essere anche protetto dall'arresto cardiaco. Abbiamo imparato a convivere con gli estintori. Ora dobbiamo imparare a convivere con i DAE. Perché nessuno dovrebbe morire semplicemente perché il defibrillatore è arrivato troppo tardi, non era disponibile o non funzionava.

Proprio da questa visione nasce oggi una nuova esperienza concreta: il progetto di cardioprotezione della Municipalità 2 di Bari. Un progetto nato dopo una conferenza stampa, tenutasi in Regione Puglia, in occasione della Settimana per il Tuo cuore, nell'ambito delle iniziative di Cardiologie Aperte, con la partecipazione dell'Assessore alla Sanità, del Direttore del Dipartimento della salute, del Prefetto di Bari, del direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale, che hanno incontrato professionisti, volontariato e territorio, con un obiettivo molto chiaro: trasformare la cultura della cardioprotezione in una rete reale, visibile e diffusa nella comunità. È seguito un primo incontro di formazione/informazione nel liceo scientifico Enrico Fermi di Bari con la collaborazione dell'associazione "Cuore Grande". La Municipalità 2 di Bari rappresenta oggi molto più di un semplice progetto locale. Rappresenta un modello pilota di quello che potrebbe diventare un grande progetto regionale pugliese di cardioprotezione. L'idea è semplice, ma rivoluzionaria: portare il DAE vicino alle persone, renderlo accessibile, integrarlo con il sistema di emergenza, coinvolgere scuole, cittadini, aziende, forze dell'ordine e associazioni. Esattamente come è avvenuto a Piacenza. Perché Progetto Vita® non è un modello legato a una singola città. È un metodo organizzativo replicabile, soprattutto nei comuni sotto i 100.000 abitanti, come Piacenza. In Italia esistono circa 7.894 comuni, di cui soltanto 44-45 superano i 100.000 abitanti. Questo significa che oltre 7.850 comuni italiani potrebbero teoricamente sviluppare un modello territoriale di

cardioprotezione ispirato a Progetto Vita®. Anche le grandi aree urbane possono essere organizzate secondo questo principio, suddividendo la città in municipalità o quartieri autonomamente cardioprotetti, come nel caso della Municipalità 2 di Bari. Bari oggi può diventare il punto di partenza di una nuova rete di città cardioprotette in Puglia. Il vero cambiamento avviene quando il DAE smette di essere percepito come uno strumento eccezionale e diventa parte della normalità quotidiana, proprio come un estintore. E allora forse il più grande risultato di Progetto Vita® non sarà soltanto quello di aver salvato vite a Piacenza. Ma quello di aver dimostrato che salvare più vite è possibile ovunque, se una comunità decide di organizzarsi per farlo. E oggi Bari, con questo progetto, sta affermando un principio fondamentale: la cardioprotezione non è un privilegio. Deve diventare un diritto di tutti.♥



Serafina Valente: una vita per la cardiologia

Serafina Valente ripercorre una vita dedicata all'UTIC, ai pazienti e ad ANMCO



Prof.ssa Valente buongiorno, è un piacere poter fare questa chiacchierata con lei che indubbiamente rappresenta un punto di riferimento per la comunità cardiologica italiana. Mi piacerebbe, se è d'accordo, partire dalle origini della sua splendida carriera. Vorrebbe raccontarci come è avvenuta la sua formazione: quando e perché ha deciso che sarebbe diventata una cardiologa?

Ho sempre saputo che avrei fatto il medico, fin da piccolissima, avevo questo desiderio che non è mai cambiato nel corso del tempo.

Nonostante la mia famiglia non fosse proprio d'accordo, io sono andata avanti, dritta verso il mio obiettivo. Può sembrare strano ma mi è sempre interessato occuparmi delle malattie, mi piaceva stare in ospedale. Tutte le cose che fanno parte della nostra professione per me erano naturali e interessanti.

Sicuramente il campo dove si è concentrata maggiormente la sua attenzione è stato quello della terapia intensiva e la gestione del paziente critico. Da dove nasce questo amore?

Sicuramente la scintilla è scoccata durante la preparazione dell'esame di fisiologia: il sistema cardiocircolatorio, era davvero quello che mi interessava di più e non so esattamente perché era anche quello che riuscivo a comprendere meglio. Poi durante il mio quarto anno di Medicina a Padova ho iniziato a seguire le lezioni del Professor Della Volta che erano davvero affascinanti e da lì mi sono affacciata al reparto di cardiologia per la prima volta. Per quanto riguarda la terapia intensiva cardiologica io credo di essere capitata davvero in un momento favorevole: a metà degli anni '80 il direttore dell'UTIC di Padova era il bravissimo Dott. Francesco Maddalena che già da quei tempi aveva creato quella che adesso potremmo definire una UTIC di III livello, dove venivano ricoverati

pazienti intubati o con assistenze ventricolari. Erano anni di grosso fermento, proprio in quegli anni il Professor Gallucci si preparava ad eseguire il primo trapianto di cuore quindi inutile dire che avevamo tanti pazienti con scompenso cardiaco avanzato in valutazione per trapianto cardiaco. Io ero solo una specializzanda, quindi l'ultima ruota del carro, ma respiravo comunque un clima estremamente vivace caratterizzato dalla massima cura per i pazienti e dalla grande voglia di innovazione. Da lì sono sempre andata avanti con questa idea che avrei fatto l'intensivista, che avrei lavorato in UTIC.

Lei ha sicuramente visto la cardiologia mutare profondamente in questi anni sia per gli avanzamenti terapeutici e sia per le variazioni della società in cui viviamo. In cosa siamo secondo lei migliorati e in cosa invece siamo peggiorati?

Beh io direi che poche branche della medicina hanno subito delle trasformazioni così importanti come la cardiologia: pensiamo a tutto ciò che è stato fatto nella cardiologia interventistica e nella elettrofisiologia. L'evoluzione tecnologica e la disponibilità di terapie innovative ci hanno permesso di fare diagnosi più accurate e di trattare nettamente meglio i nostri pazienti. In cosa siamo peggiorati? Io direi che adesso la nostra specialità è diventata per alcuni versi troppo tecnologica, passiamo più tempo davanti ai computer e ai monitor, piuttosto che guardare e curare direttamente il paziente. Cioè io non vedo più i giovani usare il fonendoscopio e questo mi dispiace tantissimo. Per curare bene il paziente c'è proprio bisogno di avvicinarsi

a lui di toccarlo, di visitarlo, di ascoltarlo. Sai quante cose vengono fuori raccogliendo una dettagliata anamnesi? Direi che questo aspetto sia necessariamente da recuperare.

Lei è stata ed ancora è una figura di rilievo all'interno di ANMCO, non a caso durante l'ultimo Congresso Nazionale di Rimini svoltosi a maggio 2026 le è stata consegnata la targa d'oro, il più alto riconoscimento scientifico e professionale: cosa ha imparato da ANMCO e quale crede sia stato il suo contributo principale all'Associazione?

Devo dire con estrema onestà che per me ANMCO non è solamente una società scientifica, personalmente per come la percepisco e la vivo è qualcosa davvero di diverso, è una comunità, non solo professionale, ma anche umana. E quindi tale la considero e da essa ho imparato tantissimo. La prima lezione è che non dobbiamo mai smettere di imparare. L'altro aspetto fondamentale è la possibilità di confrontarsi tra colleghi. Devo dire che avere questa possibilità mi ha donato molta più fiducia in me e nei progetti da perseguire con determinazione.

Quali qualità a suo avviso deve possedere il cardiologo moderno che voglia occuparsi di terapia intensiva cardiologica?

Questo te lo dico per esperienza, sicuramente la competenza è importante, ma non basta, ci vuole una straordinaria capacità di sacrificio perché non è vero che ottieni tutto senza fare delle rinunce. Bisogna essere resilienti. E poi ricordiamoci che l'UTIC è un luogo dove le decisioni vanno prese rapidamente, assumendosi le responsabilità di esse. Non per ultimo, bisogna essere in

grado di lavorare in team, che sembra facile a dirsi invece non è affatto facile farlo e quindi è una attitudine che va lavorata nel tempo.

Si parla spesso di leadership femminile, il numero delle colleghe donne è in continuo aumento ma quelle che riescono a raggiungere posizioni apicali o di rilievo ancora minoritario. Quale consiglio si sente di dare alle giovani cardiologhe per migliorare la loro leadership?

Allora prima una premessa: non ho mai pensato alla leadership come una questione di genere perché credo che sia esclusivamente una questione di valore, di competenza, di visione, di capacità di assumersi le responsabilità. Sicuramente noi donne dobbiamo credere di più in noi stesse e nelle nostre capacità, essere determinate. Se abbiamo un obiettivo cercare di perseguirlo con passione e generosità facendo sacrifici, ma in primis dobbiamo convincerci noi che i nostri obiettivi possono essere raggiunti. Poi come hai detto prima tu col passare degli anni, vedrai che la leadership sarà sempre di più al femminile, per forza di cose visti i numeri delle donne iscritte a medicina.

Prof.ssa ripercorrendo mentalmente la sua carriera ci sono delle figure professionali o extraprofessionali che vorrebbe ringraziare?

Sicuramente tutti i maestri che ho avuto, anche quelli che ho amato meno quando ero giovane, mi hanno dato qualcosa di loro. Sono persone che mi hanno fatto capire cosa significasse realmente essere medico. Tutto il mondo ANMCO, come ho detto prima, è stato veramente importante per la mia carriera. Ma forse il ringraziamento principale lo devo fare ai miei pazienti. Quello che sono,



Consegna della Targa d'Oro ANMCO alla Prof.ssa Serafina Valente durante la Cerimonia Inaugurale del Congresso Nazionale ANMCO 2026

non solo come medico, ma anche come persona io credo di doverlo ai miei pazienti. Spesso mi piace proprio condividere con loro alcuni aspetti della vita. Stando vicino a loro senti il loro bisogno le loro fragilità e io mi sento davvero vicino a loro, soprattutto andando avanti con l'età. Quando un paziente si affida a noi generalmente nutre una grande speranza nel nostro operato, proprio per questo io cerco di condividere il più possibile con loro tutte le scelte cosa che prima facevo molto meno. Sicuramente la tecnologia ha portato molte innovazioni, però dobbiamo cercare assolutamente di non allontanarci dal nostro essere empatici con i pazienti perché diciamocelo forse è la parte più bella del nostro lavoro.

Prof.ssa l'ultima domanda: qual è l'insegnamento principale che ha appreso dai suoi pazienti?

Non arrendersi mai. In definitiva sono proprio i pazienti che ci insegnano come diventare dei bravi medici.♥



ANMCO e le istituzioni: un confronto continuo

*Un incarico di grande responsabilità:
portare al cospetto delle istituzioni
la posizione di ANMCO*

L'ANMCO in qualità di società scientifica nazionale con oltre 6.000 Soci rappresenta un interlocutore prezioso per le istituzioni. Nel corso degli ultimi mesi in più occasioni l'ANMCO ha portato al

società scientifiche e associazioni di pazienti per promuovere la vaccinazione antinfluenzale come strumento strategico di sanità pubblica. Per l'ANMCO è intervenuto il Segretario Nazionale su delega

degli eventi cardiovascolari. Il 30 aprile presso la Camera dei Deputati, la Commissione Attività produttive, nel contesto di una **Indagine conoscitiva sull'ora legale permanente**, ha tenuto un'audizione mirata a raccogliere informazioni sull'impatto dell'ora legale sulla salute cardiovascolare. Nel corso dell'audizione il Segretario Nazionale ANMCO ha portato all'attenzione della Presidente della Commissione e degli altri Onorevoli le evidenze attualmente disponibili sull'impatto del cambio di ora sulla salute cardiovascolare. È stato enfatizzato l'effetto sfavorevole emerso da



Figura 1 - Locandine di due degli eventi con le istituzioni

cospetto di diverse istituzioni il parere di esperti su tematiche che in qualche modo coinvolgevano la salute cardiovascolare. A marzo 2026 è stata presentata presso la sala stampa della Camera dei Deputati la **Flu Coalition** un'alleanza nazionale che unisce istituzioni,

del Presidente. L'ANMCO insieme ad altre società scientifiche (SIPREC, FADOI, SIMI, e ARCA) è ora coinvolta nella realizzazione di un documento di consenso intersocietario mirato a definire il ruolo della vaccinazione antiinfluenzale come strategia di prevenzione

studi osservazionali che hanno valutato l'incidenza di eventi come infarto acuto del miocardio, l'ictus e la fibrillazione atriale nei giorni immediatamente successivi al cambio d'ora. Impatto ascrivibile alla perdita di un'ora di sonno, considerando che il sonno è incluso



Figura 2 - Momenti del confronto con le istituzioni ed altre società scientifiche

dall'American Heart Association tra i componenti chiave della salute cardiovascolare. Nella stessa giornata presso la sala Zuccari del Senato si sono svolti gli **Stati generali dell'Amiloidosi**. L'evento è stato organizzato su iniziativa della Senatrice Elena Murelli, Membro 10ª Commissione del Senato della Repubblica e Presidente Intergruppo sulle malattie cardio, cervello e vascolari. Nel corso dell'incontro, il Segretario Nazionale a nome del Presidente ANMCO, ha riportato il ruolo cruciale del territorio nel contesto della rete per l'amiloidosi. Si è discusso della necessità di identificare quanto precocemente possibile i pazienti con segni e sintomi sospetti di malattia per una tempestiva implementazione dei trattamenti **disease modifying**. È stata anche enfatizzata la necessità della ripresa in carico dei pazienti da parte del territorio per il follow-up dopo la diagnosi. Infine, si è accennato

al possibile coinvolgimento dei professionisti che lavorano nel territorio negli studi di registro. Un altro importante momento di confronto con le istituzioni è stato il talk "**Stili di vita e rischio cardio-renale-metabolico**", svoltosi in occasione degli Internazionali di Tennis, il 16 maggio presso il Foro Italico. È stata un'iniziativa promossa dal Ministero della Salute ed ha coinvolto diverse società scientifiche sia di area cardiologica che diabetologi e nefrologi. La discussione ha messo in evidenza la necessità di una gestione multidisciplinare nel corso di tutto l'iter diagnostico-terapeutico. In un confronto con rappresentanti di altre società di livello nazionale si è parlato di diagnosi precoce di malattia renale, diabete, scompenso e delle possibilità terapeutiche con significativo impatto prognostico attualmente a disposizione. ♥



PRESIDENTE

FURIO COLIVICCHI

P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1
Cardiologia Clinica e Riabilitativa
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062429
furio.colivicchi@aslroma1.it



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

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



PRESIDENTE ONORARIO

GIOVANNI PIROVANO

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



PAST PRESIDENT

DOMENICO GABRIELLI

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

Consiglieri



CONSIGLIERE DELEGATO PER LA RICERCA

MASSIMO GRIMALDI

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



CONSIGLIERE
PASQUALE CALDAROLA
Bitonto - Bari
pascald1506@gmail.com



CONSIGLIERE
ANDREA MONORCHIO
Roma
an.monorchio@gmail.com



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



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

Responsabili Settori Operativi



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



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



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



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



Le attività di HCF: i recenti aggiornamenti

Cari Colleghe e Colleghi,
Cari tutti, le attività della Fondazione procedono senza indugio. Vi informo con molta soddisfazione che nel mese di maggio la nostra Fondazione ha compiuto la trasformazione da ONLUS in ETS, come previsto dalla legge, mantenendo tutte le peculiarità precedenti, quindi la iscrizione nei vari elenchi ministeriali anche come ente di ricerca. Tutti gli atti preliminari necessari effettuati (modifiche statutarie etc) sono andati a buon fine quindi la denominazione attuale è *HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS*; come potrete notare finalmente nella denominazione compare il riferimento ad ANMCO, espressamente da me richiesto, cosa che consente, al di là del sacrosanto orgoglio di appartenenza, una identificazione chiara, senza tema di errori anche nella raccolta del 5 per mille. *Un cuore per amico (Cuore e Droghe)*: il progetto pilota di prevenzione delle problematiche cardiache da sostanze stupefacenti rivolto a docenti formatori e studenti del triennio delle scuole superiori, supportato dalla sensibilità della Bruno Farmaceutici e animato dalla infaticabile volontà e capacità del Dott. Francesco Ciccirillo (nostro Ambasciatore e coordinatore del progetto stesso), ha preso forma e nel corso di questo anno si sono avute le prime iniziative sul campo. Con orgoglio vi comunico quindi che il progetto Cuore e Droghe nelle scuole è risultato vincitore del bando

della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la selezione di progetti per l'istituzione di servizi/attività/comunità educative per i giovani con specifici programmi per la prevenzione delle dipendenze, ottenendo un budget di 200.000 €. In contemporanea stiamo ragionando sulla implementazione a livello nazionale del progetto "Piacenza città cardioprotetta Cuore è vita", portato magistralmente avanti dalla Dott.ssa Daniela Aschieri, argomento sul quale spero di darvi novità a breve. L'aver firmato il protocollo di intesa con il MIM nel mese di febbraio è indubbiamente un volano fondamentale per l'attuazione nelle scuole dei due progetti. *Truck Tour banca del Cuore* è ripartito a fine 2025, sta procedendo spedito come al solito, riscuotendo grande interesse da parte della popolazione nelle città visitate; il Prof. Gulizia è garanzia di successo, come sappiamo. Le attività al Congresso Nazionale ANMCO di maggio a Rimini sono state molto interessanti e partecipate; le due sessioni dedicate ad HCF hanno sintetizzato e consentito di discutere le attività più importanti in essere. La collaborazione con la Federazione Italiana Golf sostanzziata nel protocollo di intesa *Golf 4 Heart*, 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. Dal 25 al 28 giugno nel corso dell'Open di Golf a Torino siamo stati presenti per attività di screening cardiovascolare: una collaborazione di prestigio per una attività sportiva molto adatta anche ai cardiopatici. Ringrazio in maniera sentita i Colleghe che, nonostante le difficoltà, si spendono per portare avanti le nostre attività. Sempre per le attività legate al mondo degli eventi sportivi di





particolare rilevanza mediatica, la *Lega Calcio Serie A* ha accettato per il prossimo campionato la nostra candidatura, ci sarà quindi assegnato un week end dedicato alla nostra Fondazione nel quale avremo l'occasione di organizzare una raccolta fondi per studi clinici indipendenti e promuovere la prevenzione cardiovascolare. *Protocollo FISE*: nella splendida cornice del concorso ippico di Piazza di Siena il 28 maggio, abbiamo sottoscritto il protocollo di intesa con la Federazione degli sport equestri, nella persona del Presidente, e questo apre una nuova collaborazione con la possibilità di prevedere varie attività di screening e promozione della salute cardiovascolare in ambienti di prestigio e abbinando il nostro nome a federazioni sportive importanti e di grande tradizioni, con possibilità anche di promozione degli stessi sport. Per l'anno in corso abbiamo deciso di promuovere una articolata Campagna

per il 5 per mille, così strutturata: indizione della Giornata nazionale della prevenzione cardiovascolare il 12 giugno, con produzione di vademecum sui comportamenti da tenere durante la stagione estiva per il caldo; rivitalizzazione del servizio "L'esperto risponde" sul nostro sito; varie interviste social e TV con partecipazione nostra e dei Presidenti Regionali ANMCO, o chi da loro indicato, nelle sedi televisive e radiofoniche che hanno dato disponibilità; uscite su testate nazionali e regionali in ben 2 settimane. Questo ingente sforzo pensiamo possa portare a frutti cospicui nella raccolta delle risorse del 5 per mille, o almeno è un tentativo da esperire. Grazie alla partnership con Mediolanum, che ha consentito peraltro il coinvolgimento nel CDA del Presidente Pirovano, si è svolto a Bari il 23 giugno il primo incontro delle Settimane per il Cuore. La serata, organizzata dalla divisione eventi di Banca Mediolanum, si è svolta nella splendida cornice del Teatro Petruzzelli ed è stata un successo, con 700 persone presenti. Il Presidente ANMCO Massimo Grimaldi ha illustrato le nostre peculiarità come ANMCO e Fondazione ed io ho avuto modo di parlare delle nostre iniziative partecipando allo

streaming nazionale in diretta che ha coinvolto diverse decine di migliaia di persone. L'auspicio è che questo importante progetto consenta alla nostra Fondazione di essere ancora di più conosciuta e riconosciuta nella società civile, con le prevedibili positive conseguenze. Infine vi informo che è stata siglata la convenzione con una primaria Assicurazione per RCP, con la peculiarità di avere la predisposizione di un cruscotto di governo e analisi del contenzioso medico-legale che ci vede, come Fondazione, capofila a nome della Consulta delle società cardiologiche e che ritengo sia una seria opportunità di vicinanza al mondo cardiologico reale. Sul nostro sito troverete il link per avere tutte le informazioni ed eventualmente aderire. Dopo questo excursus su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA 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.♥



IL CUORE NON SBAGLIA MAI

Ricerca • Impegno • Salute

Dona il tuo 5x1000
alla HCF Fondazione ANMCO
per il Tuo cuore ETS.
Non ti costa nulla
e fa del bene a tanti cuori,
grandi e piccoli.



Firma nel riquadro
"Sostegno degli Enti del Terzo Settore"
e indica il nostro
CODICE FISCALE
94070130482

L'ESPERTO RISPONDE

Chiedi all'esperto,
esprimi i tuoi dubbi,
ricevi risposte
chiare e affidabili.



Un servizio di pubblica utilità della
HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS
per essere più vicini a te e alla tua salute.

- Fai la tua domanda
in modo semplice
e gratuito.
- I nostri cardiologi esperti
ti risponderanno.
- La tua domanda
non sarà mai anonima.
- Informazioni affidabili
per prendere cura
del tuo cuore.

COME FUNZIONA

- Vai alla sezione
"L'ESPERTO RISPONDE"
(24-48h dalla Fondazione)
- Compila il form:
"FA UNA DOMANDA"
- I nostri esperti ti risponderanno
nel più breve tempo possibile.



FA UNA DOMANDA
I nostri esperti
sono qui
per te.

VAI SUBITO SU: www.periltuocuore.it
L'ESPERTO RISPONDE • CHIEDI ALL'ESPERTO • FA UNA DOMANDA

HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS
Ricerca, prevenzione, cura,
insieme per il tuo cuore.

SOSTIENI LA NOSTRA MISSIONE.
DONA IL TUO 5x1000 ALLA HCF FONDAZIONE ANMCO PER IL TUO CUORE.
CODICE FISCALE 94070130482

Prevenzione Cardiovascolare ed attività fisica: il Golf

necessario), sorgerà naturale la domanda “perché il Golf e non altre discipline, maggiormente praticate, per avviare un programma di prevenzione?”.

Introduzione

Il 25 giugno 2025 HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS - ANMCO e la Federazione Italiana Golf hanno sottoscritto un protocollo d'intesa per “la promozione di campagne di sensibilizzazione alla prevenzione cardiovascolare attraverso la pratica di uno sport che fa bene alla salute e si può consigliare a chiunque: comprese le persone cardiopatiche”. Questa iniziativa si colloca nel ventaglio di un programma di Prevenzione Cardiovascolare strutturato di ANMCO - attraverso HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS - che unitamente al Progetto Truck Tour intende integrare i progetti di Prevenzione Primaria del SSN. Dopo 10 mesi dalla sottoscrizione, e due esperienze maturate “sul campo” - nel corso degli Open d'Italia all'Argentario Golf Club e dell'Open Challenge al Golf Nazionale di Sutri - la HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS ed il Consiglio Direttivo ANMCO hanno ritenuto opportuno presentare il progetto nell'ambito del Congresso Nazionale che si tiene annualmente a Rimini, alla presenza del Presidente della HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS e del Presidente della Federazione Italiana Golf, nell'ambito di una sessione dedicata alla “Prevenzione Cardiovascolare declinata nella quotidianità”. Gli argomenti trattati hanno spaziato dalla motivazione della scelta della disciplina, ai benefici cardiovascolari, ai profili dei praticanti ed al matching tra esigenze preventive e popolazione coinvolta.

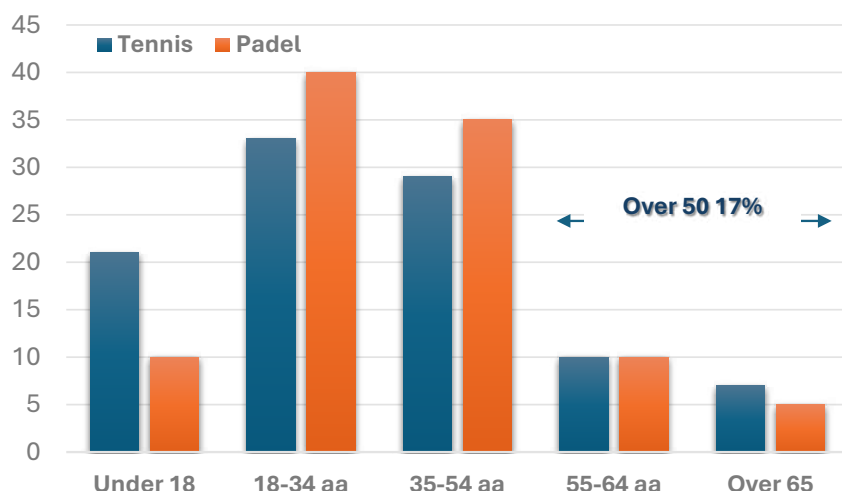


Figura 1 - Distribuzione Praticanti Tennis e Padel in Italia (FITP 2024)

Considerazioni sul Golf e le altre discipline

Considerata la collocazione del Golf nell'immaginario collettivo come disciplina elitaria per una serie di limitazioni di accesso e di diffusione (dai costi, alla quantità di tempo

Per discipline alternative nella presente rassegna - competitor del Golf per assiduità e diffusione - si intendono comunemente il running/jogging/walking, il tennis/padel.

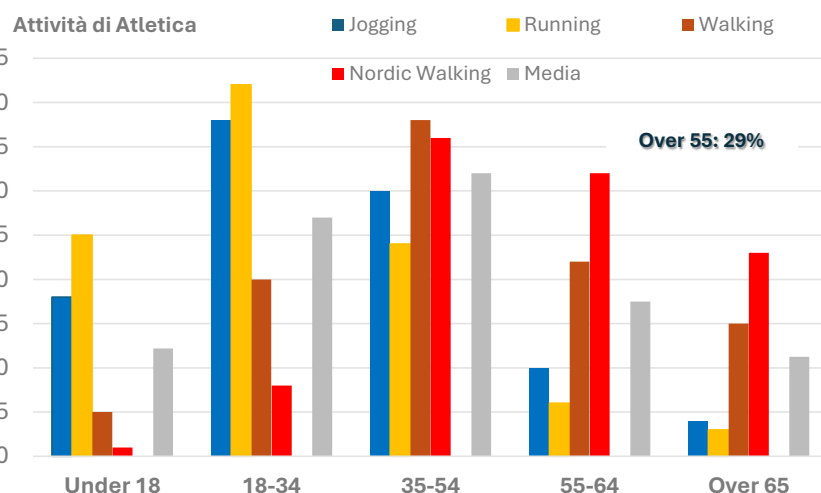


Figura 2 - Distribuzione Praticanti Attività Atletica in Italia (CONI - ISTAT 2024)

Distribuzione per Numero Praticanti e fasce d'età

Nel contesto di una Survey del 2017, condotta dal gruppo di Medicina dello Sport dall'Università di Edimburgo, emergeva un sorprendente dato demografico: il Golf è risultato essere la terza disciplina nel mondo per numero di praticanti con 55 milioni in 206 paesi, preceduta dal Calcio con 250 mln, dal Tennis con 75 mln e seguita dal Rugby con “soli” 5 milioni. La crescente diffusione del Golf - registrata nel decennio precedente nel mondo - aveva assunto dimensioni tali da comportare la sua reintroduzione nel novero degli sport dei giochi Olimpici a partire dai giochi del 2016, dopo ben 112 anni di assenza. Il dato italiano, sebbene non raggiunga i livelli numerici dei praticanti delle nazioni leader come Stati Uniti e Regno Unito, si aggira intorno ai 100.000 tesserati. Va, a questo proposito, sottolineato un dato tecnico-demografico a proposito degli strumenti per censire i praticanti delle attività sportive in Italia. Diversamente dalle altre discipline ogni praticante del Golf dopo un periodo di training di avviamento, per poter accedere alle strutture (campi pratica o percorsi) è vincolato all'obbligo del tesseramento cui si accede attraverso un propedeutico esame delle regole. Questo protocollo consente di avere pertanto informazioni inequivocabili sulle dimensioni reali dei praticanti. Per le altre discipline il

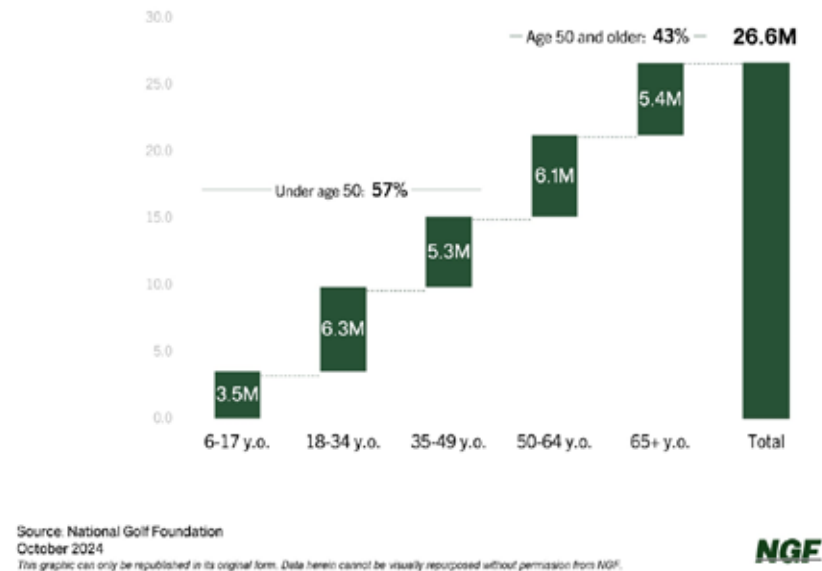


Figura 3 - Distribuzione Praticanti Golf (National Golf Foundation 10/2024)

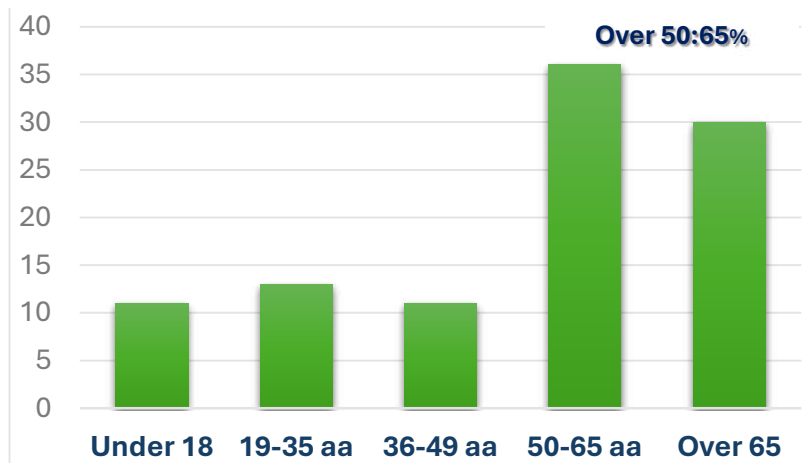


Figura 4 - Distribuzione Praticanti Golf in Italia (Dati FIG 2023 - 2025)

tesseramento federale è opportunità spesso limitata ai soggetti indirizzati alla pratica agonistica; per gli altri praticanti - amatoriali - i dati derivano dagli iscritti ai circoli dilettantistici o dalla autocertificazione dell'utenza intervistata nelle periodiche operazioni di censimento nazionale. Appare

Disciplina	Tasso Drop Out (12 mesi)	Causa Principale	Momento Critico
Tennis	Elevato (56%)	Difficoltà Tecnica	Primi 6 mesi
Walking	Medio Alto (50%)	Monotonia	3-6 mesi
Padel	Basso (29%)	Infortuni /difficoltà organizzative (4 Player)	>1° anno
Golf	Molto Basso (15%)	Costi	3 mesi

Tabella I - Tassi di abbandono della attività fisica declinato per le diverse discipline

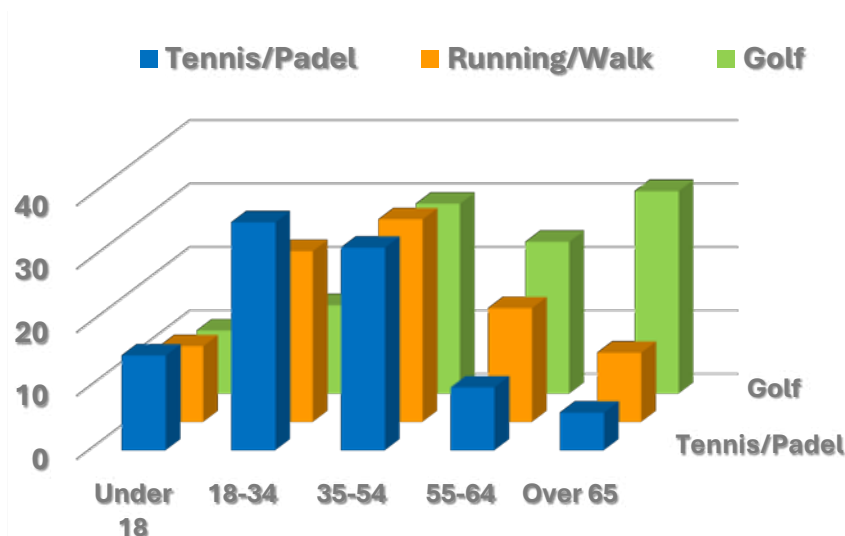


Figura 5 - Sinossi dei Trend della distribuzione dei praticanti per disciplina e fasce d'età

evidente pertanto il rischio di una diversa stima sia del numero dei praticanti sia della continuità della pratica. Assodate le difficoltà di censire i reali praticanti attività sportiva, un aspetto che desta particolare interesse ai fini della presente trattazione, e rende per questo funzionalmente cruciale il progetto indirizzato al golf, è rappresentato dalla distribuzione dei praticanti nelle diverse fasce di età e le caratteristiche delle diverse discipline. Come emerge dall'andamento delle curve nei quintili anagrafici, in media, sia per il Tennis/Padel che per le attività atletiche nelle diverse declinazioni, il numero di praticanti cresce nei primi due quintili e più o meno rapidamente tende a ridursi nelle fasce di età over 50. Il Gap inter-quintili è molto più pronunciato nel caso del Tennis/Padel di quanto non appaia per le specialità atletiche dove Walking e Nordic Walking reggono le sorti del declino per una sorta di specificità anagrafica di queste pratiche nelle classi di età avanzate. In entrambi gli scenari i praticanti over 55 "superstiti" non superano il 20% nel caso del Tennis Padel e non raggiungono il 30% nel caso delle Discipline Atletiche.

Le motivazioni alla base di questo fenomeno conosciuto come Drop-Out sono molteplici e per motivi di brevità sono elencati nella tabella I lasciando commenti ed analisi specifiche ai contesti più appropriati. Di tenore antitetico risulta la distribuzione dei praticanti del Golf, per quintili di età, rispetto alle precedenti discipline, risultando - sia negli USA sia in Italia - maggiormente nutrita la schiera degli over 50 che oltreoceano risultava del 43% (Figura 3) ed in Italia raggiungeva, nel biennio '23-'25, il 65% dei praticanti (Figura 4). Questa peculiarità conferisce al Golf una caratteristica funzionalmente preziosa all'attuazione di un progetto sia di Prevenzione primaria che di Prevenzione secondaria Cardiovascolare proprio in funzione delle caratteristiche anagrafiche descritte, come mostra eloquentemente il grafico sinottico dei trend delle diverse discipline nella Figura 5.

La Catena organizzativa della Prevenzione Cardiovascolare

Preso atto della distribuzione demografica dei praticanti e della peculiarità del Golf in particolare,

vediamo come può realizzarsi un matching tra gli aspetti citati e la catena organizzativa della prevenzione primaria cardiovascolare. L'assetto si articola in percorsi clinico-organizzativi istituzionali (integrati nei Livelli Essenziali di Assistenza) e in progetti digitali e itineranti. L'obiettivo fondamentale è intercettare le persone sane ma a rischio prima che si sviluppi il danno. I percorsi attualmente in vigore seguono precise direttrici nazionali e regionali.

1. Il Percorso Istituzionale

Il percorso principale e capillare sul territorio è gestito dal Medico di Medicina Generale (MMG). Questo iter è codificato dalle indicazioni del Ministero della Salute ed è strutturato in fasi precise:

- *Il Target di Popolazione*: Il percorso si rivolge attivamente a tutti i cittadini sani (che non hanno cioè mai avuto eventi cardiovascolari) nella fascia di età tra i 40 e i 69 anni (estendibile fino agli 89 anni).

- *L'Algoritmo di Stratificazione (SCORE2 e SCORE2-OP)*: I medici applicano i sistemi di calcolo ufficiali promossi dalla Società Europea di Cardiologia (ESC), calibrati specificamente sulla popolazione italiana. Questo algoritmo incrocia parametri quali età, sesso, abitudine al fumo, pressione arteriosa e colesterolo non-HDL.

- *Integrazione con il Progetto Cuore dell'ISS*: I dati e le valutazioni cliniche confluiscono nella piattaforma dell'Istituto Superiore di Sanità (Progetto Cuore), che permette di monitorare l'andamento epidemiologico dei fattori di rischio sul territorio nazionale.

2. Lo Studio Nazionale "CVRISK-IT" (Il Percorso di Eccellenza Ministeriale)

Attualmente in vigore a livello nazionale vi è lo studio istituzionale

CVRISK-IT, un percorso di prevenzione primaria finanziato dal Ministero della Salute. Funzionamento: Coinvolge circa 30.000 cittadini italiani reclutati tramite 17 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) della Rete Cardiologica e oltre 30 strutture ospedaliere.

3. I Percorsi di Prossimità e gli Screening Itineranti

Per intercettare i cittadini che sfuggono ai controlli ordinari del medico di famiglia, sono attivi sul territorio nazionale diversi percorsi "itineranti" di piazza:

a. Il Truck Tour "Banca del Cuore": una campagna nazionale promossa dalla HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS. Un Jumbo Truck attrezzato tocca decine di città italiane offrendo ai cittadini screening gratuiti completi, che includono elettrocardiogramma, screening metabolico (lipidi e glicemia) e calcolo del rischio con rilascio della "BancomHeart", una tessera personale con i propri dati cardiologici salvati online.

b. "Itinerari della Salute" (Croce Rossa Italiana e INMP): un percorso strutturato con unità mobili che attraversa numerose regioni italiane (Emilia-Romagna, Abruzzo, Sicilia, Calabria, ecc.) portando la prevenzione cardiovascolare direttamente nelle piazze, specialmente per le fasce di popolazione socialmente più vulnerabili o distanti dai servizi centrali.

Status Epidemiologico emerso dalle Survey dei progetti in essere sul Territorio Italiano

A. Consapevolezza del Rischio Cardiovascolare del proprio rischio cardiovascolare

Dopo i 50 anni, la presenza di uno o più fattori di rischio cardiovascolare - ipertensione, dislipidemia, diabete mellito - è molto comune. La

consapevolezza di fatto è purtroppo bassa e questo costituisce un elemento che si presta a specifici correttivi. I dati epidemiologici provenienti dal Progetto Cuore mostrano sinteticamente i seguenti aspetti:

- ✓ Oltre il 70-80% delle persone over 50 ha almeno 1 fattore di rischio cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo, sedentarietà).
- ✓ La consapevolezza del proprio "Rischio CV" varia a seconda del fattore considerato:
- ✓ Diabete mellito: consapevolezza più alta, circa 70-85%
- ✓ Ipertensione arteriosa: circa 50-70% sa di averla
- ✓ Ipercolesterolemia: circa 30-50% è consapevole

Queste proporzioni consentono di asserire che mediamente 1 persona su 3 "over 50" ignora la propria propensione allo sviluppo di malattia aterosclerotica e conseguentemente di eventi possibili futuri. Questo gap riconosce diverse possibili spiegazioni, che vanno dal *decorso spesso asintomatico* dei fattori di rischio - particolarmente evidente nel caso della ipertensione arteriosa e della dislipidemia - alla *scarsa adesione agli screening periodici* (promossi dal SSN o dai programmi preventivi periodici aziendali), alla *sottostima del rischio connesso alla presenza del Fattore di Rischio*, sino alla *scarsa penetrazione* dei progetti preventivi. Il combinato disposto di questi elementi comporta inevitabilmente una serie di ritardi, dalla diagnosi all'inizio del trattamento, che confluiscono nel risultato finale di una *maggiore incidenza della quota di eventi cardiovascolari "evitabili"*.

B. Aderenza ed Efficacia del trattamento

A fronte della popolazione cosiddetta

inconsapevole, il percorso di coloro che hanno "consapevolezza" mostra anch'esso criticità, per la variabilità riscontrata nella prescrizione terapeutica e del conseguimento del target, come emerge dall'elenco riportato di seguito.

- i. Diabete Mellito: 80 - 90% in trattamento farmacologico;
- ii. Ipertensione Arteriosa: 70 - 80% in trattamento farmacologico;
- iii. Ipercolesterolemia: 40 - 60% in trattamento farmacologico;
- iv. Solo 30 - 50% raggiunge i target pressori/lipidici.

Da questa sommaria sintesi della catena organizzativa emergono una serie di "gap" nei diversi snodi che di fatto rendono ragione della necessità di strade alternative - oltre i programmi aziendali di screening e quelli promossi dal SSN - per raggiungere con maggiore capillarità la popolazione a rischio di eventi cardiovascolari, unitamente alla fase successiva che è rappresentata dal controllo dell'aderenza alla prescrizione e la successiva verifica del conseguimento del target. Dagli scenari appena descritti emerge una coincidenza "spontanea" di circostanze che favorisce operazioni come quella intrapresa da ANMCO - HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS e Federazione Italiana Golf. Come descritto inizialmente in questa disamina, il Golf nel panorama delle attività sportive in Italia, rappresenta un singolare unicum per il fatto che è la disciplina con la più elevata proporzione nelle fasce d'età over 50, cioè lo stesso livello al quale i dati epidemiologici registrano un singolare tasso di inconsapevolezza del proprio profilo di rischio cardiovascolare. Il combinato disposto di queste concomitanze permette la massima redditività dei programmi di prevenzione dedicati

	Skill	Power	Mixed	Endurance
LOW	Golf (buggy)	Shot putting (recreational)	Soccer (adapted)	Jogging
	Golf (18 holes walking)	Discus (recreational)	Basketball (adapted)	Long distance walking
	Table tennis (double)	Alpine skiing (recreational)	Handball (adapted)	Swimming (recreational)
	Table tennis (single)		Volleyball	Speed walking
	Shooting		Tennis (double)	Mid/long distance running
MEDIUM	Curling	Short distance running	Ice-Hockey	Style dancing
	Bowling	Shot putting	Hockey	Cycling (road)
	Sailing	Discus	Rugby	Mid/long distance swimming
	Yachting	Alpine skiing	Fencing	Long distance skating
	Equestrian	Judo/karate	Tennis (single)	Pentathlon
		Weight lifting	Waterpolo	Rowing
HIGH		Wrestling	Soccer (competitive)	Canoeing
		Boxing	Basketball (competitive)	X-country skiing
			Handball (competitive)	Biathlon
				Triathlon

Figura 6 - Elenco delle discipline sportive sistematizzato in relazione ad intensità sforzo fisico e prevalenza delle componenti (destrezza, potenza, resistenza, mixing)

agli ambiti sportivo-ricreativi, per intercettare quei profili anagrafici nei quali la consapevolezza del rischio è bassa o i trattamenti farmacologici intrapresi non hanno raggiunto il target necessario.

Golf e Prevenzione Secondaria

Se in Prevenzione primaria, il Golf offre spunti organizzativi interessanti per i motivi descritti, nondimeno può rappresentare un momento altrettanto utile in regime di Prevenzione secondaria. Uno degli aspetti delicati della presa in carico

del paziente reduce da un evento acuto cardiovascolare è la prescrizione dell'attività fisica. La delicatezza risiede non solo nella identificazione della disciplina, ma anche nella programmazione/definizione di eventuali limitazioni di intensità con cui la stessa disciplina dovrebbe essere intrapresa, aspetti questi ultimi che potendo destare preoccupazioni negli stessi pazienti, potrebbero dar luogo a tassi di abbandono nel medio termine vanificando o mitigando la percezione del cosiddetto "ritorno alla normalità".

	Golf	Nordic walk	Walk	P value*	P value†	P value‡	P value§
	All (n=25)	All (n=25)	All (n=25)				
Physical outcomes							
Distance (km)	8.8±1.2	6.0±0.2	5.9±1.3	<0.001	<0.001	<0.001	0.124
Duration (min)	210±30	61±6	59±5	<0.001	<0.001	<0.001	1.000
Steps	13446±1314	7090±664	6866±606	<0.001	<0.001	<0.001	1.000
Pace (min/km)	24±5	10±1	10±1	<0.001	<0.001	<0.001	1.000
Heart rate max. (bpm)	134±13	138±17	137±16	0.787			
Heart rate avg. (bpm)	110±15	126±17	121±14	0.005	0.005	0.087	0.841
Heart rate min. (bpm)	77±14	85±17	80±20	0.523			
Energy expenditure (Kcal)	1377±301	503±86	494±69	<0.001	<0.001	<0.001	1.000

n (total)=25; n (men) = 16 (64%); n (women)=9 (36%).

Quantitative variables were expressed as mean±SD and expressed in mean (95% CI).

Bold values indicates a statistically significant difference with a p-value less than 0.05.

*Comparison of the difference between all groups by Kruskal-Wallis test.

†Pairwise comparison, Kruskal-Wallis H test with post hoc adjusted via Bonferroni correction: Golf versus Nordic walking.

‡Pairwise comparison, Kruskal-Wallis H test with post hoc adjusted via Bonferroni correction: Golf versus walking.

§Pairwise comparison, Kruskal-Wallis H test with post hoc adjusted via Bonferroni correction: Nordic walking versus walking.

Tabella II - Effetti acuti Cardiovascolari in relazione alle diverse attività

Nel 2021 Pelliccia et al per la Società Europea di Cardiologia ha pubblicato le linee guida sulla indicazione all'attività fisica nei pazienti con malattia cardiovascolare. Uno degli aspetti iniziali è stata la sistematizzazione delle diverse discipline in relazione all'intensità dello sforzo fisico, ed alla prevalenza delle componenti di potenza, resistenza, abilità. Il Golf - nelle sue varianti - appare tra le discipline a bassa intensità unitamente al "long distance" walking. Il Tennis (in doppio) e parte delle varianti atletiche (Short, Mid e Long distance running e speed walking) attengono al livello di intensità media. Tuttavia questa peculiarità - la bassa intensità - sebbene possa evocare dubbi sull'efficacia della disciplina nella evocazione di quegli effetti cardiovascolari e metabolici auspicabili in un programma di prevenzione, di fatto messa a confronto con i competitor elencati in precedenza, ha fornito risultati confortanti e certificato una efficacia accettabile.

Specifiche prestazionali golf rispetto ad altre discipline maggiormente diffuse

Un recente studio randomizzato di piccole dimensioni, condotto su una popolazione di ultrasessantenni ha messo a confronto gli effetti fisiologici e cardiometabolici del Golf versus Walking e Nordic Walking.

Gli aspetti salienti di questo confronto - ampiamente riportati nelle Tabelle II e III si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- Sebbene lo Walking ed il Nordic Walking lasciassero ipotizzare - per la maggiore intensità fisica - effetti emodinamici e metabolici differenti, il confronto ha sostanzialmente prodotto risultati sovrapponibili;
- La maggiore durata, la distanza ricoperta ed il numero di passi più elevato, hanno infatti prodotto un

Cardiometabolic markers	Golf				Nordic Walk				Walk			
	All (n=24)				All (n=25)				All (n=25)			
	Pre-exercise	Postexercise	Change	P value*	Pre-exercise	Postexercise	Change	P value*	Pre-exercise	Postexercise	Change	P value*
Systolic blood pressure (mm Hg)	142±17	134±13	-9±11	<0.001	142±19.9	126±17	-16±18	<0.001	143±20	125±14	-18±15	<0.001
Diastolic blood pressure (mmHg)	87±9	86±9	-1±7	0.429	85±10.9	81±10	-4±8	0.038	87±11	83±10	-5±8	0.022
Total cholesterol (mmol/L)	5.07±1.12	5.03±1.12	-0.05±0.2	0.152	5.02±1.07	4.95±1.06	-0.07±0.2	0.126	5.12±1.12	5.00±1.15	-0.1	0.034
Triglycerides (mmol/L)	1.01±0.31	1.14±0.38	0.13±0.2	0.003	0.91±0.34	1.22±0.47	0.31±0.2	0.001	0.90±0.33	1.13±0.39	0.23±0.2	<0.001
LDL-cholesterol (mmol/L)	2.92±0.87	2.85±0.98	-0.07±0.2	0.023	2.92±0.97	2.83±0.94	-0.08±0.2	0.019	2.92±0.87	2.87±0.91	-0.05±0.1	0.036
HDL-cholesterol (mmol/L)	1.69±0.52	1.73±0.52	0.04±0.06	0.002	1.71±0.54	1.69±0.52	-0.02±0.06	0.353	1.73±0.55	1.71±0.56	-0.02±0.07	0.170
Blood glucose (mmol/l)	5.83±0.56	5.84±0.76	0.01±1.0	0.794	5.83±0.58	6.48±0.73	0.64±0.9	0.003	5.64±0.42	6.96±0.78	1.3±0.9	<0.001

Tabella III - Effetti Cardiometabolici in relazione alle diverse attività

- dispendio energetico notevolmente più elevato a favore del Golf;
- c. Per quanto attiene alla risposta metabolica, il golf ha avuto un effetto più positivo sui trigliceridi (TG) e sul colesterolo HDL (HDL-C) rispetto al nordic walking o al walking;
- d. Identico vantaggio è stato registrato nel versante glicemico rispetto al walking.

Golf e salute/benessere mentale

Uno degli aspetti interessanti del Golf in prevenzione secondaria - nel confronto con discipline individuali - potrebbe essere rappresentato dal recupero di una condizione mentale adeguata e dall'autostima. Studi quantitativi e qualitativi hanno descritto benefici legati alle connessioni sociali favorite dal Golf, oltre alle opportunità di interazione intergenerazionale; non di secondaria importanza le opportunità per ricostruire le connessioni sociali e la fiducia durante e dopo la malattia.

Conclusioni

Al termine di questa disamina sintetica sui motivi della iniziativa descritta in tema di prevenzione cardiovascolare, appare evidente come dalla

integrazione dei sistemi (Programmi Istituzionali, Campagne Educazionali ad opera della Associazioni Scientifiche, Federazioni Sportive) come quelli descritti si può aumentare il tasso di penetranza nella popolazione altrimenti difficilmente raggiungibile, e dall'altro proporre istituzionalmente percorsi prescrittivi in tema di prevenzione secondaria che oltre all'esercizio fisico in sé, propongono modelli reintegrativi della popolazione reduce da eventi acuti e che talvolta difficilmente abbandona i timori di una nuova attività fisica.♥

Bibliografia

Murray AD, et al. "The relationships between golf and health: a scoping review" Br J Sports Med 2017;51:12-19. doi:10.1136/bjsports-2016-096625

Donfrancesco C, Lo Noce C, Di Lonardo A, Vannucchi S, Palmieri L. Progetto CUORE ISS: "Health examination survey studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare". Boll Epidemiol Naz 2021; 2(4):12-21, DOI; <https://doi.org/1053225/BEN.032>.

Linke SE et al. "Attrition and Adherence Rates of sustained vs intermittent Exercise intervention". Ann Behav Med. 2011 Oct;42(2):197-209

Pelliccia A. et al 2020 "ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease" European Heart Journal (2021) 42, 17_96 doi:10.1093/eurheartj/ehaa605

Comparing primary prevention with secondary

prevention to explain decreasing Coronary Heart Disease death rates in Ireland, 1985-2000. BMC Public Health 2007, 7:117 doi:10.1186/1471-2458-7-117

Rapporto Fondazione CERM 2019

Report Tennis & Padel 2024. FITP

CONI i Numeri dello Sport 2023

La Pratica Sportiva in Italia - Anno 2024 - Istat

La Pratica Sportiva in Italia - 2024 - Sport & Salute S.p.A.

Federazione Italiana Golf Statistiche Ufficiali 2023-2025

Kettinen J, et al. Comparative effectiveness of playing golf to Nordic walking and walking on acute physiological effects on cardiometabolic markers in healthy older adults: a randomised cross-over study BMJ Open Sp Ex Med 2023;9:e001474. doi:10.1136/bmjsem-2022-001474

Clavel I, et al. Prediction of Dropout in physical activity: the effect of time Phys Act Health 2025 Jun 4;22(8):958

Unverdorben M, Kolb M, Bauer I, et al. Cardiovascular load of competitive golf in cardiac patients and healthy controls. Med Sci Sports Exerc 2000;32:1674-8.

Berlin KL, Klenosky DB. Let Me Play, Not Exercise! A ladder study of older women's motivations for continued engagement in sports-based versus exercise-based leisure time physical activities. J Leisure Res 2014;46:127-52.

Cann AP, Vandervoort AA, Lindsay DM. Optimizing the benefits versus risks of golf participation by older people. J Geriatr Phys Ther 2005;28:85-92.

Kleiber DA. Redeeming leisure in later life. Positive leisure science: from subjective experience to social contexts. Springer Science + Business Media, 2013:21-38.

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>1^a Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2^a 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>1^a Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso <u>2^a Fase</u> • Arruolamento Chiuso • Follow-up Chiuso
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	6.535	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)	73 (3.464)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLT-HF	15 (71)	300 (2.500)	149 (753)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EARLY	24	240	190	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 AFFIRMO RCT

AFFIRMO Steering Committee

Gregory YH Lip (*Chairman*),
Gheorghe-Andrei Dan, Lars Frost,
Carrol Gamble, Søren Paaske
Johnsen, Aldo Pietro Maggioni,
Francisco Marin Ortuno, Tatjana
Potpara, Marco Proietti, Mariya
Petkova Tokmakova.

Lo studio "Atrial Fibrillation integrated approach in Frail, multimorbid and polyMedicated Older people" (AFFIRMO RCT) è uno studio randomizzato a cluster che ha ricevuto un finanziamento dall'Unione Europea nell'ambito del programma di supporto alla ricerca Horizon 2020.

L'obiettivo di AFFIRMO RCT era quello di valutare, in pazienti con un'età pari o superiore a 65 anni affetti da fibrillazione atriale e multimorbilità

(almeno una tra ipertensione trattata con almeno 2 farmaci antiipertensivi, coronaropatia, arteriopatia periferica, scompenso cardiaco, ictus/TIA, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale cronica), l'efficacia rispetto alle cure abituali di un approccio clinico integrato basato sul percorso ABC, arricchito dall'utilizzo di una valutazione geriatrica multidimensionale (VMD). Il percorso ABC si concentra su tre ambiti: (A) evitare l'ictus con l'anticoagulazione (con VKA ottimizzato o uso di DOAC); (B) migliorare la sintomatologia attraverso il controllo della frequenza o del ritmo; (C) ottimizzare la gestione delle comorbilità cardiovascolari e non cardiovascolari associate. L'intervento ABC viene erogato attraverso un'applicazione per smartphone e tablet (iABC) specificatamente progettata e realizzata dall'Università di Manchester, altro partner del

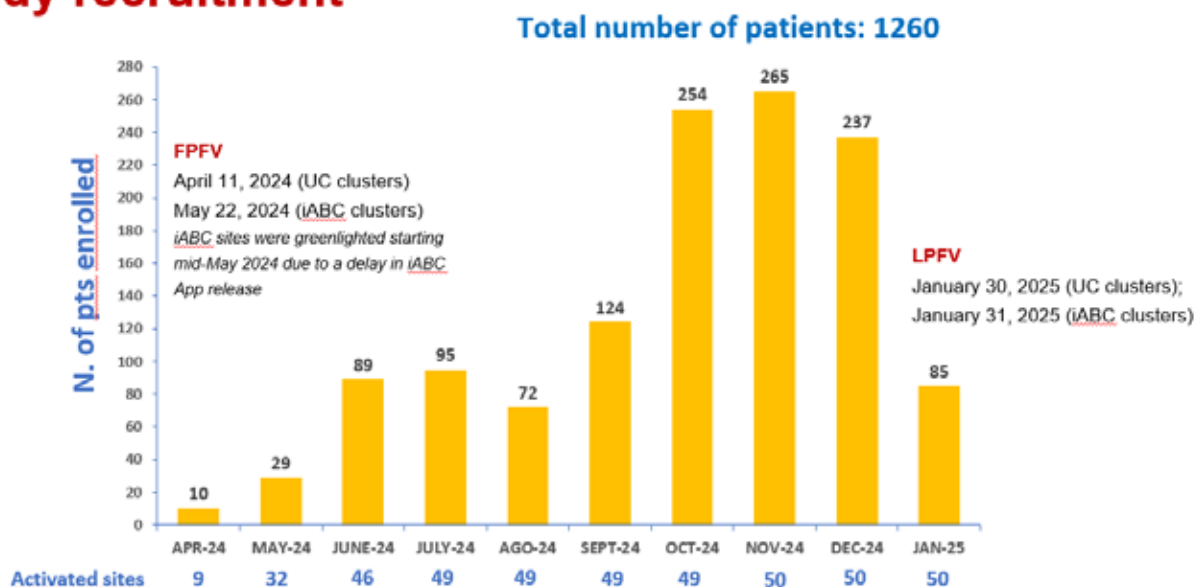
progetto.

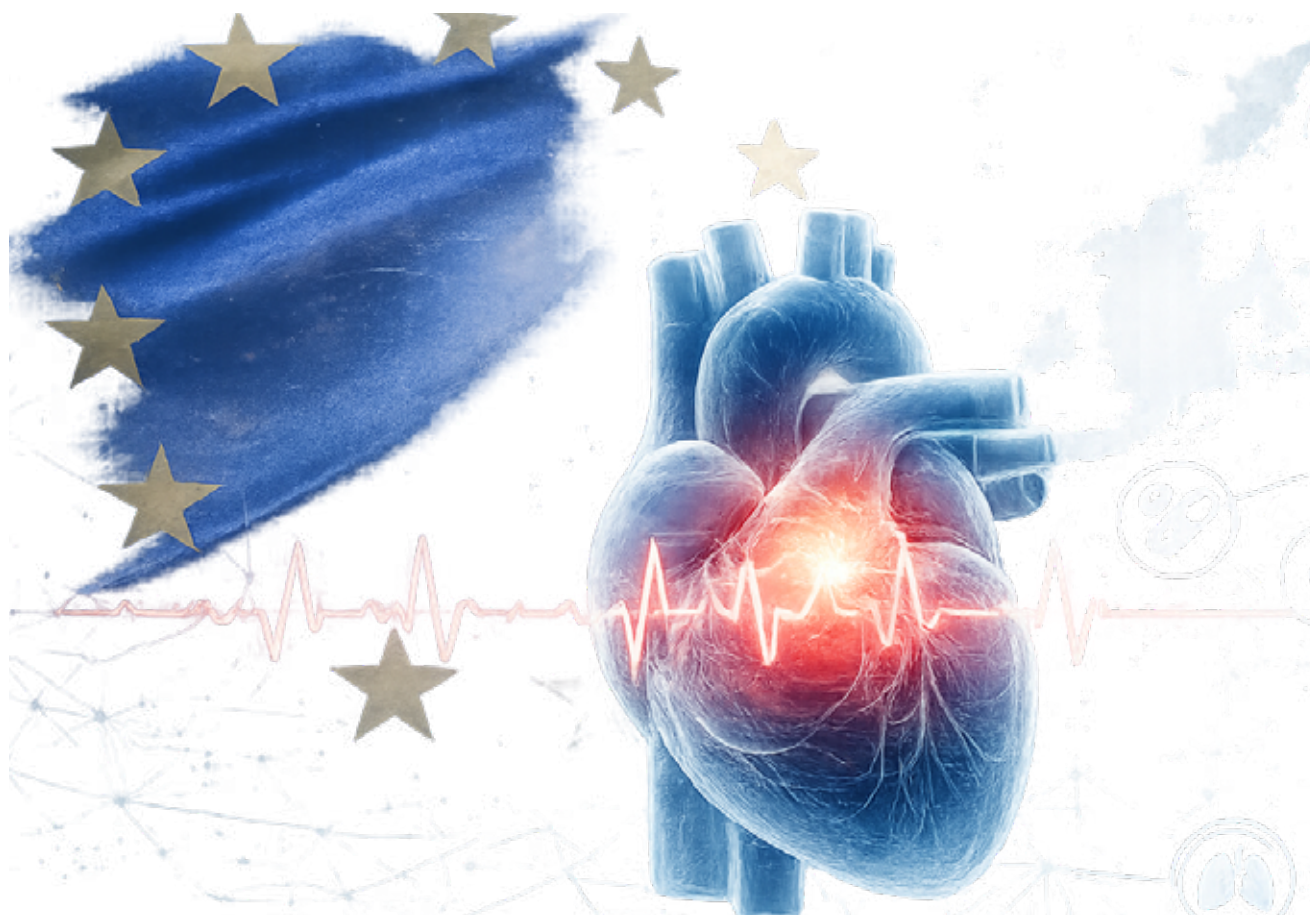
Lo studio, si è svolto in contemporanea in 6 differenti paesi Europei (Bulgaria, Danimarca, Italia, Romania, Serbia e Spagna) e prevedeva l'arruolamento di 1250 pazienti in 50 Centri nell'arco di un anno. Secondo la filosofia degli studi a *cluster*, in ogni paese metà dei Centri partecipanti è stato randomizzato alla *usual care*, mentre l'altra metà è stata randomizzata ad *Intensive Care (iABC)*.

L'end-point primario dello studio era quello di valutare l'impatto dell'intervento randomizzato sull'incidenza di ospedalizzazione non programmata per tutte le cause, lungo un follow-up di 1 anno con visite a 3, 6 e 12 mesi.

L'attività di *Central Coordinating Center* è stata svolta dal Centro Studi ANMCO che fungeva da raccordo con i *National Coordinating Center* degli altri paesi partecipanti oltre all'Italia. I 50 Centri partecipanti, attivati nel

Study recruitment





periodo aprile-ottobre 2024, hanno concluso l'arruolamento a gennaio 2025 includendo complessivamente 1260 pazienti: 626 nel braccio *Usual Care* e 634 nel braccio *Intensive Care (iABC)*. L'ultima visita di follow-up è stata effettuata il 17 febbraio 2026. La durata media del follow-up è stata di 367 giorni e nessun paziente è stato perso al follow-up. Un comitato di validazione degli eventi, con un membro in ciascuno dei 6 paesi partecipanti, ha validato le cause di decesso e le cause e le modalità delle ospedalizzazioni occorse nel corso dello studio. Per tutti gli eventi da validare è stata fornita dai Ricercatori la documentazione di supporto e pertanto tutti sono stati validati dall'apposito comitato di validazione.

Il protocollo dello studio e le caratteristiche di base dei pazienti arruolati sono stati pubblicati a gennaio 2026 sull'*American Heart Journal* (*Am Heart J.* 2026 Jan 22;295:107356. doi: 10.1016/j.ahj.2026.107356).

Il manoscritto con i risultati dello studio è stato inviato a maggio 2026 a *The Lancet Regional Health – Europe* e siamo in attesa di un riscontro da parte della rivista. L'obiettivo è quello di riuscire a presentare i risultati al prossimo Congresso ESC, che si svolgerà a Monaco il 28-31 agosto p.v., e pubblicarli in contemporanea. I risultati saranno inoltre presentati in anteprima a tutti i Ricercatori nel corso di una videoconferenza che precederà di poco la presentazione/

pubblicazione ufficiale.

Infine, martedì 8 settembre p.v. si svolgerà una conferenza finale del progetto AFFIRMO in forma ibrida (a Copenhagen, dove si terrà l'ultimo Consortium Meeting del progetto, e online) in cui verranno presentati anche i risultati dello studio randomizzato a cluster.

I risultati del progetto ci permetteranno di approfondire il tema delle cure integrate per i pazienti affetti da fibrillazione atriale, nell'attuale contesto epidemiologico che mostra un progressivo invecchiamento di questa popolazione, sempre più affetta da multiple patologie e caratterizzata da un'alta prevalenza di sindromi geriatriche.♥

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



Antonia Mannarini



Stefano Oliva

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



Alice Sacco



Geza Halasz

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

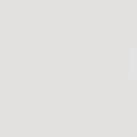
Carlo Ammendolea - Belluno

Raffaella Mistrulli - Roma

Ermal Shehaj - Lamezia Terme (CZ)



Nadia Ingianni



Rachele Adorisio



Chiara Dalla Valle

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

Paola Orsini - Bari

Expert Advisor

Silvia Maffei - Pisa

Anna Maria Moretti - Bari

Paola Orsini - Bari

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

AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO

Chairperson

Rachele Adorisio - Roma

Co-Chairperson

Paolo Ferrero - Milano

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

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)

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

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



Sandro
Gelsomino

AREA EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Chairperson

Sandro Gelsomino - Lamezia Terme (CZ)

Co-Chairperson

Claudio Mario Ciampi - Catania

Comitato di Coordinamento

Stefano Cornara - Savona
Gianmarco Iannopolo - Bologna
Carmelo Massimiliano Rao - Polistena (RC)
Ottavio Zucchetti - Bergamo

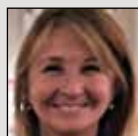
Consulenti

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

Iris Parrini - Torino

Medical Writer

Andrea Madeo - Castrovillari (CS)



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)



Federico
Fortuni

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



Stefania
Marazia

AREA MALATTIE RARE

Chairperson

Stefania Marazia - Lecce

Co-Chairperson

Giuseppe Palmiero - Napoli

Comitato di Coordinamento

Matteo Bianco - Orbassano (TO)
Annunziata 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
Annunziata Mucicò - Genova
Andrea Passantino - Bari
Claudia Luisa Visconti - Agrigento

Consulenti

Lorenzo Castello - Roma
Claudio Picariello - Rovigo
Matteo Rocco Reccia - Arezzo



Simona
Giubilato

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



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



Dottore, non mi verrà mica la morte improvvisa?

Quante volte, magari in un'altra forma, vi è stata rivolta questa domanda nel corso delle vostre visite cardiologiche? Poche, scommetto, a meno che non teniate un ambulatorio prettamente dedicato. Ma quanti ambulatori dedicati alla prevenzione della morte improvvisa ci sono in Italia? E quanti in proporzione agli ambulatori dedicati all'ipertensione arteriosa o alle dislipidemie? Sembrerebbe quasi un problema di secondaria importanza, non fosse che la morte improvvisa rappresenta quasi il 5% delle morti totali in Europa: un recente bellissimo lavoro (1) statistico / epidemiologico (fra i cui autori brillano alcuni nomi illustri ANMCO) descrive l'incidenza della morte improvvisa nei 26 paesi europei nel decennio 2010-2020. Seppur coi limiti della statistica generale (codifica, mancanza di autopsie, ecc.) il numero è veramente impressionante: 2.583.559 morti improvvise, che si riassumono nel terribile dato di una morte improvvisa ogni 2,2 minuti (in una popolazione di 515 milioni di persone). A fronte di un rilevante peso epidemiologico e di un pesantissimo rilievo sociale (l'impatto di una morte improvvisa come ben sappiamo è decisamente superiore a quello di una morte annunciata) non corrisponde quindi un altrettanto pesante "allarme" sociale e sanitario. Ovviamente i cardiologi sono ben consapevoli di questo problema, ma questo non contribuisce a

minimizzare il gap tra il problema reale e la sua percezione. Questo si riflette in una minor prevenzione, con tutte le conseguenze immaginabili. Quali sono le cause di questo mismatch? E quali possono essere i rimedi? Iniziamo dai dati rilevanti che il lavoro citato fornisce: innanzitutto la prevalenza è nettamente a sfavore dei maschi ed interessa tutte le fasce d'età con un naturale incremento contestuale dell'incidenza con l'età. La prevalenza non è uguale nei vari paesi d'Europa, ma questo dato può riflettere differenti codifiche, diverse percentuali di diagnosi corrette, diversa distribuzione dei fattori di rischio. Comune a tutti i 26 paesi è la scarsa percentuale di autopsie condotte con metodo corretto e quindi sicuramente diagnostiche. Il trend è in generale aumento, soprattutto fra le donne anziane, ma molto variabile fra le varie nazioni (il trend italiano è fortunatamente in calo). Gli autori descrivono molto bene le possibili cause di queste ed altre difformità. Quindi partiamo da un primo punto di difficoltà: la diagnosi stessa di morte improvvisa non è sempre precisa ed attendibile, né riconducibile con certezza ad una causa fra le tante possibili (ricordiamo che le cause cardiache/ cardiovascolari sono nettamente preponderanti, ma non le sole). A mio personale avviso una delle possibili cause della scarsa sensibilità al problema è di ordine culturale e psicologico: soprattutto nella nostra

popolazione italiana (medici compresi) l'argomento della morte è spesso tabù, soprattutto se improvvisa e (parzialmente) inspiegata o meglio direi incomprensibile. Concetti come quello di fato, destino avverso, jella o maledizioni, sono presenti, almeno nel subconscio, di molti di noi. Questo non è scientifico, ma la medicina è anche un'arte! Tornando a ragionamenti scientifici sicuramente gioca a sfavore l'indeterminatezza della diagnosi in una elevata percentuale di casi: la natura stessa della morte improvvisa, per definizione improvvisa, ostacola molto spesso l'accertamento diagnostico corretto; la possibile origine da patologie fra loro diverse e non diagnosticate in precedenza genera confusione sia tra i famigliari o gli astanti, sia fra i medici che, interpellati, non possono dare spiegazioni dettagliate o formulare ipotesi precise: ecco quindi fiorire diagnosi generiche come "infarto", "colpo", "ictus", "collasso", ecc. Per questo motivo le Linee Guida sulla prevenzione della morte improvvisa raccomandano in classe I l'esecuzione di autopsia, allo scopo di precisare (anche per ovvi motivi di genetica famigliare), il motivo della morte. Come già detto, nonostante ciò, le statistiche risultano inquinate da una bassa percentuale di autopsie eseguite e da una qualità subottimale per la mancata aderenza a protocolli condivisi. Su questo punto, quindi, molto è da fare. La diagnosi di patologie predisponenti alla morte improvvisa deve coinvolgere ovviamente la popolazione giovanile e pediatrica. Sotto questo aspetto la cardiologia italiana, con la sua legislazione e organizzazione nello

screening di patologie cardiache alla nascita e negli sportivi, è sicuramente all'avanguardia. Molto meno possiamo dire nella difesa delle buone abitudini alimentari che rendevano la popolazione italiana a basso rischio di mortalità cardiovascolare generale e che così non è più a causa dei cambiamenti nelle abitudini alimentari e nella diffusione dell'obesità soprattutto infantile: alla lunga anche questo predispone all'insorgenza di morti improvvise. La presenza, tra le cause più comuni di morte improvvisa, di malattie cardiovascolari "prevedibili" come infarto, ictus ed embolia polmonare potrebbe facilitare il concetto di "prevenzione": la terapia antiipertensiva, a puro titolo esemplificativo, o la lotta all'obesità, collaborano a prevenire le malattie a loro volta causa di morte improvvisa. In questo senso quindi qualcosa (anche più di qualcosa) si fa, ma ciò non viene percepito dalla cittadinanza, e spesso nemmeno dalla classe medica, come lotta alla morte improvvisa, che resta in ombra. Questo aspetto non ha solo valenza filosofica ("basta che si faccia..."): buona parte della popolazione si sottopone volentieri alla prevenzione delle malattie oncologiche (e meno male!), dandola per scontata, perché sollecitata da campagne informative, dal passaparola e dai medici con cui vengono in contatto, siano essi medici di medicina generale sia specialisti; perfino la prevenzione dentale, pubblicizzata da una nota marca di dentifricio, è entrata nell'immaginario collettivo. Non così si può dire per la prevenzione della morte improvvisa, che dovrebbe spaventare (parcella a parte) ben più di una carie! Un altro tema scottante è quel che si può fare,

una volta accertato il rischio, per prevenire l'evento. In questo il problema è tutto della classe medica, e cardiologica innanzitutto. Gli strumenti di classificazione del rischio, lo diciamo tutti i giorni, ci sono, ma sono abbastanza deludenti: valga per tutti l'esempio reiterato dell'uso della frazione d'eiezione inferiore al 35% come elemento spesso quasi unico per decidere l'impianto di un defibrillatore. Nonostante le evidenti difficoltà, dovrebbe essere compito principale della comunità cardiologica affinare quanto più possibile gli strumenti di stratificazione del rischio. Questo è difficile e comporta inevitabilmente tempi lunghi. Molto più immediata invece, e sicuramente produttiva, sarebbe la applicazione a tappeto dei criteri che già conosciamo: non sempre questi vengono applicati e non sempre correttamente, ancora una volta perché mentre a tutti, pazienti, medici di medicina generale e specialisti, sembra ovvio prescrivere esami tradizionali, non sempre il primo pensiero è quello di richiedere esami specifici per la prevenzione della morte improvvisa, e anche se eseguiti manca talvolta una figura di riferimento che ne dia la giusta interpretazione. Anche su questo c'è molto da fare. Una volta diagnosticati i soggetti a rischio, una volta fatto il possibile per la prevenzione, una volta messi in sicurezza i casi prevedibili, resta da vedere cosa fare per quei casi (ahimè numerosi e preponderanti) imprevedibili e veramente improvvisi. Anche su questo fronte in Italia come in altri Paesi non si è rimasti con le mani in mano e in molte realtà locali esiste una organizzazione territoriale che, tramite l'addestramento di laici, la diffusione dei DAE, la creazione di

una consapevolezza che esce dai corridoi ospedalieri, sta creando i presupposti per un fattivo contrasto al problema. Per questi motivi l'Area Aritmie ANMCO ha posto fin dall'inizio fra i suoi scopi principali quello di contribuire ad una maggior consapevolezza nei confronti di un problema di sanità pubblica tanto importante dal punto di vista sanitario, sociale e culturale. L'interesse è fortunatamente condiviso da autorevoli membri del Consiglio Direttivo, coi quali è stato avviato un fattivo programma di collaborazione. La consapevolezza dell'esistenza del problema, a cui può contribuire anche un semplice scritto come il presente, può comunque far crescere l'humus culturale diffuso necessario, anzi indispensabile ad una sua miglior gestione. ♥

1. Trends in sudden death-attributed mortality across Europe, 2010–2020: a retrospective population-based analysis.

Marco Zuin, Eloi Marijon, Kumar Narayanan, Francesco Vitali, Claudio Bilato, Pier Luigi Temporelli, Raffaele De Caterina, Sakis Themistoclakis, Fabrizio Oliva, Leonardo De Luca, Claudia Colombo, Cristina Balla, Michele Malagù, Luca Canovi, Giuseppe Boriani, and Matteo Bertini.

The Lancet Regional Health - Europe 2026;66: 101655 Published Online 23 April 2026 <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2026.101655>



Le ferite che colpiscono il cuore: impatto della violenza di genere sulla salute cardiovascolare

Un legame invisibile ma concreto

La World Health Organization (WHO) definisce la violenza contro le donne come qualsiasi atto di violenza basato sul genere che provochi, o possa provocare, danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, comprese le minacce, la coercizione e la privazione arbitraria della libertà, sia nella sfera pubblica sia in quella privata. Considerata una grave violazione dei diritti umani e un rilevante problema di salute pubblica, la violenza di genere comprende forme fisiche, sessuali, psicologiche ed economiche e può determinare conseguenze negative persistenti sulla salute fisica e mentale delle donne. La WHO sottolinea che la forma più comune è la violenza da partner intimo (Intimate Partner Violence, IPV), che include comportamenti da parte di un partner o ex partner che causano danni fisici, sessuali o psicologici. Secondo le stime congiunte della WHO e di UN Women, circa una donna su tre (30%) nel mondo ha subito nel corso della vita violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner intimo oppure violenza sessuale da parte di una persona diversa dal partner. Tale percentuale corrisponde a oltre 736 milioni di donne a livello globale. Le conseguenze non si limitano alle

lesioni immediate, ma includono effetti a lungo termine: le donne esposte alla violenza presentano infatti un rischio aumentato di depressione, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica e altre patologie croniche. L'epidemiologia del fenomeno mostra importanti differenze geografiche, con prevalenze generalmente più elevate nei Paesi a basso e medio

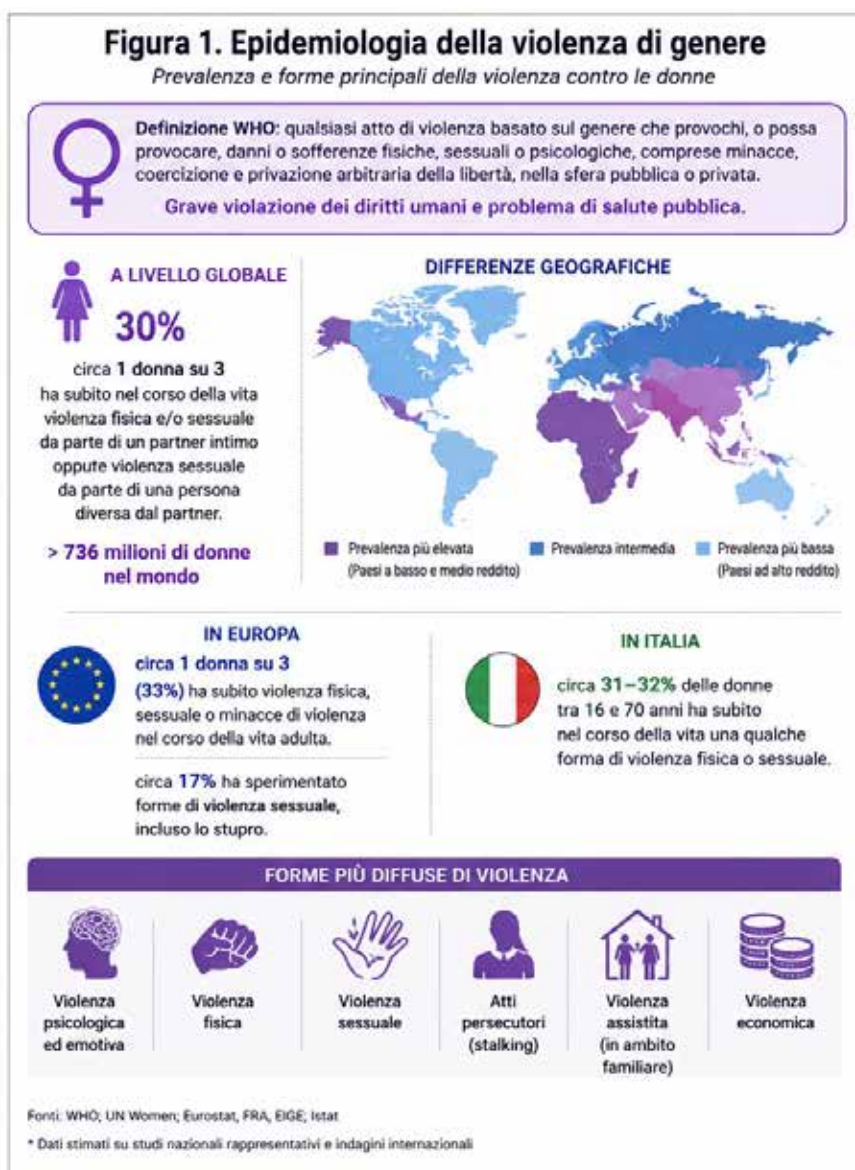




Figura 2. Il ruolo dei clinici: Integrare l'Invisibile

reddito, dove fattori socioeconomici, culturali e normativi possono favorire la persistenza della violenza di genere. Ma i paesi più sviluppati non sono esenti dalla problematica. In Europa, la violenza contro le donne interessa circa una donna su tre nel corso della vita adulta. I più recenti dati dell'indagine europea sulla violenza di genere, realizzata da Eurostat, FRA ed EIGE, evidenziano che il 33% delle donne ha subito violenza fisica, sessuale o minacce di violenza, mentre circa il 17% ha sperimentato forme di violenza sessuale, incluso lo stupro. La violenza da partner intimo rappresenta una delle forme più diffuse di abuso. In Italia, i dati raccolti da Istituto Nazionale di Statistica confermano che la violenza contro le donne rappresenta un problema di rilevante impatto sanitario e sociale. Le indagini nazionali indicano che circa il 31-32% delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito nel corso della

propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Le forme più diffuse comprendono: violenza psicologica ed emotiva; violenza fisica; violenza sessuale; atti persecutori (stalking); violenza assistita all'interno del nucleo familiare (Figura 1). Negli ultimi anni, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che il disturbo post-traumatico da stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari ⁽¹⁾. Il PTSD può insorgere in seguito all'esposizione a eventi traumatici quali violenza fisica, sessuale o psicologica, abusi durante l'infanzia, guerre, catastrofi naturali o gravi incidenti. Le persone affette da PTSD presentano un rischio aumentato di ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, infarto miocardico, ictus e mortalità cardiovascolare. Tale associazione è spiegata da

una persistente attivazione dei sistemi biologici coinvolti nella risposta allo stress, in particolare del sistema nervoso simpatico e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Questa condizione determina un aumento cronico della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e dei livelli di mediatori infiammatori, favorendo la disfunzione endoteliale e la progressione dell'aterosclerosi. Accanto ai meccanismi biologici, contribuiscono al maggiore rischio cardiovascolare anche fattori comportamentali frequentemente associati al PTSD, quali fumo di sigaretta, sedentarietà, disturbi del sonno, alimentazione non equilibrata e ridotta aderenza ai trattamenti medici. Nelle donne, il PTSD è spesso conseguenza di esperienze di violenza di genere e può rappresentare un importante meccanismo attraverso il quale il trauma psicologico si traduce in un danno cardiovascolare

a lungo termine. La revisione sistematica *Associations between IPV and noncommunicable diseases* ⁽²⁾ ha evidenziato che l'esposizione alla violenza da partner intimo (Intimate Partner Violence, IPV) è associata a un aumento del rischio di numerose malattie croniche non trasmissibili, tra cui patologie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e disturbi metabolici. La review *The Role of Psychosocial Stress on Cardiovascular Disease in Women* pubblicata su *Journal of the American College of Cardiology* ⁽³⁾ evidenzia che lo stress psicosociale rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare rilevante e spesso sottovalutato nelle donne. La review sottolinea che le donne sono più vulnerabili agli effetti biologici dello stress cronico; gli autori propongono quindi un modello integrato in cui lo stress psicosociale, lungo tutto il corso della vita, contribuisce in modo significativo allo sviluppo delle malattie cardiovascolari femminili, rendendo necessario includerlo nelle strategie di prevenzione e nella pratica clinica. Tra le evidenze più recenti sul rapporto tra violenza di genere e salute cardiovascolare, uno studio prospettico condotto nell'ambito della Nurses' Health Study II ⁽⁴⁾ ha dimostrato che

le donne vittime di stalking presentano un rischio aumentato di sviluppare eventi cardiovascolari maggiori. L'associazione risultava particolarmente marcata nelle donne che avevano richiesto o ottenuto un ordine restrittivo nei confronti dello stalker, indicatore di una maggiore gravità dell'esposizione traumatica. Gli autori ipotizzano che lo stress cronico generato dalla persistente percezione di minaccia possa attivare meccanismi neuroendocrini e infiammatori in grado di favorire lo sviluppo di malattie cardiovascolari. Questi risultati suggeriscono che anche forme di violenza psicologica e persecutoria, in assenza di aggressioni fisiche, possono avere conseguenze rilevanti sulla salute cardiovascolare femminile, rafforzando il ruolo della violenza di genere come determinante di salute lungo l'intero corso della vita.

Implicazioni per la salute pubblica

In questo quadro, la negazione o la minimizzazione del fenomeno della violenza di genere appare in contraddizione con un corpus di letteratura scientifica ampio, consolidato e interdisciplinare che coinvolge cardiologia, epidemiologia e salute pubblica. *La nozione di femminicidio e, più in generale, della violenza di genere come fenomeno strutturale non rappresenta una*

costruzione ideologica, ma una categoria descrittiva supportata da dati epidemiologici e clinici.

Ridurre o mettere in discussione tale evidenza significa ignorare non solo la dimensione sociale e umana del problema, ma anche il suo impatto biologico documentato sulla salute delle donne. Per questo motivo, l'approccio scientifico contemporaneo invita a superare letture semplificative o negazioniste, integrando invece la violenza di genere nei modelli di rischio cardiovascolare e nelle strategie di prevenzione, secondo una prospettiva di medicina di genere e salute pubblica basata sull'evidenza. (Figura 2) ♥

Bibliografia

1. OAS Nakhebi et al. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 7979
2. BW Jones et al. Associations between IPV and non-communicable diseases: a systematic review. *BMC Public Health* 2025 Sep 30;25(1):3216
3. IA. Ebong, The Role of Psychosocial Stress on Cardiovascular Disease in Women: *JACC State-of-the-Art Review*. *J Am Coll Cardiol.* 2024 July 16; 84(3): 298–3
4. RB. Lawn Experiences of Stalking and Obtaining a Restraining Order Are Associated With Onset of Cardiovascular Events in Women: A Prospective Analysis in the Nurses' Health Study II

di Andrea Vecchi, Manuela Benvenuto, Daniele Masarone, Gaetano Citarelli, Michele Moretti, Simone Bartolini, Claudia Vicari, Gianluigi Guida, Marco Cittar, Geza Halasz
a nome dell'Area CardioRenale e Metabolica ANMCO

Dal paradosso dell'obesità alla sindrome cardio-nefro-metabolica

Body positivity, nuovi farmaci e linguaggio della cura

Se c'è una cosa che la medicina moderna ha dovuto imparare, spesso a proprie spese, è che il corpo umano non vive soltanto nei libri di fisiopatologia: viene interpretato dalla cultura, dal linguaggio, dal costume. L'evoluzione

dello sguardo sull'eccesso di peso racconta bene questa tensione. Da un lato la Body Positivity, nata come necessaria risposta allo stigma e alla colpevolizzazione del corpo non conforme, dall'altro la nuova stagione della medicina cardio-

nefro-metabolica, che ci impone di riconoscere l'obesità non come una questione estetica, ma come una condizione biologica capace di anticipare danno d'organo, malattia renale e malattia cardiovascolare.

L'illusione dell'isola felice

Per molti anni il cosiddetto paradox ha alimentato un certo disorientamento. In alcune coorti di pazienti con scompenso cardiaco o coronaropatia, un indice di massa corporea nel range del sovrappeso o dell'obesità moderata sembrava associarsi a una prognosi migliore rispetto al normopeso. Il messaggio, semplificato oltre misura, è diventato quasi rassicurante:



Foto di David Brown | www.pexels.com

forse qualche chilo in più non è poi così dannoso; forse, in alcune malattie cardiovascolari, è perfino protettivo. Con il tempo, tuttavia, quel paradosso è apparso sempre meno come una verità biologica e sempre più come un fenomeno influenzato da bias di selezione, causalità inversa, età, riserva metabolica a breve termine e limiti intrinseci del BMI. Il peso corporeo, da solo, non distingue il grasso viscerale dalla massa muscolare, la congestione dalla sarcopenia, il paziente metabolicamente stabile da quello ad alto rischio. E proprio in questa zona grigia si è costruita parte dell'equivoco.

La svolta cardio-nefro-metabolica

La nuova cornice della sindrome cardio-nefro-metabolica ha cambiato prospettiva. L'eccesso di adiposità, soprattutto quando viscerale o disfunzionale, non è più considerato una variabile periferica, né un semplice fattore di rischio esterno al cuore. È l'inizio possibile di una traiettoria che coinvolge tessuto adiposo, infiammazione, insulino-resistenza, endotelio, rene e miocardio. In questa roadmap, il paziente con adiposità addominale, prediabete, ipertensione iniziale o albuminuria non è più semplicemente "a rischio": è già lungo un continuum biologico che può precedere di anni la comparsa dello scompenso, della fibrillazione atriale, della coronaropatia o della malattia renale cronica conclamata. La cardiologia deve quindi spostarsi da una logica reattiva, centrata sull'evento, a una logica anticipatoria, centrata sul fenotipo.

Beyond BMI: il peso non basta

Il BMI resta utile per descrivere popolazioni e orientare lo screening,

ma non basta per guidare la clinica del singolo paziente. Due persone con lo stesso BMI possono avere rischi profondamente diversi: una può avere massa muscolare conservata e buona capacità funzionale; l'altra adiposità viscerale, bassa qualità muscolare, ridotta performance e albuminuria iniziale. Per questo la visita cardiologica del paziente cardio-nefro-metabolico dovrebbe includere misure semplici ma spesso trascurate: circonferenza vita, pressione arteriosa, profilo glicometabolico, funzione renale, rapporto albumina/creatinina urinaria e, quando possibile, una valutazione della capacità funzionale. La domanda non è più solo "quanto pesa?", ma: quale tessuto pesa? Dove si distribuisce il rischio? Il paziente cammina, respira, si muove e recupera come ci aspettiamo?

Il medico al bivio

Qui si apre la sfida più delicata. La Body Positivity ha lasciato una lezione importante: lo stigma fa male alla salute. Il paziente che si sente giudicato si allontana dalle cure, perde fiducia, riduce l'aderenza e vive la relazione clinica come un processo. Per questo il linguaggio conta. Parlare di "paziente con obesità", e non di "paziente obeso", non è un dettaglio semantico: significa riconoscere una persona prima della sua condizione clinica. Ma l'empatia non può diventare omissione. Confondere il rispetto del corpo con la negazione del rischio significa abdicare al nostro ruolo. La compassione senza verità scientifica rischia di diventare complicità involontaria con la malattia, soprattutto oggi che disponiamo di strumenti terapeutici capaci di modificare peso, infiammazione, rischio cardiovascolare, progressione

renale e qualità di vita.

Verso un nuovo linguaggio della cura

Il compito del cardiologo contemporaneo non è pesare i pazienti sulla bilancia del giudizio, ma de-estetizzare l'obesità e ricondurla nel campo della fisiopatologia e della prevenzione. Dire a un paziente che la sua adiposità addominale può rappresentare uno stadio precoce di una traiettoria cardio-nefro-metabolica non significa dirgli che è sbagliato. Significa spiegargli che il tessuto adiposo può produrre segnali infiammatori, pressori, metabolici e renali che il cuore, prima o poi, sarà chiamato a pagare. La rivoluzione farmacologica degli ultimi anni, dagli SGLT2-inibitori agli agonisti recettoriali del GLP-1, ha reso evidente che il trattamento del rischio metabolico può tradursi in protezione cardiovascolare e renale. Ma la vera rivoluzione culturale è un'altra: imparare a riconoscere precocemente il fenotipo, parlare con rispetto, misurare meglio e intervenire prima. Il viaggio dall'obesity paradox alla sindrome cardio-nefro-metabolica ci consegna una cardiologia più matura. Una disciplina capace di unire la precisione dello scienziato allo sguardo dell'umanista, consapevole che la salute del cuore comincia anche dal modo in cui accogliamo la persona che lo custodisce. ❤



Point Break: riuscire a governare l'onda dell'IA in Cardiologia

Un'onda che non possiamo ignorare

L'avvento dell'Intelligenza Artificiale (IA) porta con sé un'ondata di novità che sta entrando, silenziosamente ma concretamente, nella quotidianità di molti cardiologi: algoritmi di

linea perché lavora da sempre con grandi quantità di dati: tracciati ECG, immagini, parametri emodinamici, segnali da dispositivi impiantabili e monitoraggio remoto. In questo contesto l'IA promette velocità,

di valutare in tempi rapidissimi metodologia, popolazione e limiti degli studi. È stimolante, ma impone una domanda cruciale: stiamo davvero comprendendo ciò che leggiamo, o solo consumando dati? Il secondo rischio è delegare troppo presto il processo critico. Un conto è usare l'IA per accelerare il lavoro, un altro è lasciare che sostituisca il giudizio clinico. Nessun algoritmo può replicare l'esperienza, il ragionamento probabilistico, la responsabilità medico-legale della decisione finale,



supporto diagnostico, sistemi di analisi delle immagini, strumenti di sintesi della letteratura, piattaforme di scrittura scientifica, software di analisi statistica, applicazioni capaci di trascrivere e strutturare il colloquio clinico. La domanda non è più se usare l'IA, ma come usarla bene. La cardiologia è in prima

precisione e capacità predittiva, ma richiede una riflessione seria sul ruolo del medico.

I rischi da conoscere

Il primo rischio è il sovraccarico cognitivo: più strumenti significano più informazioni e accesso immediato a sintesi e contenuti, anche in ambito di ricerca, dove l'IA permette

né la relazione medico-paziente fatta di ascolto ed empatia. Il terzo rischio è il *deskilling*: la progressiva perdita di competenze dovuta all'eccessiva automazione. Se ci si abitua a ricevere sempre risposte già sintetizzate, si rischia di perdere l'abitudine a cercare, dubitare, verificare. L'IA è utile quando rafforza le nostre competenze, non quando le atrofizza.

Infine, c'è il lato "bad" e "scary", ben noto agli esperti: le allucinazioni dell'IA, che hanno portato a false citazioni e persino a ritrattazioni di articoli pubblicati. L'IA può essere brillante nel tono e povera nella verità: il controllo umano non è un'opzione accessoria, ma una condizione sempre necessaria.

Le opportunità, ben governate

Sarebbe un errore leggere l'IA solo in chiave difensiva. Nella revisione della letteratura consente interrogazioni in linguaggio naturale e sintesi rapide delle evidenze, risparmiando tempo prezioso nella fase preliminare di un progetto. Nella scrittura scientifica può aiutare a organizzare le idee e a uniformare il linguaggio, ma serve prudenza: l'IA non conosce davvero il significato clinico di ciò che scrive e può produrre frasi corrette nella forma ma deboli nei contenuti. Lo stesso vale per l'analisi dei dati: strumenti capaci di generare grafici, eseguire test statistici e ripulire dataset offrono un vantaggio enorme nelle fasi esplorative, ma ottenere un output

in pochi secondi non equivale ad aver condotto una buona analisi. La scelta degli obiettivi clinici, delle variabili, dell'appropriatezza del test e dell'interpretazione del risultato restano responsabilità umane.

Un assistente cognitivo, non un sostituto

L'IA funziona meglio quando è concepita come assistente cognitivo: può aiutarci a cercare, organizzare, sintetizzare, analizzare e visualizzare, liberandoci tempo per ciò che conta davvero - ragionare, confrontarci, decidere. Ma perché questo accada serve una formazione mirata: capire che domande porre, come verificare le risposte, quando fidarsi e quando fermarsi. Per i cardiologi questo passaggio culturale è urgente. L'IA non è una minaccia né una scorciatoia: è uno strumento potente che amplifica tanto i punti di forza quanto le debolezze di chi lo usa. Se il metodo è fragile, l'IA ne renderà più veloce e grave la fragilità; se il metodo è solido, potrà renderlo più efficiente. Le nuove generazioni di cardiologi

entreranno in un ecosistema dove l'IA sarà già parte dell'ambiente di lavoro: bisogna educare all'uso critico, etico e proporzionato della tecnologia, riconoscendo bias, limiti e questioni di responsabilità professionale.

Governare l'onda

L'immagine dell'onda resta la sintesi migliore. Possiamo farci travolgere dalla velocità, dall'entusiasmo ingenuo o dalla delega passiva. Oppure possiamo imparare a cavalcarla, mantenendo equilibrio, direzione e consapevolezza. Governare l'IA non significa frenarla, ma darle una collocazione corretta dentro la pratica clinica e la ricerca. La sfida vera non è scegliere tra uomo e macchina, ma costruire una collaborazione intelligente in cui la tecnologia potenzi il medico senza indebolirne il pensiero critico. In cardiologia, più che altrove, il futuro non dipenderà solo dagli algoritmi che sapremo sviluppare, ma dalla maturità con cui sapremo usarli. ♥



ACNAP 26: partecipazione del Club delle UTIC ANMCO e riconoscimento al National Societies Award

Report dal congresso, partecipazione italiana e riconoscimento ottenuto al "NS award"

A CNAP 26 si è confermato uno degli appuntamenti più significativi per la comunità europea degli infermieri e dei professionisti che operano in cardiologia. Il congresso si è

svolto il 12 e 13 giugno presso l'European Heart House di Sophia Antipolis, sede della European Society of Cardiology, riunendo 311 delegati provenienti da 32 Paesi in un contesto fortemente orientato

alla pratica clinica, alla ricerca e al confronto internazionale. Il filo conduttore dell'edizione 2026 è stato il tema della "multidisciplinarietà in advancing cardiovascular care". Il programma scientifico è stato organizzato attorno a priorità molto attuali per gli infermieri di cardiologia e per le professioni alleate: assistenza integrata lungo tutto il percorso di cura, dalla prevenzione alla riabilitazione, uso della trasformazione digitale, coinvolgimento attivo del paziente, attenzione alla salute mentale e utilizzo di evidenze del mondo reale nei contesti assistenziali. Il programma ha combinato sessioni plenarie, sessioni parallele e



Figura 1

momenti di taglio più pratico. Le plenarie hanno affrontato i principali temi trasversali della cardiologia contemporanea, mentre le sessioni parallele si sono concentrate su argomenti specifici, come la gestione della fragilità, la leadership clinica, la digital health, gli approcci centrati sul paziente e l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali nei diversi setting cardiologici. Le sessioni sono state molto partecipate e spesso caratterizzate da interventi e domande da parte dei partecipanti, con discussioni vive che hanno messo in relazione le esperienze dei diversi Paesi con i problemi concreti dei servizi. Accanto a queste, il congresso ha proposto workshop hands-on orientati allo sviluppo di competenze pratiche e alla condivisione di strategie utili per migliorare i percorsi locali di cura, oltre a sessioni dedicate a casi clinici reali, costruite per discutere il passaggio dalle raccomandazioni alle decisioni quotidiane. Poster scientifici, contributi di ricerca e spazi dedicati ai dottorandi hanno completato il programma, rafforzando il profilo di un congresso compatto ma molto ricco, capace di mettere in dialogo aggiornamento scientifico, esperienza clinica e implementazione.

L'Associazione ACNAP e il ruolo per gli infermieri

L'Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions, ACNAP, è una delle associazioni ufficiali dell'ESC ed è il principale riferimento internazionale per infermieri e professionisti alleati impegnati nell'assistenza cardiovascolare. La sua missione è sostenere una pratica evidence-based e centrata sulla persona, favorendo la diffusione di conoscenze, modelli organizzativi



Figura 2

e strumenti capaci di tradurre le raccomandazioni scientifiche nella realtà quotidiana dei servizi. Per questo motivo ACNAP ha un valore particolare per gli infermieri e professioni alleate: offre uno spazio autorevole in cui l'assistenza, la formazione e l'implementazione delle linee guida entrano pienamente nel cuore del dibattito cardiologico europeo.

Il progetto Best Practice del Club delle UTIC ANMCO

In questo quadro, uno dei momenti centrali del congresso è stato il National Cardiovascular Nursing and Allied Professions Societies Award. Introdotto nel 2024 da Michela Barisone, allora Chair del National Cardiovascular Nursing Societies Committee, questo riconoscimento valorizza le società nazionali che

riescono a trasformare linee guida e documenti di indirizzo in azioni concrete, misurabili e sostenibili nella pratica clinica. Il premio è pensato per dare visibilità ai progetti che portano le raccomandazioni fuori dal contesto teorico, rendendole applicabili nei reparti e nei servizi in cui si prendono in carico ogni giorno pazienti complessi. Tra i progetti premiati, ANMCO ha partecipato con il Best Practice Project del Club delle UTIC, ottenendo il secondo premio. Il Club delle UTIC ANMCO è l'area dell'associazione dedicata alla cardiologia intensiva e di area critica e nasce per rispondere ai bisogni formativi e professionali dei cardiologi che lavorano nelle terapie intensive cardiologiche e nei contesti di area critica. All'interno di questo contesto si è sviluppato il percorso Best Practice, che ha coinvolto anche la componente infermieristica e altre professioni sanitarie con l'obiettivo di costruire strumenti condivisi per migliorare la qualità dell'assistenza e standardizzare operatività su tutto il territorio nazionale in ambito intensivo cardiologico. Due figure hanno avuto un ruolo determinante in questo percorso. La professoressa Serafina Valente, ideatrice del progetto Best Practice del Club delle UTIC ANMCO, la quale ha avuto il merito di delineare la visione complessiva, orientata a trasformare le raccomandazioni in strumenti pratici per le UTIC italiane. La Dottoressa Michela Barisone, in qualità di coordinatore del progetto che ha pragmaticamente disegnato il metodo e guidato la messa a terra del programma, curando in particolare il coordinamento del Gruppo Best Practice, la coerenza metodologica delle flow chart con

le attuali linee guida e curato la loro diffusione, tramite gli eventi ANMCO. Ad ACNAP 26 insieme alla collega Sara Cignola, è stato presentato il progetto Best Practice del Club delle UTIC ANMCO, ripercorrendone le diverse fasi: il riconoscimento dei principali gap tra evidenze e pratica clinica, la revisione sistematica della letteratura e delle linee guida, l'analisi dei bisogni clinici e organizzativi delle UTIC italiane, la costruzione di algoritmi e flow chart per la pratica quotidiana e la successiva fase di consensus multidisciplinare, utile a discuterli, adattarli e validarli prima dell'implementazione. La presentazione ha poi richiamato anche il lavoro di diffusione del progetto, sostenuto da webinar e presentazioni congressuali. All'interno di questo percorso è stata poi presentata una delle Best Practice sviluppate dal gruppo, quella sulla nutrizione in UTIC, disponibile sul "Giornale Italiano di Cardiologia". Si tratta di un lavoro costruito come flow chart operativa per supportare la valutazione nutrizionale del paziente ricoverato in unità di terapia intensiva cardiologica, con particolare attenzione a condizioni come insufficienza cardiaca acuta, sindrome coronarica acuta, post-arresto cardiaco e shock cardiogeno. La presentazione ha mostrato come un aspetto spesso poco strutturato della pratica quotidiana possa essere trasformato in un percorso chiaro, condiviso e più facilmente applicabile da parte dell'équipe. Il riconoscimento ottenuto ad ACNAP 2026 non riguarda solo una presentazione congressuale, ma il lavoro di un intero gruppo. La Best Practice sulla nutrizione, è firmata a nome del Gruppo Best Practice - Club delle UTIC ANMCO e

raccoglie il contributo di numerosi professionisti che hanno partecipato alla costruzione del percorso, alla sua validazione e alla sua implementazione. Il secondo premio al National Societies Award è quindi un segnale di apprezzamento per un progetto che ha saputo unire un'idea chiara, una forte guida scientifica e un lavoro di squadra multidisciplinare radicato nella pratica. Nel complesso, ACNAP 26 ha offerto l'immagine di un congresso concreto e vicino ai problemi reali dell'assistenza cardiovascolare. La sede madre a Sophia Antipolis, il legame diretto con l'ESC e la possibilità di confrontarsi su progetti di Società Nazionali Cardiologiche come quello delle Best Practice del Club delle UTIC ANMCO hanno confermato quanto sia importante, per gli infermieri e per tutto il team assistenziale, disporre di luoghi in cui condividere percorsi, valorizzare le esperienze in una visione europea, condividendo strumenti operativi decisionali, semplici ed efficaci. ♥

di Michele Fabrizio, Daniela Pini, Renata De Maria, Maria Vittoria Matassini, Christian Basile, Piero Gentile, Maria Denitza Tinti, Vittoria Rizzello, Mariarosaria Catalano, Annalisa Turco, Samuela Carigi a nome dell'Area Scompenso Cardiaco ANMCO

Le principali novità dall'Heart Failure Congress 2026

“Evolution in Heart Failure”: i trial più significativi da Barcellona 2026

Dal 9 al 12 maggio 2026, Barcellona ha ospitato l'edizione annuale del Congresso della Heart Failure Association dell'European Society of Cardiology (HFA-ESC), sotto il tema **Evolution in Heart Failure**. Il tema dell'evoluzione riflette anche i cambiamenti nel formato stesso del congresso, con l'introduzione di un nuovo Innovations Hub, workshop interattivi e opportunità pensate per

i membri più giovani della comunità. A caratterizzare questa edizione è stata la varietà degli approcci: dall'ottimizzazione della terapia diuretica domiciliare al ruolo della digossina fino alla prima terapia a base di RNA nello scompenso e analisi post hoc di trial per le terapie specifiche per cardiomiopatia ipertrofica e amiloidosi cardiaca. Vediamo i principali trial presentati.

SUBCUT HF II: furosemide sottocutanea per la dimissione precoce

Il trial SUBCUT HF II, condotto su 170 pazienti in 20 ospedali NHS britannici, ha confrontato la furosemide sottocutanea domiciliare tramite micropompa versus la terapia endovenosa intraospedaliera. I pazienti trattati a domicilio hanno guadagnato in media 4 giorni in più “vivi e fuori dall'ospedale” nei 30 giorni successivi con una riduzione della degenza indice di 5,5 giorni confermata a 60 giorni, senza differenze di sicurezza. Questi dati aprono prospettive concrete non solo per lo scompenso acuto, ma anche per la prevenzione delle riospedalizzazioni nei pazienti con congestione cronica ricorrente.



DECISION, DECISION Withdrawal e metanalisi: la digossina a basso dosaggio nel 2026

Il trial DECISION ha randomizzato 1.001 pazienti con scompenso cardiaco sintomatico e LVEF $\leq 50\%$ a digossina a basso dosaggio versus placebo, in aggiunta alla terapia medica ottimizzata, con un follow-up mediano di 36,5 mesi. Il trial non ha raggiunto la significatività statistica sull'endpoint primario composito di eventi di peggioramento dello scompenso e mortalità cardiovascolare. È stata pubblicata in simultanea su JAMA dal gruppo di Damman una metanalisi di tre trial (DECISION, DIGIT-HF e DIG) su oltre 9.000 pazienti con HFrEF o HFmrEF, che ha mostrato, nel gruppo trattato con digitalici rispetto al placebo, una riduzione del 15% sull'endpoint primario composito (morte cardiovascolare o primo evento di peggioramento dello scompenso), effetto guidato principalmente dalla riduzione degli eventi di peggioramento dello scompenso. Non vi era invece una riduzione significativa della mortalità cardiovascolare né di quella per tutte le cause. Un'analisi prespecificata del trial ha valutato al termine dello studio una sospensione in cieco del trattamento assegnato. Dopo la sospensione, il tasso di eventi è aumentato di oltre sette volte nelle prime sei settimane nel gruppo che interrompeva la digossina rispetto al placebo. Questo dato impone cautela nella comune pratica di sospendere i glicosidi digitalici. A trent'anni dal DIG trial, nel loro insieme, questi dati ridanno dignità scientifica a un farmaco che la medicina moderna aveva archiviato forse troppo in fretta, suggerendo che la digossina a basso



HFA
Heart Failure
Association

Heart Failure & World Congress on Acute Heart Failure 2026

Evolution in Heart Failure

9-12 MAY
BARCELONA & ONLINE

#HeartFailure26

ESC
European Society
of Cardiology

dosaggio meriti un posto, cauto ma concreto, nella terapia aggiuntiva dello scompenso con frazione di eiezione ridotta o lievemente ridotta. **ATTRIBUTE-CM: acoramidis riduce il peggioramento ambulatoriale dello scompenso nell'ATTR-CM** Un'analisi post-hoc esplorativa del trial di fase 3 ATTRIBUTE-CM

ha valutato un outcome spesso trascurato nei trial classici: il peggioramento ambulatoriale dello scompenso, definito come avvio o intensificazione della terapia diuretica orale in regime extraospedaliero. Rispetto al placebo, acoramidis ha ridotto del 41% il rischio di primo peggioramento ambulatoriale,

con una separazione delle curve di Kaplan-Meier già dal giorno 30 e significatività statistica nominale sostenuta dal giorno 134 fino al mese 30. I dati sottolineano come il controllo della congestione in fase ambulatoriale non sia un endpoint minore, ma un marcatore di progressione di malattia con rilevanza prognostica diretta nell'ATTR-CM.

PRAISE-MR: sacubitril/valsartan nell'HFpEF con insufficienza mitralica funzionale

Il trial PRAISE-MR ha randomizzato 84 pazienti con HFpEF e insufficienza mitralica funzionale atriale (AFMR) almeno moderata a sacubitril/valsartan versus terapia standard, valutando il rapporto pressione arteriosa polmonare media/gettata cardiaca durante esercizio (mPAP/CO slope). I risultati, pubblicati su *Circulation*, hanno mostrato un miglioramento significativo dell'emodinamica da esercizio con riduzione del rigurgito sotto sforzo e miglioramento del VO2 di picco e della qualità di vita. L'AFMR interessa circa il 25% dei pazienti con HFpEF: questi dati documentano per la prima volta l'efficacia di sacubitril/valsartan in questo sottogruppo ad alto rischio.

HF-REVERT: la terapia a microRNA nel post-infarto

Pubblicato su *Nature Medicine*, HF-REVERT è il primo RCT a valutare l'inibizione di un microRNA nello scompenso cardiaco. CDR132L è un oligonucleotide antisense che blocca il microRNA-132, regolatore chiave del rimodellamento cardiaco avverso. Il trial ha arruolato 294 pazienti con infarto recente e disfunzione sistolica (LVEF $\leq 45\%$), randomizzati a CDR132L o placebo in tre infusioni endovenose. Il trial non ha raggiunto la significatività statistica sull'endpoint

primario (riduzione dell'indice di volume telesistolico del VS), ma ha documentato una riduzione del rimodellamento nei pazienti con maggiore compromissione al baseline, senza segnali avversi di sicurezza. Pur con un risultato neutro sul primario, HF-REVERT apre la strada all'inibizione di microRNA come nuova classe terapeutica.

CONDUCT-AF: pacing fisiologico versus resincronizzazione nella fibrillazione atriale

Il trial CONDUCT-AF ha valutato, in 82 pazienti con scompenso e FA refrattaria sottoposti ad ablazione del nodo AV (10 centri europei), se il pacing del sistema di conduzione (CSP/LBBAP) sia non inferiore alla resincronizzazione biventricolare (BVP) nel miglioramento della LVEF a 6 mesi. I risultati hanno dimostrato la non inferiorità del CSP rispetto al BVP. Questi dati confermano il pacing fisiologico come alternativa valida nella strategia "pace and ablate", con implicazioni pratiche rilevanti per la scelta del dispositivo nei laboratori di elettrofisiologia.

UF-CARE: ultrafiltrazione nella sindrome cardiorenale cronica di tipo 2

Il trial UF-CARE è il primo RCT multicentrico (15 centri francesi) a confrontare la rimozione extracorporea dei fluidi tramite dialisi peritoneale, emodialisi o ultrafiltrazione isolata versus terapia medica ottimizzata con follow-up multidisciplinare intensivo nella sindrome cardiorenale di tipo 2 con scompenso refrattario. Il trial non ha dimostrato una riduzione significativa dell'endpoint primario composito di mortalità per tutte le cause e ospedalizzazioni per scompenso a 12 mesi, sebbene lo studio fosse

sottodimensionato statisticamente. Il risultato, neutro come già il CARRESS-HF nello scompenso acuto, ridimensiona le aspettative sull'ultrafiltrazione in questo fenotipo complesso, senza tuttavia escludere un possibile beneficio in sottogruppi specifici come i pazienti con resistenza diuretica severa o bassa portata cardiaca.

Conclusioni finali

L'edizione 2026 dell'HFA Congress di Barcellona ha confermato la rapidità dell'evoluzione della cardiologia dello scompenso. I dati presentati si muovono lungo due direttrici: la revisione critica di pratiche consolidate (diuretici, pacing, glicosidi digitali) e l'esplorazione di approcci radicalmente nuovi (inibizione di microRNA, terapie mirate per fenotipi complessi di HFpEF e cardiomiopatie). La sfida per la pratica clinica rimane quella di tradurre queste evidenze in cura quotidiana, garantendo ai pazienti accesso alle innovazioni in tempi appropriati. Il Congresso dell'HFA 2026 ha confermato il suo ruolo di appuntamento irrinunciabile di rilievo mondiale per chi cura i pazienti con scompenso cardiaco. Il prossimo appuntamento sarà a Londra, dal 22 al 25 maggio 2027. ❤



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



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



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



Carmine Riccio

CAMPANIA

Presidente

Carmine Riccio - Caserta

Consiglio Regionale

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



Gianni Casella

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gianni Casella - Bologna

Consiglio Regionale

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



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



Antonino Granatelli

LAZIO

Presidente

Antonino Granatelli - Roma

Consiglio Regionale

Francesco Adamo - Roma
Alessandro Alonzo Roma
Tania Dominici - Rieti
Laura Gatto - Roma
Enrico Natale - Roma
Igino Proietti - Roma
Annalisa Ricco - Roma
Roberto Scioli - Roma



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



Annamaria Iorio

LOMBARDIA

Presidente

Annamaria Iorio - Bergamo

Consiglio Regionale

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



Umberto Berrettini

MARCHE

Presidente

Umberto Berrettini - Macerata

Consiglio Regionale

Micaela Capponi - Macerata

Domenico Delfino - Ascoli Piceno

Elena Falchetti - Senigallia (AN)

Marco Flori - Urbino (PU)

Simone Maffei - Pesaro (PU)

Simona Pelliccioni - San Benedetto

del Tronto (AP)

Francesca Chiara Surace - Ancona

Fabio Vagnarelli - Ancona



Antonio Trivisonno

MOLISE

Presidente

Antonio Trivisonno - Campobasso

Consiglio Regionale

Marco Lombardi - Campobasso

Giulio Selvetella - Isernia

Isabella Tavarozzi - Isernia

Sabrina Testa - Campobasso



Giuseppe Musumeci

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)



Ennio Carmine Luigi Pisanò

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)



Cristiana Montaldo

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



Giuseppina Maura Francese

SICILIA

Presidente

Giuseppina Maura Francese - Catania

Consiglio Regionale

Carmelo Battaglia - Enna

Giuseppe Di Stabile - Vittoria (RG)

Sonia Lo Iacono - Cefalù (PA)

Annamaria Lo Voi - Palermo

Rocco Paolo Milluzzo - Catania

Vito Pipitone - Messina

Danilo Puccio - Palermo

Caterina Reina - Erice (TP)



Emilio Maria Pasanisi

TOSCANA

Presidente

Emilio Maria Pasanisi - Livorno

Consiglio Regionale

Debora Biagini - Prato

Vincenzo Castiglione - Pisa

Tea Cellamaro - Pisa

Francesca Cesareo - Siena

Incoronata D'Aiello - Grosseto

Jacopo Del Meglio - Camaiore (LU)

Alessandra Sabini - Arezzo

Gaia Spaziani - Firenze



Marco Borghesi

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

Salvatore Accardo - Merano (BZ)

Andrea Candelora - Rovereto (TN)

Andrea Comunello - Bolzano

Michela Saltori - Trento



Gianluca Zingarini

UMBRIA

Presidente

Gianluca Zingarini - Perugia

Consiglio Regionale

Giuliana Bardelli - Perugia

Andrea Cardona - Todi (PG)

Claudia Castellani - Perugia

Lina Marinacci - Città di Castello (PG)

Fabrizio Pagnotta - Gualdo Tadino -

Gubbio (PG)

Alessandra Tordini - Terni



Giampaolo Pasquetto

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



ANMCO Calabria, un anno di lavoro sul territorio: prevenzione, PDTA e rete cardiologica regionale

Apoco più di un anno dal suo insediamento ufficiale, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria può già mettere in fila risultati concreti, iniziative diffuse e un metodo di lavoro che ha saputo coniugare presenza istituzionale, attività scientifica e attenzione al territorio. Dal primo incontro operativo del giugno 2025, il nuovo corso del Direttivo ha preso forma attorno a una convinzione chiara: la cardiologia ospedaliera calabrese può rafforzarsi solo se riesce a dialogare in modo stabile con le istituzioni, con i professionisti della rete e con i cittadini. È su questa linea che si è sviluppato il percorso dell'ANMCO Calabria sui PDTA, uno dei progetti più significativi dell'anno. Dopo un confronto preliminare con il Dipartimento regionale Tutela della Salute, ANMCO Calabria è stata infatti coinvolta, insieme a SIC e AIAC, nei lavori di aggiornamento e implementazione di diversi Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali. La partecipazione al tavolo tecnico regionale ha rappresentato un passaggio di forte valore simbolico e sostanziale: per la prima volta, l'associazione scientifica entra in modo strutturato dentro un processo tecnico-istituzionale di programmazione. Un riconoscimento importante, che premia competenza, autorevolezza e capacità di proposta.

Sul versante della prevenzione, il progetto "Cuore in Comune" ha portato la cardiologia fuori dagli ospedali e dentro le piazze, trasformando la prevenzione in un messaggio concreto e vicino alle persone. Dopo la prima tappa di Cosenza, l'iniziativa ha raggiunto almeno cinque comuni calabresi, in altrettante giornate, spesso in collaborazione con altre associazioni come ACISMOM e AVIS. Screening gratuiti, controlli clinici, momenti di informazione e dialogo con i cittadini hanno permesso di intercettare soggetti a rischio e di ribadire un concetto semplice ma decisivo: la prevenzione funziona solo se diventa accessibile, ripetibile e condivisa. In una regione in cui il bisogno di salute è spesso accompagnato da difficoltà di accesso e disuguaglianze territoriali, la presenza degli specialisti in piazza assume un significato che va oltre il dato sanitario. Con gli stessi obiettivi è nato anche il progetto "Attenti al Cuore: la prevenzione entra in Caserma", rivolto al personale militare operante sul territorio regionale. Attraverso giornate di screening cardiovascolare, valutazioni cliniche e attività di educazione sanitaria svolte direttamente nelle caserme della Calabria, l'iniziativa ha consentito di portare la cultura della prevenzione in contesti professionali caratterizzati da

elevata responsabilità e particolari esigenze operative. Accanto alla prevenzione dell'adulto, il Direttivo ha investito con decisione anche sul fronte educativo dei più giovani. L'adesione all'iniziativa nazionale "Cuore e droghe. Un cuore per amico" è stata ampliata in Calabria con un'attenzione specifica alle implicazioni cardiovascolari delle sigarette elettroniche, un tema affrontato in diverse scuole superiori. Il messaggio è stato chiaro: le nuove forme di dipendenza non sono meno pericolose perché percepite come più moderne o socialmente tollerate. Parlare ai ragazzi, alle famiglie e alla scuola significa prevenire un danno che spesso si costruisce in silenzio, ben prima di arrivare in ambulatorio. Il primo anno di attività è stato anche un anno di forte produzione scientifica e formativa. Il congresso congiunto SIC-ANMCO 2026 e l'esperienza "SGLT2i&TX-SMART" hanno mostrato la capacità del Direttivo di costruire eventi realmente partecipati. Da quest'ultima iniziativa è nata una survey regionale sulle terapie dello scompenso cardiaco, già trasformata in un lavoro scientifico proposto per una pubblicazione su rivista internazionale. Il percorso organizzativo congressuale proseguirà con "PCSK9i&TX-SMART", previsto a settembre del 2026 con la stessa formula vincente, ovvero distribuito nelle tre macroaree calabresi e pensato in chiave multidisciplinare, mentre a gennaio 2027 è già in programma il corso congiunto ANMCO-AICPR sul test cardiopolmonare che vedrà una intera giornata delle due previste dedicata esclusivamente al cardionursing. Sempre nella primavera del 2027 si terrà, inoltre, il congresso congiunto "ANMCO-SIC 2027", che vedrà il



confronto di numerosi esperti nazionali sui più recenti sviluppi dell'innovazione diagnostica e terapeutica nelle malattie cardiovascolari. Una programmazione che testimonia continuità, capacità organizzativa e attenzione ai temi più attuali della pratica clinica. Tra le iniziative più apprezzate del Consiglio Direttivo Regionale si collocano i "mercoledì" di ANMCO Calabria, appuntamenti periodici che hanno consolidato nel tempo una rete di confronto costante tra i cardiologi della Regione, favorendo la diffusione delle conoscenze scientifiche, la condivisione delle buone pratiche cliniche e il rafforzamento dello spirito di appartenenza alla comunità ANMCO. Altrettanto significativo è stato il lavoro di relazione con le strutture ospedaliere della regione. Le riunioni itineranti del CDR, ospitate in diversi ospedali calabresi e spesso arricchite dal confronto con i direttori di struttura, hanno dato sostanza a un modello di confronto definito "ANMCO on the road". A questo si sono affiancati i momenti di "ANMCO sinergie", con il coinvolgimento da remoto di altri Presidenti regionali, in un'ottica di rete

e di crescita condivisa. Ne è emersa un'idea di associazione non chiusa nei propri confini, ma capace di ascoltare, collegare esperienze e valorizzare le differenze territoriali. Tra le iniziative volte a rafforzare il senso di appartenenza e la partecipazione dei soci, il progetto "We Want You" si è consolidato come un efficace strumento di comunicazione istituzionale. Attraverso una newsletter periodica a firma del Presidente Regionale, vengono illustrati i progetti in corso, i risultati raggiunti e le attività programmate, promuovendo il coinvolgimento attivo dei cardiologi calabresi nelle iniziative scientifiche, formative e associative di ANMCO Calabria. Nel quadro del continuo sviluppo delle iniziative di ANMCO Calabria, è stata avviata una revisione locale delle modalità organizzative del progetto "Truck Tour - Banca del Cuore", culminata nella definizione di un regolamento regionale per la candidatura delle province calabresi al "Truck Tour - Banca del Cuore", pensato per garantire trasparenza, equità e sostenibilità nella selezione delle tappe. Una scelta organizzativa che conferma la volontà di distribuire

le opportunità sul territorio in modo ordinato e coerente, con l'obiettivo di estendere il più possibile l'impatto della campagna. Dietro questo anno di lavoro non ci sono soltanto progetti, eventi e risultati, ma soprattutto persone. Persone che hanno condiviso tempo, idee, entusiasmo e senso di appartenenza, contribuendo a costruire un percorso comune che ha dato forza e identità all'ANMCO Calabria. Il Direttivo regionale ha operato con compattezza, generosità e autentico spirito di servizio, dimostrando come il lavoro di squadra rappresenti il vero motore di ogni crescita associativa. Un riconoscimento particolare va al Past President Roberto Caporale, la cui esperienza, visione e disponibilità hanno costituito un punto di riferimento costante nei momenti decisionali più importanti. Un analogo ringraziamento va alla Consigliera Nazionale Fabiana Lucà, presenza costante e punto di riferimento nelle attività regionali. Con il suo entusiasmo, la sua disponibilità e la sua instancabile attenzione alla crescita scientifica, ha contribuito in maniera determinante allo sviluppo di numerose iniziative, alimentando uno spirito di collaborazione che ha reso il lavoro del gruppo ancora più efficace e stimolante. A un anno dall'avvio del nuovo corso, l'immagine che emerge è quella di un'associazione che ha saputo passare dalle intenzioni ai fatti. ANMCO Calabria si presenta oggi come una realtà autorevole, dinamica e riconosciuta, capace di mettere insieme istituzioni, ospedali, territorio e prevenzione. Un anno di lavoro non basta a cambiare tutto, ma può segnare una direzione. E in Calabria, per la cardiologia ospedaliera, quella direzione sembra ormai ben tracciata. ♥



Percorso diagnostico e rete territoriale nella gestione dell'ATTR: risultati preliminari in Molise

Esperienza real-life e ruolo della rete territoriale in Molise

L'amiloidosi rappresenta una patologia sistemica complessa e ancora oggi largamente sottodiagnosticata, in particolare nelle sue forme con coinvolgimento cardiaco. Il deposito extracellulare di fibrille proteiche a livello miocardico determina un progressivo deterioramento della funzione cardiaca, con importanti implicazioni prognostiche. Nonostante i significativi progressi degli ultimi anni in ambito diagnostico e terapeutico, il sospetto clinico rimane spesso tardivo, soprattutto nei contesti non specialistici, contribuendo a ritardi diagnostici che possono influire negativamente sull'outcome dei pazienti.

Nascita dell'ambulatorio dedicato

In questo scenario si inserisce l'esperienza del nostro centro ospedaliero in Molise, dove circa 15 mesi fa è stato istituito un ambulatorio dedicato all'amiloidosi e alle cardiomiopatie rare. La creazione di questo percorso nasce dall'esigenza di strutturare un modello organizzativo in grado non solo di centralizzare la gestione dei pazienti, ma anche di favorire l'emersione di una patologia verosimilmente sottorappresentata nel territorio. A distanza di poco più di un

anno dall'attivazione, l'ambulatorio ha già preso in carico quasi 50 pazienti, tra cui 4 affetti da forme ereditarie. Si tratta di un dato particolarmente significativo, se rapportato alla dimensione della popolazione di riferimento e al limitato intervallo temporale, e che suggerisce con forza come l'amiloidosi cardiaca sia ancora oggi una condizione frequentemente non riconosciuta nella pratica clinica quotidiana.

Il ruolo della formazione e della consapevolezza clinica

Il raggiungimento di questi risultati in un arco temporale relativamente breve è stato possibile grazie a un progressivo incremento della consapevolezza della patologia tra i professionisti sanitari. La partecipazione a convegni, sessioni scientifiche dedicate e momenti di aggiornamento ha avuto un ruolo determinante nel diffondere conoscenze più approfondite, consentendo anche ai colleghi operanti sul territorio di sviluppare un maggiore sospetto diagnostico. Questo cambiamento culturale ha rappresentato uno degli elementi chiave per l'attivazione di un flusso costante di pazienti verso l'ambulatorio.

L'integrazione con il territorio

Un aspetto fondamentale è stato il coinvolgimento attivo della rete territoriale. I medici di medicina generale hanno progressivamente assunto un ruolo centrale nel percorso diagnostico, grazie alla loro capacità di intercettare precocemente pazienti con segni e sintomi suggestivi e indirizzarli verso una valutazione specialistica. La maggiore sensibilizzazione su questa patologia ha infatti permesso di trasformare il medico di base in un vero e proprio "filtro diagnostico" iniziale. Parallelamente, anche i neurologi hanno fornito un contributo rilevante, in particolare nello screening dei pazienti ad alto rischio, soprattutto nelle forme con interessamento neuropatico. L'identificazione precoce di questi soggetti e il loro invio al nostro ambulatorio ha ulteriormente ampliato la capacità diagnostica del centro. A ciò si è aggiunta la collaborazione con i colleghi degli ospedali periferici, che ha consentito di consolidare una rete assistenziale integrata ed efficiente, superando le tradizionali frammentazioni tra territorio e ospedale.

Il percorso diagnostico

All'interno dell'ambulatorio, il percorso diagnostico è stato organizzato con l'obiettivo di garantire rapidità, completezza e semplificazione per il paziente. È infatti possibile eseguire una valutazione cardiologica specialistica e quando indicato il test genetico direttamente presso la stessa struttura. Questo consente di ridurre significativamente i tempi necessari per l'inquadramento diagnostico. I pazienti vengono quindi indirizzati in tempi brevi agli esami di secondo livello, in particolare alla scintigrafia

ossea, che rappresenta oggi uno strumento fondamentale per la diagnosi non invasiva dell'amiloidosi cardiaca. L'organizzazione del percorso ha permesso di ridurre in modo significativo la frammentazione assistenziale, favorendo una presa in carico più lineare e coordinata.

Follow-up e gestione clinica

Il follow-up dei pazienti viene generalmente programmato con cadenza semestrale, ma può essere modulato in base alle condizioni cliniche e alle esigenze individuali. In alcuni casi, infatti, è necessario anticipare i controlli per monitorare più da vicino l'evoluzione della malattia o la risposta al trattamento. Questo approccio flessibile consente una gestione personalizzata e dinamica del paziente.

Discussione

L'esperienza maturata in questi primi mesi evidenzia in modo chiaro come l'amiloidosi cardiaca rappresenti una patologia ancora ampiamente sottodiagnosticata e come l'attivazione di percorsi dedicati possa determinare un incremento significativo delle diagnosi in tempi relativamente brevi. Il numero di pazienti intercettati nel nostro centro in un periodo così limitato suggerisce infatti che una quota non trascurabile di casi rimanga non riconosciuta in assenza di una rete organizzata. Allo stesso tempo, questa esperienza sottolinea l'importanza della formazione continua e della collaborazione multidisciplinare. L'aumento della consapevolezza tra i professionisti sanitari e l'integrazione tra ospedale e territorio si sono dimostrati elementi fondamentali per

migliorare il riconoscimento precoce della patologia.

Conclusioni

Il modello organizzativo sviluppato nel nostro centro dimostra che, anche in un contesto regionale come quello del Molise, è possibile implementare un percorso efficace per la gestione dell'amiloidosi cardiaca. L'integrazione tra diversi livelli assistenziali, la centralizzazione delle competenze e la semplificazione del percorso diagnostico rappresentano strumenti fondamentali per ridurre la sottodiagnosi e garantire una presa in carico più tempestiva e appropriata dei pazienti. Questa esperienza potrebbe costituire un modello replicabile in altri contesti, contribuendo a migliorare la gestione di una patologia complessa e ancora troppo spesso non riconosciuta. ♥



ANMCO in Trentino-Alto Adige: un ponte tra le Dolomiti

Uno dei punti chiave, quando si assume un ruolo gestionale, a qualsiasi livello, è la capacità di valutare il territorio in cui si opera e la sua storia. Il Trentino-Alto Adige, regione di eccellenze e dal patrimonio naturalistico unico al mondo, è costituita da due province completamente e orgogliosamente autonome tra loro, oltre che dal territorio nazionale. Entrambe sono al loro interno frazionate in una miriade di "valli", ognuna delle quali è protetta e separata dal resto del territorio dalle amate e immutabili montagne. Queste nei secoli hanno funto non

solamente da barriera fisica, creando una diversità culturale, di tradizioni e in alcuni casi anche linguistica. Trasferendo questa premessa nell'ambito sanitario/scientifico, per penetrare all'interno del territorio, ANMCO dovrebbe configurarsi come una "testa di ponte", tra le diverse realtà intra- e inter-provinciale, fungendo da catalizzatore e unificatore delle numerose, ancorché valide, iniziative individuali o di piccoli gruppi, già presenti sul territorio. Il primo passaggio chiave in questo senso è stato sicuramente il contatto diretto coi cittadini, aderendo a tutte le iniziative

promosse da HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore, per fare conoscere noi e l'attività della nostra Associazione, promuovendo allo stesso tempo la presenza e la condivisione di queste attività tra cardiologi ospedalieri e personale infermieristico delle diverse cardiologie presenti nelle province. Il secondo passo è stato un massiccio coinvolgimento nelle suddette attività così come nelle attività formative, dei giovani cardiologi, per creare una base e quindi continuità, e del personale infermieristico che ha preso parte al Truck Tour, Cardiologie Aperte e Cuore&Droghe, trovando in ANMCO una possibilità di espressione e di crescita. Naturalmente però il punto centrale è stato il coinvolgimento nelle attività scientifiche e formative dei colleghi in una realtà costituita

ANMCO NEXT GENERATION

TRENTO, ITAS FORUM
31 GENNAIO 2026

SAVE THE DATE

Corso Regionale ANMCO Trentino-Alto Adige
CUORE DI DONNA



da diciotto presidi ospedalieri di cui solo quattro con cardiologia in sede, e due centri hub. Nel tentativo di costruire dei percorsi diagnostici e terapeutici condivisi e comuni in tutto il territorio, abbiamo deciso pertanto, a partire dal 2024, di creare un corso regionale ANMCO, su un singolo tema, che includesse tutte le diverse figure specialistiche coinvolte, dando concretezza al concetto, tanto abusato, di “multi-disciplinarietà”. Questi corsi sono stati di volta in volta incentrati su ambiti che abbiamo identificato come “critici” in cui cioè protocolli comuni e aggiornamenti terapeutici faticavano a penetrare nel territorio. Nel 2024 abbiamo inaugurato questa serie di eventi concentrandoci sul trattamento

delle dislipidemie alla luce delle nuove terapie disponibili e dei nuovi protocolli “fast track” coinvolgendo nelle sessioni principalmente internisti e geriatri dei centri spoke, cardiologi territoriali e medici di base, ma soprattutto, ed è stata questa la principale novità, angiologi/chirurghi vascolari e neurologi con cui abbiamo creato un link e dato dei riferimenti per tutta quella enorme fetta di pazienti non cardiologici ma con problematiche cerebrovascolari e vascolari periferiche che meritano un trattamento in prevenzione primaria/secondaria. Nel 2025 abbiamo provato a fare ordine nel variegato mondo della trombo-embolia polmonare, patologia che probabilmente più

di tutte racchiude il concetto, e la necessità, di un approccio multi-disciplinare, e presentando i primi casi eseguiti in regione di trombectomia percutanea, in previsione del protocollo aziendale per la provincia di Trento che sarà reso ufficiale nel corso dell’anno corrente. Nel panel di questo secondo evento accanto a cardiologi clinici, interventisti ed esperti di imaging, abbiamo lasciato spazio anche a radiologi, radiologi interventisti, rianimatori, medici di PS, cardiocirurghi e internisti, per creare una visione comune e la base di quello che sarà riconosciuto ufficialmente come PERT Team all’interno del nostro territorio. Infine, nel 2026 è stata la volta della Cardiologia di Genere in cui abbiamo raccolto opinion leader dall’area oncologica, ginecologica, neurologica e angiologica. Interessante è stato poi il coinvolgimento trasversale della psicologia clinica per discutere del ruolo di stress e depressione come fattore di rischio cardiovascolare emergente e aggiuntivo nella donna. Un contributo fondamentale è arrivato dell’Area Cardiologia di Genere ANMCO invitando ad una riflessione sul “gender gap” nelle cardiologie italiane. Il riscontro di questi eventi in termini di gradimento e partecipazione è stato non solo enorme e inaspettato, ma anche tangibile, perché ha a tutti gli effetti dato delle indicazioni e dei riferimenti pratici nella gestione quotidiana congiunta dei pazienti tra centri diversi e specialità diverse, ponendo al centro di questo processo ANMCO, nel suo spirito più puro e vero: come polo di unificazione, condivisione e crescita.♥



Regioni 4.0 - Percorso gestionale dello shock cardiogeno, 27 aprile 2026

Il Dott. Massimo Milli ha aperto l'ultimo incontro via Webinar sul progetto Regioni 4.0 inerente al percorso gestionale dello shock cardiogeno. Vengono riportati i risultati della survey nazionale che ANMCO ha presentato sull'argomento. I dati risultanti hanno mostrato che nella maggior parte dei casi non è definito un centro Hub per lo shock cardiogeno, né un protocollo condiviso per il trasferimento tra Hub e Spoke; il tempo medio per il trasporto è generalmente tra 60 e 120 minuti; la maggior parte dei centri che hanno risposto alla survey dispone di Emodinamica; un centro su tre dispone della Cardiochirurgia. La maggior parte dei centri è, quindi, in grado di posizionare IABP; in molti casi anche Impella. La CRRT e la ventilazione non invasiva sono molto frequentemente disponibili. L'ECMO, invece, è disponibile nel proprio centro di rado (13%). La definizione di shock cardiogeno è spesso clinica. Vengono ricoverati in due mesi una media di 5 pazienti, più raramente tra cinque e dieci. L'eziologia è *in primis* post-ischemica ed *in secundis* legata alla riacutizzazione di scompenso cardiaco. La maggior parte dei centri possono eseguire la coronarografia, la RMN miocardica e l'impianto e la gestione dei dispositivi di supporto meccanico.

Spesso i pazienti vengono trasferiti in una Rianimazione generale. Il Dott. Giampaolo Pasquetto, Presidente Regionale ANMCO Veneto, sottolinea che la Regione sta lavorando a un documento per la gestione dello shock cardiogeno tra Hub e Spoke. Nella maggior parte dei casi un centro Hub per lo shock cardiogeno non è formalmente definito, benché, *de facto*, lo sia. Nella maggior parte dei casi il tempo di trasferimento è inferiore all'ora. Due terzi delle risposte alla survey provengono da centri con Emodinamica, un terzo da centri con Cardiochirurgia. Tutti i centri dispongono di contropulsatore, ventilazione non invasiva ed invasiva. L'ECMO è presente solo nei centri "Superhub" (Padova, Veneto). La maggior parte delle definizioni di s.c. è risultata clinica. La maggior parte degli shock cardiogeno erano relati a causa ischemica e a scompenso acuto su cronico. La maggior parte dei centri è in grado di eseguire la coronarografia, la RMN miocardica, impiantare e gestire i dispositivi di assistenza al circolo. La Dott.ssa Giovanna Geraci presenta i dati della Regione ANMCO Sicilia: come per il Veneto non esiste una formalizzazione ufficiale dei centri Hub-Spoke. Il tempo di trasferimento è variabile a seconda delle caratteristiche

orografiche dell'ospedale rispetto al proprio centro Hub. L'Emodinamica è presente in due terzi dei casi; la Cardiochirurgia in due centri. Tutti i centri dispongono di contropulsatore; alcuni di CRRT; di rado dell'ECMO. La maggior parte dei centri è in grado di eseguire la coronarografia, la RMN miocardica e l'impianto dei dispositivi di assistenza al circolo. I farmaci più utilizzati sono dobutamina, noradrenalina, levosimendan. Spesso i pazienti vengono trasferiti in Rianimazione generale. In conclusione, la Dott.ssa Serafina Valente, sottolinea che il Veneto ha una rete per lo shock cardiogeno molto ben organizzata: questo si traduce in tempi di trasferimento veloci, bassa percentuale di pazienti inviata in Rianimazione generale, migliore prognosi. Entrambe le regioni hanno UTIC che hanno la possibilità di gestire la ventilazione non invasiva nel 100% dei casi ed in molti casi anche la ventilazione invasiva. La maggior parte dei centri utilizza una classificazione clinica dello shock cardiogeno (ipotensione, ipoperfusione, incremento dei lattati): è invece fondamentale "fenotipizzare" lo shock per individuare precocemente il percorso di cura. Il Dott. Massimo Milli conclude ricordando che a breve verrà creato un documento nazionale sulla gestione dello shock cardiogeno anche in un'ottica di ausilio alla stesura dei documenti operativi regionali. Questo aiuterà anche a sensibilizzare il dipartimento d'emergenza-urgenza alla cultura dello shock cardiogeno, come è già successo per lo STEMI e l'ictus. ❤



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 - SC Cardiologia

Rivoli (Torino)

etizzani@aslto3.piemonte.it

Gian Franco Gensini un vero grande “amico” dell’ANMCO

Riportiamo i personali ricordi ricevuti da parte del Presidente ANMCO e di tre Past-President a dimostrazione dello speciale rapporto che si era creato fra Gian Franco Gensini, illuminato “Universitario” e la nostra Associazione. Ulteriore testimonianza del suo originale, fattivo e costante impegno per il miglioramento della Cardiologia italiana, e sincero, indelebile segno del grande legame di Amicizia che si era instaurato e rafforzato negli anni con ANMCO.

Giuseppe Di Tano



di Massimo Grimaldi

“In Universum Salus”

La prima volta che ho incontrato il Prof. Gian Franco Gensini in qualità di Presidente Designato ANMCO ho subito chiaramente percepito il Suo attaccamento e la grande considerazione che Egli nutriva per la nostra Associazione. Ovviamente la prima domanda che mi sono posto è come mai un universitario di così chiara fama fosse così legato ad una Associazione di ospedalieri piuttosto che di universitari. Credo che fra le tante qualità che il Prof. Gensini riconosceva all’ANMCO, quella che lo ha maggiormente attratto sia stato il pragmatismo, segno distintivo sia della nostra Associazione che della sua straordinaria attività professionale. L’illuminato professore vedeva in ANMCO un potente incubatore per le sue idee e per la sua visione della sanità anzi sarebbe meglio dire del “universo salute”. Negli ultimi anni il Prof. Gensini si è molto dedicato alla visione “One Health” che, insieme al Prof. Gino Gerosa

ed alla Prof.ssa Serafina Valente, preferiva definire “In Universum Salus”. In una visione olistica la miglior salute possibile non è perseguibile solo attraverso percorsi puramente legati al sistema sanitario, ma attraverso un equilibrio virtuoso che comprenda agricoltura e allevamenti sostenibili, ridotto inquinamento ambientale, ottimizzazione delle risorse. Animato dal suo inimitabile pragmatismo stava lavorando alla creazione di una società scientifica *ad hoc* e, soprattutto, per diffondere nelle Università l’insegnamento di questi concetti. Questo era per me il Prof. Gensini, una mente illuminata capace di coniugare una lucida visione d’insieme con una un’analisi colta ed approfondita di temi specifici, generando una sintesi finale modernissima anzi, molto spesso, fin troppo avanti nel tempo. L’ideazione di nuove chiavi di lettura della realtà che ci circonda e di soluzioni innovative è prerogativa di menti illuminate e non potrà mai

essere raggiunta dall’intelligenza artificiale che comunque il Professore aveva apprezzato e studiato in modo approfondito, come solitamente faceva con tutto ciò che lo incuriosiva. Quando le sue idee erano “molto avanti nel tempo” egli era in grado di trovare le strategie ideali per concretizzare l’obiettivo e di certo non si faceva condizionare dalla sua età e dalle patologie di cui aveva sofferto. Per rendere giustizia al suo pragmatismo, chiudo questa mia riflessione con il racconto di una telefonata del 21 agosto 2025: il Prof. Gensini mi chiamò perché aveva bisogno di discutere del progetto “One Health” e perché voleva darmi una documentazione a questo riguardo. La telefonata fu come sempre cordiale e piacevole ma, poiché gli argomenti erano tanti, egli decise di venire a trovarmi di persona. Immediatamente prenotò un volo ed il giorno dopo, il 22 agosto, alle 12:30 ero all’aeroporto di Bari per accoglierlo ed invitarlo a trattare questi temi in un ristorante in riva al mare gustando pesce e verdure... Cibi non casuali bensì approvati dalla sua visione “In Universum Salus”!♥



“C’è ancora tanto da fare e possiamo veramente costruire qualcosa di buono”

Era una mattina di gennaio. Il Prof. Gensini mi aspettava davanti all’ingresso del padiglione B del mio ospedale, il S. Filippo Neri di Roma. Il traffico capriccioso e imprevedibile della Capitale mi aveva tenuto in ostaggio per circa due ore. Ero in clamoroso ritardo. Avevo vissuto la piccola odissea mattutina dei giorni di pioggia, che gli abitanti di Roma conoscono molto bene. Ero molto preoccupato e mi ripetevo improbabili

le formule di scuse: “sono costernato”, “il traffico...”, “la polizia municipale”, “la via Trionfale bloccata...”, “la pioggia...”. Poi lo vidi. Era in piedi davanti all’ingresso. Pioveva. Non aveva l’ombrello e non cercava riparo sotto la malconcia tettoia del padiglione. Mi vide. Mi venne incontro con passo deciso, mi strinse la mano. Con un gesto, mi impedì di scusarmi e disse con tono di urgenza: “Andiamo. Dobbiamo parlare. Ci sono molte cose da

decidere. Subito”. Il resto della mattina lo trascorremmo nel mio studio. Condivise con me le sue idee straordinarie sul presente e sul futuro della Medicina e della Cardiologia. Molte delle cose che mi disse in quella mattinata di cinque anni fa oggi sono una realtà. Gianfranco Gensini era un uomo generoso. Ogni incontro con lui era accompagnato da un piccolo regalo, un gesto di attenzione. Era soprattutto, come il mio Maestro Massimo Santini, una figura di *visionario pragmatico*: percepiva il cambiamento nell’aria e aveva sempre il coraggio di seguire le sue intuizioni per costruire cose nuove. Soprattutto, devo dirlo, come Attilio Maseri prima di lui, **ci aveva scelto**. Aveva scelto la Cardiologia Ospedaliera. Voleva stare con noi, accompagnarsi a noi lungo la strada. Cambiare le cose con noi. Quando eravamo insieme, amava ripetere: “Senza il cardiologo l’ospedale non esiste. Il cardiologo è il baricentro della struttura”. Confrontarsi con lui regalava la sensazione di essere un privilegiato: di avere improvvisamente, e senza alcun merito, accesso a informazioni, dettagli, conoscenze nascoste nelle pieghe del futuro. Un futuro che non doveva mai spaventare, un futuro che poteva portare molte cose buone per tutti. A Rimini, dopo la mia prima Assemblea Congressuale dei Soci da Presidente ANMCO, lo vidi avvicinarsi, primo tra tutti. Mi strinse la mano e sorrise. “Bel discorso” disse, “forse un poco duro; ma va bene così”. Poi, trattenendo la mano, aggiunse: “C’è ancora tanto da fare e possiamo veramente costruire qualcosa di buono”. Trasmetteva sempre forza e determinazione, e io lo ricorderò così: con la sua capacità di guardare avanti, di non avere paura del futuro e di costruire, ogni giorno, qualcosa di buono per tutti. ♥



Il Prof. Furio Colivicchi consegna la Targa d’Oro ANMCO al Prof. Gian Franco Gensini durante la Cerimonia Inaugurale del Congresso Nazionale ANMCO 2023



In ricordo di Gian Franco Gensini



Il Dott. Andrea Di Lenarda e il Prof. Gian Franco Gensini durante gli Stati Generali ANMCO 2019

Ricordare Gian Franco Gensini significa ricordare una figura capace di unire l’esperienza del medico, la visione dell’uomo delle istituzioni e la capacità di interpretare il futuro dell’innovazione. Nel rapporto con l’ANMCO fu una presenza autorevole, attenta alle esigenze della Cardiologia ospedaliera e capace di sostenerne l’evoluzione. Colpivano la vastità delle sue relazioni e la stima di cui godeva nella politica, nella cultura, nella medicina e nella tecnologia:

sapeva riunire interlocutori autorevoli e creare dialogo tra mondi diversi. Negli ultimi anni del suo percorso coltivò la telemedicina e l’intelligenza artificiale. Ne comprese le potenzialità in un Sistema Sanitario carente di risorse, ma anche i rischi di un uso acritico: per lui l’innovazione doveva essere governata con responsabilità, consapevolezza e centralità della persona. La sua visione si ampliò dalla cura della malattia al paradigma *One Health* e poi a *In Universum Salus*: la salute

come risultato dell’interazione tra persona, ambiente, animali, società, economia, cultura e tecnologia. Gian Franco lascia alla Cardiologia italiana e all’ANMCO un’eredità profonda: guardare oltre il presente, cogliere i cambiamenti e indicare una direzione. A noi il compito di trasformare questa lungimiranza in impegno quotidiano, usando l’innovazione come strumento di cura e superando la frammentazione della salute attraverso una visione unitaria. ♥



Gian Franco Gensini: un grande accademico, un grande cardiologo, un grande maestro... Un grande uomo

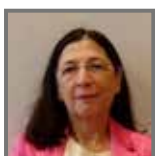
Le primissime volte che ho conosciuto Gian Franco ero un giovane cardiologo agli albori della mia esperienza ANMCO, rimasi stupito dalla sua competenza cardiologica e organizzativa, che conoscevo solo di fama, visto che Firenze la frequentavo solo per motivi associativi. Apprendevo dagli amici toscani il suo essere un punto di riferimento certo per la Sanità. Quando mi accinsi ad assumere la presidenza ANMCO, Gian Franco si avvicinava al nostro mondo, ormai accademico in quiescenza, ma generoso di conoscenza, connessioni,

entusiasmo; questo mi colpì e mi affascinò al punto di farlo diventare un interlocutore privilegiato per la parte scientifica e organizzativa della cardiologia, di interesse per la nostra amata associazione. Fra noi prima il rispetto e poi l'affetto, mutato, mi permetto di dire, in amicizia sincera, fra un luminaire quale era Gian Franco e me che cercavo di dare il massimo per portare avanti una presidenza prestigiosa, ma onerosa di impegni e responsabilità. Non credo che ci siano altre parole per descrivere più compiutamente la sua persona e personalità, se non il ricordo

della capacità di sintesi e la visione lucida fino a pochissimo prima della dipartita; un paio di mesi prima della sua scomparsa, avevamo avuto un ulteriore, piacevole come sempre, e illuminante colloquio, *de visu*, sulla sua intuizione del One Health. Lo ricorderò sempre con piacere e affetto per l'essere stato un riferimento, anche personale, e per l'essere un approdo sicuro, un Uomo per bene e di parola, autorevole, non autoritario. Sarà di esempio come abbia saputo coniugare e mantenere, nonostante l'inevitabile declino fisico degli ultimissimi tempi, la forza visionaria che lo ha sempre contraddistinto. Un pensiero infine alla famiglia, capace di stargli vicino rispettando la sua identità e accompagnandolo nella sua personalità, capace fino alla fine di porlo al centro dell'universo sanitario, lasciando a noi e a tutti un tesoro di esperienza, visione, entusiasmo. Ci mancherai caro Gian Franco, ma hai l'orgoglio di una esistenza che ha lasciato una traccia luminosa. Con immensa stima e affetto, Mimmo.♥



Il Prof. Domenico Gabrielli e il Prof. Gian Franco Gensini durante gli Stati Generali ANMCO 2019



Il Maestro che abitava il futuro

Le idee non muoiono: continuiamo a progettare il futuro della cardiologia con il Professor Gian Franco Gensini

La scomparsa del Professor Gian Franco Gensini il 29 aprile scorso, ha suscitato moltissimi ricordi istituzionali e scientifici; tutti hanno sottolineato la sua grande capacità di guardare avanti, di progettare il futuro e di trasformare le idee in realtà. Una delle frasi che più lo rappresentano è proprio *“The best way to predict the future is to create it”* ed è questo che lui, con il suo esempio, invitava a mettere in pratica.

Il Maestro che abitava il futuro

Lavorare con Gian Franco Gensini significava essere continuamente proiettati in avanti, quando ancora si parlava poco di digitalizzazione, telemedicina e intelligenza artificiale, lui ne intuiva già il potenziale per migliorare l’organizzazione sanitaria e migliorare le cure; nel 2007 fonda e presiede la SIT (Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica). Per lui la telemedicina non era

semplicemente l’impiego di nuove tecnologie ma una diversa concezione della cura: una medicina capace di superare le distanze, di rendere più equo l’accesso alle competenze e di costruire reti di assistenza più vicine alle persone. Negli anni continuò a seguire la crescita della SIT convinto che fosse una componente essenziale delle strategie nazionali per la sanità digitale. La fondazione della SIMMED (Società Italiana di Simulazione in Medicina) nel 2010 è un’altra testimonianza della straordinaria capacità del Maestro di anticipare i tempi, intuì il valore strategico della simulazione per la formazione dei professionisti della salute. Per il Professor Gian Franco Gensini, la simulazione non era semplicemente una nuova tecnologia educativa ma una vera rivoluzione culturale, una nuova concezione dell’insegnamento medico, fondata



sul principio che il medico debba poter imparare, esercitarsi e sbagliare in un ambiente protetto prima di trasferire le proprie competenze sul paziente.

La RETE: un modo di pensare la medicina moderna

Molto prima che il termine “network” diventasse patrimonio comune dell’organizzazione sanitaria, il Professor Gian Franco Gensini aveva compreso che la crescente complessità della medicina non poteva più essere affrontata dai singoli professionisti o da singole istituzioni. Le competenze dovevano essere connesse, i percorsi condivisi, le decisioni costruite in maniera multidisciplinare per offrire ai pazienti la migliore cura attraverso percorsi integrati e coordinati. Questa visione lo spinse alla realizzazione del progetto SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) di cui fu ideatore e instancabile coordinatore per quasi venti anni. Le linee guida italiane per l’ictus rappresentano un’esperienza pionieristica, capace di riunire numerose società scientifiche intorno all’obiettivo comune di costruire un modello condiviso per la prevenzione e cura dell’ictus basato sulle migliori evidenze scientifiche. In SPREAD era già presente la sua idea di medicina moderna: interdisciplinare e organizzata in RETE. È indiscutibile che il Professor Gian Franco Gensini sia stato uno dei principali artefici della cultura delle reti cliniche nel nostro paese.

Ricerca, Innovazione e Umanità

Per il Professor Gian Franco Gensini la ricerca non era mai un esercizio accademico fine a sé stesso. Ogni nuova conoscenza doveva tradursi in un miglioramento della cura, in una maggiore sicurezza per il paziente. Questa capacità di tenere insieme



Il Prof. Gian Franco Gensini riceve la Targa d'oro ANMCO in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2023

il laboratorio, il letto del malato e l’organizzazione dei sistemi sanitari rappresenta uno degli aspetti più “elevati” della sua figura: scienziato rigoroso, innovatore instancabile ma al tempo stesso medico profondamente attento alle persone “malate”. Non è forse un caso che abbia dedicato gli ultimi anni della sua vita ad implementare il paradigma One Health. In esso sembra di trovare e ricomporre tutti i fili del suo percorso umano e scientifico: centralità della persona, visione sistemica, valore delle connessioni tra le discipline, professioni, saperi, la consapevolezza

che la salute non può essere considerata come la semplice assenza di malattia, ma come il risultato di un equilibrio tra uomo, società, ambiente. In conclusione, ci sono maestri che ci lasciano un ricordo e maestri che ci lasciano un compito. Il Professor Gian Franco Gensini appartiene alla seconda categoria. Per questo è impossibile scrivere di lui al passato: ogni volta che riflettiamo ad una medicina più giusta, più integrata, più attenta alla persona e alla formazione delle generazioni future del personale sanitario continuiamo a dialogare con lui e a progettare insieme il futuro. ♥



In un mondo tecnologico la parola è ancora una cura?

C hissà cosa penserebbe, oggi, Leonardo Sciascia dell'intelligenza artificiale? E quale sarebbe il pensiero di Italo Calvino, a tale proposito? E perché non ricordare il surrealismo di Primo Levi, col suo "Scacco al tempo", oppure le riflessioni sulle due culture tanto care a Umberto Eco? Faccio un po' d'ordine. Ho citato quattro tra i tanti illustri scrittori (gente dal pensiero fine e con la penna ben salda nella mano) che hanno affrontato il dibattito tra scienza e umanesimo, chi augurandosi un sereno cammino dell'una a fianco dell'altro (Calvino) e chi, al contrario, identificando nei 'progressi' della scienza il male assoluto da sconfiggere (Sciascia). Un'immagine suggestiva, nel raffronto tra le due culture, la offre Calvino, quando contrappone *l'esplosione* nucleare, il terribile segno della cecità estrema dello sviluppo della scienza, all'*implosione* dei buchi neri, dove la scienza offre un'immagine opposta, simbolica, anch'essa estrema, di una concentrazione delle facoltà dell'uomo, un "assorbimento di forza" dove la scienza funge da stimolo al pensiero, 'un crollo all'interno' che dà nuova vita alla riflessione, capace, a detta di alcuni, di lenire il ricordo del dramma delle bombe esplose a Hiroshima e Nagasaki. Sul versante opposto, Sciascia rappresenta nel suo "La scomparsa di Majorana" – scritto "contro Fermi e gli scienziati come lui" – il rifiuto morale dello scienziato che intravede lo spaventoso sviluppo

del proprio lavoro, al punto che l'uomo, Ettore Majorana, rinnega se stesso per non sentirsi colpevole di una futura catastrofe, e decide di scomparire nel nulla, in un viaggio notturno di un traghetto che lo porta da Palermo verso Napoli. Nel pensiero di Sciascia, nel racconto della scomparsa del giovane e geniale fisico del gruppo dei ragazzi di via Panisperna, scienza e coscienza confliggono, e l'una, la coscienza, sarà destinata a cedere all'altra, la scienza. Così avverrà anche con l'intelligenza artificiale? Umberto Eco, non certo animato dal pessimismo dello scrittore di Racalmuto (o dal suo estremo realismo?), riconosce alla letteratura (la parola) il compito di affrontarlo, il problema delle culture che si scontrano – il problema esiste, eccome –, augurandosi che lo scontro si attui, e rimanga, sul terreno dell'umano, senza che l'una, la scienza, abbia il sopravvento sull'altra, il pensiero; anzi, dove l'una funga da stimolo all'altra, dove la scienza sia forma di pensiero e non tecnica distruttiva. Insomma, a differenza di Sciascia, lo scrittore di Alessandria si augura che non ci sia uno conflitto tra le culture, ma si costruiscano ponti che ragionevolmente le tengano unite tra di loro. A proposito del buon uso di quanto il progresso viene a offrirci, come non ricordare la *Populorum progressio* di Giovanni Battista Montini (1967), e le sue parole profetiche: "Economia e tecnica non hanno senso che in rapporto

all'uomo ch'esse devono servire. E l'uomo non è veramente uomo che nella misura in cui, padrone delle proprie azioni e giudice del loro valore, diventa egli stesso autore del proprio progresso". Essere padrone delle proprie azioni significa non lasciarsi assorbire dal pensiero comune, non cedere all'attrazione della massa, che a dirla con Mons. Ravasi, significa essere "risucchiati dagli stereotipi, dalle mode, dagli eccessi, divenendo replicanti senza personalità" (Domenicale del 24 ore, 26 ottobre 2025). Lo stesso Ravasi ricorre a un pensiero di Simone Weil, che ribalta la lettura del rischio di divenire risucchiati dalla massa, descrivendo come sia facile correre volontariamente in quel buco nero della massa ed esservi *felicemente omologati*, "lieti di ripetere i movimenti e i motti ormai dominanti e spesso gestiti da potenti agenzie politiche, economiche e sociali." Non stendiamoci sotto lo schiacciasassi del pensiero di massa, esorta Ravasi – così come faceva Eco – annullando la nostra identità, soddisfatti di essere "spianati", ma diamoci il tempo, scienziati o umanisti che si sia, per imparare a leggere gli uni degli altri: gli scienziati 'si umanizzino', e gli umanisti non si rivolgano alla scienza con la distrazione sinora mostrata. E l'*intelligenza*, per quanto l'artificiale sembri farla in barba alla naturale, – è però stata quest'ultima, è bene ricordarlo, ad aver prodotto la prima – rispetti l'origine del lemma che la denomina, quel *intelligere* che sprona a leggere tra le righe, a comprendere come stiano le cose e soprattutto quale strada stiano per imboccare, queste benedette cose. In un mondo tecnologico, la parola è ancora una cura? Mi è

capitato spesso di raccomandare la lettura dei racconti di Primo Levi, e tra questi “Scacco al tempo”, dove il protagonista godeva del Paracrono, una fantasiosa invenzione capace di “allungare a piacere il tempo delle esperienze gradite, e abbreviare la durata delle esperienze dolorose o fastidiose.” Ebbene, le due culture ci invitano proprio a far questo, a darci il tempo – a imporci il tempo –, di conoscere l’una senza dimenticare l’altra, ad affidarci alla scienza senza dimenticare l’eloquenza, che è arte sopraffina, che dà vita e voce al dialogo, alla consapevolezza da parte del medico di quali siano le offerte della tecnica e cosa significhi usarle con criterio, e da parte del paziente il desiderio di conoscere cosa sia la malattia e quale il senso di ciò che gli viene proposto di fare. Si metta una mano sul tempo, quindi, non per dormirci sopra, ma per il piacere di *riflettere*, lasciando che il pensiero, che è vanitoso, si specchi tra le sinapsi per distinguere il buono dal cattivo, il giusto dallo sbagliato, il meglio dell’artificiale dal peggio del naturale. La parola è ancora una cura, dunque? “Dar voce” è una locuzione spesso disattesa, la voce viene negata ai più deboli, agli esclusi, a chi soffre: “*Soffrire in silenzio*” ha addirittura un’accezione positiva, quasi fosse un merito, un segno di forza laddove la forza non c’è più o serve ad altro. “Il dolore che non parla,” scrive Shakespeare, nel Macbeth (Atto IV, Scena III), “bisbiglia al cuore oppresso e gli ordina di spezzarsi.” Il dolore va riconosciuto, gli va data voce, così come la voce, che è cura, viene richiesta al medico, come reclama Beatrice che, scesa dal Paradiso, si rivolge a Virgilio, al ‘dottore’ che accompagna Dante:

“Or movi, e con la tua parola ornata e con ciò c’ha mestieri al suo campare l’aiuta, sì ch’i’ ne sia consolata”.

Il medico, con la sua *parola ornata*, e con ciò c’ha mestieri al suo campare (la scienza), deve scendere in campo, contro un nemico, la malattia, che ha scelto di combattere, e che il paziente s’è trovato di fronte all’improvviso: *la parola ornata*, a dirla con gli esegeti della Commedia, è fatta di *doctrina et eloquentia*, la conoscenza di un mestiere e la capacità di esprimerlo, di narrarlo, nell’alleanza che si è sancita col paziente, nella guerra – questa sì, sacrosanta – contro un nemico comune, la malattia. Sempre loro, gli esegeti della Commedia (Cristoforo Landino, 1481), ricordano come già Cicerone si lamentasse “di chi le due cose congiunte hanno diviso; et alchuni si sono dati solamente alla eloquentia, la quale senza sapientia et doctrina è chosa furiosa et nociva a gli huomini; et alchuni solamente alla sapientia, la quale per sé poco può giovare non potendo persuadere quello che intende”. Tutto è già scritto, come negarlo? Un famoso scrittore e medico, Anton Pavlovič Čechov, riferiva che la conoscenza del metodo scientifico l’aveva sempre tenuto all’erta, sforzandosi di attenersi sempre ai dati scientifici e “dove non è stato possibile, ho preferito non scrivere affatto.” Aggiungeva di non appartenere ai letterati che hanno verso la scienza un atteggiamento negativo, “né vorrei far parte di coloro che vengono a capo di tutto con l’unico ausilio della loro testa.” Nell’era dell’intelligenza artificiale, pertanto, si ascoltino i pensieri di chi con la parola – e con la scrittura che la custodisce – ha avuto grande confidenza, e

non si cada nel tranello che l’una, soprattutto la scienza, sia destinata a cancellare l’altra, la parola. La scienza fa parte della *cultura*, al cui interno lo sviluppo di una parte, umanistica o scientifica, non deve togliere all’altra il desiderio di conoscerla e la capacità di interpretarla, ottenendo così il meglio che il pensiero dell’uomo viene a offrirci. ♥

Claudio Cuccia, già Responsabile dell’Unità di Terapia Intensiva Cardiologica degli Spedali Civili di Brescia, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia e Presidente del Gruppo di studio nazionale ATBV (Aterosclerosi, Trombosi e Biologia Vascolare).



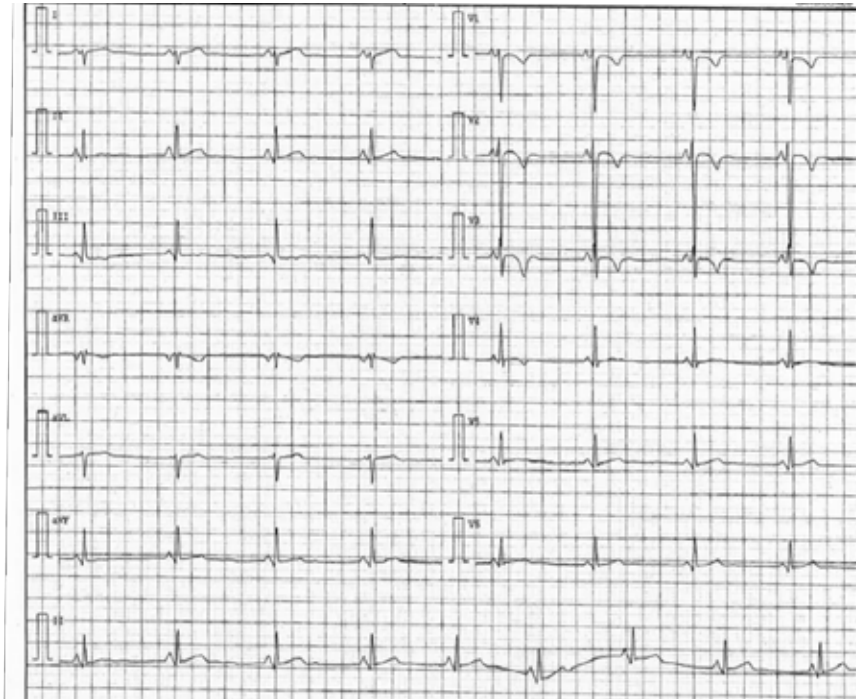
Filippo, Christian (Eriksen) e quello che continuiamo a non voler comprendere

Il coraggio di ricominciare dopo l'arresto cardiaco



Domenica pomeriggio arriva un messaggio. Christian Eriksen. Nuovo collasso in campo. In quel momento non era ancora chiaro cosa fosse realmente accaduto e servivano ulteriori informazioni per comprenderne la natura. Ma, al di là della definizione esatta dell'evento, una conseguenza appare subito evidente: il tema che si ripresenta è sempre lo stesso. Sport. Arresto cardiaco. Defibrillatore impiantabile (ICD). Ritorno all'attività agonistica. Non idoneità. Libertà individuale. Libertà "negata". E, puntualmente, c'è ancora chi si stupisce se un atleta che decide di tornare a praticare sport, pur affetto da una malattia cardiaca e portatore di un defibrillatore, possa andare incontro a un nuovo arresto cardiaco. Chi si occupa quotidianamente di questi pazienti, invece, sa bene che il rischio non scompare il giorno in cui viene impiantato un ICD. Al contrario, il dispositivo viene utilizzato proprio perché quel rischio continua a esistere. Per anni la posizione italiana è stata criticata. Troppo prudente. Troppo restrittiva. Persino paternalistica nei confronti di atleti diventati pazienti. Eppure, ciò che ancora oggi si fatica a comprendere è che il ragionamento non è mai stato legato esclusivamente alla presenza del defibrillatore. Il problema non è il dispositivo. Il problema è la malattia. L'ICD rappresenta una straordinaria rete di protezione, ma non modifica necessariamente la storia naturale della cardiopatia. I dati che osserviamo quotidianamente nel nostro Centro lo confermano. Nei soggetti con cardiomiopatia e documentato substrato aritmico e per questo portatori di ICD, gli eventi ventricolari maggiori continuano a verificarsi in circa il 30% dei pazienti che proseguono attività sportive ad alta intensità. Per questo motivo la

2015



2026

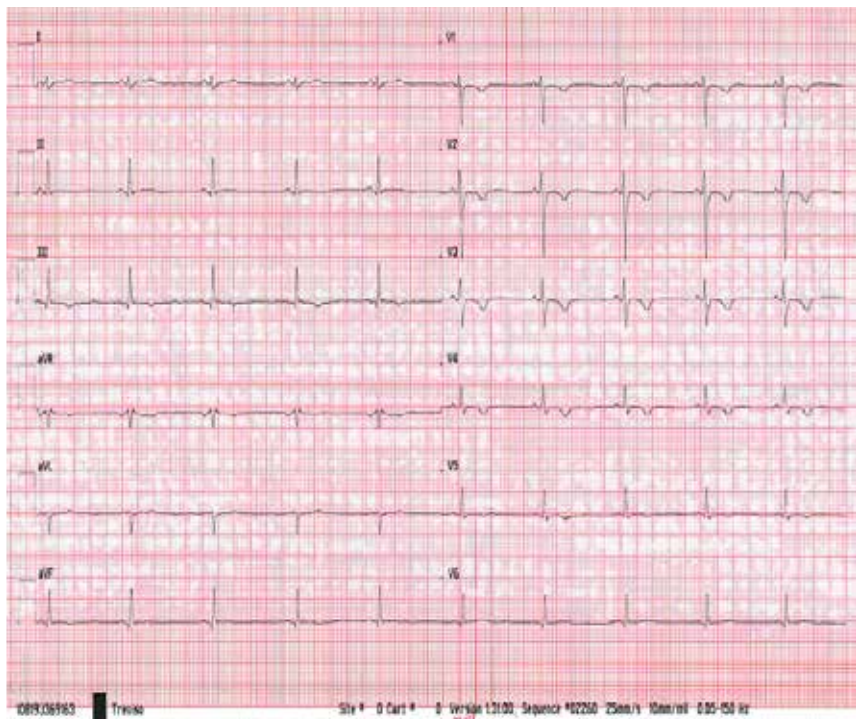


Figura 1

discussione non dovrebbe essere ridotta a una domanda semplicistica: «Può giocare oppure no?». La domanda corretta è un'altra. **Quale rischio siamo disposti ad accettare?** Siamo davvero certi di conoscere tutti gli eventi che si verificano, nel corso degli anni, nei giovani portatori di ICD che continuano a praticare sport agonistico in Europa? Quante aritmie ventricolari vengono intercettate e terminate lontano dai riflettori, senza mai finire nelle cronache sportive? Quante scariche appropriate o inappropriate questi ragazzi sono costretti a sopportare pur di continuare a giocare? Non lo sappiamo. Ed è proprio questa incertezza che dovrebbe renderci più prudenti quando si giudicano decisioni cliniche costruite per proteggere persone affette da una malattia cardiovascolare potenzialmente letale. Perché il punto non è stabilire chi abbia ragione tra il modello italiano e quello adottato in altri Paesi. Il punto è ricordare che un ICD non rappresenta la guarigione. Rappresenta il tentativo di impedire che una malattia potenzialmente mortale diventi fatale. C'è però un altro aspetto che troppo spesso dimentichiamo. Talvolta l'ICD, da solo, non basta. Sopravvivere a un arresto cardiaco non significa essere guariti. Il defibrillatore rappresenta una protezione straordinaria, ma non una garanzia assoluta. Alcune malattie accompagnano una persona per tutta la vita e il nostro compito non è soltanto impedirne la morte, ma aiutarla a vivere nel modo più sicuro possibile. Mentre riflettevo su questi temi mi è tornato immediatamente alla mente Filippo. Era arrivato a Treviso poche settimane prima. La sua è una storia impossibile da dimenticare. Nel 2017 Filippo ha quindici anni. Ama il calcio. Vive per lo sport, come moltissimi ragazzi della sua età. Calamitava il suo sguardo: dolce, quasi

timido, ma allo stesso tempo sereno. È un ragazzo educato, composto. Prova a raccontare la sua storia, ma ben presto la mamma lo aiuta a ricostruire quei momenti che hanno cambiato per sempre la loro vita. Durante gli accertamenti finalizzati al rilascio dell'idoneità sportiva riferisce un episodio sincope, verificatosi mentre correva per andare a scuola, e alcuni episodi di cardiopalmo. La valutazione iniziale non mette in evidenza nulla di particolarmente sospetto. Riletto oggi, alla luce della successiva evoluzione clinica, il suo elettrocardiogramma sembra assumere un significato diverso rispetto a quanto appariva allora (Figura 1). L'ecocardiogramma risulta normale, mentre il monitoraggio Holter documenta extrasistolia ventricolare con coppie e tratti di bigeminismo. Il giudizio finale è quello che ogni giovane atleta desidera sentirsi dire. Idoneo. Dopo quell'episodio viene ricoverato in Pediatria ma senza evidenziare nulla. Eppure, Filippo non è convinto. Durante gli allenamenti continua a non sentirsi bene. Ascolta il proprio corpo. E decide **spontaneamente** di fermarsi. Non è il primo caso di giovane atleta che, pur avendo ottenuto l'idoneità sportiva, sceglie autonomamente di interrompere l'attività prima ancora che qualcuno gli imponga uno stop. Ed è proprio a quest'altezza che la sua storia obbliga a fermarsi e riflettere. La valutazione medico-sportiva non è un semplice passaggio burocratico finalizzato al rilascio di un certificato. È, a tutti gli effetti, un programma di screening cardiovascolare, il cui obiettivo è identificare precocemente patologie potenzialmente responsabili di arresto cardiaco e morte improvvisa nei giovani fisicamente attivi. Il suo valore risiede nella capacità di riconoscere e interpretare correttamente sintomi,

alterazioni elettrocardiografiche e aritmie che, considerate nel loro insieme, possono rappresentare il primo segnale di una cardiopatia ancora non diagnosticata e offrire l'opportunità di intervenire prima che la malattia si manifesti con eventi ben più gravi. Filippo aveva intuito da solo che qualcosa non andava e, nonostante il certificato di idoneità, aveva deciso spontaneamente di interrompere l'attività sportiva. Ma non sempre accade così. È impossibile pensare che un programma di screening possa essere infallibile. Nessun sistema diagnostico lo è. Tuttavia, storie come quella di Filippo ci ricordano quanto sia delicato il compito di chi esegue queste valutazioni e quanto sia importante non trasformare un programma di screening in un semplice atto amministrativo. Dietro ogni elettrocardiogramma c'è una persona. E, talvolta, la differenza tra una diagnosi precoce e una diagnosi tardiva può cambiare radicalmente il corso di una vita. Ma la storia di Filippo continua. Qualche tempo dopo, durante una lezione di educazione fisica a scuola, cade improvvisamente a terra. I presenti iniziano immediatamente il massaggio cardiaco e utilizzano il defibrillatore semiautomatico (DAE) presente nell'istituto. Due scariche, ma non bastano. All'arrivo del personale del 118 viene eseguita una nuova defibrillazione e il ragazzo viene trattato secondo i protocolli avanzati di rianimazione cardiopolmonare (ACLS). Solo allora il suo cuore riprende a battere. Gli approfondimenti successivi conducono finalmente alla diagnosi: cardiomiopatia aritmogena associata a mutazione della placofilina-2. Viene avviata una terapia con basse dosi di bisoprololo e viene impiantato un defibrillatore. Da quel momento la sua vita cambia completamente. Poco tempo dopo,

durante una partita di calcetto con gli amici, sviluppa una tachicardia ventricolare sostenuta. Il defibrillatore riconosce correttamente l'aritmia e interviene. Scarica appropriata. Vita salvata per la seconda volta. La malattia, però, è ancora lì. Per molti aspetti la storia di Filippo assomiglia, almeno fino a questo momento, a quella di Christian Eriksen. Passa del tempo. Durante un periodo di forte stress emotivo Filippo sviluppa una nuova tachicardia ventricolare. Questa volta il defibrillatore deve intervenire tre volte. Tre scariche appropriate. Tre volte il dispositivo svolge perfettamente il proprio compito. Tre volte, però, la malattia ricorda di essere ancora presente. L'episodio più drammatico arriva nel 2019. Dopo un evento infiammatorio, verosimilmente associato a un interessamento miocardico, Filippo sviluppa una tempesta aritmica. In quella circostanza il defibrillatore non riesce a interrompere efficacemente il quadro aritmico e si rende necessaria una defibrillazione esterna. Filippo si salva. Ma la rianimazione è lunga, complessa, estenuante. Seguono quaranta giorni di coma, durante i quali nessuno può sapere quale sarà il futuro del ragazzo. Quando finalmente si risveglia, la vita è salva. Ma non è più la stessa. Nel 2020 compare un nuovo episodio di tachicardia ventricolare sintomatica. L'aritmia non viene interrotta dalla terapia antitachicardica (ATP) del dispositivo e richiede un nuovo intervento dell'ICD. Viene inviato presso un centro cardiologico ad alta specializzazione, dove viene sottoposto a studio elettrofisiologico e ad ablazione del substrato aritmico. Da allora non si registrano più tempeste aritmiche né ulteriori interventi appropriati del defibrillatore. Quando tutto sembra finalmente essersi stabilizzato, Filippo

torna a porsi una domanda. In fondo, è la stessa che si pongono tutti i ragazzi della sua età con storie simili: «**Posso ancora praticare sport?**». È questa la motivazione che lo porta nel nostro Centro. La prima scelta che operiamo è rivalutare la terapia farmacologica. Il bisoprololo, assunto fino a quel momento a basse dosi, viene sostituito con nadololo, farmaco che continua tuttora ad assumere. Ma il nostro lavoro non si esaurisce con una prescrizione. Anzi, è proprio da quel momento che inizia. Insieme costruiamo un programma di allenamento personalizzato, comprendente esercizio aerobico e lavoro di forza, calibrato sul suo rischio clinico, sulle capacità residue e sui suoi obiettivi di vita. Il nostro compito non consiste semplicemente nell'elencare ciò che un paziente non può più permettersi. Al contrario, è aiutarlo a trovare ciò che può ancora praticare in sicurezza. Con sicurezza. Con consapevolezza. Con la terapia adeguata. Ma il vero problema, a quel punto, non era più soltanto il cuore. I quaranta giorni di coma avevano lasciato conseguenze neurologiche importanti. Filippo presentava una compromissione della memoria a breve termine. Ricordare gli esercizi, le sequenze motorie e gli allenamenti non era più scontato. Così abbiamo iniziato a registrare ogni esercitazione, creando brevi video che potesse rivedere ogni volta che fosse necessario. Solo così sarebbe riuscito a ripetere correttamente gli esercizi insieme al suo trainer. È una soluzione apparentemente semplice. Ma rappresenta il modo che abbiamo trovato, insieme, per restituirgli autonomia. Ed è proprio qui che questa storia assume un significato che va ben oltre la cardiologia. Troppo spesso parliamo di arresto cardiaco come se esistessero soltanto due possibili esiti:

vivere oppure morire. In realtà ne esiste un terzo: vivere, ma convivendo con conseguenze permanenti che possono modificare la qualità della vita. La storia di Filippo ci ricorda che con la vita non si scherza. Evidenzia che quando una malattia ha già dimostrato di poter provocare un arresto cardiaco, sfidare la fortuna non è una strategia. Ci insegna che il defibrillatore può salvare la vita, ma non sempre riesce a evitare tutte le conseguenze dell'evento. Dunque, si ritorna con il pensiero a Christian Eriksen. Ogni volta che assistiamo a un episodio come quello di questi giorni, il dibattito si riaccende immancabilmente. C'è chi parla di libertà individuale, chi di diritto allo sport, chi mette in discussione le scelte della medicina italiana e chi, al contrario, le considera eccessivamente restrittive. Ma forse continuiamo a porci la domanda sbagliata. La vera domanda non è se un atleta con un defibrillatore possa tornare a giocare. La domanda è se sia realmente consapevole del rischio che continua ad accompagnarlo. È stato informato che il defibrillatore non elimina la malattia? Sa che potrebbe andare incontro a nuove aritmie, a nuove scariche, a una tempesta aritmica? Sa che, anche quando tutto funziona correttamente, potrebbero verificarsi conseguenze neurologiche permanenti? Sa che, in alcune circostanze, persino un ICD potrebbe non essere sufficiente? Non spetta a noi medici decidere al posto dei nostri pazienti. Le scelte appartengono a loro e devono essere rispettate. Ma spetta certamente a noi medici fornire tutte le informazioni necessarie affinché quella scelta sia davvero libera, cioè realmente consapevole. Perché non esiste libertà senza conoscenza vera del rischio. La storia di Filippo, come quella di tanti altri ragazzi che abbiamo incontrato negli anni, dimostra come il nostro lavoro non

termina con la diagnosi, con l'impianto di un defibrillatore o con la prescrizione di un farmaco. È proprio da quel momento che inizia. Il nostro compito è accompagnare questi pazienti lungo tutto il loro percorso di vita, cercando di ridurre il rischio, di preservarne la qualità di vita e di aiutarli a trovare, quando possibile, un modo sicuro per continuare a fare ciò che amano. Forse è proprio questo il significato più autentico della medicina e della cardiologia dello sport. Non diagnosticare semplicemente cosa una persona non può più replicare, ma aiutarla a capire qual è la gestione sicura del suo allenamento. Perché il nostro compito non è soltanto proteggere il cuore. Ma farlo battere in sintonia con il futuro del paziente.♥



“Poche cose essenziali”: il viaggio di un cardiologo dentro se stesso

Un romanzo sulla necessità di ritrovare il proprio centro, dopo essersi dedicati agli altri



Cosa spinge una persona a cambiare ciò che ha costruito in lunghi anni di preparazione?

E cosa lo costringe a ripetere invece sempre gli stessi schemi, senza mai riuscire ad andare oltre trovando un senso al proprio operare? Dietro un misto di noia, abitudine, mancanza di coraggio, possono celarsi bisogni inascoltati. Il dottor Aleco Sernaché si occupa di trapianti di cuore.

Vive e lavora a Milano. In ospedale apparentemente le cose vanno bene: il suo compito è difficile ma appagante, i pazienti gli vogliono bene, si prodiga per loro, sa che può contribuire a salvare vite. Eppure è costantemente insoddisfatto, deluso, frustrato. «*Ti vedo, ti osservo e ti trovo sempre più svogliato, sempre più distaccato. Ci hai mai pensato a cambiare lavoro?*» si sente dire da chi gli sta vicino, all'inizio del romanzo.

Aspettative e prezzo da pagare

Visto da fuori, un lavoro che restituisce un ruolo sociale di primo piano, come quello del medico, è considerato elemento sufficiente a rendere immuni da problemi e quesiti sulla propria attività, ma anche sul senso della propria vita. Tuttavia, questo giudizio semplice non tiene conto di alcuni temi: le aspettative disattese, le difficoltà emotive – proprie e altrui – da gestire, il carico di responsabilità. Insomma il prezzo da pagare per rientrare in quel ruolo. L'esito in burn-out, sempre più frequente anche nella categoria medica, è solo la punta dell'iceberg che emerge da un ghiacciaio più vasto. Nel romanzo “Poche cose essenziali” (Città del sole Edizioni - 2026, 18,00 euro) si prova ad andare sotto la superficie, per approfondire lo scontro di desideri contrapposti che anche il medico che opera in prima

linea sente quotidianamente: una vita fatta di stimoli esterni e urgenti a cui rispondere, cercando talvolta di sopire i propri bisogni o la propria emotività per non cadere in errore.

«Piano piano ci arrivo a capirlo.

Perché in fondo lo so già. Ci do troppa importanza. Come se le cose non accadessero perché devono accadere. Come se io potessi davvero farci qualcosa. Come se giocare a tirare di qua e di là la gente tra la vita e la morte fosse davvero qualcosa in cui ho un potere decisionale. Come se non fosse, appunto, giocare.»

Farsi aiutare a capirsi

Il protagonista, Aleco, riesce ad aprirsi con poche persone dai ruoli sfumati: amico-collega, compagna-amante, amante-moglie (di un altro). Si muove all'interno di un non canonico triangolo amoroso, dominato da speranza e inerzia. Con il suo amico Alberto ha un'intesa vincente, anche perché i due vivono situazioni analoghe. Con Eleonora, detta Leo, si consola, si incontra e si scontra; da lei trova calore facile ma, per questo, a rischio. Con Viola, infine, si fonde, si confida, riesce a rinascere. Sono i suoi alter-ego, ciascuno in grado di esprimere ciò che lui, da solo, non riesce. Spesso, capire le emozioni è difficile. A volte è duro. Può essere difficile e duro anche accettarle, una volta comprese. Allora la fuga può risultare la via più immediata, l'unica che si riesce a percorrere. Ma non può durare a lungo, prima o poi il conto si presenta. È sostanzialmente quanto succede ad Aleco, lo scontro con la realtà ha l'impatto di un sonoro schiaffo. Ma l'essere aiutato in questo processo, l'essere guidato dall'amore e il ritrovare un vecchio collega e amico, gli consentirà di apprezzare il percorso.

«Forse sei arrivato al punto in cui metti in discussione tanto di quello che è stato di te. Chissà a mettere in discussione tutto. Forse quello che è stato adesso ti sta stretto: è un vestito che ti sei cucito addosso con tenacia, fatica e sudore, con quella lotta che adesso rinneghi. Perché non ci vedi più un grande senso, che era un senso molto astratto ma che ti sei tenuto stretto a lungo perché in qualche modo ti identificava, ti dava un'identità. Ora hai realizzato, forse, che quell'identità non era completamente tua e ti senti in diritto, forse, o comunque hai voglia, di lasciarla alle spalle. Adesso senti, forse, che da qui in avanti puoi scrivere una pagina nuova che possa essere stavolta del tutto tua. Forse hai realizzato che il futuro è qualcosa di totalmente aperto, che non è tardi per niente per avere un nuovo futuro, con tanta fiducia perché hai alle spalle tanto buon passato e una grande consapevolezza: ti basta pensare a quello che sei oggi per far venire le cose come vogliono venire, senza sperare in "tempi migliori", per usare la tua espressione. È così che, forse, adesso riesci a pensare al futuro senza il pensiero di doverlo in qualche modo forzare. Hai saputo sempre in cosa credere e cosa fare con la tua vita e dove indirizzarla, ma forse tutto questo ti ha caricato di responsabilità verso te stesso che ad un certo punto hai scelto di scaricare, ma non per abbandonarle, bensì perché hai sentito di averle compiute. Quindi, forse, ora sei in cerca di qualcosa di nuovo, da prendere con un ricco bagaglio di lezioni imparate ed un altrettanto ricco bagaglio di lezioni da imparare. Però, forse, non hai più bisogno di darti degli scopi, degli obiettivi a tutti

i costi. Puoi scegliere meglio ciò in cui credere e cosa fare della tua vita. Ma soprattutto, forse, non hai il bisogno assoluto di farlo: sai che ciò di cui hai bisogno ce l'hai già, il bello che ti serve e che desideri, e tanto ti basta.»

Eventi e incontri

Una gita a Siena diventa l'inaspettato evento che può cambiare tutto. È un breve ma intenso viaggio nei sentimenti, acceso dal fortuito incontro con Fabio che riemerge all'improvviso dal passato per proiettarlo in un possibile futuro. Fabio diventa lo *sweet surrender* che incarna le scelte che Aleco non ha il coraggio di fare. *«Mi sono reso conto, a un certo punto, di aver dato e preso tutto, per questo mi sono annoiato»* gli confida. Parla con parole semplici di cose semplici. E Aleco si turba, sprofonda nella notte e riemerge solo accanto all'amata, con molta più consapevolezza. I luoghi ed i tempi in cui si sviluppano gli eventi aiutano a comprenderne lo sviluppo, che è orizzontale lungo una fatidica primavera, stagione di rinascita per eccellenza. Il viaggio è un'andata e ritorno sulla direttrice Milano-Siena-Milano, attraverso posti che non sono solo sfondo per incontri e parole ma che invece sembrano voler accogliere i protagonisti regalando loro uno spazio opportuno e giusto a seconda della circostanza, ora serena, ora drammatica. La scena è diretta emanazione delle frasi: ciò che accade è direttamente riferito nei dialoghi, in un rapporto immediato con il lettore. Il finale può considerarsi aperto. Una cosa si può comunque dire: aiutato dagli eventi, dai suoi alter-ego, ma soprattutto dalle rivelazioni che lo scuotono, Aleco riuscirà infine a ridurre la sua confusione alle poche cose essenziali che cercava. ♥



ANMCO: Coming Soon

Main Events, congressi regionali ed altre iniziative ANMCO

La comunità ANMCO è costantemente impegnata in numerose iniziative scientifiche, formative e divulgative, sia a livello nazionale che regionale, dedicate ai principali temi della cardiologia contemporanea. Dai grandi eventi nazionali ai progetti territoriali di prevenzione cardiovascolare, questa rubrica nasce con l'obiettivo di accompagnare i soci nel percorso associativo e favorire una partecipazione sempre più attiva alla vita della comunità scientifica.

ANMCO MAIN EVENTS

Convention Nazionale Centri Scompenso (ANMCO-HF)

Milano | 16-17 ottobre 2026

Un appuntamento dedicato a tutti i professionisti coinvolti nella gestione dell'insufficienza cardiaca - dallo scompenso cardiaco acuto e shock cardiogeno alle cardiomiopatie e allo scompenso avanzato - con l'obiettivo di approfondire le più rilevanti innovazioni cliniche, terapeutiche e organizzative.

3 motivi per non perderlo:

- Aggiornamento sulle nuove Linee Guida 2026 per lo scompenso cardiaco, sulle strategie terapeutiche più innovative e sui modelli di continuità assistenziale.
- Confronto multidisciplinare tra gli specialisti coinvolti nella gestione dello scompenso cardiaco, con focus sui modelli organizzativi nazionali e sulla presa in carico territoriale.
- Aggiornamenti sugli studi clinici ANMCO, sessioni pratiche e minicorsi dedicati alla gestione, all'interpretazione e alla lettura di esami specialistici avanzati nel paziente con insufficienza cardiaca.

ANMCO Lipids & CardioMetabolic Care 2026

Firenze, Camera di Commercio | 17-18 novembre 2026

In collaborazione con SISA. Evento multidisciplinare dedicato alle più recenti evidenze in ambito lipidologico e cardiometabolico, con particolare attenzione alla prevenzione cardiovascolare nel paziente ad alto rischio. Rivolto a specialisti di cardiologia, medicina interna, nefrologia, neurologia, diabetologia e medicina generale.

3 motivi per non perderlo:

- Aggiornamento sulle nuove strategie terapeutiche e sulle più recenti evidenze scientifiche.
- Approccio integrato cardio-nefro-metabolico nella gestione del paziente complesso.
- Approccio pratico mediante discussione di scenari clinici e condivisione di percorsi diagnostico terapeutici con gli expert.

ANMCO Beat Life Rhythm 2026

Bari | 3-4 dicembre 2026

Evento dedicato alle innovazioni nella gestione delle aritmie cardiache, con attenzione a diagnosi precoce, tecnologie emergenti e personalizzazione terapeutica.

6ª Conferenza Nazionale del Club delle UTIC

Firenze | 12-13 febbraio 2027

Momento di confronto tra professionisti impegnati nella gestione intensiva del paziente cardiologico acuto, con approfondimenti su organizzazione e innovazione.

Congressi Regionali ed altre iniziative ANMCO

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “AMARCI”

Evento	Data	Luogo
Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “AMARCI”	29-30 Settembre 2026	Napoli
Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “AMARCI”	6-7 Ottobre 2026	Bologna
Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “AMARCI”	27-28 Ottobre 2026	Firenze

Congressi Regionali

Evento	Data	Luogo
Congresso Regionale ANMCO Emilia-Romagna 2026 “Intensive Cardiac Care dall’UTIC all’Ambulatorio”	23 settembre 2026	Bologna
Cardionursing ANMCO Emilia-Romagna 2026 “The Value of Teamwork”	23 settembre 2026	Bologna
VI Congresso Intersocietario Trentino-Alto Adige 2026 ANMCO-AIAC-GISE-SIECVI	26 settembre 2026	Bolzano
Congresso Regionale ANMCO 2026 Piemonte e Valle D’Aosta	22-23 ottobre 2026	Torino
Congresso Regionale ANMCO Friuli-Venezia Giulia 2026 Cardiologia di (Im)precisione	31 ottobre 2026	Udine
Corso Regionale ANMCO Lombardia Ward Club Lombardia Sindrome cardio-nefro-metabolica: percorsi condivisi per una gestione precoce e multidisciplinare	10 novembre 2026	Milano
Congresso Regionale ANMCO Toscana 2026 HEART to HEART Esperienza ed Innovazione: il volto del futuro	20-21 novembre 2026	Livorno



“Cardiologia negli Ospedali” diventa **GREEN**

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

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

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

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

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

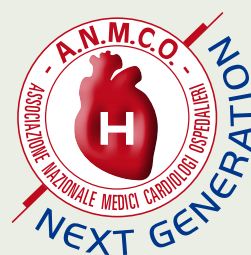
ANMCO 20 LIPIDS 26

& cardioMETABOLIC CARE

CAMERA
DI COMMERCIO
DI FIRENZE



FIRENZE
17-18
NOVEMBRE
2026



EVENTO FORMATIVO ANMCO
IN COLLABORAZIONE CON



SOCIETÀ ITALIANA
PER LO STUDIO
DELL'ATEROSCLEROSI



