Cardiologia negli Ospedali

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri | ANMCO

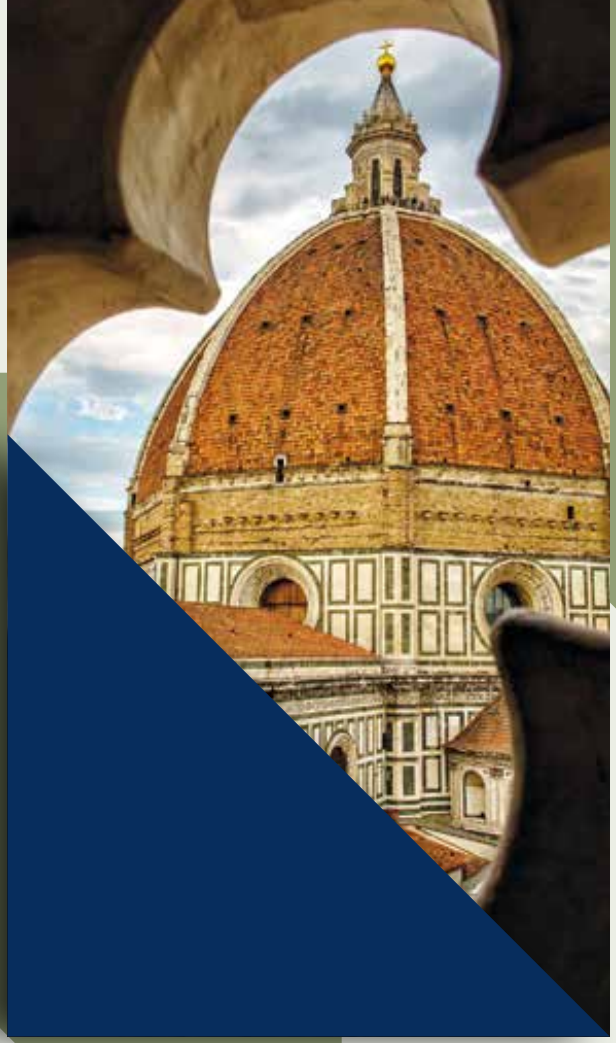


SETTEMBRE / OTTOBRE 2026 N° 273

ANMCO LIPIDS 2026

& cardioMETABOLIC CARE

CAMERA
DI COMMERCIO
DI FIRENZE



FIRENZE
17-18 NOVEMBRE 2026

A.N.M.C.O. ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
NEXT GENERATION



EVENTO FORMATIVO ANMCO
IN COLLABORAZIONE CON

SOCIETA' ITALIANA
PER LO STUDIO
DELL'ATEROSCLEROSI



Ospedale Santa Maria
degli Ungheresi di Polistena

N. 273
settembre / ottobre 2026
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Giuseppe Di Tano

Co - Editor
Attilio Iacovoni

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

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

Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

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

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

Stampa
Printer - Firenze

Progetto grafico e impaginazione
Valerio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE
Dall'Editor p.3
di Giuseppe Di Tano

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

DAL DIRETTIVO
Cardio-oncologia: oltre la tossicità dei farmaci p.9
di Daniela Aschieri e Andrea Tedeschi

T-TEER nell'insufficienza tricuspidalica..... p.11
di Vered Gil Ad

DALLA HCF FONDAZIONE ANMCO PER IL TUO CUORE ETS
Intervista al Prof. Furio Colivicchi, leader nazionale dello studio EUROASPIRE VI p.15
di Stefania Angela Di Fusco

Tre giornate dedicate alla ricerca clinica in cardiologia..... p.18
di Stefania Di Fusco, Emilia D'Elia, Francesca Mantovan, Francesco Antonio Veneziano, Agostino Buonauro, Pietro Scicchitano, Furio Colivicchi

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 ETS p.22
a cura del Centro Studi

DALLE AREE
AREA CARDIOCHIRURGIA
Endocardite infettiva: migliorare gestione e outcome p.26
di Luca Di Marco, Andrea Montalto, Antonio Salsano, Marco Moscarelli, Salvatore Nicolardi, Antonio Nenna, Stefano Pelenghi, Nicolò Azzola Guicciardi, Giovanni Casali

AREA CARDIOGERIATRIA
Fibrillazione atriale non valvolare nell'anziano p.28
di Salvatore Felis, Nadia Ingianni e Maurizio Giuseppe Abrignani a nome dell'Area CardioGeriatria ANMCO

AREA CARDIOGERIATRIA, CARDIOLOGIA DI GENERE E SCOMPENSO CARDIACO
Il paziente reale che i trial non raccontano..... p.30
di Nadia Ingianni, Samuela Carigi e Antonia Mannarini

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE
Sesso e genere nella ricerca cardiovascolare..... p.33

di Giuseppe Ciliberti e Antonia Mannarini a nome dell'Area Cardiologia di Genere ANMCO

AREA CARDIONCOLOGIA
Stardust on Cardioncology - La Cardioncologia ANMCO omaggia Federico Fellini.....p.36
di Maria Laura Canale a nome dell'Area CardiOncologia ANMCO

AREA CARDIORENALE E METABOLICA
Il fegato che il cardiologo non può più ignorare.....p.38
di Manuela Benvenuto, Daniele Masarone, Andrea Vecchi, Gaetano Citarelli, Michele Moretti, Simone Bartolini, Claudia Vicari, Gianluigi Guida, Marco Cittar, Geza Halasz a nome dell'Area CardioRenale e Metabolica ANMCO

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA
Cronicità cardiologica e monitoraggio remoto: una nuova sfida.....p.41
di Gianluigi Tagliamonte, Marco Zuin, Claudia Colombo, Rita Groccia, Giorgio Quadri, Filippo Zilio, Marco Alberto Mojoli, Giulia Russo, Gaetano Marino, Chiara Dalla Valle a nome dell'Area Cronicità Cardiologica ANMCO

AREA GIOVANI
Caldo estremo e rischio cardiovascolare in Italia p.44
di Federico Fortuni e Andrea Matteucci

AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA
Il cardiologo "aumentato" e l'IA nelle nuove generazioni.....p.46
di Nicola Gasparetto e Simona Giubilato a nome dell'Area Intelligenza Artificiale in Cardiologia ANMCO

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
La prevenzione vaccinale nell'ipertensione polmonare e nell'embolia polmonare.....p.49
di Walter Grosso Marra, Paola Argiento, Giacomo Giovanni Boccuzzi, Maurizio Bussotti, Maria Flavia Casciolo, Luciana D'Angelo, Iolanda Enea, Letizia Nicolaci, Laura Scelsi, Domenica Zema

DALLE REGIONI
REGIONE BASILICATA
CardioLex: Cardiologia Clinica e Responsabilità Professionale.....p.54
di Marco Fabio Costantino, Maria Maddalena De Francesco e Maria Giuseppina Veglia

REGIONE PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
Obesità e malattia coronarica.....p.57
di Ilaria Radano, Fabrizio Delnevo, Silvia Muccioli, Mattia Troncone, Rita D'Aniello, Luca Zappia, Francesco Paolo Cancro, Giuseppe Musumeci

REGIONE VENETO
L'infarto nell'atleta Master: una sfida per i cardiologi?.....p.59
di Christian Piergentili

FORUM
L'Architettura della Cura: Casa di Comunità, una rivoluzione gestionale attuabile?.....p.62
di Simone Bartolini, Francesco Grossi, Giulia Taborchi, Walther Iannotti, Luca Persiani, Chiara Mari, Valentina Tozzetti, Giuseppe Ciriello, Francesca Sani, Massimo Milli

Riflessioni su un progetto di formazione in paesi a basse risorse..... p.64
di Niccolò Brenno Grieco e Roberto Maccaroni

Dallo stetoscopio all'intelligenza artificiale. L'AI sarà il grande equalizzatore della cardiologia p.67
di Ciro Indolfi

CARDIOLOGIA E SPORT
Se l'esercizio è un farmaco, qual è la dose giusta? p.69
di Patrizio Sarto

AMYNEWS
Amiloidosi cardiaca: tutte le novità dal Congresso ESC 2026.....p.71
di Cristina Chimenti

CARDIOLOGI SCRITTORI
Imagine it p.74
di Archana Maniar
Provate a immaginarlo.....p.77
di Archana Maniar

COMING SOON
Main Events, Congressi Regionali ed altre iniziative ANMCO.....p.79
di Vered Gil Ad



Editoriale



"Few cardiologists were trained in environmental health. But the limits of our training cannot define the limits of our responsibility". Questa frase sintetizza il pensiero dell'Editor page, intitolata *The Risk We All Breathe: Why Environmental Cardiology Belongs in Our Pages,* che apre il numero di settembre del *JACC* dedicato agli effetti cardiovascolari dell'ambiente, compresi i deleteri cambiamenti climatici, tra l'altro oggetto di una bella puntualizzazione a cura dell'Area Giovani che trovate nelle prossime pagine. È oramai evidente anche a livello scientifico che l'inquinamento atmosferico, i fumi degli incendi boschivi e le ondate di calore non siano più confinati all' "Ecologia". Sono reali minacce di patologia cardiaca acuta e moltiplicatori di eventi in pazienti affetti da scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica. L'aria che respiriamo, la quantità di $PM_{2,5}$ e le temperature elevate associate ad eventi improvvisi (cicloni, uragani) non sono scenari occasionali e futuri. Sono già fattori di rischio cardiovascolare del presente, in grado di modificare la storia naturale dello scompenso cardiaco, come dimostra lo studio svedese sul *JACC*, che collega l'aumento delle ospedalizzazioni legate ad una instabilizzazione dello scompenso verificatesi nel paese nordico, alle temperature elevate osservate, o quello pubblicato sul numero di agosto dell'*EHJ* sul ruolo dei cicloni in Cina come causa di aumento del burden di SCA e di ritardo nei trattamenti. Negli ultimi decenni i cardiologi hanno imparato ad adeguarsi alle progressive variazioni epidemiologiche che hanno riguardato alcune cardiopatie adattandone l'attuale gestione. È tempo ora di imparare a conoscere e gestire anche le evidenti implicazioni tossiche ambientali e gli effetti dell'aumento delle temperature, considerandoli alla stessa stregua di altri fattori di rischio classici finora a noi più familiari. La prevenzione cardiovascolare sia primaria che secondaria dei prossimi anni non potrà limitarsi al solo controllo di colesterolo, pressione e diabete, ma considerare ad esempio il rischio insito nel rimandare un paziente, curato adeguatamente per un evento acuto, nello stesso ambiente tossico che ha contribuito alla sua patologia cardiovascolare. Chiedere a un paziente *«dove vive e che lavoro fa»* diventerà automatico quanto chiedere *«quante sigarette fuma»*. Un paziente anziano e scompensato che vive all'ultimo piano, sottotetto di un palazzo senza isolamento termico, e senza condizionatore, durante le ondate di calore diventa un paziente a rischio di prevedibile instabilizzazione. A fronte di strategie governative mondiali sulla salute pubblica ancora generiche, le Società Scientifiche hanno iniziato a dedicare una concreta attenzione alle criticità ambientali. L'ESC ha dedicato un link specifico sul suo sito, oltre ad alcuni simposi nell'ultimo Congresso e la concomitante pubblicazione di un Clinical Consensus Steatment sul ruolo dei fattori ambientali e salute cardiovascolare (*EHJ,* agosto 26), che fa seguito allo Statement congiunto dell'ESC-AHA e World Heart Federation (*EHJ*, gennaio 26). Ma anche le ultime Linee Guida sulla Cardio-Riabilitazione hanno formalmente incorporato gli stress ambientali nel counselling e risk management.♥

In copertina

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



L'**Ospedale Santa Maria degli Ungheresi di Polistena** è il principale punto di riferimento sanitario della Piana di Gioia Tauro. Le prime testimonianze storiche legate a una struttura di assistenza a Polistena risalgono al 1537, anno in cui i frati Minori Osservanti gestivano una prima forma di ospedale nei pressi della chiesa dell'Immacolata Concezione.
La struttura ospedaliera vera e propria viene fondata nell'aprile del 1905. Nel 1913, riceve l'intestazione ufficiale come istituzione assistenziale e sanitaria e nel 1947 con i lavori di ammodernamento diviene operativa la prima sala operatoria. Nei primi anni '70 viene costruito in aggiunta un nuovo plesso. Il nuovo ospedale viene inaugurato ufficialmente il 10 novembre 1974, diventando un'opera fondamentale per l'emergenza-urgenza della zona. Nel febbraio 2020 la struttura è stata dotata di una moderna elisuperficie, al fine di ridurre i tempi di trasferimento per i pazienti critici.
Oggi l'ospedale opera come presidio "Spoke" sotto la gestione dell'ASP di Reggio Calabria.♥

Ringraziamo il **Dott. Carmelo Massimiliano Rao** per aver realizzato e messo a disposizione la fotografia con la quale è stata realizzata la copertina di questo numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*.

Numeri precedenti *"Cardiologia negli Ospedali"*
- Ringraziamo la **Dott.ssa Simona Giubilato** per aver realizzato e messo a disposizione la fotografia dell'**Ospedale per l'Emergenza Cannizzaro** (Catania) con la quale è stata realizzata la copertina di *"Cardiologia negli Ospedali"* (N. 270 marzo/aprile 2026).
- Ringraziamo il **Dott. Leonardo De Luca** per aver messo a disposizione la fotografia della **Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo"** (Pavia) con la quale è stata realizzata la copertina di *"Cardiologia negli Ospedali"* (N. 271-272 maggio/giugno - luglio/agosto 2026).

di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto





In questo numero

Questa edizione della rivista viene introdotta dal consueto Editoriale, che invita a riflettere sull'impatto dei fattori ambientali sulla salute cardiovascolare: inquinamento, incendi e ondate di calore sono già attuali fattori di rischio, non scenari futuri. Il cardiologo dovrà considerarli come fattori classici, chiedendo al paziente «dove vive e che lavoro fa». L'articolo cita tra l'altro la presa di posizione della ESC e delle linee guida di cardioriabilitazione. Di interessante lettura è l'articolo sulla Cardioncologia oltre la tossicità (Aschieri, Tedeschi); poiché cancro e malattie cardiovascolari condividono gli stessi fattori di rischio, è fondamentale valutare sia il profilo di rischio intrinseco del paziente sia la potenziale cardiotossicità della terapia oncologica. Il follow-up a lungo termine, anche a 5-10 anni dalle cure, è la fase più trascurata. Serve una rete hub-spoke con formazione diffusa e un «passaporto cardio-oncologico». Di notevole interesse l'intervista della Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco a Furio Colivicchi, di recente nominato nuovo Presidente di HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS. Facciamo i nostri migliori auguri al Professor Colivicchi, la cui nomina è stata accolta con grande entusiasmo: siamo certi che, grazie alla sua naturale propensione all'innovazione, saprà guidare la Fondazione verso nuovi successi. Con l'occasione, desideriamo complimentarci con Domenico Gabrielli, Presidente uscente di HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS, per il costante impegno e le numerose iniziative di rilievo nazionale promosse durante il suo mandato. Sempre al Prof. Furio Colivicchi va il nostro ringraziamento per essere stato uno dei promotori dell'Eurospire VI e nell'intervista vengono sintetizzati in modo eccellente gli obiettivi e i risultati dello studio. Molto interessanti gli aggiornamenti sugli Studi BRING-UP Prevenzione e Scompenso che sono stati presentati con interventi educazionali che hanno migliorato la pratica clinica. Nello scompenso a frazione ridotta i «quattro pilastri» sono passati dal 40,5% al 67,6% dei pazienti. Premiati i centri top recruiter e annunciati nuovi studi (BLITZValve, JUSTONE-CCM, BLITZ-SHOCK). La sezione dedicate alle Aree ANMCO è stracolma di iniziative, la CardioChirurgia evidenzia come l'endocardite infettiva sia in aumento, con mortalità intraospedaliera del 15-25% e a un anno fino al 30-40%. Contano diagnosi precoce con imaging multimodale, chirurgia non rimandata e gestione da parte di un Endocarditis Team multidisciplinare. La CardioGeriatria si sofferma sulla fibrillazione atriale nell'anziano in cui la presentazione è spesso atipica e la gestione complicata da fragilità, cadute e polifarmacoterapia. L'età non controindica l'anticoagulazione, e la strategia va individualizzata (spesso controllo della frequenza). Serve un follow-up più stretto e attento ai caregiver. Il Webinar «Le aree grigie dello scompenso» a cura delle Aree (CardioGeriatria, Cardiologia di Genere e Scompenso Cardiaco) ha suscitato grande interesse. Donne, anziani fragili e pazienti con insufficienza renale o pluricomorbidi sono sottorappresentati nei grandi trial. Il Webinar, che si è svolto il 3 giugno 2026 (circa 80 partecipanti), era volto a definire i percorsi personalizzati per le terapie. L'obiettivo è una medicina di precisione che tenga conto di sesso, fenotipo e fragilità. La Cardiologia di Genere introduce il concetto del sesso e genere nella ricerca, mentre la CardiOncologia riporta il resoconto del Simposio Internazionale al Congresso ANMCO di Rimini, con esperti europei. Ogni intervento ha rielaborato un film di Fellini per parlare di cardioncologia, mescolando scienza, ironia e clinica. L'Area CardioRenale e Metabolica si sofferma sul MASLD e rischio cardiovascolare. La steatosi epatica non è un reperto accessorio ma un marker di disfunzione cardiometabolica. Il cardiologo non deve fare l'epatologo, ma riconoscere il segnale per intervenire prima dell'evento cardiovascolare. Per quanto riguarda l'Area Cronicità Cardiologica, l'attenzione si è concentrata sul monitoraggio remoto. Il modello assistenziale tradizionale, infatti, non consente più di seguire l'intera totalità dei pazienti cronici. Il monitoraggio a distanza si rivela efficace solo se si stabilisce con chiarezza chi monitorare, chi debba gestire gli alert e a chi spetti la decisione clinica. A fare la differenza non è la quantità dei dati raccolti, bensì la qualità del loro utilizzo nei processi decisionali. L'articolo dell'Area Giovani sottolinea l'importanza del caldo estremo in

relazione al rischio cardiovascolare. In Italia il caldo estremo pesa sempre di più, con il più alto numero di decessi in Europa nell'estate 2022 (18.010). Il cardiologo deve considerare temperatura e ambiente tra i fattori destabilizzanti e integrare la prevenzione stagionale nel follow-up. Merita attenzione anche l'articolo della neonata Area Intelligenza Artificiale sul tema del «cardiologo aumentato». L'IA è già una realtà nella nostra pratica quotidiana, ma va considerata come un copilota di supporto, mai come il decisore ultimo. Qualsiasi risultato generato dai sistemi artificiali deve essere verificato con senso critico: la responsabilità clinica non si delega e resta interamente in capo al medico. Infine, l'Area Malattie del Circolo Polmonare sottolinea la centralità delle vaccinazioni nella gestione dell'ipertensione polmonare e dell'embolia. Nei pazienti affetti da queste patologie, infatti, le infezioni respiratorie possono scatenare uno scompenso cardiaco destro. Le vaccinazioni rappresentano quindi una vera e propria terapia preventiva, da inserire sistematicamente nel percorso di follow-up in stretta collaborazione con il medico di medicina generale. Nella sezione riservata alle Regioni ANMCO, la Basilicata presenta il corso di alta formazione CardioLex (Matera, 3-4 luglio 2026), incentrato sul legame tra evidenza scientifica, appropriatezza e responsabilità professionale. Il dibattito avviato durante l'incontro proseguirà successivamente online, con webinar di approfondimento dedicati alle «zone grigie» decisionali. La Sezione Regionale Piemonte e Valle d'Aosta accende i riflettori sulla gestione del paziente obeso ad alto rischio cardiovascolare. Un'analisi condotta sui pazienti sottoposti ad angioplastica presso l'Ospedale Mauriziano di Torino ha rivelato che l'11,9% del campione (pari a 288 soggetti) presentava un quadro di obesità. Lo studio ha inoltre evidenziato come le terapie ipolipemizzanti fossero ancora poco intensive: basti pensare che solo due pazienti risultavano in trattamento con i PCSK9 inibitori. Proprio per colmare questo divario assistenziale, è stato attivato un apposito PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). Il protocollo guida i pazienti verso un percorso mirato di calo ponderale, sviluppato in condivisione con l'équipe di Nutrizione Clinica. La Sezione Regionale Veneto affronta il delicato tema dell'infarto miocardico nell'atleta Master. Per chi si identifica profondamente con lo sport, l'evento acuto rappresenta una vera e propria «frattura psicologica», a cui si aggiunge il pesante impatto emotivo legato al giudizio di non idoneità agonistica. In questo scenario, diventa fondamentale offrire un counseling attento e strutturare un percorso integrato di cardiologia clinica e riabilitativa, capace di supportare l'atleta e trasformare l'evento critico in una nuova opportunità di salute e benessere. La sessione dedicata ai Forum si conferma, come sempre, ricca di spunti stimolanti. In questo numero, il Professor Ciro Indolfi propone importanti riflessioni sull'intelligenza artificiale, paragonandone l'impatto storico a quello dello stetoscopio e dell'ecocardiografia. L'IA è in grado di azzerare le distanze tra i professionisti, trasferendo le competenze tipiche di un grande centro di eccellenza anche nei piccoli ospedali o nelle zone più isolate. L'obiettivo non è sostituire il cardiologo, ma affiancarlo offrendogli in tempo reale tutto il bagaglio di conoscenze scientifiche disponibili. Patrizio Sarto come sempre propone delle attente riflessioni sulla cardiologia e lo sport: «Se l'esercizio è un farmaco, qual è la dose giusta?». Partendo da un libro di Erri De Luca sulla morte di un amico alpinista, l'autore riflette su morte improvvisa e prevenzione. Non basta dire di muoversi di più: l'esercizio va prescritto come un farmaco, alla persona giusta e nella dose giusta, con attenzione all'intensità, soprattutto nel cardiopatico. AmyNews curata dalla Professoressa Cristina Chimenti introduce le novità dell'amiloidosi da transtiretina all'ESC 2026. HELIOS-B conferma il beneficio di vutrisiran su mortalità, eventi e capacità funzionale. CARDIO-TTRansform, invece, non ha raggiunto l'endpoint primario con eplontersen (1.432 pazienti). Spazio anche a IA e imaging PET per la diagnosi precoce e alle nuove linee guida ESC sullo scompenso. Siamo, infine, davvero onorati di ospitare su "*Cardiologia negli Ospedali*" l'articolo "*Notes From the Far End of the Stethoscope*", apparso su JAMA Cardiology, appositamente rivisto in esclusiva per noi per mano della stessa autrice, Archana Maniar. A lei va il nostro sentito ringraziamento per aver voluto condividere la sua esperienza clinica anche con la comunità dei cardiologi italiani.♥



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 Cardiotoracovascolare
"A. De Gasperis"
Piazza Ospedale Maggiore 3
20162 Milano
Tel. 02.64442565, Fax 02.66101716
fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it

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





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

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





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

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





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

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





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

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





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

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



di Daniela Aschieri e Andrea Tedeschi





Cardio-oncologia oltre la tossicità: gestire il rischio cardiovascolare del paziente oncologico

Dalla stratificazione del rischio al follow-up: il percorso cardio-oncologico

La cardio-oncologia nasce e si è affermata negli ultimi vent'anni come disciplina dedicata alla prevenzione, diagnosi e trattamento della cardiotossicità indotta dalle terapie antitumorali. È tuttavia riduttivo, oggi, continuare a leggerla soltanto attraverso questa lente. Cancro e malattia cardiovascolare non sono due condizioni che si incontrano per caso lungo il percorso del paziente: condividono in larga parte gli stessi fattori di rischio – età, ipertensione, diabete, obesità, fumo, sedentarietà – e la stessa base fisiopatologica infiammatoria. Il paziente oncologico è, prima ancora di iniziare qualsiasi terapia, spesso già un paziente a rischio cardiovascolare, e l'aumento della sopravvivenza dopo diagnosi di tumore ha reso le malattie cardiovascolari una delle principali cause di morte nei lungo-sopravviventi oncologici, al pari della recidiva di malattia. La cardio-oncologia moderna deve quindi occuparsi tanto della tossicità cardiaca dei trattamenti quanto della gestione del rischio cardiovascolare di base del paziente, in un continuum che accompagna la persona dalla diagnosi di tumore fino a molti anni dopo la fine delle cure.

Stratificare il rischio di cardiotossicità

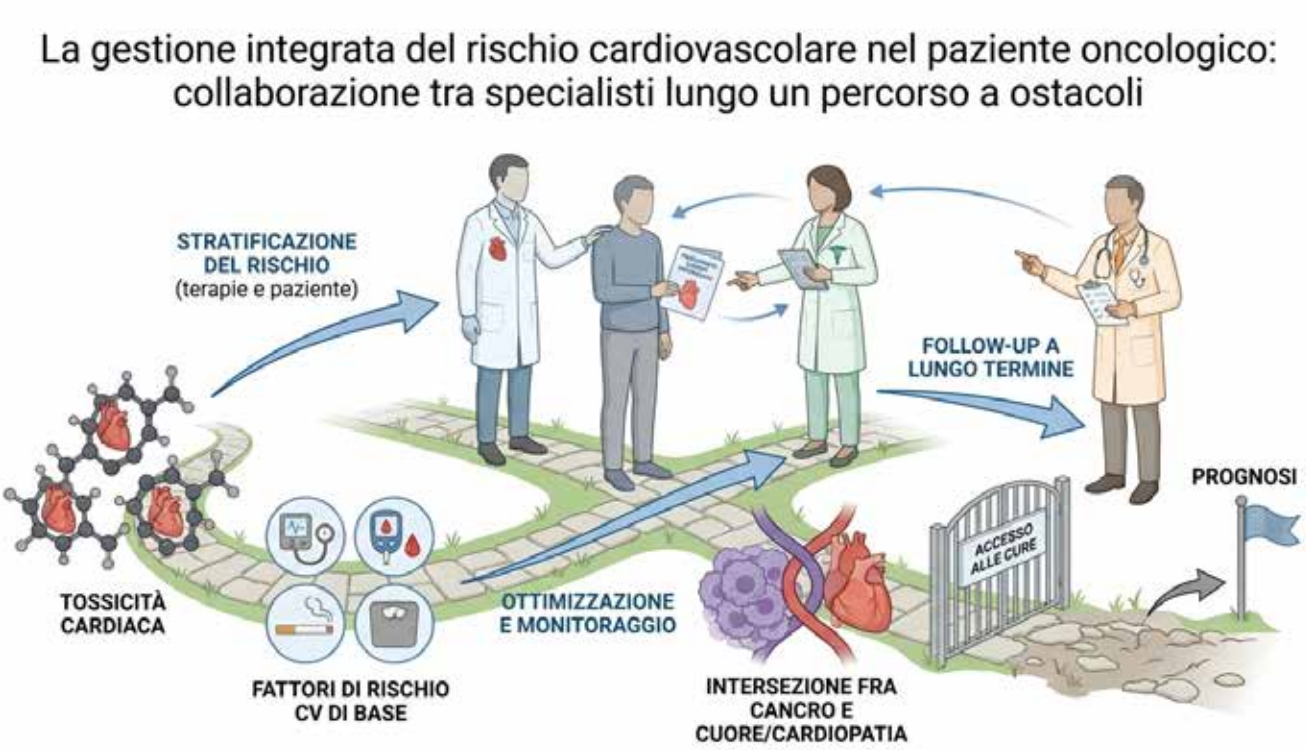
Il primo snodo del percorso resta l'identificazione del rischio legato al trattamento oncologico proposto. Antracicline, terapie anti-HER2, inibitori delle tirosin-chinasi, agenti anti-angiogenetici, inibitori del checkpoint immunitario e radioterapia toracica hanno profili di cardiotossicità molto diversi tra loro per meccanismo, tempistica di comparsa e reversibilità: si va dal danno strutturale, spesso permanente, delle antracicline, alla disfunzione prevalentemente funzionale e in parte reversibile associata al trastuzumab, fino agli effetti più eterogenei – ipertensione, ischemia, aritmie, allungamento del QT, tromboembolismo – degli agenti a bersaglio molecolare. Conoscere questi profili, farmaco per farmaco, è indispensabile per calibrare correttamente il timing e il tipo di monitoraggio cardiologico da proporre, che non può essere uguale per tutti i pazienti né per tutte le terapie.

Stratificare il rischio cardiovascolare del paziente e intervenire in modo mirato

Accanto al rischio legato al farmaco, va sempre valutato il rischio cardiovascolare individuale del paziente: cardiopatia nota, fattori di rischio non controllati, precedenti eventi cardiovascolari. È l'incrocio di queste due valutazioni – rischio da terapia e rischio da paziente – a definire il percorso più appropriato, così come indicato dal Documento di Consenso ANMCO/AICO/AIOM del 2017. Nei pazienti a basso rischio la terapia oncologica procede con un monitoraggio programmato; nei pazienti a rischio più elevato diventa necessaria una rivalutazione collegiale tra oncologo e cardiologo, l'ottimizzazione della terapia cardiologica, l'eventuale cardioprotezione farmacologica e, nei casi più critici, la ricerca di un'alternativa terapeutica meno cardiotossica. Non si tratta quindi di rallentare o limitare l'accesso alle cure oncologiche, ma di renderle più sicure, permettendo a ciascun paziente di ricevere il miglior trattamento antitumorale possibile con il minor rischio cardiovascolare associato.

Il follow-up a lungo termine: la fase più trascurata

Un aspetto ancora poco strutturato nella pratica clinica è il follow-up cardiologico a distanza. Gli effetti cardiotossici di molte terapie oncologiche possono comparire anche a distanza di anni dal termine del trattamento, ben oltre la presa in carico oncologica attiva. Nei pazienti trattati con antracicline o con radioterapia toracica ad alte dosi, ad esempio, le linee guida raccomandano controlli ecocardiografici e, se indicato, test da sforzo anche a cinque e dieci anni dalla fine delle terapie. È una fase del percorso che rischia di "perdere" il paziente proprio



quando la sorveglianza oncologica si allenta, e che richiede un passaggio di consegne strutturato tra centro specialistico, cardiologo del territorio e medico di medicina generale, con strumenti di comunicazione condivisi – un vero e proprio "passaporto cardio-oncologico" del paziente – capaci di accompagnare l'informazione clinica nel tempo e tra i diversi livelli assistenziali.

Percorsi non uniformi, ma una comunità da formare

L'esperienza di diversi centri italiani di eccellenza mostra con chiarezza che un modello organizzativo unico, valido per ogni realtà, è difficilmente realizzabile: dimensione dell'ospedale, volumi di pazienti oncologici, disponibilità di personale dedicato e livello di informatizzazione condizionano inevitabilmente il percorso locale, che resta spesso costruito su rapporti personali tra specialisti più che su protocolli formalizzati. Questa eterogeneità, tuttavia, non deve tradursi in disuguaglianza di accesso alle cure. Solo una minoranza dei pazienti oncologici viene oggi seguita in ambulatori di cardio-oncologia dedicati; la grande maggioranza continua, e continuerà, a essere valutata da cardiologi generalisti e da medici di medicina generale, spesso non specificamente formati sui profili di cardiotossicità dei farmaci oncologici più recenti. Per questo motivo l'obiettivo prioritario della comunità cardiologica non può limitarsi alla creazione di centri di riferimento, per quanto necessari per la gestione dei casi complessi, ma deve investire nella formazione diffusa: percorsi didattici rivolti a tutti i cardiologi ospedalieri e territoriali e ai medici di medicina generale, strumenti pratici di consultazione rapida sui farmaci e sui relativi profili di rischio, e una rete che colleghi i centri hub, con competenze di secondo e terzo livello, agli spoke territoriali, cui competono la valutazione di base, il monitoraggio e la sorveglianza a lungo termine. Solo estendendo la cultura cardio-oncologica all'intera comunità professionale sarà possibile garantire a ogni paziente, indipendentemente dal centro in cui viene curato, una gestione realmente integrata del rischio cardiovascolare lungo tutto il percorso di malattia.♥



Insufficienza tricuspidalica severa Le risposte alle nostre domande arrivano dal TRIC-I-HF presentato all'ESC 2026

I risultati del trial TRIC-I-HF aprono una nuova prospettiva nel trattamento dell'insufficienza tricuspidalica

T-TEER: quali evidenze prima di TRIC-I-HF?
Negli ultimi anni la riparazione transcatetere edge-to-edge della tricuspide (T-TEER) si è progressivamente affermata come opzione terapeutica nei pazienti con insufficienza tricuspidalica (IT) severa sintomatica e rischio chirurgico elevato. Registri e studi randomizzati hanno dimostrato in modo consistente che la procedura riduce il rigurgito e migliora sintomi, capacità funzionale e qualità di vita. Rimaneva però una domanda fondamentale per il cardiologo clinico: correggere l'IT può anche ridurre le ospedalizzazioni per scompenso e modificare la storia clinica della malattia?
I precedenti trial randomizzati, TRILUMINATE Pivotal e Tri.Fr, avevano documentato soprattutto un beneficio clinico e sulla qualità di vita, senza una chiara riduzione a un anno di mortalità o ricoveri per scompenso. Al follow-up di due anni, TRILUMINATE aveva mostrato una riduzione delle ospedalizzazioni ricorrenti, ma non della mortalità. In questo scenario si inserisce TRIC-I-HF, pubblicato su NEJM e prestato al congresso ESC 2026 a Monaco.
Che cosa ha mostrato TRIC-I-HF?
TRIC-I-HF è uno studio randomizzato indipendente condotto in 29 centri tedeschi, che ha incluso 360 pazienti con IT severa sintomatica e rischio elevato di eventi di scompenso.
I pazienti sono stati assegnati, con rapporto 2:1, a trattamento transcatetere associato alla terapia medica oppure alla sola terapia medica.
I risultati sono clinicamente rilevanti. Il primo endpoint, che valutava un end point composito di mortalità, ospedalizzazioni per scompenso e qualità di vita a un anno, è risultato significativamente favorevole alla strategia interventistica (win ratio 2,42). Nel follow-up fino a tre anni, la T-TEER ha inoltre determinato una riduzione del 60% del rischio di morte o ospedalizzazione per scompenso cardiaco rispetto alla sola terapia medica (HR 0,40); la libertà da questi eventi a tre anni è stata stimata al 52,4% nel gruppo interventistico rispetto al 21,0% nel gruppo in terapia medica. Il beneficio è stato sostenuto soprattutto dalla riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso, pari al 65% (HR 0,35). Anche per la mortalità è stato osservato un segnale favorevole (HR 0,62), che deve tuttavia essere interpretato con cautela trattandosi di un endpoint secondario e con un follow-up non ancora maturo per l'intera popolazione.
Perché questi risultati sono diversi dai trial precedenti?
Un elemento centrale è probabilmente la selezione dei pazienti. TRIC-I-HF ha arruolato una popolazione più compromessa e con un rischio concreto di nuovi eventi: il 55% era stato ricoverato per scompenso nell'anno precedente e il 75% era in classe NYHA III-IV. Per entrare nello studio era richiesta una precedente riacutizzazione oppure la presenza di una sindrome cardiorenale o cardioepatica.
Il trial sembra quindi aver intercettato una fase particolarmente critica della malattia: pazienti abbastanza avanzati da avere un elevato rischio di ricovero, ma non ancora in una fase irreversibile. È un messaggio clinico importante. La sola gravità dell'IT non basta probabilmente a decidere quando intervenire: occorre considerare insieme sintomi, storia di scompenso, funzione del ventricolo destro, pressione polmonare e coinvolgimento d'organo.
I dati dello studio suggeriscono inoltre che attendere una fase troppo avanzata possa ridurre il beneficio della correzione valvolare. Diventa quindi sempre più importante

una valutazione precoce e multidisciplinare nei centri dedicati, prima che il danno del cuore destro e la congestione sistemica diventino difficilmente reversibili.

Che cosa cambia nella pratica clinica?

Il TRIC-I-HF non ci dice ovviamente che tutti i pazienti con IT severa debbano essere sottoposti a T-TEER. La popolazione era selezionata con attenzione, anche attraverso una valutazione emodinamica invasiva, e le procedure sono state eseguite in centri tedeschi ad alto volume e con grande esperienza.

I risultati non possono quindi essere automaticamente estesi a tutti i pazienti o a tutti i contesti assistenziali.

Il dato più solido è la riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso. Per il cardiologo ospedaliero questo è particolarmente rilevante, perché l'IT severa si associa spesso a ricoveri ripetuti, necessità di elevate dosi di diuretici, peggioramento della funzione renale e progressiva perdita di autonomia. La T-TEER può quindi inserirsi in una strategia più ampia finalizzata non soltanto a migliorare i sintomi, ma anche a ridurre le riacutizzazioni.

Un altro messaggio pratico riguarda la terapia medica. Anche dopo una correzione efficace dell'IT, nello studio la terapia diuretica è stata ampiamente mantenuta. La procedura va considerata come una componente di un percorso integrato, che richiede follow-up e rivalutazione della terapia nel tempo.

Il TRIC-I-HF rappresenta un passaggio importante perché : per la prima volta un trial randomizzato sulla correzione transcatetere dell'IT mostra un beneficio che va oltre sintomi e qualità di vita, con una marcata riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso e un segnale favorevole sugli eventi clinici complessivi.

Alla domanda se la T-TEER sia efficace, la risposta oggi appare essere: Si.

Abbiamo cercato di rispondere alle altre consequenziali domande.

La sfida sarà oltre che clinica anche organizzativa. Identificare la finestra terapeutica nella quale una correzione efficace dell'IT possa tradursi nel massimo beneficio clinico e prognostico, evitando un intervento troppo precoce o tardivo. Definire specifici protocolli locali di Heart-Team per pianificare al meglio le indicazioni e la fattibilità della procedura.♥

Bibliografia

Hausleiter J, Stocker TJ, Geisler T, et al. Tricuspid-Valve Intervention in Heart Failure. N Engl J Med. Published online August 30, 2026. doi:10.1056/NEJMoa2606934

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Tricuspid-Valve Intervention in Heart Failure

Jörg Hausleiter, M.D.,[1,2] Thomas J. Stocker, M.D.,[1,2] Tobias Geisler, M.D.,[3] Philipp Lurz, M.D., Ph.D.,[4,5] Wolfgang Rottbauer, M.D.,[6] Edith Lubos, M.D.,[7] Niklas Schofer, M.D.,[8-10] Christian Frerker, M.D.,[10-12] Johanne Frank, M.D.,[10,13] Holger Thiele, M.D.,[10,14] Rico Osteresch, M.D.,[15] Volker Rudolph, M.D.,[16] Alexander Lauten, M.D.,[17] Erion Xhepa, M.D.,[2,18] Jürgen Rothe, M.D.,[19,20] Tienush Rassaf, M.D.,[21] Stephan Baldus, M.D.,[22] Georg Nickenig, M.D.,[23] David M. Leistner, M.D.,[5,24] Eike Tigges, M.D.,[25] Victoria Kehl, Ph.D.,[26,27] Mirjam Kessler, M.D.,[6] Tobias Kister, M.D.,[14] Tobias Ruf, M.D.,[4,5] Muhammed Gerçek, M.D.,[16] Meinrad Gawaz, M.D.,[3] Derk Frank, M.D.,[10,13] Ingo Eitel, M.D.,[10-12] Ralph Stephan von Bardeleben, M.D.,[4,5] Daniel Kalbacher, M.D.,[8,10] Osama Soliman, M.D., Ph.D.,[28-30] Michael Näbauer, M.D.,[1] and Steffen Massberg, M.D.,[1,2] for the TRIC-I-HF-DZHK24 Investigators*



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

Da HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS
di Stefania Angela Di Fusco



Dall'ESC 2026 i risultati dello studio EUROASPIRE VI: 30 anni di prevenzione cardiovascolare in Europa

Intervista al Prof. Furio Colivicchi, leader nazionale dello studio EUROASPIRE



A Monaco durante il congresso ESC 2026, in occasione della presentazione dei risultati della VI edizione dello studio EUROASPIRE, abbiamo intervistato il Prof. Furio Colivicchi, Presidente della HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS, che ha tra le sue mission proprio la ricerca clinica, leader dello studio per i centri italiani e coautore della pubblicazione sull'European Heart Journal[1].

La prima survey EUROASPIRE risale a circa 30 anni fa, come è nato questo progetto, quali erano gli obiettivi?

Fin dalla pubblicazione delle prime linee guida pratiche della Società Europea di Cardiologia (ESC) sulla prevenzione cardiovascolare è emersa subito la necessità di andare a sondare nel mondo reale come le linee guida vengono implementate nella pratica clinica. Con questo obiettivo nel biennio 1995-1996 è stata fatta la prima survey EUROASPIRE. Nella sua prima edizione sono stati coinvolti 9 paesi europei per un totale di 4863. Gli obiettivi principali erano: (i) determinare se i principali fattori di rischio per la cardiopatia coronarica sono riportati nella documentazione clinica dei pazienti; (ii) misurare i fattori di rischio modificabili e descriverne la gestione dopo il ricovero; e (iii) stabilire se i familiari di primo grado erano stati sottoposti a screening.

Dopo la prima survey sono state condotte altre EUROASPIRE surveys. Prima di arrivare a parlare della VI edizione i cui risultati sono stati recentemente pubblicati, ci dà qualche cenno della storia di questo programma di ricerca?

Alla luce delle informazioni importanti raccolte con la prima edizione dello studio EUROASPIRE, l'ESC nel corso degli ultimi 30 anni ha promosso e condotto altre cinque surveys con gli stessi obiettivi principali. Nel biennio 1999–2000 è stata condotta una survey che ha incluso centri provenienti da 15 nazioni, inclusa l'Italia, per un totale di 5556 pazienti arruolati. La terza edizione

dello studio, condotta nel biennio 2006–2007 ha incluso 22 paesi sempre con l'obiettivo di valutare la gestione di pazienti dopo un ricovero per evento coronarico. Anche in questa edizione tra i paesi coinvolti c'era l'Italia. L'EUROASPIRE IV che ha visto la partecipazione di 24 paesi europei, in questo caso l'talia non era inclusa, si è svolto tra il 2014 e il 2015, ha valutato 7998 pazienti e si è caratterizzato per una particolare attenzione alla valutazione del diabete e del controllo glicemico. La quinta edizione dell'EUROASPIRE, condotta nel biennio 2016-2017, ha incluso 27 paesi, tra cui anche l'Italia, con un totale di 8261 pazienti valutati. Sebbene tutti questi studi abbiano riportato un impiego crescente nel tempo delle terapie per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche raccomandate dalle linee guida, rimane ampio il divario tra i target terapeutici ottimali e quanto ottenuto nella pratica clinica, con un'elevata prevalenza degli stili di vita non sani. tra il 2024 e i primi mesi del 2026, sono quelli raccomandati dalle linee guida sulla prevenzione del 2021. Condotto in 27 paesi, inclusa l'Italia, lo studio ha mostrato un persistente subottimale controllo del C-LDL con l'83% dei pazienti non a target.



Nel corso del congresso ESC 2026 sono stati presentati i risultati dell'EUROASPIRE VI e contemporaneamente pubblicati sull'European Heart Journal, a che punto è la gestione dei fattori di rischio nei pazienti con precedente evento coronarico?

Lo studio EUROASPIRE VI appena pubblicato fornisce informazioni importanti sulla gestione dei fattori di rischio tradizionali. Ricordiamo che i target di riferimento per questa ultima edizione dello studio, condotto

Per quanto riguarda la pressione arteriosa il 60% ha valori > 130/80 mmHg. Per quanto riguarda il diabete, questo ha una prevalenza pari al 33% con oltre il 42 % dei pazienti con HbA1c non a target. La malattia renale cronica e l'obesità hanno una prevalenza, rispettivamente, pari al 31% e 32%. Il dato più preoccupante è rappresentato dal fatto che il controllo dei fattori di rischio è peggiore in quei paesi che hanno una mortalità cardiovascolare maggiore. Questa osservazione deve portare a interventi

terapeutici più stringenti in maniera particolare proprio in questi paesi.

Per quanto riguarda l'uso delle terapie raccomandate, come sono gestiti i pazienti in prevenzione secondaria?

Lo studio EUROASPIRE VI, globalmente, mostra un ampio utilizzo delle terapie raccomandate con il 96% dei pazienti trattati con almeno un antiaggregante o anticoagulante, il 77% con un betabloccante, il 75% con un antagonista del sistema renina-angiotensina, e il 93% con un farmaco ipolipemizzante. Percentuali così elevate sembrano essere discordanti con lo scarso raggiungimento dei target terapeutici. In effetti sono espressione del fatto che c'è ampio margine di miglioramento nell'utilizzo dei suddetti trattamenti, ad esempio, con un maggiore utilizzo delle terapie di combinazione che, ricordiamo, sono raccomandate come interventi di prima linea anche dalle linee guida.

Volendo confrontare questi risultati con le precedenti survey, come è cambiata la prevalenza dei fattori di rischio rispetto alla prima edizione di EUROASPIRE?

Se per quanto riguarda il fumo abbiamo una riduzione della percentuale di pazienti fumatori dal 34% riportato 30 anni fa al 19% riportato nella survey più recente, per gli altri fattori di rischio le variazioni sono in senso peggiorativo. La prevalenza del diabete è passata dal 22% al 33%, quella dell'obesità dal 18% al 32%.

Per quanto riguarda l'Italia, quali sono le caratteristiche deli pazienti inclusi nello studio?

Hanno partecipato allo studio tre centri italiani con alto volume di attività in ambito di prevenzione secondaria A rappresentare il sud Italia è stato l'Ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta), per il centro c'è l'Ospedale San Filippo Neri di Roma e in rappresentanza del nord Italia l'ASUGI di Trieste. Il 21% dei pazienti italiani inclusi nello studio sono donne, l'età media è di 67 anni, il 17% è fumatore e il 18% obeso.
In merito all'implementazione dei target raccomandati delle linee guida, l'Italia si trova in una buona posizione della graduatoria che include i 27 stati partecipanti. Nel dettaglio, in Italia le raccomandazioni vengono implementate in maniera ottimale nel 24% dei casi e l'Italia è al quarto posto della graduatoria dopo Germania (29%), Svezia (27%) e Francia (27%).
Per quanto riguarda la partecipazione ai programmi di riabilitazione, i dati provenienti dai pazienti gestiti in Italia sono meno rosei, con il 53% dei pazienti che ha partecipato ad un programma di riabilitazione dopo l'evento acuto, l'Italia è in tredicesima posizione della graduatoria dei 27 paesi.

Quale messaggio vuole dare in conclusione di questa intervista?

In primis ci tengo a ringraziare i ricercatori che nei tre centri italiani hanno contribuito in maniera fattiva alla raccolta dei dati. Ricordiamo che non in tutte le precedenti edizioni del programma EUROASPIRE l'Italia è stata presente e che la partecipazione a questo studio multicentrico internazionale è supportata anche dalle attività e competenze del Centro Studi della HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS. Per il prossimo futuro non appena saranno disponibili ulteriori dati relativi allo studio EUROASPIRE sarà intereessante un confronto con i dati italiani raccolti con lo studio osservazionale BRING-UP Prevenzione[2,3]. Il nostro obiettivo sarà quello di diffondere e fare conoscere le evidenze provenienti dal mondo reale perché, usando le parole di Lord Kelvin, professore di filosofia naturale a Glasgow, "misurare è conoscere. Se tu non puoi misurare non puoi migliorare".♥

Bibliografia

1. Wood DA, et al; EUROASPIRE VI country Investigators. ESC Guidelines on prevention and rehabilitation in coronary heart disease and current practice: the EUROASPIRE VI survey. Eur Heart J. 2026 Aug 29:ehag741. doi: 10.1093/eurheartj/ehag741
2. Colivicchi F, et al; BRING-UP Prevention. Sustainable and effective lipid-lowering management: prevention strategies from the BRING-UP prevention study. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2026 Jun 23;12(4):632-643. doi: 10.1093/ehjqcco/qcag021.
3. Colivicchi F, et al; on the behalf of BRING-UP Prevention. LDL-cholesterol levels and lipid lowering therapy in secondary prevention. Baseline data from the BRING-UP prospective registry. Int J Cardiol. 2025 Aug 15;433:133290. doi: 10.1016/j.ijcard.2025.133290.
Colivicchi F, et al; a nome dei Ricercatori dello Studio BRING-UP Prevenzione. Studio BRING-UP Prevenzione: un modello di partecipazione nazionale volto al miglioramento delle strategie di prevenzione secondaria [The BRING-UP Prevention study: a national participation model for the improvement of secondary prevention strategies]. G Ital Cardiol (Rome). 2025 Jul;26(7):457-463. Italian. doi: 10.1714/4522.45218

di Stefania Angela Di Fusco, Emilia D'Elia, Francesca Mantovan, Francesco Antonio Veneziano, Agostino Buonauro, Pietro Scicchitano, Furio Colivicchi

Presente e prossimo futuro della ricerca clinica in cardiologia: tre giornate di confronto tra PIs, steering committees e ricercatori

Confronto con i ricercatori su risultati e prospettive della ricerca italiana

Nel mese di settembre la vivace attività di ricerca della HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS ha portato a Bologna centinaia di ricercatori provenienti da tutta Italia per tre giornate di aggiornamento sui principali risultati degli studi clinici BRING-UP recentemente conclusi dopo un percorso della durata di circa 4 anni. Si tratta di studi di ***implementation science*** il cui obiettivo è quello di favorire il trasferimento delle raccomandazioni delle linee guida nella pratica clinica. In aggiunta gli incontri sono stati occasione per dare uno sguardo ad altri progetti attualmente in corso o in via di sviluppo promossi ed implementati con il coordinamento del Centro Sudi. Una giornata è stata dedicata alla ricerca clinica nel contesto della prevenzione cardiovascolare, una delle principali priorità della cardiologia clinica. Il Prof. Furio Colivicchi, Presidente della HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS e PI dello studio, con la presentazione dei risultati dello studio BRING-UP Prevenzione ha offerto una fotografia concreta dello stato dell'arte nel nostro Paese. Lo studio ha previsto interventi educazionali con un totale di 10 investigator meetings residenziali, un webinar ed un investigator meeting conclusivo. Nelle due fasi dello studio sono stati arruolati quasi nove mila paziente, risultato possibile solo grazie a una partecipazione straordinaria della cardiologia italiana. Un tasso di pazienti seguiti fino al follow-up finale pari al 98% è di per sè espressione di una ricerca di elevata qualità. L'incontro è stato occasione per mettere in evidenza criticità e possibili aree di miglioramento nell'implementazione della prevenzione secondaria. In aggiunta, insieme al Direttore del Centro Studi, Aldo Maggioni, il Prof Colivicchi ha premiato i centri top recruiter, ovvero i centri che hanno incluso più di 90 pazienti. La classifica è guidata dalla Cardiologia dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma con 226 pazienti inclusi nello studio, seguita dalla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con 162 e dall'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti con 148; premiati anche i centri di Reggio Emilia, Avellino, Ancona, Caserta e il Policlinico Casilino di Roma.

Dal presente si è passati al prossimo futuro della ricerca clinica promossa dalla HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS, attraverso programmi come EARLY e PERSUADE, orientati a comprendere meglio i bisogni ancora insoddisfatti e a favorire modelli di cura più efficaci. In aggiunta nel corso dell'incontro sono stati presentate le proposte di progetti di ricerca della Next Generation ANMCO. Il Centro Studi della Fondazione, infatti, ogni anno organizza workshop formativi sui fondamenti della ricerca clinica a conclusione dei quali i partecipanti sono invitati a formulare progetti di ricerca clinica. E' stato illustrato un progetto sul possibile ruolo dell'"infermiere lipidologo" nel migliorare l'aderenza terapeutica dopo sindrome coronarica acuta e una proposta di trial nei pazienti candidati ad ablazione della fibrillazione atriale, per valutare se un controllo intensivo dei fattori di rischio modificabili – tra cui obesità, fumo e OSAS – nel periodo di attesa possa migliorare gli outcome aritmici. L'attenzione è stata poi rivolta ad aree della prevenzione cardiovascolare in rapida evoluzione come la terapia ipolipemizzante con PCSK9 inibitori, la sindrome cardio-nefro-metabolica, l'obesità, e le strategie per la gestione del rischio correlato alla lipoproteina (a).

Un'altra giornata di lavori è stata dedicata allo scompenso cardiaco con una lettura critica dell'evoluzione della gestione dello scompenso cardiaco. Sono state discusse le evidenze a supporto delle nuove linee guida ESC 2026, quelle relative

BRING•UP PREVENZIONE

Top recruiter *(entrambe le Fasi ≥ 90 pz)*

1. [**226 pz**] PO San Filippo Neri ASL Roma 1 Cardiologia Clinica E Riabilitativa - ***Roma***
2. [**162 pz**] Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico UOC Malattie Cardiovascolari - ***Milano***
3. [**148 pz**] Ospedale Miulli UOC Cardiologia UTIC - ***Acquaviva delle Fonti***
4. [**126 pz**] PO Santa Maria Nuova AUSL RE IRCCS SOC Cardiologia Ospedaliera - ***Reggio Emilia***
5. [**125 pz**] AORN San Giuseppe Moscati UO Cardiologia/UTIC 'D. Rotiroti' - ***Avellino***
6. [**116 pz**] AOU delle Marche Cardiologia Ospedaliera e UTIC - ***Ancona***
7. [**111 pz**] Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano U.O. Cardiologia d'Emergenza con UTIC - ***Caserta***
8. [**90 pz**] Policlinico Casilino UOC Cardiologia - ***Roma***

BRING•UP3 SCOMPENSO

Top recruiter *(nelle due Fasi ≥ 90 pz)*

1. [**299 pz**] Ospedale San Camillo UOC Cardiologia – ***Roma***
2. [**227 pz**] Ospedale Santa Chiara Divisione di Cardiologia – ***Trento***
3. [**188 pz**] ASST Ospedale Metropolitano Niguarda Cardiologia 2 - Insufficienza Cardiaca e Trapianto - ***Milano***
4. [**133 pz**] ASST Papa Giovanni XXIII SC Cardiologia 1 - ***Bergamo***
5. [**125 pz**] Ospedale Santo Spirito UOC Cardiologia - ***Roma***
6. [**123 pz**] AOU Città della Salute e della Scienza SC Cardiologia U - ***Torino***
7. [**119 pz**] Ospedale Infermi UO Cardiologia - ***Rimini***
8. [**118 pz**] AOU delle Marche Cardiologia Ospedaliera e UTIC - ***Ancona***
9. [**108 pz**] PO Santa Maria Nuova AUSL RE IRCCS SOC Cardiologia Ospedaliera - ***Reggio Emilia***
10. [**107 pz**] ARNAS PO Civico e Benfratelli UOC UTIC - ***Palermo***
11. [**97 pz**] Ospedale Sant'Andrea di Roma UOC Cardiologia - ***Roma***
12. [**91 pz**] Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico UOC Malattie Cardiovascolari - ***Milano***
13. [**90 pz**] Azienda Ospedaliera Cannizzaro UOC Cardiologia - ***Catania***

1° posto - PO San Filippo Neri ASL Roma 1 Cardiologia Clinica e Riabilitativa – *Roma*

Direttore Prof. Furio Colivicchi

Arruolati 226 pazienti nelle due fasi

Furio Colivicchi (PI)
Stefania Angela Di Fusco
Alessandro Alonzo
Alessandro Aiello
Antonella Spinelli



1° posto - Ospedale San Camillo UOC Cardiologia – Roma
Direttore Prof. Domenico Gabrielli

Arruolati 299 pazienti nelle due fasi

Giovanni Pulignano (PI)
Maria Denitza Tinti
Stefano Tolone
Noemi Bruno



2° posto - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico UOC Malattie Cardiovascolari – *Milano*

Direttore: Prof. Stefano Carugo

Arruolati 162 pazienti nelle due fasi

Stefano Carugo (PI)
Lucia Barbieri
Luca Mircoli
Giulia Ferrante
Luigi Gianturco
Cecilia Gobbi
Ferdinando Loiacono
Gabriele D. Tumminello
Luigi Giugno
Chiara Boni
Valeria Borrelli



2° posto - Ospedale Santa Chiara Divisione di Cardiologia - Trento
Direttore Dott. Roberto Bonmassari

Arruolati 227 pazienti nelle due fasi

Michele Moretti (PI)
Filippo Zilio
Fabiola Morat
Eleonora Bonvicini
Roberta Licordari
Sara Demattè
Monica Furlan



3° posto - Ospedale Miulli UOC Cardiologia UTIC Acquaviva delle Fonti

Direttore Dott. Massimo Grimaldi

Arruolati 148 pazienti nelle due fasi

Nicola Vitulano (PI)
Davide Ciliberti
Massimo Giannico
Pietro Tigri
Anna De Luca



3° posto - ASST Ospedale Metropolitano Niguarda Cardiologia 2 Insufficienza Cardiaca e Trapianto – Milano
Direttore Dott. Andrea Garascia

Arruolati 188 pazienti nelle due fasi

Andrea Garascia (PI)
Piero Gentile
Enrico Perna
Carla D'Andrea



alla pratica clinica e avanzate nuove prospettive di ricerca.
La revisione della letteratura piu' recente ha confermato il rapido ampliamento delle opzioni terapeutiche lungo tutto lo spettro della frazione di eiezione, con un'attenzione crescente alla dimensione cardiorenale e metabolica. Accanto ai noti quattro pilastri dell'HFrEF, emergono nuove evidenze sull'impiego di finerenone nell'HFpEF, sul trattamento dell'obesità con i GLP-1 agosnisti e sulle terapie per le cardiomiopatie, tra cui ipertrofica ostruttiva.
Il tema centrale resta tuttavia l'applicazione delle evidenze nella pratica quotidiana. A tal riguardo il Prof. Fabrizio Oliva, PI dello studio BRING-UP3 Scompenso, ha presentato i risultati principali dello studio osservazionale multicentrico che ha coinvolto 179 centri distribuiti su tutto il territorio nazionale. Dai risultati dello studio emerge che nei pazienti con HFrEF la prescrizione dei quattro pilastri è stata implementata nel 40.5% dei pazienti nella prima fase e nel 67.6% nella seconda, a conferma del fatto che un programma con interventi educazionali può modificare concretamente i comportamenti prescrittivi. Anche per lo studio BRING-UP3 Scompenso, con il Direttore del Centro Studi e co-chair, Aldo Maggioni, sono stati premiati i centri top recruiter per lo studio, in testa la Cardiologia dell'Ospedale San Camillo di Roma.
L'incontro è stato anche occasione per la presentazione del BLITZ-Valve, studio in via di sviluppo che descriverà il percorso dei pazienti con valvulopatia significativa nella cardiologia italiana reale.
Lo studio JUSTONE-CCM valuterà una strategia di modulazione della contrattilità cardiaca con singolo catetere nei pazienti sintomatici nonostante terapia ottimale. DEFINE-NDLVC studierà storia naturale e stratificazione multiparametrica del rischio nelle cardiomiopatie non dilatate, mentre BLITZ-SHOCK fotograferà epidemiologia, trattamenti e organizzazione delle cure nello shock cardiogeno, con particolare attenzione ai trasferimenti e al funzionamento delle reti.
Le sessioni conclusive hanno evidenziato come la medicina dello scompenso stia evolvendo verso un approccio sempre più fenotipo-specifico e personalizzato. Sono stati approfonditi punti di forza e criticità delle evidenze sugli MRA steroidei e non steroidei. Nella cardiomiopatia ipertrofica, è stato illustrato il potenziale degli inibitori della miosina, capaci di agire direttamente sui meccanismi fisiopatologici alla base della malattia. Ampio spazio è stato inoltre dedicato alle nuove frontiere terapeutiche, dalle strategie basate sull'RNA all'editing genico, ancora in fase di sviluppo ma caratterizzate da un significativo potenziale trasformativo.
La terza giornata è stata dedicata allo lo studio PERSUADE che attualmente è in fase conclusiva di approvazione. Si tratta di un trial randomizzato dedicato alla valutazione di una strategia ipolipemizzante precoce con acido bempedoico, statine ed ezetimibe nei pazienti con sindrome coronarica acuta. Pietro Scicchitano, co-PI dello studio, ne ha presentato il protocollo ed i componenti dello Staff del Centro Studi gli aspetti pratici e regolatori. La giornata è stata occasione anche per fare il punto sulle evidenze a favore di interventi ipolipemizzanti precoci ed intensivi e sul ruolo dell'acido bempedoico nel contesto della terapia ipolipemizzante, da solo e in combinazione con ezetimibe.
Il messaggio conclusivo degli incontri è stato chiaro e concreto: l'innovazione produce un reale beneficio solo quando nuove conoscenze, strumenti diagnostici e terapie riescono a tradursi tempestivamente in percorsi di cura efficaci e applicabili nella pratica clinica quotidiana.♥

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
BRAVE (open label RCT)	4 (50)	120 (2.000)	3 (200)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLCOT T2D	12 (72)	500 (9.500)	77 (3.464)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
COLT-HF	15 (71)	300 (2.500)	157 (753)	Event driven	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso
EARLY	24	240	225	12 mesi	• 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
EUROHEART SCA	50	5.000	6.946	1 anno	• Arruolamento in corso • Follow-up in corso

Studi conclusi

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
AFFIRMO (Cluster RCT)	12 (50)	300 (1250)	306 (1260)	1 anno	• Arruolamento Chiuso • Follow-up Chiuso
BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale)	Fae 1: 186 Fase 2: 160	5000 per fase 1 5000 per fase 2	Fase 1: 5198 Fase 2: 4566	1 anno per ogni fase	1ª Fase • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso 2ª Fase • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso
BRING-UP Prevenzione (osservazionale)	Fase 1: 197 Fase 2: 155	3000 per fase 1 3000 per fase 2	Fase 1: 4788 Fase 2: 4068	1 anno per ogni fase	1ª Fase • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso 2ª Fase • Arruolamento Chiuso • Follow-up chiuso

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
ARISTOTELES	6 (30)	240 (1200)	12 mesi
BIOTOOL-CHF	2 (13)	100 (650)	9 mesi
JustOne - CCM	20	99	6 mesi
PERSUADE	25	600	3 mesi

FIBRILLAZIONE ATRIALE PREVENZIONE OUTLIERS SCOMPENSO
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA SINDROMI CORONARICHE ACUTE

FOCUS ON PERSUADE

Studio PERSUADE

(TriPle oral thERapy with bempedoic acid vs uSual care in early lipid management of patients with acUte CoronAry SynDromE)

Steering Committee: Prof. Furio Colivicchi (Chairperson), Dott. Aldo Pietro Maggioni (co-Chairperson), Dott. Pietro Scicchitano (co-Chairperson), Prof. Marcello Arca, Dott.ssa Daniela Aschieri, Dott. Claudio Bilato, Prof. Alberico Luigi Catapano, Prof. Domenico Gabrielli, Dott.ssa Giovanna Geraci, Dott. Massimo Grimaldi, Dott. Federico Nardi, Dott. Fabrizio Giovanni Oliva, Dott.ssa Roberta Rossini

Nonostante i significativi progressi nella gestione della fase acuta delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), il rischio di eventi cardiovascolari ricorrenti dopo la dimissione ospedaliera rimane elevato. I registri clinici mostrano un'applicazione subottimale delle strategie di riduzione dei lipidi raccomandate dalle linee guida, con oltre il 60% dei pazienti che non ha raggiunto gli obiettivi raccomandati di colesterolo LDL (LDL-c) dopo la SCA. Una riduzione precoce e intensiva dell'LDL-c è associata a miglioramento della prognosi a breve e lungo termine.

Le terapie ipolipemizzanti iniettabili come i PCSK9 inibitori hanno dimostrato una rapida riduzione dell'LDL-c se avviate presto dopo una SCA; tuttavia il costo elevato e la somministrazione parenterale possono limitarne l'impiego nella pratica clinica. In questo contesto, l'acido bempedoico,inibitore orale dell'enzima ATP-citrato liasi,rappresenta un'ulteriore opzione terapeutica. Quando aggiunto alle statine al massimo dosaggio tollerato, ha dimostrato una significativa riduzione dell'LDL-c ed un beneficio cardiovascolare, in particolare nei pazienti intolleranti alle statine o ad alto rischio. Tuttavia, attualmente mancano evidenze sull'efficacia di un inizio precoce dell'acido bempedoico durante il ricovero indice per SCA.
Su queste premesse, ANMCO e HCF Fondazione ANMCO per il Tuo cuore ETS hanno progettato lo studio PERSUADE, uno studio clinico interventistico, prospettico, multicentrico, nazionale, randomizzato in aperto di fase III.
L'obiettivo principale è valutare in pazienti ricoverati per SCA se l'inizio precoce (pre-dimissione) di una tripla terapia ipolipemizzante orale costituita da acido bempedoico, statina ad alta intensità (HIS) ed ezetimibe, sia superiore alla terapia usuale (usual care) nel ridurre i livelli di LDL-c calcolato a 8 settimane dalla randomizzazione.
La popolazione dello studio comprende pazienti adulti ricoverati per una SCA causata da un evento coronarico aterotrombotico, con valori di LDL-c calcolato compresi tra 70 e 140 mg/dL, determinati entro 24 ore dal ricovero, e con dimissione a domicilio programmata.
I pazienti elegibili saranno randomizzati centralmente in un rapporto 1:1 a uno dei due gruppi di trattamento:
- Braccio di intervento: avvio precoce, prima della dimissione, della tripla terapia orale con statina ad alta intensità, ezetimibe 10 mg e acido bempedoico 180 mg una volta al giorno;
- Braccio di controllo: terapia ipolipemizzante usuale secondo le linee guida correnti, costituita da statina ad alta intensità con o senza ezetimibe.

Lo studio prevede l'arruolamento complessivo di 600 pazienti, 300 per ciascun braccio.Allo studio hanno aderito 31 Centri, i cui Ricercatori hanno partecipato, lo scorso 12 settembre, ad un Investigator Meeting di apertura in cui sono stati illustrati il razionale, il protocollo e le principali procedure operative. Lo studio è già stato approvato su CTIS e sono in corso le pratiche amministrative con gli ospedali partecipanti. L'auspicio è quello di poter attivare i primi Centri entro la fine di ottobre 2026.
PERSUADE si propone quindi di fornire nuove evidenze sull'efficacia di una strategia di intensificazione precoce della terapia ipolipemizzante già durante il ricovero per SCA, valutando se un approccio orale di combinazione possa favorire un controllo più rapido ed efficace dell'LDL-c nella delicata fase immediatamente successiva all'evento coronarico acuto.♥


Fabrizio Luigi Pizzetti

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 Giomi - Firenze
Carlo Pignalberi - Roma
Antonio Taormina - Rozzano (MI)


Giovanni Casali

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


Nadia Ingianni

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)


Francesca Musella

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


Antonia Mannarini

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE
Chairperson
Antonia Mannarini - Bari
Co-Chairperson
Giuseppe Ciliberti - Ancona
Comitato di Coordinamento
Stefano Cangemi - Erice (TP)
Martina Milani - Lecco
Antonella Spinelli - Roma
Giulia Taborchi - Firenze
Consulenti
Francesca Maria Di Muro - Salerno
Expert Advisor
Silvia Maffei - Pisa
Anna Maria Moretti - Bari
Paola Orsini - Bari


Alice Sacco

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


Rachele Adorisio

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 Egidy Assenza - Bologna
Silvia Favilli - Firenze
Gianluca Trocchio - Genova


Stefano Oliva

AREA CARDIONCOLOGIA
Chairperson
Stefano Oliva - Bari
Co-Chairperson
Andrea Tedeschi - Piacenza
Comitato di Coordinamento
Iacopo Fabiani - Pisa
Alice Frangione - Ancona
Daniele Nassiacos - 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)


Geza Halasz

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


Chiara Dalla Valle

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 Iannopollo - 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)
Annamaria Del Franco - Firenze
Francesco Musca - Milano
Francesca Terzi - Pesaro
Consulenti
Margherita Maria Calcagnino - Milano
Gabriele Di Gesaro - Palermo
Aldostefano Porcari - Trieste



Luigi Pollarolo

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
Chairperson
Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (AL)
Co-Chairperson
Antonio Parente - Benevento
Comitato di Coordinamento
Stefano Albani - Aosta
Annamaria Municinò - 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

di Luca Di Marco, Andrea Montalto, Antonio Salsano, Marco Moscarelli, Salvatore Nicolardi, Antonio Nenna, Stefano Pelenghi, Nicolò Azzola Guicciardi, Giovanni Casali

Endocardite infettiva: come migliorare la gestione di una patologia in crescita e ad alta mortalità

Nuove prospettive nella gestione clinica di una patologia complessa e in aumento

Introduzione

L'endocardite infettiva rappresenta ancora oggi una delle patologie più complesse e gravate da elevata mortalità in ambito cardiovascolare. Nonostante i progressi della medicina moderna, gli outcome rimangono insoddisfacenti, con tassi di mortalità che non hanno mostrato il miglioramento osservato in altre condizioni cardiologiche.

I dati epidemiologici più recenti evidenziano un aumento dell'impatto globale della malattia: tra il 1990 e il 2021 la prevalenza è cresciuta di circa il 14% e l'incidenza di oltre il 30%, con un incremento anche degli anni di vita persi e vissuti con disabilità correlata. [1] La mortalità intraospedaliera rimane compresa tra il 15 e il 25%, mentre quella a un anno può raggiungere il 30-40%, confermando l'endocardite come una rilevante emergenza cardiovascolare. [2,3] L'aumento dell'incidenza è legato a diversi fattori: invecchiamento della popolazione, maggiore diffusione di valvulopatie degenerative, protesi valvolari chirurgiche e transcatetere, dispositivi elettronici cardiaci impiantabili (CIED), procedure invasive e microrganismi multiresistenti. Anche il miglioramento delle tecniche diagnostiche ha favorito il riconoscimento di forme precedentemente non diagnosticate.[4] Questa evoluzione richiede nuovi modelli organizzativi basati su diagnosi tempestiva, corretta indicazione chirurgica, gestione multidisciplinare e sviluppo di reti cliniche dedicate.

Diagnosi precoce: il principale determinante prognostico

La diagnosi precoce rappresenta uno dei principali fattori modificabili in grado di influenzare la prognosi. Frequentemente il riconoscimento della malattia avviene dopo settimane di febbre persistente o sintomi aspecifici, talvolta solo dopo la comparsa di complicanze quali embolie sistemiche, insufficienza cardiaca, ascessi peri-valvolari o danno neurologico. Le Linee Guida ESC 2023 [5] raccomandano un elevato livello di sospetto clinico in presenza di:

- febbre persistente di origine sconosciuta;
- batteriemia sostenuta, soprattutto da Staphylococcus aureus;
- protesi valvolari o dispositivi intracardiaci;
- valvulopatie predisponenti;
- nuovi soffi cardiaci;
- eventi embolici inspiegati;
- scompenso cardiaco associato a segni infettivi.

Particolare attenzione deve essere posta alle batteriemie da Staphylococcus aureus, frequentemente associate a forme aggressive e ad elevata mortalità. L'ecocardiografia rimane il pilastro diagnostico, ma l'approccio moderno richiede sempre più spesso un imaging multimodale comprendente TC cardiaca, PET/TC con 18F-FDG, SPECT/TC con leucociti marcati e risonanza magnetica per la ricerca delle complicanze emboliche. [6] L'integrazione di tali metodiche ha migliorato sensibilità e accuratezza diagnostica, soprattutto nelle endocarditi protesiche e associate a dispositivi. È quindi fondamentale promuovere la formazione non solo dei cardiologi, ma anche di medici di medicina generale, internisti, specialisti dell'emergenza, neurologi, nefrologi e infettivologi, spesso coinvolti nella prima valutazione del paziente.

Chirurgia precoce: superare l'attendismo

Un elemento decisivo nella gestione dell'endocardite è la corretta individuazione del momento chirurgico. L'idea tradizionale di attendere la completa eradicazione dell'infezione prima dell'intervento non è più supportata dalle evidenze disponibili.[3,7,8] Le principali indicazioni chirurgiche comprendono:

- insufficienza cardiaca dovuta a disfunzione valvolare;
- infezione non controllata;
- prevenzione degli eventi embolici;
- ascessi, fistole o estensione peri-valvolare;
- endocardite protesica complicata.

Le Linee Guida ESC 2023 distinguono interventi emergenti, urgenti e non urgenti, fornendo indicazioni precise sui tempi di trattamento. [5] Nei pazienti appropriati il ritardo chirurgico è associato a maggiore mortalità e complicanze, soprattutto nelle infezioni da S. aureus, nelle endocarditi protesiche e nelle forme con vegetazioni voluminose. Anche nella gestione delle complicanze neurologiche l'approccio

è cambiato: nei pazienti con ictus ischemico non complicato può essere possibile procedere precocemente alla chirurgia, evitando il peggioramento della malattia cardiaca.

Endocarditis team: dalla teoria alla pratica

Le Linee Guida ESC 2023 [5] hanno consolidato il ruolo dell'Endocarditis Team, sottolineando l'importanza della gestione multidisciplinare dei casi complessi all'interno degli Heart Valve Centres. L'endocardite richiede competenze integrate che nessun singolo specialista può garantire autonomamente. Il team dovrebbe comprendere cardiologo clinico, cardiologo esperto di imaging, infettivologo, cardiochirurgo e anestesista-rianimatore, con il coinvolgimento, quando necessario, di neurologi, microbiologi, neuroradiologi, nefrologi e specialisti di medicina nucleare. L'obiettivo è migliorare la qualità delle decisioni, ridurre i tempi diagnostico-terapeutici e garantire uniformità nella gestione. Studi osservazionali hanno evidenziato una riduzione della mortalità ospedaliera e un migliore utilizzo delle risorse nei pazienti gestiti da team dedicati. [9,10]

Rete interospedaliera: un modello necessario

La crescente complessità dei pazienti rende necessario superare il modello basato sul singolo ospedale. Le Linee Guida ESC identificano nella collaborazione tra centri spoke e hub una strategia fondamentale per migliorare gli outcome. [5] Gli ospedali periferici devono garantire riconoscimento precoce, avvio del percorso diagnostico, stabilizzazione clinica e rapido confronto multidisciplinare. I centri di riferimento devono invece offrire cardiochirurgia h24, imaging avanzato, microbiologia specializzata ed esperienza nella gestione delle complicanze più severe. Percorsi condivisi e reti regionali dedicate possono ridurre i ritardi decisionali e favorire il trasferimento appropriato dei pazienti. In futuro potrebbe essere utile sviluppare centri altamente specializzati per la gestione delle forme più complesse, come endocarditi protesiche recidivanti, infezioni dei dispositivi intracardiaci e distruzioni peri-valvolari estese.

Prevenzione e follow-up

Un ulteriore margine di miglioramento riguarda la prevenzione, attraverso una corretta igiene orale, il controllo delle infezioni correlate alle procedure sanitarie, la gestione degli accessi vascolari e l'applicazione appropriata della profilassi antibiotica nei pazienti ad alto rischio. Il follow-up dopo la dimissione è altrettanto importante, poiché i pazienti sopravvissuti presentano un rischio aumentato di recidiva, insufficienza cardiaca, reintervento chirurgico e mortalità a lungo termine. Programmi strutturati di sorveglianza clinica ed ecocardiografica possono consentire l'identificazione precoce delle complicanze.

Conclusioni

L'endocardite infettiva rimane una delle principali sfide della cardiologia contemporanea. L'aumento dell'incidenza, la complessità crescente dei pazienti e la persistente elevata mortalità richiedono un cambiamento organizzativo oltre che terapeutico. Diagnosi precoce, imaging multimodale, valutazione chirurgica tempestiva ed Endocarditis Team rappresentano i pilastri della gestione moderna. Parallelamente, reti interospedaliere integrate e centri specializzati possono contribuire a migliorare significativamente gli outcome. In una patologia in cui il tempo rappresenta un determinante prognostico essenziale, la vera sfida è integrare rapidamente competenze diverse all'interno di percorsi assistenziali condivisi, efficienti e fondati sulle migliori evidenze scientifiche♥

Bibliografia

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024.
2. Cresti A, Chiavarelli M, Scalese M. Epidemiological and mortality trends in infective endocarditis, a 17-year population-based prospective study. Cardiovasc Diagn Ther. 2017;7(1):27-35.
3. Nielsen ST, Petersen JK, Hadji-Turdeghal K, Graversen PL, Smerup MH, Østergaard L, et al. Long-term mortality in patients who survive surgery for infective endocarditis versus the background population: a nationwide study. Open Heart. 2025;12:e003476. doi:10.1136/openhrt-2025-003476.
4. Miao H, Zhang Y, Zhang Y, Zhang J. Update on the epidemiology, diagnosis, and management of infective endocarditis: a review. Trends Cardiovasc Med. 2024;34(8):499-506.
5. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J. 2023;44:3948-4042. doi:10.1093/eurheartj/ehad193.
6. Habib G, Erba PA, Iung B, Donal E, Cosyns B, Laroche C, et al. Clinical presentation, aetiology and outcome of infective endocarditis. Results of the ESC-EORP EURO-ENDO (European infective endocarditis) registry: a prospective cohort study. Eur Heart J. 2019;40:3222-3232. doi:10.1093/eurheartj/ehz620.
7. Imazio M. The 2023 new European guidelines on infective endocarditis: main novelties and implications for clinical practice. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2024;25:718-726. doi:10.2459/JCM.0000000000001651.
8. Oliver L, Lepeule R, Moussafeur A, Fiore A, Lim P, Ternacle J. Early surgery in infective endocarditis: why should we wait? Arch Cardiovasc Dis. 2016;109:651-654. doi:10.1016/j.acvd.2016.10.002.
9. Béraud G, Ternacle J, Botelho-Nevers E, Selton-Suty C, Habib G. Endocarditis Team as a paradigm for multidisciplinary Heart Team. JACC Adv. 2023;2:100319. doi:10.1016/j.jacadv.2023.100319.
10. Wahadat AR, Tanis W, Galema TW, Swart LE, van Leeuwen WJ, Verkaik NJ, et al. The impact of the multidisciplinary Endocarditis Team on the management of infective endocarditis. Neth Heart J. 2023;31:29-35. doi:10.1007/s12471-022-01707-6.





di Salvatore Felis, Nadia Ingianni e Maurizio Giuseppe Abrignani
a nome dell'Area CardioGeriatria ANMCO

Fibrillazione atriale non valvolare nell'anziano

Peculiarità cliniche e sfide gestionali

La nota correlazione tra età e incidenza di fibrillazione atriale non valvolare (FANV) trova le sue basi in processi fisiopatologici (infiammazione cronica, fibrosi atriale, rimodellamento elettrico e strutturale degli atri) e comorbidità (ipertensione arteriosa, diabete, coronaropatia, scompenso cardiaco, ecc.) età-correlati. Pertanto, non sorprende che la prevalenza della FANV aumenti progressivamente con l'età, superando il 10-15% negli ultraottantenni.

Peculiarità Clinico-Gestionali: In questa fascia di età la presentazione clinica differisce spesso da quella osservata nei soggetti più giovani: le palpitazioni possono essere assenti o poco evidenti, mentre predominano dispnea, affaticabilità, ridotta tolleranza allo sforzo, episodi sincopali o presincopali, cadute, peggioramento dello stato cognitivo, delirium e riacutizzazioni dello scompenso cardiaco. Anche la gestione dell'aritmia presenta necessariamente sfide peculiari, a causa della frequente coesistenza di elementi (elevato rischio tromboembolico e/o emorragico, alta probabilità di cadute, co-patologie, polifarmacoterapia, sarcopenia e ridotta riserva funzionale, fragilità e deterioramento cognitivo) che aumentano la vulnerabilità del paziente, peggiorando la prognosi (Figura 1) e rendendo difficili le decisioni terapeutiche.



Figura 1

Cosa dicono le Linee Guida: Malgrado queste premesse, le linee guida ESC 2024 non riservano all'argomento lo spazio che probabilmente merita. Ciò ha indotto diverse Società Scientifiche come l'ANMCO (Marchionni et al., G Ital Cardiol 2021) a proporre percorsi clinico-decisionali ad hoc incentrati su un approccio integrato e multidisciplinare, poiché nell'anziano la FANV è parte di un quadro clinico complesso in cui gli obiettivi gestionali non possono limitarsi, come nel paziente giovane, al trattamento dell'aritmia e alla profilassi tromboembolica, ma devono estendersi al mantenimento della qualità di vita e dell'autonomia funzionale.

Valutazione Cognitiva e Funzionale: L'approccio clinico non dovrebbe limitarsi alla semplice valutazione cardiologica, ma dovrebbe tener conto dell'aspettativa di vita e ricercare l'eventuale presenza di fragilità, disabilità, decadimento cognitivo e/o ridotta capacità funzionale, elementi che rivestono un significato prognostico negativo e hanno importanti implicazioni sulla gestione clinica del paziente. A tal fine, è stato proposto un approccio "globale", che si avvalga di test valutativi come la SPPB (Short Physical Performance Battery, molto usata in ambiente geriatrico) e, nei casi più complessi, anche di un supporto multidisciplinare (cardiologico, internistico, geriatrico). Se la valutazione cognitivo-funzionale evidenzia fragilità e/o decadimento cognitivo, appare ragionevole mettere in atto provvedimenti che tendano a migliorare la prognosi e la qualità di vita, illustrati in tabella.

Gestione Terapeutica: Anche per

Provvedimenti per migliorare la prognosi e la qualità della vita nell'anziano fragile e/o con decadimento cognitivo con fibrillazione atriale
Analisi del contesto socio-familiare e coinvolgimento dei caregiver, che dovranno attenzionare la corretta gestione domiciliare dei farmaci
Semplificazione degli schemi terapeutici, per migliorare l'aderenza terapeutica
Personalizzazione delle dosi dei farmaci, soprattutto gli anticoagulanti orali
Massima attenzione al bilancio rischio trombotico/rischio emorragico, integrando i classici score di rischio (CHA2DS2-VA e HAS-BLED) con una approfondita indagine clinico-anamnestica
Attenta valutazione delle possibili interazioni farmacologiche, data la frequente polifarmacoterapia
Follow-up più stringente rispetto a quello dei pazienti giovani, date le frequenti e rapide fluttuazioni cliniche dell'anziano
Periodica valutazione e trattamento delle comorbidità cardiologiche ed extracardiologiche, con particolare riguardo alla funzione epato-renale
Adozione di misure di prevenzione delle cadute
Considerazione della aspettativa di vita, con equilibrato bilancio rischio-beneficio riguardo alle procedure terapeutiche farmacologiche e interventistiche

il paziente anziano le Linee Guida ESC 2024 propongono un approccio integrato AF-CARE, nell'ambito del quale la prevenzione dell'ictus costituisce un obiettivo terapeutico primario. L'età avanzata non rappresenta una controindicazione all'anticoagulazione che, al contrario, assicura proprio ai pazienti più anziani il maggiore beneficio assoluto in termini di prevenzione dell'ictus. Anche il rischio di caduta, elevato nell'anziano con fragilità, nella maggior parte dei casi non giustifica l'esclusione dalla terapia anticoagulante, poiché il beneficio derivante dalla prevenzione dell'ictus supera quello di sanguinamento traumatico. L'uso degli anticoagulanti orali diretti, preferibile a quello degli antagonisti della vitamina K, va personalizzato sulla base del rischio trombotico/emorragico e della funzione epato-renale, senza ricorrere a dosaggi inappropriatamente ridotti, dopo correzione di eventuali fattori modificabili (ipertensione arteriosa non controllata, anemia, ecc.). In caso di contrindicazioni agli anticoagulanti, studi recenti come il Frail-LAAC study suggeriscono la fattibilità della chiusura percutanea dell'auricola sinistra anche in presenza di fragilità, malgrado si sottolinei la necessità di una rigorosa selezione dei pazienti da trattare. Per quanto riguarda la strategia da adottare (controllo della frequenza o del ritmo), nell'anziano la scelta va fortemente individualizzata sulla base di criteri decisionali stringenti e selettivi. In presenza di FANV paucisintomatica, spesso la strategia iniziale più appropriata appare il controllo della frequenza; negli anziani con FANV sintomatica e/o scarsamente controllabile farmacologicamente, è possibile considerare una strategia basata sul controllo del ritmo (cardioversione farmacologica o elettrica; ablazione transcatetere), purché venga effettuata preliminarmente una rigorosa valutazione dei rischi periprocedurali ("safety first"), dell'aspettativa di vita del paziente e dei benefici attesi in ordine alla qualità di vita. In particolare, l'ablazione transcatetere, malgrado dati di letteratura non sempre convincenti nei pazienti anziani (CABANA-AF trial, Circulation 2021), viene sempre più frequentemente effettuata in casi selezionati di FANV in età avanzata, nei quali ha dimostrato di migliorare sintomi e qualità di vita. In conclusione, la FANV dell'anziano rappresenta una condizione complessa che richiede un approccio globale e talora multidisciplinare. L'età avanzata e la presenza di fragilità non devono comportare automaticamente un atteggiamento terapeutico rinunciatario, ma favorire una maggiore selezione e personalizzazione delle decisioni. L'anticoagulazione rimane il trattamento con il maggiore impatto prognostico, mentre la gestione integrata di comorbidità, fragilità e fattori di rischio rappresenta la strategia più efficace per ridurre le ospedalizzazioni e preservare la qualità di vita. Coinvolgimento dell'ambiente familiare e dei caregivers, follow-up personalizzato e rivalutazioni frequenti sono strumenti gestionali particolarmente utili e talora necessari in un contesto spesso soggetto a rapide variazioni del rischio e dello stato clinico.♥





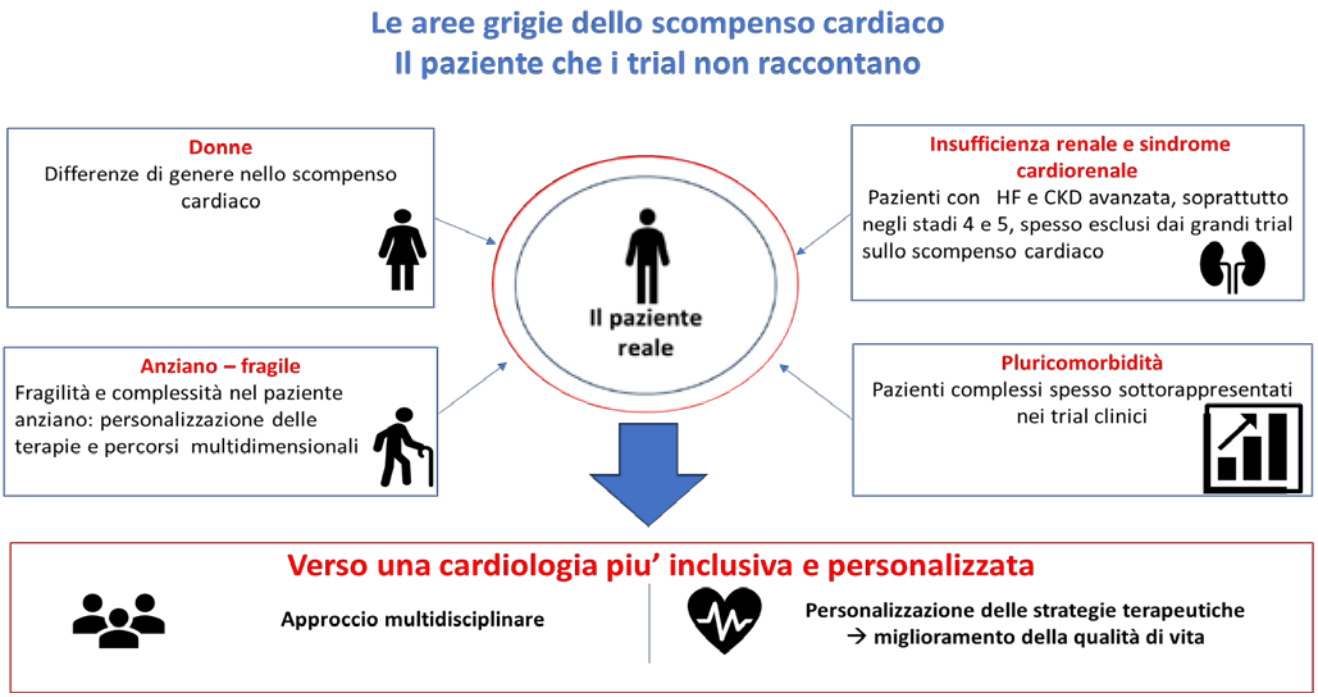
di Nadia Ingianni, Samuela Carigi e Antonia Mannarini

Webinar ANMCO: le aree grigie dello scompenso cardiaco Il paziente che i trial non raccontano

Le sfide della medicina personalizzata nelle popolazioni sottorappresentate

Negli ultimi anni la terapia dello scompenso cardiaco ha conosciuto una straordinaria evoluzione grazie ai risultati dei grandi trial clinici e all'introduzione di strategie terapeutiche sempre più efficaci. Le evidenze scientifiche disponibili hanno contribuito a modificare significativamente la prognosi dei pazienti e rappresentano oggi il fondamento delle raccomandazioni contenute nelle principali linee guida internazionali. Tuttavia, accanto a queste solide certezze, persistono numerose aree di incertezza soprattutto per ciò che riguarda donne, anziani fragili, soggetti affetti da insufficienza renale, pazienti pluricomorbidi e ad elevata complessità clinica che spesso risultano infatti sottorappresentati nei trial registrativi e negli studi randomizzati che guidano la pratica clinica contemporanea. Questa discrepanza tra il paziente "ideale" della ricerca clinica e il paziente "reale" della pratica quotidiana impone al cardiologo uno sforzo costante di interpretazione e personalizzazione delle evidenze disponibili. Le cosiddette "aree grigie" della terapia dello scompenso cardiaco non rappresentano pertanto ambiti marginali della disciplina, bensì uno dei principali terreni di confronto della cardiologia moderna, nel quale competenza clinica, multidisciplinarietà e centralità della persona assumono un ruolo determinante. Da queste considerazioni è nato il webinar "Le aree grigie della terapia dello scompenso cardiaco: i pazienti lasciati ai margini dei grandi trial", promosso dall'Area CardioGeriatria ANMCO in collaborazione con le Aree Scompenso Cardiaco e Cardiologia di Genere. Il webinar, svoltosi il 03.06.2026, ha visto la partecipazione di circa 80 professionisti collegati online ed ha offerto un'importante occasione di confronto su alcune delle situazioni cliniche più complesse e frequenti della pratica assistenziale quotidiana. Il webinar è disponibile anche on demand sul sito ANMCO, consentendo di fruirne nel tempo. La presenza congiunta delle tre Aree ANMCO ha permesso di affrontare il tema dello scompenso cardiaco attraverso prospettive complementari, riportando al centro dell'attenzione quelle popolazioni che risultano ancora oggi sottorappresentate nei trial clinici. La moderazione dell'incontro è stata affidata a Nadia Ingianni, in qualità di Chairperson dell'Area CardioGeriatria ANMCO, a Samuela Carigi, Chairperson dell'Area Scompenso Cardiaco e ad Antonia Mannarini, Chairperson dell'Area Cardiologia di Genere, a testimonianza della collaborazione tra le tre Aree promotrici dell'iniziativa. In questo contesto si sono inseriti gli interventi dei relatori, che hanno affrontato alcune delle principali aree di incertezza nella gestione dello scompenso cardiaco, offrendo prospettive differenti, ma accomunate dall'obiettivo di riportare al centro dell'attenzione il paziente reale. Ad aprire il webinar è stato il Dott. Giuseppe Ciliberti dell'Area Cardiologia di Genere con la relazione "Scompenso al femminile: quello che i trial non ci hanno detto". È stato evidenziato come lo scompenso cardiaco non sia una patologia sovrapponibile nei due sessi, ma presenti differenze rilevanti in termini di epidemiologia, fenotipi clinici, substrato biologico, rischio aritmico e risposta ai trattamenti. Nonostante tali differenze, le donne continuano a essere sottorappresentate nei principali trial clinici sullo scompenso cardiaco, in particolare nell'ambito dell'insufficienza cardiaca a frazione di eiezione ridotta. Questa limitata rappresentazione rende più complessa l'applicazione delle evidenze alla popolazione femminile reale e sottolinea la necessità di una maggiore inclusione delle donne nella ricerca cardiovascolare. È stato inoltre evidenziato come molte delle implicazioni cliniche delle differenze di sesso non siano ancora completamente definite. Alcuni dati suggeriscono infatti una diversa risposta a specifiche terapie e dispositivi, ma le evidenze disponibili

risultano ancora limitate. La Dott.ssa Mariarosaria Catalano, dell'Area Cardiologia dello Scompenso, ha affrontato il tema della sindrome cardiorenale, evidenziando come la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e malattia renale cronica rappresenti ancora oggi una delle principali sfide della pratica clinica. In particolare, i pazienti con insufficienza renale avanzata risultano spesso esclusi dai grandi trial sullo scompenso cardiaco, rendendo più complessa l'applicazione delle evidenze scientifiche. Pur in presenza di dati incoraggianti sull'utilizzo di alcune terapie in grado di modificare la storia naturale della malattia, anche nelle fasi più avanzate. In questo contesto è stata quindi sottolineata la necessità di percorsi cardio-nefrologici strutturati e di ulteriori studi dedicati a queste popolazioni ad elevata complessità clinica. Il Dott. Carlo Ammendolea dell'Area di CardioGeriatria ha richiamato l'attenzione sul concetto di fragilità, sottolineando come l'età anagrafica non possa essere considerata l'unico parametro per guidare le decisioni cliniche. Se l'età rappresenta un dato anagrafico, la fragilità è una sindrome multidimensionale caratterizzata da una ridotta riserva funzionale e da una maggiore vulnerabilità agli eventi avversi. La relazione ha sottolineato l'importanza di distinguere il paziente anziano robusto da quello fragile, attraverso una valutazione multidimensionale che includa aspetti clinici, funzionali, cognitivi e sociali. In ambito cardiovascolare, il riconoscimento precoce della fragilità assume un ruolo fondamentale per personalizzare le strategie terapeutiche, definire obiettivi di cura appropriati e preservare il più possibile autonomia, qualità di vita e indipendenza del paziente. A seguire il contributo del Dott. Luca Antonio Felice Di Odoardo, sempre dell'area di CardioGeriatria, dedicato alle strategie di titolazione farmacologica nell'anziano con scompenso cardiaco. Il messaggio principale è stato racchiuso nel titolo stesso della relazione: "Titolare, semplificare, non rinunciare". Anche nel paziente anziano e complesso non deve prevalere un atteggiamento rinunciatario. Pur in presenza di fragilità, polifarmacoterapia e pluricomorbilità, il paziente può beneficiare delle terapie raccomandate dalle linee guida. La sfida consiste nel personalizzare il trattamento, semplificare i regimi terapeutici quando necessario e perseguire una titolazione graduale e sostenibile, mantenendo come obiettivo il miglioramento della prognosi e della qualità di vita. A



www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-cardiogeriatria
www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-cardiologia-di-genere
www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco

chiudere il percorso è stato il Dott. Giovanni Pulignano con una riflessione sul gap di rappresentazione delle coorti geriatriche nei trial sullo scompenso cardiaco. La distanza tra il paziente dei grandi studi e il paziente reale rimane una delle principali criticità della cardiologia contemporanea. Molti trial hanno arruolato soggetti relativamente giovani, con limitate comorbilità e livelli di fragilità ridotti rispetto alla popolazione che viene quotidianamente gestita nei reparti di cardiologia. È stata sottolineata la necessità di promuovere studi più inclusivi, capaci di valutare non solo mortalità e ospedalizzazioni, ma anche outcome particolarmente rilevanti per il paziente anziano, quali autonomia funzionale, qualità di vita e mantenimento dell'indipendenza. Alla discussione hanno partecipato in qualità di discussant i colleghi Denitza Tinti, Vittoria Rizzello, Raffaella Mistrulli, Giorgio Caretta, Giulia Taborchi e Martina Milani. Il confronto ha ulteriormente evidenziato come la gestione dello scompenso cardiaco richieda oggi un approccio centrato sulla persona e non esclusivamente sulla malattia. Dall'integrazione tra cardiologia, geriatria, nefrologia e medicina di genere emerge la possibilità di costruire percorsi assistenziali più appropriati per i pazienti che tradizionalmente restano ai margini delle evidenze. Il dibattito è stato ulteriormente arricchito dai colleghi collegati online, che hanno contribuito ad un confronto costruttivo, confermando come le problematiche affrontate rappresentino questioni aperte e di grande rilevanza nella pratica clinica quotidiana. In particolare, il dibattito si è concentrato sulle difficoltà di applicazione delle evidenze scientifiche ai pazienti anziani, fragili e pluricomorbidi, nei quali la personalizzazione delle strategie terapeutiche rimane un elemento fondamentale del percorso assistenziale.

Prospettive future

Il webinar ha confermato come le cosiddette aree grigie non rappresentino eccezioni della pratica clinica, ma costituiscano il contesto nel quale il cardiologo si confronta quotidianamente. Donne, anziani fragili, pazienti con insufficienza renale e soggetti affetti da pluricomorbilità non possono più essere considerati categorie "speciali", ma devono diventare protagonisti della ricerca clinica e dell'organizzazione assistenziale. Solo riducendo la distanza tra il paziente dei trial e il paziente reale sarà possibile sviluppare una cardiologia realmente inclusiva, personalizzata e orientata ai bisogni della popolazione che assistiamo ogni giorno. In questa prospettiva è fondamentale promuovere una cultura della complessità, favorire il dialogo multidisciplinare e stimolare una ricerca clinica sempre più rappresentativa della realtà dei nostri pazienti. E' auspicabile una maggiore rappresentazione di tali categorie di pazienti nella ricerca clinica, al fine di sviluppare percorsi assistenziali sempre piu' appropriati, personalizzati e sostenibili per il sistema sanitario. La riflessione conclusiva che emerge da questo webinar riguarda il futuro della medicina dello scompenso cardiaco, sempre più orientata verso un approccio di precisione, capace di integrare sesso biologico, fenotipo, fragilità e caratteristiche individuali del paziente. L' obiettivo finale è una medicina realmente personalizzata, in grado di coniugare evidenze scientifiche e complessità clinica.♥

di Giuseppe Ciliberti e Antonia Mannarini
a nome dell'Area Cardiologia di Genere ANMCO




Sesso e genere nella ricerca cardiovascolare: le parole sono importanti!

L'importanza di definire, misurare e riportare correttamente due determinanti della salute

Da Monaco, un messaggio che riguarda il metodo

Il Congresso ESC 2026, svoltosi a Monaco di Baviera dal 28 al 31 agosto, non ha portato soltanto nuovi trial e linee guida. Nel programma hanno trovato spazio una lettura dell'atlante ESC sulle differenze di sesso nel carico delle malattie cardiovascolari in Europa e delle partecipate sessioni sull'impatto delle differenze di sesso e genere negli esiti cardiovascolari. La comunicazione ufficiale ha inoltre richiamato la necessità di investire nella ricerca e produrre dati disaggregate, ovvero definendo sesso e genere come dimensioni trasversali della buona scienza cardiovascolare.

Sesso e genere non sono sinonimi

Nella ricerca biomedica, il sesso indica un insieme multidimensionale di caratteristiche biologiche: cromosomi, espressione genica, ormoni, anatomia riproduttiva e caratteristiche fisiologiche. Il genere riguarda invece ruoli, comportamenti, identità, aspettative e relazioni socialmente e culturalmente costruiti, oltre alla distribuzione di risorse e potere. Le due dimensioni possono interagire, ma non sono intercambiabili. La composizione corporea, la funzione ormonale o la biologia vascolare possono modificare farmacocinetica e risposta a un trattamento: sono dimensioni prevalentemente legate al sesso. Il carico di cura familiare, il reddito, il ritardo nel chiedere assistenza o i bias degli operatori possono invece influenzare accesso alle cure e prognosi: sono dimensioni legate al genere. Attribuire tutto al sesso nasconde i determinanti sociali; chiamare "genere" una variabile biologica rende il dato ambiguo.

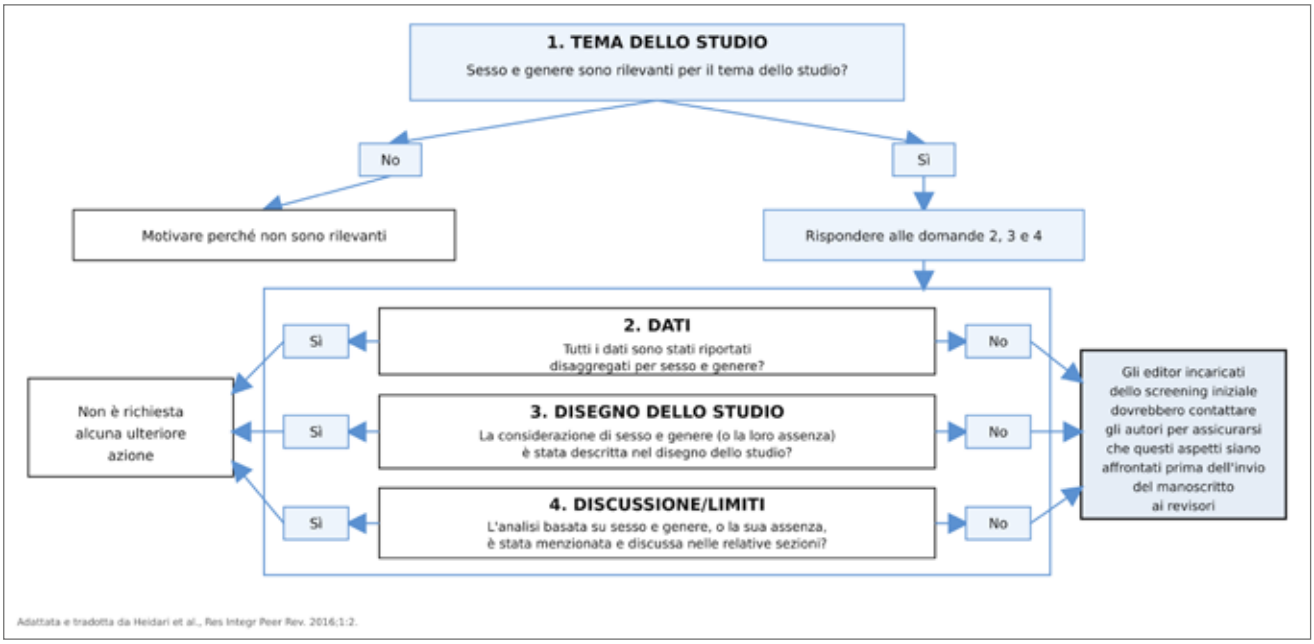


Figura 1 - Diagramma di flusso SAGER per lo screening dei manoscritti scientifici

Perché la distinzione cambia la qualità dei dati

In cardiologia le conseguenze sono concrete. Sesso e genere possono contribuire a differenze nella

presentazione clinica, nell'accuratezza dei test, nella prescrizione dei trattamenti, negli eventi avversi e negli esiti. La storica sottorappresentazione delle donne nei trial ha inoltre limitato la generalizzabilità di parte delle evidenze. Contare quante donne e quanti uomini sono stati arruolati è necessario ma non sufficiente. Un campo amministrativo "F/M" identifica il sesso registrato, quello assegnato alla nascita, il genere legale o l'identità di genere? Senza descrivere la rilevazione, il dato resta ambiguo. Inoltre, disaggregare i risultati non significa dimostrare una differenza: la significatività in un gruppo e la non significatività nell'altro non provano, da sole, una diversa risposta. Per confrontare l'effetto di un trattamento servono ipotesi predefinite, numerosità adeguata e un test di interazione.

Le linee guida SAGER: dal linguaggio al protocollo

Le linee guida Sex and Gender Equity in Research (SAGER), pubblicate nel 2016 e aggiornate nel 2024, offrono una traccia semplice e applicabile. Invitano a usare con precisione i termini sesso e genere e a considerarli lungo l'intero percorso della ricerca (fonte: Heidari S, et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Res Integr Peer Rev. 2016;1:2. doi:10.1186/s41073-016-0007-6). Ad esempio, nel titolo e nell'abstract va indicato se lo studio riguarda un solo sesso o genere. Nei metodi occorre spiegare come le variabili sono state rilevate e considerate nel disegno e nell'analisi, giustificando eventuali esclusioni. Nei risultati, quando appropriato, i dati dovrebbero essere disaggregati, anche in assenza di differenze. Nella discussione vanno affrontate interpretazione e generalizzabilità; se l'analisi non fosse stata possibile, il motivo andrebbe dichiarato tra i limiti. Questo approccio non impone analisi automatiche o post hoc in campioni troppo piccoli. Al contrario, chiede di evitare conclusioni fragili: la rilevanza di sesso e genere deve essere valutata prima, tradotta in una domanda scientifica e sostenuta da un piano statistico coerente. Anche dichiarare motivatamente che una dimensione non è applicabile costituisce buona pratica.



Figura 2 - L'importanza dei dati disaggregati per sesso

Il ruolo dell'editing scientifico

In questo ambito, un passaggio fondamentale è stato sicuramente un importante editoriale pubblicato nel 2025 su Circulation e simultaneamente sulle principali riviste cardiovascolari internazionali

(Bairey Merz CN, et al. Role of Cardiovascular Disease Journals in Reporting Sex and Gender in Research. Circulation. 2025 Apr 29;151(17):1211-1212. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.125.074517. Epub 2025 Mar 28. PMID: 40152712). Tali riviste hanno dunque condiviso il sostegno alle line guida SAGER e la richiesta di maggiore trasparenza su definizione delle variabili, disegno, analisi, disaggregazione dei dati, generalizzabilità e informazioni mancanti. Anche animali, tessuti e linee cellulari dovrebbero essere caratterizzati per sesso. Il punto più innovativo è l'ambizione di agire "a monte". Le riviste ricevono studi già conclusi, ma richieste editoriali chiare possono orientare comitati etici, finanziatori, steering committee e ricercatori a incorporare sesso e genere fin dalla progettazione. Una checklist al momento della sottomissione non corregge un campione sbilanciato, ma può rendere visibile il problema e, nel tempo, modificare il modo in cui gli studi vengono ideati. Inoltre, un'analisi recente ha associato la presenza di una donna come prima e/o ultima autrice a una maggiore partecipazione femminile e a un reporting più attento a sesso e genere, pur senza dimostrare causalità (Bley M, et al. Clin Res Cardiol. 2025;114:1752-1764).

Una checklist per la ricerca cardiovascolare ospedaliera

Registri, studi osservazionali e progetti ospedalieri possono partire da cinque domande:

- Quale variabile stiamo misurando: sesso, genere o entrambe, e con quale fonte?
- La popolazione rappresenta adeguatamente i gruppi rilevanti e le esclusioni sono giustificate?
- Il protocollo prevede a priori analisi disaggregate e, quando pertinenti, test di interazione e variabili correlate al genere?
- Arruolamento, trattamenti, eventi, abbandoni al follow-up e dati mancanti sono riportati in modo trasparente?
- Discussione e conclusioni distinguono evidenze, ipotesi e limiti di generalizzabilità?

Nei database ospedalieri e nei registri real-world una variabile amministrativa viene spesso riutilizzata come se fosse stata definita per la ricerca. Prima dell'estrazione occorre quindi predisporre un dizionario dei dati, precisare origine e significato delle variabili e identificare ciò che non è stato misurato. Se il genere non fosse disponibile, non dovrebbe essere dedotto dal nome, dall'aspetto o dal sesso registrato.

Non una "cardiologia rosa", ma una cardiologia di precisione

Integrare sesso e genere non significa presumere che ogni differenza esista, né trasformare ogni studio in un confronto tra sottogruppi. Significa formulare meglio la domanda, ridurre ambiguità e bias, evitare generalizzazioni non sostenute e rendere i risultati più riproducibili e clinicamente utili. Anche l'assenza di differenze, quando studiata con metodi adeguati, è un'informazione preziosa. Il messaggio emerso a Monaco e la convergenza delle principali riviste indicano la stessa direzione: passare dalla presenza delle donne nei campioni alla qualità con cui sesso e genere sono definiti, misurati, analizzati e comunicati. Le parole non sono un dettaglio: una variabile ben definita diventa un dato interpretabile e può tradursi in decisioni cliniche più eque e precise, per tutte e per tutti.♥



di Maria Laura Canale
a nome dell'Area CardiOncologia ANMCO

La polvere di stelle della Cardioncologia si posa su Rimini per il nostro Congresso Nazionale

La sessione internazionale di Cardioncologia celebra i capolavori di Federico Fellini

È ormai diventata una piacevole consuetudine accogliere le stelle della cardioncologia europea al nostro Congresso Nazionale a Rimini. La versione parallela internazionale del 57° congresso ANMCO, fortemente voluta dal Presidente e dal Consiglio Direttivo Nazionale, ha avuto anche in questa edizione una sessione dedicata alla cardioncologia che ha visto la partecipazione dei massimi esperti europei da Spagna, Francia, Grecia e UK, oltre che dall'Italia. Nel 2025 il tema era stato raccontare la favola della cardioncologia seguendo le orme di Alice nel paese delle meraviglie (Cardio-oncology in Wonderland).

Sotto la guida del Maestro

In questa edizione la nostra guida è stata Federico Fellini in onore sia della città che ospita il nostro Congresso Nazionale sia del genio artistico italiano. Il compito era impegnativo ma sfidante: trovare



il collegamento tra i capolavori del Maestro e gli hot topics vecchi e nuovi della cardioncologia. La Dott.ssa Maria Laura Canale, Past Chairperson dell'Area CariOncologia ANMCO e organizzatrice della sessione, ha "sfidato" i big internazionali affidando loro titoli (e temi) originali e creando una piccola "trama" (quasi un canovaccio teatrale) per ogni relazione.

I capolavori cinematografici come "trama" delle relazioni

Nasce così "Lo sceicco bianco", affidato alla Prof.ssa Jennifer Cautela da Marsiglia, sulla cardiotossicità da antracicline con le apparenze e le certezze nel trattamento di quella che rimane storicamente la più classica delle tossicità in cardioncologia, ma che oggi si arricchisce di nuove strategie terapeutiche. Il ciak successivo è per la Prof.ssa Teresa Lopez Fernandez da Madrid che ha affrontato il tema della cardiotossicità dei nuovi farmaci immunologici in oncologia con "La dolce vita", ovvero il mondo fatato ma crudele e spietato della mondanità e quindi della novità più appariscente che però può nascondere insidie e trabocchetti. Ci spostiamo oltre-Manica nella nebbiosa Londra per il set successivo sull'ematopoiesi monoclonale (CHIP): "8 e mezzo" del Prof. Alexander Lyon. Film su un regista che fa un film dimenticandosi la storia da raccontare, è una situazione ingarbugliata proprio come questa relazione che racchiude in sé l'inizio del cancro e, apparentemente senza relazione, aumenta il rischio cardiovascolare. Uno scenario in rapida (forse anche troppo) evoluzione e la sua contrapposizione con il dolce (e sicuro) approdo nelle nostre certezze e nei nostri ricordi è il


ANMCO 2026

PROGRAMMA SCIENTIFICO - VENERDÌ 8 MAGGIO

14.30-16.00 - SALA DEL TEMPIO 1

SIMPOSIO

STARDUST ON CARDIO-ONCOLOGY: A JOURNEY THROUGH THE DREAMS OF FEDERICO

(S 2420)

Moderatori: **Maria Laura Canale** (Camaiore) - **Stefano Oliva** (Bari)

14.30 Lo sceicco bianco: Where it all began, the evolving treatment of cardiac disfunction in cardioncology (Le apparenze e le certezze nel trattamento di quella che rimane storicamente la più classica delle tossicità in cardioncologia ma che oggi si arricchisce di nuove strategie terapeutiche)
Jennifer Cautela (Marseille, France)

14.42 La dolce vita: CAR-T, ADCs, and BiTEs: what a cardio-oncologist should know! (Il mondo fatato ma crudele e spietato della mondanità e quindi della novità più appariscente che però può nascondere insidie e trabocchetti)
Teresa Lopez Fernandez (Madrid, Spain)

14.54 8½ - CHIP: the missing link between cardiovascular risk and cancerogenesis? (Film su un regista che fa un film dimenticandosi la storia da raccontare, è ingarbugliato proprio come questa relazione che racchiude in sé l'inizio del cancro e apparentemente senza relazione aumenta il rischio CV
Alexander Lyon (London, UK)

15.06 Amarcord: AI in cardio-oncology: a powerful tool to handle with care (Siamo portati a perderci nei dolci ricordi del temo passato ma la modernità incombe e noi dobbiamo sapere come gestire un mondo in così rapido mutamento)
Dimitrios Farmakis (Athens, Greece)

15.18 La strada: Research perspectives in cardio-oncology: from simple damage control to the design of new ways (la strada, anche se lunga e difficile, ci porta sempre verso qualcosa di nuovo anche se ci costringe a fare i conti con le nostre difficoltà e debolezze)
Pietro Ameri (Genova)

Venerdì 8 MAGGIO 2026

tema di "Amarcord" del Prof. Dimitrios Farmakis sull'IA in cardioncologia. Siamo portati a perderci nei dolci ricordi del temo passato ma la modernità incombe e noi dobbiamo sapere come gestire un mondo in così rapido mutamento. Ci spostiamo "in esterno" per le riprese finali con un titolo che è un invito e una speranza: "La strada" ovvero le prospettive di ricerca per la cardioncologia mondiale illustrate dal Prof. Pietro Ameri. Il percorso verso il futuro della cardioncologia che, anche se lungo e difficile (proprio come una strada di campagna), ci porta sempre verso qualcosa di nuovo anche se ci costringe a fare i conti con le nostre difficoltà e debolezze.

Scienza e clinica tra realtà e sogni

Ogni ospite internazionale è entrato nella parte e, come un attore consumato, ha mischiato scienza, clinica, sapere e dati con ironia, fantasia e sogno. Le riprese sono state guidate dai "ciak si gira" e "buona la prima" della Dott.ssa Maria Laura Canale e del Dott. Stefano Oliva e accompagnate dalla partecipazione e attenzione di una platea interessata e incuriosita dall'insolito spettacolo cinematografico della cardioncologia ANMCO.

Un arrivederci a Rimini per il prossimo Congresso Nazionale

Le relazioni sono così "volate via" come la polvere di stelle del cinema americano di Hollywood o meglio ancora come le visioni oniriche al momento del risveglio del nostro genio artistico italiano. L'appuntamento è per il prossimo anno, sempre nella stessa accogliente scenografia di Rimini, per un nuovo episodio di questa serie TV, che ha stregato migliaia di cardiologi (e non solo) nel mondo, mischiando drama, fiction, action, comedy, romance e sci-fi ma sempre con un happy ending per i nostri pazienti. L'Area CardiOncologia ANMCO (vecchia e nuova) ringrazia di cuore il pubblico in sala e in particolare i Presidenti e il Consiglio Direttivo per aver permesso che tutto quanto potesse accadere come in un sogno impresso su una pellicola cinematografica di 35mm.♥

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

MASLD e rischio cardiovascolare: il fegato come marker di disfunzione cardiometabolica

Dalla steatosi alla stratificazione del rischio: il ruolo del cardiologo nel nuovo paradigma cardio-nefro-metabolico

MASLD: da malattia epatica a espressione della disfunzione cardiometabolica

La crescente consapevolezza dell'interconnessione tra cuore, rene, fegato e metabolismo sta modificando il modo di interpretare il rischio cardiovascolare dei nostri pazienti. Negli ultimi anni abbiamo imparato a porre attenzione alla funzione renale, a ricercare l'albuminuria, a riconoscere l'obesità viscerale e a interpretare il paziente secondo una prospettiva "cardio-renale-metabolica." Eppure, un organo resta ancora ai margini della visita: il fegato. La steatosi epatica viene ancora frequentemente identificata come reperto occasionale durante una ecografia o una TC e spesso ancora considerata un elemento accessorio, soprattutto quando le transaminasi risultano normali. La definizione di MASLD, malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica, ha contribuito a modificare questa prospettiva, infatti, la steatosi epatica associata ad almeno un fattore di rischio cardio-metabolico identifica un fenotipo nel quale fegato, metabolismo e apparato cardiovascolare sono strettamente interconnessi. La dimensione del fenomeno è difficile da ignorare, considerando che la MASLD interessa più di un adulto su tre e oltre la metà delle persone con diabete mellito tipo 2. Ma il dato più importante è che in questi pazienti la malattia cardiovascolare è la principale causa di morte, più frequente delle complicanze epatiche. Il fegato non è quindi il capitolo finale della storia, spesso è uno dei primi segnali visibili. Obesità viscerale, insulinoresistenza, diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena non rappresentano quindi soltanto comorbidità della MASLD, ma componenti di un'unica traiettoria fisiopatologica. Per il cardiologo, riconoscere la MASLD significa, pertanto, identificare un paziente nel quale il rischio cardiovascolare può essere più complesso e potenzialmente sottostimato.

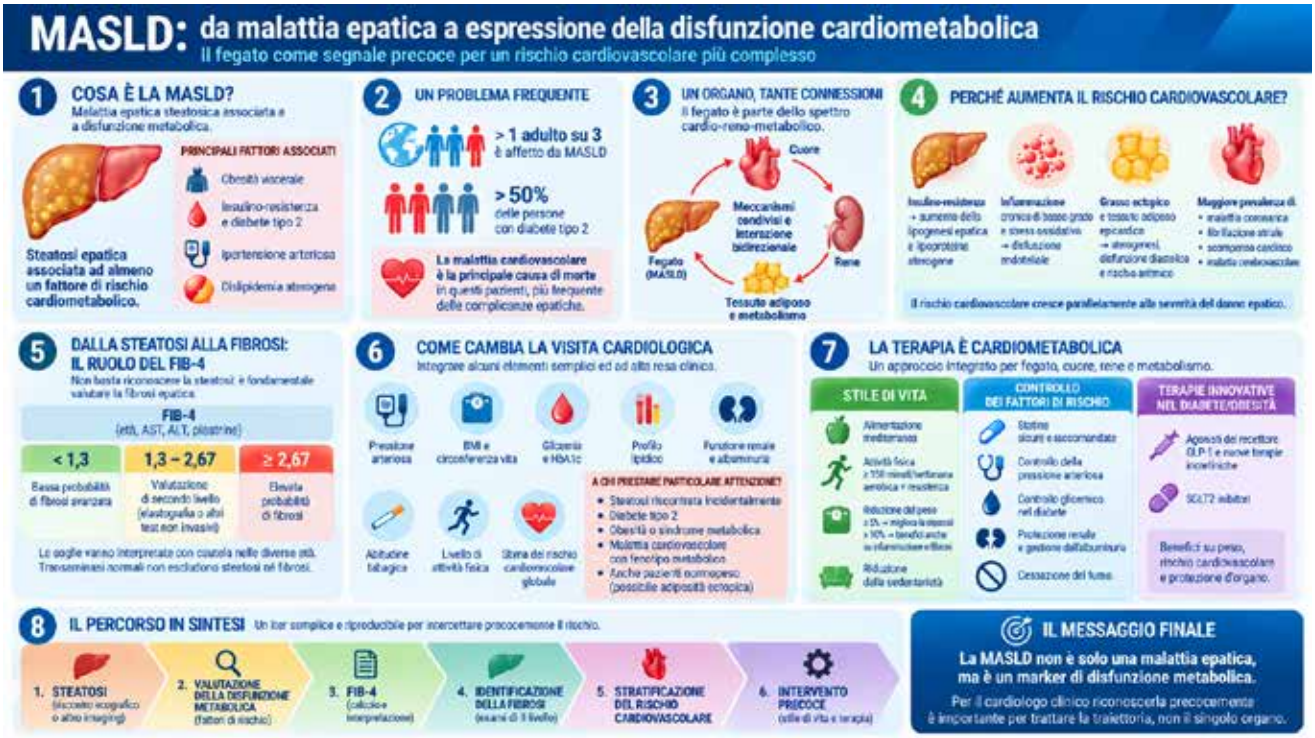
Il fegato dentro lo spettro cardio-nefro-metabolico

La relazione tra MASLD e malattia cardiovascolare non è spiegata esclusivamente dalla concomitante presenza dei tradizionali fattori di rischio. L'insulinoresistenza favorisce l'aumento della lipogenesi epatica e della produzione di lipoproteine aterogene; l'infiammazione cronica di basso grado e lo stress ossidativo contribuiscono alla disfunzione endoteliale; l'accumulo di grasso ectopico e l'aumento del tessuto adiposo epicardico possono influenzare l'aterogenesi, la funzione diastolica e il rischio aritmico. Il risultato è un'interazione bidirezionale nella quale le diverse manifestazioni della disfunzione cardiometabolica tendono ad amplificarsi reciprocamente. Nei pazienti con MASLD è stata, infatti, osservata una maggiore prevalenza di malattia coronarica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco e malattia cerebrovascolare, con un rischio cardiovascolare che tende a crescere parallelamente alla severità del danno epatico.

Non basta riconoscere la steatosi: bisogna valutare la fibrosi

Un passaggio fondamentale consiste nel distinguere la semplice presenza di steatosi dalla presenza di una malattia epatica più avanzata. La fibrosi epatica rappresenta infatti un elemento di particolare rilevanza anche dal punto di vista cardiovascolare, identificando un fenotipo clinico caratterizzato da maggiore vulnerabilità metabolica e cardiovascolare. In questo percorso il **FIB-4** rappresenta uno strumento semplice e facilmente applicabile nella pratica clinica. È basato su età, AST, ALT e conta piastrinica, parametri già disponibili nella maggior parte dei pazienti. Un valore inferiore a 1,3 rende poco probabile una fibrosi avanzata, mentre valori pari o superiori a 1,3 richiedono

una valutazione di secondo livello, mediante elastografia o altri strumenti non invasivi disponibili. Un valore ≥ 2,67 identifica invece una probabilità elevata di fibrosi e non dovrebbe essere trascurato. Le soglie devono tuttavia essere interpretate con cautela alle diverse età. L'elastografia, ove necessario, può essere utile per completare questo percorso consentendo una valutazione non invasiva della rigidità epatica. Il cardiologo non deve necessariamente gestire direttamente l'intero iter diagnostico, ma deve essere in grado di riconoscere il paziente che necessita di un approfondimento e di indirizzarlo verso il secondo livello assistenziale.



Come cambia la visita cardiologica

La diagnosi o il sospetto di MASLD rappresentano un'opportunità per ampliare la valutazione del rischio cardiovascolare. Non significa sottoporre sistematicamente ogni paziente a un percorso epatologico, ma integrare nella visita alcuni elementi semplici e ad alta resa clinica. La valutazione dovrebbe comprendere oltre alla misurazione della pressione arteriosa, il calcolo del BMI e la misura della circonferenza vita, la valutazione della glicemia e dell'emoglobina glicata, il profilo lipidico, la funzione renale e l'albuminuria, nonché l'abitudine tabagica e il livello di attività fisica. La stima del rischio cardiovascolare globale, mediante gli strumenti disponibili, completa l'inquadramento. Particolare attenzione merita il paziente nel quale la steatosi venga riscontrata incidentalmente, ma anche quello con diabete mellito tipo 2, obesità, sindrome metabolica o malattia cardiovascolare associata a un fenotipo metabolico. È inoltre importante ricordare che la presenza di MASLD non è limitata necessariamente al paziente francamente obeso; anche soggetti normopeso possono presentare adiposità ectopica e disfunzione metabolica. In questo contesto, transaminasi normali non devono rappresentare un elemento rassicurante in grado di interrompere il percorso. La normalità di AST e ALT non esclude infatti la presenza di steatosi né di una significativa fibrosi.

La terapia è cardiometabolica

Il nuovo paradigma della MASLD rende ancora più evidente quanto sia artificiale separare la terapia del fegato da quella del cuore, del rene e del metabolismo. La prima prescrizione rimane lo stile di vita, attraverso un'alimentazione di

tipo mediterraneo, la riduzione del peso corporeo quando indicata, l'attività fisica regolare e la riduzione della sedentarietà. Una perdita di peso del 3-5% può migliorare la steatosi, mentre una riduzione più consistente, intorno o superiore al 10%, aumenta la probabilità di ottenere benefici anche sulla componente infiammatoria e fibrotica della malattia epatica. L'attività fisica dovrebbe comprendere almeno 150 minuti settimanali di esercizio aerobico associati, quando possibile, a sedute di esercizio contro resistenza. Parallelamente, il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare deve rimanere prioritario. La presenza di MASLD non rappresenta un motivo per evitare le statine: il trattamento della dislipidemia secondo il profilo di rischio individuale rimane una componente centrale della prevenzione cardiovascolare. Nel paziente con diabete e/o obesità, la scelta della terapia farmacologica dovrebbe inoltre considerare non soltanto il controllo glicemico, ma anche gli effetti sul peso, sul rischio cardiovascolare e sulla protezione d'organo. Gli agonisti del recettore GLP-1, le nuove terapie incretiniche e gli SGLT2 inibitori hanno rafforzato questo approccio, inserendosi in una strategia sempre più orientata alla protezione cardiometabolica. Anche quando il dimagrimento è importante, l'obiettivo non dovrebbe essere semplicemente la riduzione del peso corporeo, ma il miglioramento complessivo della composizione corporea, della funzione muscolare e della capacità funzionale, soprattutto nei pazienti più anziani o con malattia avanzata.

Il cardiologo deve cambiare prospettiva

La MASLD rappresenta oggi uno dei modelli più completi di disfunzione cardio-nefro-metabolica. Considerarla esclusivamente una patologia epatica significa perdere un'importante occasione di prevenzione cardiovascolare. Il percorso può essere semplice e riproducibile: **STEATOSI → VALUTAZIONE DELLA DISFUNZIONE METABOLICA → FIB-4 → IDENTIFICAZIONE DELLA FIBROSI → STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE → INTERVENTO PRECOCE**

Non si tratta di trasformare il cardiologo in epatologo, ma di riconoscere che cuore, fegato, rene e tessuto adiposo condividono meccanismi di malattia e che la loro gestione non può più essere affrontata attraverso percorsi completamente separati. La MASLD rappresenta un marker clinico di disfunzione cardiometabolica, capace di intercettare precocemente un paziente nel quale il rischio cardiovascolare è già presente, ma nel quale la traiettoria della malattia può essere ancora modificata. Per il cardiologo, imparare a leggere il segnale proveniente dal fegato significa, in definitiva, non aspettare l'evento cardiovascolare per riconoscere il rischio.♥

di Gianluigi Tagliamonte, Marco Zuin, Claudia Colombo, Rita Groccia, Giorgio Quadri, Filippo Zilio, Marco Alberto Mojoli, Giulia Russo, Gaetano Marino, Chiara Dalla Valle
a nome dell'Area Cronicità Cardiologica ANMCO

Monitorare tutti o monitorare meglio? La sfida della cronicità cardiologica nell'era del monitoraggio remoto

Chi monitorare, chi deve ricevere gli alert e chi deve intervenire?

Se il numero dei pazienti con patologie cardiovascolari croniche è destinato ad aumentare, possiamo davvero pensare di seguirli tutti con il modello tradizionale? E, se la risposta è no, chi dobbiamo monitorare a distanza, chi deve sorvegliare i dati e soprattutto chi deve trasformare un alert in una decisione clinica? L'invecchiamento della popolazione, il miglioramento della sopravvivenza dopo gli eventi cardiovascolari acuti e la crescente presenza di multimorbidità stanno determinando un progressivo aumento del numero di pazienti "cronici" che necessitano di cure e controlli continuativi. A fronte di questo scenario, le risorse assistenziali, sia ospedaliere sia territoriali, non possono crescere indefinitamente. Il modello tradizionale di follow-up, basato su visite periodiche e su valutazioni effettuate a distanza di settimane o mesi, rischia quindi di diventare sempre meno adeguato. Il monitoraggio remoto rappresenta una possibile risposta a questa esigenza, consentendo di raccogliere informazioni sul paziente anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero e di intercettare precocemente eventuali modifiche del quadro clinico. Ma la possibilità di monitorare sempre più parametri apre nuovi interrogativi. Dobbiamo davvero monitorare tutti? Quali dati sono realmente utili? E soprattutto, chi deve interpretarli e trasformarli in una decisione clinica?

1. Monitorare tutti?

Se il monitoraggio remoto fosse utile, dovrebbe essere esteso al maggior numero possibile di pazienti? Un monitoraggio esteso a tutti potrebbe però rivelarsi difficile da sostenere e persino controproducente. L'enorme quantità di informazioni generate quotidianamente potrebbe determinare un aumento degli alert, dei falsi positivi e del carico di lavoro per gli operatori sanitari, senza necessariamente tradursi in un miglioramento dell'assistenza. Il rischio è quello di passare da una medicina che dispone di pochi dati a una medicina sommersa dai dati. Il problema, quindi, non dovrebbe essere monitorare di più, ma monitorare meglio.

2. Chi monitorare?

Potrebbero beneficiare maggiormente del monitoraggio remoto i pazienti con scompenso cardiaco ad alto rischio, quelli recentemente dimessi dopo un ricovero, i pazienti con frequenti riacutizzazioni o riospedalizzazioni e quelli nei quali l'equilibrio clinico è particolarmente fragile. Anche fragilità, multimorbidità, insufficienza renale, difficoltà di accesso ai servizi e necessità di frequenti modifiche terapeutiche possono identificare i pazienti nei quali un controllo più ravvicinato può avere valore. Rimane tuttavia una questione interessante: il monitoraggio remoto deve essere riservato ai pazienti già ad alto rischio oppure potrebbe diventare uno strumento per identificare precocemente chi sta progressivamente entrando in una condizione di maggiore rischio?

3. Cosa monitorare?

La tecnologia consente oggi di misurare molti parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, ritmo cardiaco, attività fisica, saturazione, dati dei dispositivi impiantabili e, in alcuni casi, parametri emodinamici, anche attraverso dispositivi non prettamente medici. Ma la possibilità tecnica di misurare qualcosa non significa necessariamente che quel dato sia clinicamente utile. Un parametro dovrebbe essere considerato rilevante soprattutto quando la sua variazione può modificare una decisione. In altre parole, dovremmo sempre porci una domanda semplice: se questo dato cambia, siamo in grado di fare qualcosa? Il valore del monitoraggio remoto non risiede quindi nella quantità di informazioni raccolte, ma nella capacità di selezionare quelle significative e interpretarle nel contesto clinico del singolo paziente.

4. Chi deve guardare i dati?

È qui che il problema tecnologico diventa un problema organizzativo. Chi deve controllare quotidianamente i dati di centinaia o migliaia di pazienti? È realistico pensare che possa essere sempre il cardiologo? Probabilmente no. Il monitoraggio remoto richiede un modello nel quale le competenze



siano chiaramente definite. L'infermiere potrebbe avere un ruolo fondamentale nella sorveglianza dei parametri, nella verifica degli alert e nel contatto con il paziente. Il cardiologo dovrebbe mantenere un ruolo centrale nell'interpretazione dei dati clinicamente rilevanti e nelle decisioni terapeutiche. Il case manager potrebbe coordinare il percorso, mentre il medico di medicina generale potrebbe rappresentare un elemento importante nell'integrazione con il territorio. Sistemi automatizzati e algoritmi potrebbero inoltre filtrare le informazioni e identificare i segnali più significativi, ma la tecnologia dovrebbe supportare, non sostituire, il ragionamento clinico.

5. Chi deve ricevere l'alert?

Non tutti gli alert hanno lo stesso significato e non tutti richiedono la stessa risposta. Potremmo immaginare un sistema nel quale un segnale iniziale venga intercettato dall'infermiere, che ne verifica la reale consistenza e contatta il paziente. Solo quando emergono elementi clinicamente significativi dovrebbe essere coinvolto il cardiologo. La vera sfida, quindi, non è soltanto generare alert, ma evitare che gli alert diventino essi stessi una nuova fonte di sovraccarico assistenziale.

6. Chi può modificare la terapia?

Questa è forse la questione più delicata. Se il monitoraggio remoto deve consentire un intervento precoce, dobbiamo stabilire chi può trasformare l'informazione in un'azione terapeutica. Alcune situazioni potrebbero essere gestite secondo protocolli condivisi e percorsi prestabiliti, mentre altre richiederebbero necessariamente la valutazione del cardiologo. Sarà quindi necessario definire quali interventi possano essere effettuati nell'ambito di protocolli infermieristici, quali debbano essere condivisi con il cardiologo e quale debba essere il ruolo del

medico di medicina generale. Non si tratta soltanto di una questione di competenze, ma anche di responsabilità e di organizzazione del percorso assistenziale.

7. Monitoraggio remoto: una tecnologia o un nuovo modello organizzativo?

Il monitoraggio remoto non dovrebbe essere considerato semplicemente come una tecnologia che consente di vedere a distanza ciò che accade al paziente. Se correttamente organizzato, potrebbe rappresentare un vero cambiamento nel modello di presa in carico della cronicità. Il percorso dovrebbe essere chiaro: identificare il paziente, scegliere cosa monitorare, stabilire chi osserva i dati, definire quali alert richiedono un intervento e stabilire chi è responsabile della decisione terapeutica. Solo in questo modo il dato può trasformarsi realmente in cura.

Conclusione

La sfida dei prossimi anni non sarà decidere se utilizzare il monitoraggio remoto, ma chi monitorare, cosa monitorare, chi deve interpretare i dati e chi deve intervenire. Forse, quindi, non dovremmo chiederci soltanto come monitorare di più, ma come monitorare meglio. In una sanità chiamata a gestire un numero crescente di pazienti cronici con risorse limitate, il valore del monitoraggio remoto non sarà determinato dalla quantità di dati raccolti, ma dalla capacità di trasformarli in informazioni significative, decisioni e interventi di cura. La tecnologia, da sola, non risolverà il problema della cronicità. Potrà farlo soltanto se saremo capaci di costruire intorno ad essa un nuovo modello assistenziale, nel quale ogni dato abbia un significato, ogni alert abbia un destinatario e ogni segnale clinicamente rilevante possa trovare una risposta.♥




di Federico Fortuni e Andrea Matteucci

Il cuore nel clima che cambia: caldo estremo e rischio cardiovascolare in Italia

Perché le ondate di calore richiedono nuove strategie di prevenzione e assistenza

Un rischio cardiovascolare sempre meno "stagionale"

Il cambiamento climatico non è soltanto una questione ambientale: è sempre più un determinante di salute cardiovascolare. L'Italia è particolarmente esposta. Secondo l'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale, il 2024 è stato l'anno più caldo della serie nazionale iniziata nel 1961, con una temperatura media di 1,33 °C superiore al riferimento 1991-2020; nel periodo 1981-2024 l'aumento della temperatura media è stato di circa 0,42 °C per decennio (Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, *Il clima in Italia nel 2024*, Report Ambientali numero 44/2025). Anche il 2025 ha confermato temperature superiori alla norma, con un'anomalia della temperatura media annuale di +1,03 °C rispetto al riferimento 1991-2020 (Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, *Il clima in Italia nel 2025*, Report Ambientali numero 48/2026). Nell'estate 2022 sono stati stimati 61.672 decessi correlati al caldo in Europa; l'Italia, con 18.010 decessi, ha registrato il numero e il tasso di mortalità più elevati tra i Paesi analizzati (Ballester et al., *Nature Medicine*, 2023). Si tratta di mortalità complessiva attribuibile al caldo, non esclusivamente cardiovascolare, ma le patologie cardio- e cerebrovascolari rappresentano un importante determinante di vulnerabilità. Una meta-analisi di 266 studi ha mostrato che un aumento di 1 °C della temperatura nell'intervallo di esposizione al caldo si associa, in media, a un incremento del 2,1% della mortalità cardiovascolare (Liu et al., *The Lancet Planetary Health*, 2022).

Perché il caldo mette sotto stress il cuore

Per disperdere calore l'organismo aumenta il flusso di sangue alla cute attraverso la vasodilatazione e attiva la sudorazione. Queste risposte comportano una riduzione delle resistenze periferiche e del volume plasmatico. Il sistema cardiovascolare compensa aumentando frequenza cardiaca, contrattilità e portata cardiaca, con conseguente incremento del consumo miocardico di ossigeno. Nel paziente anziano o con cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco o ridotta riserva cardiovascolare, questo compenso può diventare insufficiente. Disidratazione e perdita di elettroliti possono favorire ipotensione, sincope, peggioramento della funzione renale e aritmie; l'aumento del lavoro cardiaco può facilitare ischemia miocardica, mentre emoconcentrazione, disfunzione endoteliale e attivazione infiammatoria contribuiscono a un ambiente pro-trombotico. Le conseguenze cliniche comprendono quindi un aumento del rischio di infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, aritmie e morte improvvisa (Figura 1).

Chi è più vulnerabile

Il rischio non è distribuito in modo uniforme. Sono particolarmente vulnerabili gli anziani, soprattutto se fragili o soli, e i pazienti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ipertensione, aritmie, diabete o malattia renale cronica. Contano anche i determinanti sociali e ambientali: abitazioni scarsamente ventilate, assenza di sistemi di raffrescamento, isolamento sociale e lavoro fisico all'aperto possono amplificare l'esposizione. Un aspetto spesso sottovalutato riguarda la terapia. Diuretici e altri farmaci cardiovascolari possono favorire deplezione di volume o ipotensione; alcuni trattamenti possono interferire con i normali meccanismi di adattamento al caldo. Questo non significa sospendere o ridurre autonomamente i farmaci. Nelle persone più fragili le ondate di calore dovrebbero piuttosto diventare un'occasione per rivalutare pressione arteriosa, idratazione, peso, funzione renale ed elettroliti e, quando necessario, modulare la terapia sotto controllo medico.

Dalla prevenzione individuale all'organizzazione sanitaria

Il caldo estremo dovrebbe entrare nella pratica clinica come un fattore di rischio prevedibile. Nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare potrebbe essere utile eseguire prima dell'estate un breve "heat-risk



Figura 1 - Caldo estremo e rischio cardiovascolare

assessment": definire chi necessita di monitoraggio più stretto, verificare la capacità di mantenere un'adeguata idratazione, spiegare quali sintomi richiedano un contatto precoce con il medico e identificare eventuali condizioni sociali che rendano difficile proteggersi dal caldo. Nei pazienti con scompenso, le indicazioni sull'assunzione di liquidi devono essere personalizzate in base allo stato congestizio, alla funzione renale e anche alle temperature e all'esposizione al caldo previsti. Anche l'organizzazione sanitaria può adattarsi. Il Piano nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo utilizza sistemi di allarme città-specifici capaci di prevedere fino a 72 ore prima condizioni meteorologiche associate a rischio per la salute; nei periodi di maggiore criticità è previsto il potenziamento dei percorsi assistenziali, incluso il "codice calore" nei Pronto Soccorso (Ministero della Salute, *Piano nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute*, 2026). Questi strumenti possono essere ancora più efficaci se collegati a percorsi proattivi di medicina generale, assistenza domiciliare e ambulatori dedicati ai pazienti cronici. È importante sottolineare come l'impatto delle ondate di calore non debba essere letto in chiave fatalistica: nelle città incluse nel Piano nazionale, dopo l'eccesso di mortalità estiva del 15% osservato nel 2022, la mortalità è risultata pari all'atteso nel 2023, superiore all'atteso del 2% nel 2024 e inferiore all'atteso del 4% nel 2025 (Ministero della Salute e Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, *Risultati dei sistemi di allarme e del sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera e degli accessi in pronto soccorso - Sintesi dei risultati estate 2025*). Sistemi di allerta, informazione, accesso al raffrescamento e identificazione precoce dei soggetti fragili possono quindi contribuire a ridurre l'impatto sanitario delle ondate di calore.

La cardiologia nell'era del cambiamento climatico

La risposta deve muoversi su due livelli. Da un lato, la mitigazione del cambiamento climatico resta essenziale per limitare l'aumento futuro delle temperature. Dall'altro, l'adattamento sanitario è già oggi parte della prevenzione cardiovascolare. Per il cardiologo significa considerare temperatura ed esposizione ambientale tra i fattori che possono destabilizzare un paziente, integrare la prevenzione stagionale nel follow-up e collaborare con medicina territoriale e sanità pubblica. Il caldo non è più soltanto una variabile meteorologica: in un Paese che invecchia e si riscalda rapidamente, è un vero stress test cardiovascolare a livello di popolazione. Riconoscerlo permette di trasformare un rischio crescente in una nuova opportunità di prevenzione.♥




di Nicola Gasparetto e Simona Giubilato
a nome dell'Area Intelligenza Artificiale in Cardiologia ANMCO

Il cardiologo "aumentato": si costruisce un mattoncino alla volta

Opportunità, limiti e responsabilità nell'uso quotidiano dell'IA in cardiologia

L'IA è già qui

Come sarà il cardiologo del futuro? È la domanda da cui il Presidente dell'ESC Thomas F. Lüscher è partito durante la cerimonia di apertura del recente Congresso ESC 2026, nel quale l'intelligenza artificiale è stata uno dei temi centrali. Una possibile risposta è: un "cardiologo aumentato". Con questa espressione intendiamo un cardiologo la cui pratica clinica viene potenziata dall'intelligenza artificiale e dalle tecnologie digitali, senza esserne sostituito. L'idea centrale è che l'IA amplifichi le capacità del medico nell'analisi dell'ECG e dell'imaging, nell'interpretazione dei dati provenienti dai dispositivi indossabili, nella stratificazione del rischio e nel supporto alle decisioni, mentre il giudizio clinico, l'esperienza e la relazione con il paziente restano saldamente nelle mani del professionista. Non si tratta più soltanto di uno scenario futuristico: l'IA è già entrata, spesso in modo silenzioso e "dal basso", nella quotidianità di molti cardiologi. Nei più giovani questa adozione appare particolarmente naturale, perché chatbot e large language model vengono percepiti come un'evoluzione degli strumenti digitali già utilizzati ogni giorno. Non disponiamo ancora di una fotografia sistematica dell'uso dell'IA generativa tra i giovani cardiologi italiani. L'esperienza quotidiana, tuttavia, suggerisce che la sua diffusione abbia preceduto la definizione di regole condivise, di programmi formativi e di percorsi di governance. È un ingresso bottom-up: lo strumento viene sperimentato perché accessibile e immediato, mentre università, ospedali e società scientifiche stanno ancora stabilendo come integrarlo in modo sicuro. Un'indicazione indiretta di questa diffusione arriva da un'indagine dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano: il 67% dei medici dichiara di utilizzare già algoritmi di intelligenza artificiale generativa, ma solo il 30% si sente adeguatamente formato in materia, e nel 90% dei casi si tratta di piattaforme non specifiche per il settore sanitario. È la cosiddetta "shadow AI": strumenti che entrano nella pratica clinica bypassando i percorsi con cui ospedali e istituzioni decidono normalmente quali tecnologie adottare. Occorre inoltre evitare un equivoco: un algoritmo specialistico, addestrato e validato per uno specifico compito clinico, non è sovrapponibile a un chatbot generalista. Parlare genericamente di "IA" rischia di confondere tecnologie con finalità, prestazioni e livelli di responsabilità molto diversi.

Perché la usiamo?

La ragione principale non è necessariamente che l'IA "sappia più del medico". Il suo vantaggio è la capacità di rendere rapidamente interrogabili grandi quantità di informazioni, di proporre una prima struttura e di trasformare un foglio bianco in una bozza su cui lavorare. In una professione caratterizzata da sovraccarico informativo, aggiornamento continuo e crescente pressione organizzativa, il risparmio di tempo rappresenta un potente motore di adozione. Per un giovane cardiologo l'IA può facilitare l'accesso a contenuti complessi, offrire spiegazioni progressive, simulare domande, suggerire diagnosi differenziali da verificare e migliorare l'inglese scientifico. Può essere utile anche per attività meno visibili ma molto impegnative: riassumere una riunione, costruire una checklist, adattare il linguaggio di una relazione o preparare materiale didattico. La disponibilità continua e l'assenza di giudizio favoriscono inoltre l'esplorazione: è possibile formulare domande elementari, ripeterle e modificarle senza il timore di esporsi. Tutto ciò abbassa la soglia di accesso alla conoscenza, ma non ne garantisce la qualità.

Quando l'IA ci rende migliori

Il paradigma più convincente è quello dell'augmentation: l'IA come copilota, non come sostituto. Usata bene, può liberare il medico da attività ripetitive o a basso valore cognitivo e restituire tempo all'interpretazione, alla decisione e alla relazione con il paziente. Può ampliare il ventaglio delle ipotesi, evidenziare elementi trascurati, rendere più efficiente



la consultazione della letteratura e aiutare a comunicare lo stesso concetto a interlocutori diversi. Il valore dell'output, però, dipende dalla qualità dell'interazione e dalla competenza di chi lo valuta. Una richiesta precisa, contestualizzata e consapevole dei propri limiti produce risultati più utili; soprattutto, un professionista esperto sa distinguere una buona sintesi da una conclusione clinicamente fragile. La sequenza corretta non è "domanda-risposta-decisione", ma "domanda-output-verifica-integrazione nel contesto-decisione". L'IA può accelerare alcune fasi del lavoro, mentre responsabilità, giudizio e scelta restano prerogativa dell'essere umano.

Quando rischia di renderci peggiori

La fluidità del linguaggio può creare un'illusione di competenza. Una chatbot può produrre informazioni inesatte, riferimenti inesistenti o interpretazioni non supportate e presentarle con lo stesso tono autorevole usato per le risposte corrette. In medicina l'errore più insidioso non è sempre quello manifesto, ma quello plausibile, opaco e privo di segnali di incertezza. L'eloquenza non equivale all'accuratezza: le chatbot comunicano spesso con la sicurezza di chi sa, mentre i medici devono convivere con l'incertezza di chi ragiona.

A questo si aggiunge l'automation bias, cioè la tendenza ad accettare il suggerimento della macchina perché percepito come neutrale o superiore. Il rischio è particolarmente elevato durante la formazione. Se deleghiamo troppo presto la costruzione del ragionamento clinico, potremmo non sviluppare appieno le competenze necessarie a controllare l'output. Evidenze sperimentali su studenti di medicina mostrano un'asimmetria preoccupante: le spiegazioni fuorvianti generate dall'IA possono ridurre l'accuratezza diagnostica più di quanto le spiegazioni corrette possano migliorarla. Il problema non è quindi soltanto "sbagliare con l'IA", ma imparare a pensare attraverso scorciatoie che rendono meno visibili le alternative e le incongruenze. Esistono poi bias derivati dai dati di addestramento, scarsa trasparenza, instabilità delle risposte e problemi di riservatezza. Inserire in piattaforme generaliste dati identificativi, referti o immagini cliniche può esporre informazioni sensibili al di fuori dei percorsi autorizzati. Anche una risposta formalmente corretta può risultare inappropriata se non considera le comorbilità, le preferenze, le risorse disponibili e le specificità organizzative. Per questo i chatbot generalisti non devono essere utilizzati come decisori clinici autonomi né confusi con dispositivi medici validati.

Il cardiologo del futuro

La domanda, dunque, non è più se usare o meno l'IA, ma come usarla senza impoverire la professione. La competenza digitale del cardiologo dovrà includere la capacità di scegliere

lo strumento più adatto, formulare richieste efficaci, riconoscere i compiti delegabili, verificare fonti e risultati, proteggere i dati e dichiarare con trasparenza l'uso dell'IA quando rilevante. Servono programmi formativi specifici e regole istituzionali semplici: quali piattaforme sono autorizzate, quali dati non possono essere inseriti, quali output richiedono verifica e chi assume la responsabilità finale.
Va nella stessa direzione il recente rapporto dell'OMS sull'intelligenza artificiale responsabile in sanità, la cui conclusione è netta: più che di tecnologia, oggi si tratta soprattutto di governance, con responsabilità chiare, dati affidabili e validazione continua. WHO/EURO:2026-13381-53155-83077.
Le società scientifiche possono avere un ruolo decisivo, offrendo alfabetizzazione critica e indicazioni pratiche prima che le abitudini individuali si consolidino. Ai giovani cardiologi non serve soltanto imparare a scrivere prompt migliori; serve allenarsi a porre domande migliori, tollerare l'incertezza e riconoscere quando una risposta apparentemente convincente non regge al confronto con il paziente reale.
Il cardiologo "aumentato" non è quello che delega più decisioni alla macchina, ma quello che sa usare la tecnologia per ampliare le proprie capacità senza rinunciare al metodo clinico. L'IA potrà renderci più rapidi e informati. Resterà però nostra la responsabilità di trasformare le informazioni in cura, mantenendo al centro la persona e non l'output.

Take-home massages

✓ L'intelligenza artificiale è un copilota, non il decisore clinico.
✓ Delegare un compito non significa delegare il giudizio professionale.
✓ Ogni informazione clinicamente rilevante prodotta dall'IA deve essere verificata criticamente e confrontata con fonti affidabili.
✓ La vera competenza del cardiologo del futuro sarà utilizzare l'IA mantenendo pensiero critico, responsabilità e centralità del paziente.♥



di Walter Grosso Marra, Paola Argiento, Giacomo Giovanni Boccuzzi, Maurizio Bussotti, Maria Flavia Casciolo, Luciana D'Angelo, Iolanda Enea, Letizia Nicolaci, Laura Scelsi, Domenica Zema

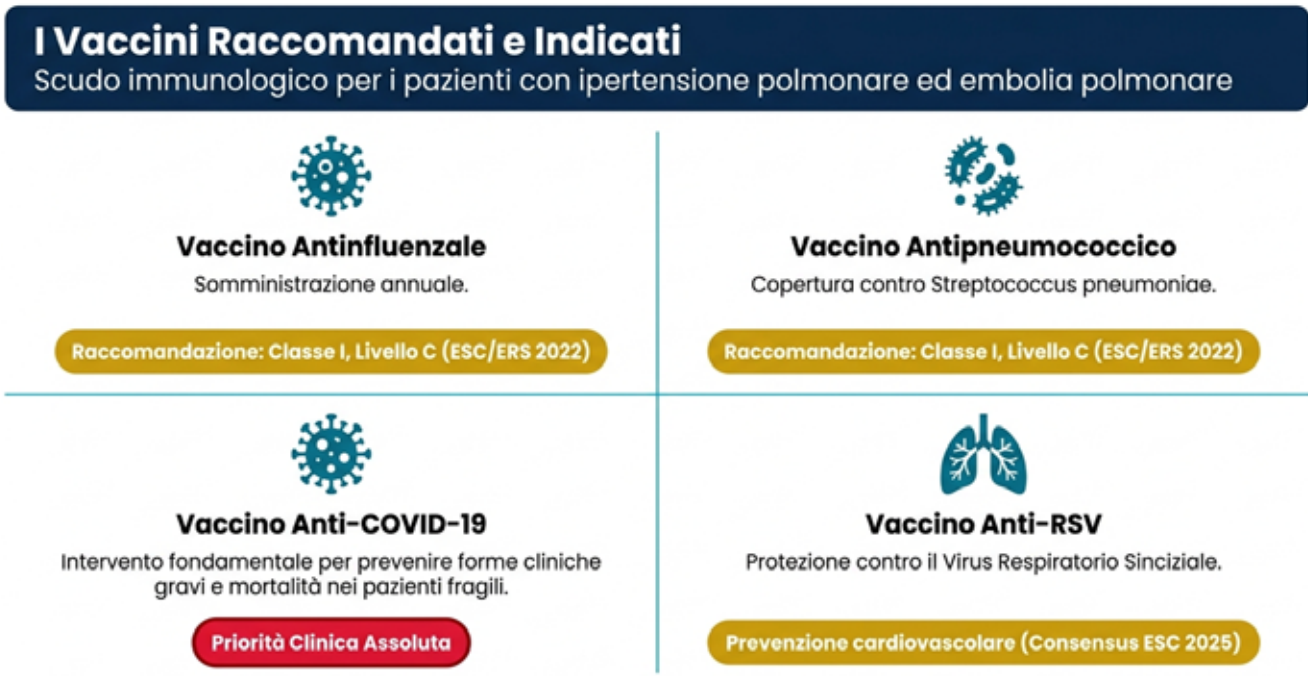
La vaccinazione come scudo immunologico nei pazienti con ipertensione polmonare ed embolia polmonare

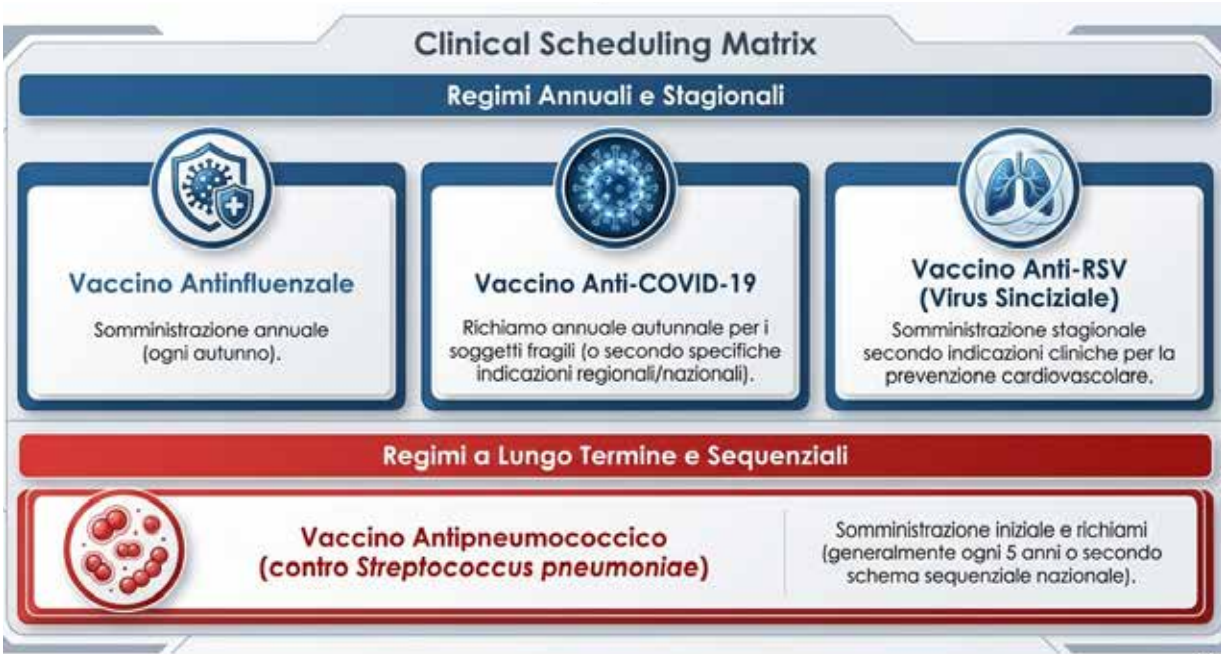
Raccomandazioni delle linee guida e gestione pratica nei pazienti cardiopolmonari fragili

Le infezioni respiratorie acute rappresentano una causa primaria di morbilità, ospedalizzazione e mortalità nei soggetti affetti da patologie cardiopolmonari croniche. Nei pazienti con ipertensione polmonare (IP) di qualsiasi gruppo clinico o con storia di embolia polmonare (EP), lo sviluppo di un'infezione delle vie aeree può destabilizzare un equilibrio emodinamico precario, precipitando uno scompenso ventricolare destro acuto o ricorrenze tromboemboliche. In questo scenario, la profilassi vaccinale emerge come un pilastro della prevenzione cardiovascolare.

Fisiopatologia e vulnerabilità clinica

L'ipertensione polmonare, definita emodinamicamente da una pressione arteriosa polmonare media (mPAP) superiore a 20 mmHg a riposo, comporta un progressivo rimodellamento vascolare polmonare che sovraccarica il ventricolo destro. Un insulto infettivo respiratorio (influenza, polmonite pneumococcica o COVID-19) innesca una cascata infiammatoria sistemica, ipossiemia ed emodinamica iperdinamica (febbre, tachicardia). L'ipossia stimola la vasocostrizione polmonare ipossica, determinando un incremento acuto delle resistenze vascolari polmonari (PVR) e del postcarico del ventricolo destro. Questo circolo vizioso può condurre rapidamente a insufficienza ventricolare destra acuta, shock cardiogeno e decesso. Nei pazienti con pregressa EP, lo stato pro-infiammatorio indotto dalle infezioni





acute aumenta l'ipercoagulabilità sistemica, accrescendo il rischio di recidive tromboemboliche venose.

Le raccomandazioni delle Linee Guida ESC/ERS 2022

La quarta edizione delle linee guida congiunte della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della European Respiratory Society (ERS) del 2022 sottolinea l'importanza delle misure preventive. La vaccinazione antinfluenzale annuale e la vaccinazione antipneumococcica sono raccomandate con forza (Classe di Raccomandazione I, Livello di Evidenza C) come parte integrante delle cure di supporto. Questa raccomandazione si applica trasversalmente a tutti i gruppi clinici di IP.

L'impatto del COVID-19 e l'efficacia protettiva

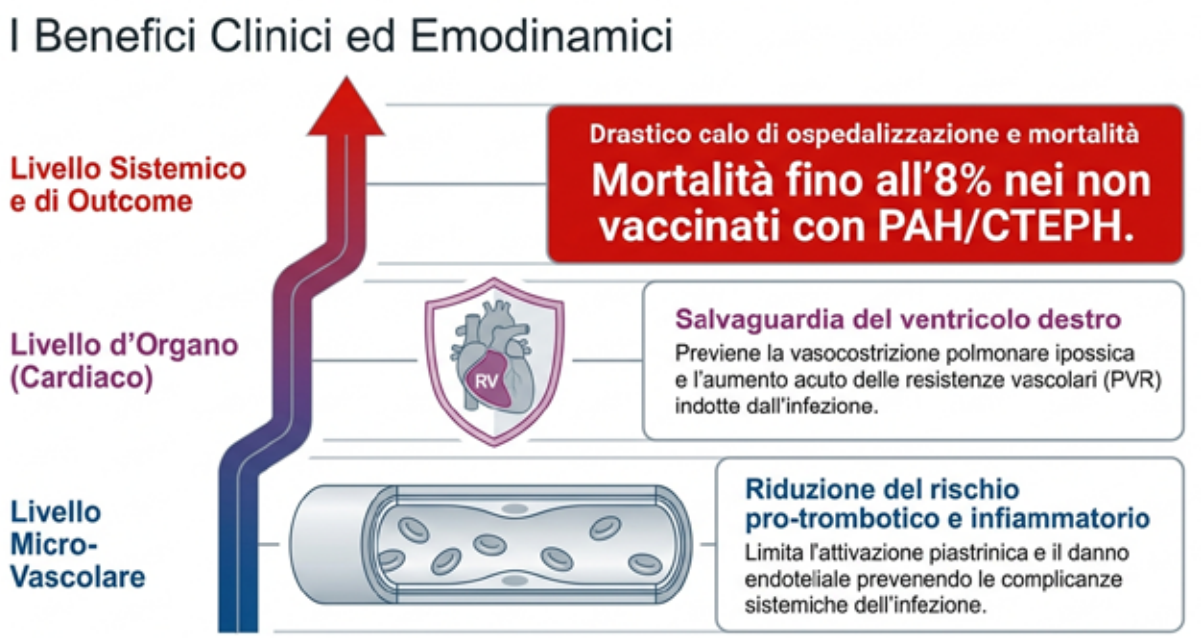
I pazienti con PAH e CTEPH presentano una suscettibilità all'infezione da SARS-CoV-2 simile a quella della popolazione generale, ma con tassi di mortalità intraospedaliera nettamente superiori (circa l'8% nei non vaccinati). Studi osservazionali multicentrici indicano che l'incidenza di COVID-19 grave è significativamente inferiore nei vaccinati rispetto ai non vaccinati (9% vs 46%, $p<0.001$). Tutti i decessi registrati in queste coorti hanno riguardato soggetti non vaccinati, evidenziando il profilo protettivo vitale dei vaccini. La vaccinazione anti-COVID-19 (con particolare preferenza per i vaccini a mRNA) è fortemente raccomandata ed efficace nel ridurre mortalità e ospedalizzazioni in questa popolazione vulnerabile, senza segnalazioni di eventi avversi significativi o deviazioni emodinamiche stabili.

La vaccinazione come prevenzione cardiovascolare: il Consensus ESC 2025

Un recente Clinical Consensus Statement del 2025 dell'ESC ha formalmente designato la vaccinazione (antinfluenzale, antipneumococcica, anti-COVID-19 e per il virus respiratorio sinciziale - RSV) come un pilastro fondante della prevenzione cardiovascolare. Le infezioni respiratorie non colpiscono solo l'apparato respiratorio, ma agiscono come trigger per eventi cardiovascolari maggiori (infarto del miocardio, stroke e riacutizzazioni di scompenso cardiaco) attraverso l'attivazione piastrinica, la disfunzione endoteliale e la risposta infiammatoria sistemica. Nei pazienti con ipertensione ed embolia polmonare, proteggere l'albero vascolare dall'insulto infiammatorio acuto riduce le polmoniti e protegge direttamente la funzione contrattile del miocardio destro.

Inclusione nei piani vaccinali e "elevata fragilità"

In linea con le evidenze, le circolari ministeriali italiane identificano



l'ipertensione polmonare e l'embolia polmonare tra le malattie croniche respiratorie caratterizzate da elevata fragilità. A questi soggetti viene offerta gratuitamente sia la vaccinazione antinfluenzale stagionale sia la vaccinazione anti-COVID-19 aggiornata (con formulazioni mirate sulle varianti circolanti). La co-somministrazione dei due vaccini nella stessa seduta è ampiamente validata come sicura ed efficace, semplificando il percorso clinico del paziente e massimizzando l'aderenza. In conformità con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025), anche la vaccinazione anti-Herpes Zoster con vaccino ricombinante adiuvato è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti affetti da ipertensione polmonare e tromboembolia polmonare cronica.

Gestione pratica del paziente in terapia anticoagulante

Un aspetto cruciale nella pratica clinica quotidiana riguarda la somministrazione delle vaccinazioni per via intramuscolare (i.m.) in pazienti sottoposti a terapia anticoagulante cronica. La terapia anticoagulante è un trattamento obbligatorio a lungo termine o permanente nei pazienti con embolia polmonare acuta, CTEPH (Gruppo 4). Sebbene molti clinici temano il rischio di emorragie locali o ematomi intramuscolari, la letteratura scientifica e i documenti di consenso confermano che la vaccinazione i.m. può essere eseguita in totale sicurezza adottando semplici accortezze procedurali.

Conclusioni e prospettive future

Nonostante la forte raccomandazione delle linee guida e il profilo di sicurezza consolidato, studi di utilizzo del mondo reale evidenziano tassi di aderenza vaccinale ancora ampiamente subottimali nei pazienti affetti da ipertensione polmonare (specialmente per l'antinfluenzale, con coperture stimate inferiori al 30% in alcune coorti). Questa discrepanza rappresenta un'importante opportunità di miglioramento clinico. Il medico specialista, in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, deve assumere un ruolo proattivo nell'educazione del paziente, spiegando che la vaccinazione non è una misura facoltativa, ma una vera e propria terapia preventiva salvavita, in grado di proteggere la funzione del ventricolo destro e di ridurre le ospedalizzazioni cardiorespiratorie. Integrare sistematicamente il counselling vaccinale all'interno dei controlli di follow-up nei centri di riferimento per l'ipertensione polmonare e nei reparti di cardiologia rappresenta la strategia più efficace per colmare questo divario assistenziale.♥


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 Iannì - 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





di Marco Fabio Costantino, Maria Maddalena De Francesco e Maria Giuseppina Veglia

CardioLex: Corso di Alta Formazione in Cardiologia Clinica e Responsabilità Professionale

Evidenza scientifica, decisione clinica e responsabilità nella Cardiologia contemporanea

Il 3 e 4 luglio 2026 si è svolto a Matera il *Corso di Alta Formazione in Cardiologia Clinica e Responsabilità Professionale "CardioLex"*, con il patrocinio di ANMCO - Sezione Regionale Basilicata e SIECVI. Responsabili scientifici dell'iniziativa sono stati Marco Fabio Costantino, Responsabile della Task Force nazionale ANMCO Responsabilità professionale e sicurezza delle cure, Maria Maddalena De Francesco, Presidente ANMCO Basilicata, e Maria Giuseppina Veglia, Delegata SIECVI per la Regione Basilicata.
Il corso ha riunito discenti provenienti da Basilicata, Calabria, Puglia e Campania e una faculty multidisciplinare di rilievo nazionale, con l'obiettivo di affrontare un tema sempre più presente nella pratica quotidiana: il rapporto tra evidenza scientifica, autonomia decisionale, appropriatezza delle cure e responsabilità professionale.

La responsabilità professionale oltre l'errore tecnico

L'evoluzione delle linee guida, l'introduzione di terapie innovative, lo sviluppo dell'imaging avanzato e delle procedure interventistiche hanno ampliato le possibilità diagnostiche e terapeutiche della Cardiologia, ma anche la complessità delle decisioni. Parallelamente, appropriatezza prescrittiva, aderenza alle raccomandazioni, tracciabilità delle scelte e responsabilità organizzativa hanno assunto un peso crescente. Uno dei temi centrali delle due giornate è stato il quadro della responsabilità professionale delineato dalla Legge 24/2017, la cosiddetta Legge Gelli-Bianco, analizzato soprattutto nelle sue implicazioni per la pratica clinica.



Il confronto ha riguardato la distinzione tra responsabilità della struttura sanitaria e responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, ma ha soprattutto evidenziato un principio fondamentale: la sicurezza delle cure non può essere ricondotta esclusivamente al comportamento del singolo professionista. Omissione terapeutica, ritardo diagnostico, qualità della documentazione clinica e tracciabilità del processo decisionale sono stati discussi insieme agli elementi organizzativi che possono condizionare l'assistenza. Carenze strutturali, tecnologiche o organizzative possono infatti interferire con la possibilità del medico di operare secondo linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali, ponendo il problema del confine tra responsabilità individuale e responsabilità dell'organizzazione.

L'appropriatezza come filo conduttore

CardioLex non è stato concepito come un corso di medicina legale rivolto ai cardiologi. La responsabilità professionale ha rappresentato piuttosto una chiave di lettura trasversale delle principali aree della Cardiologia. Il programma ha affrontato le decisioni terapeutiche nella prevenzione cardiovascolare e nello scompenso cardiaco, il bilanciamento tra rischio ischemico ed emorragico nella terapia antitrombotica, la gestione delle aritmie e dei dispositivi, la prevenzione della morte improvvisa e le decisioni ad alto impatto nell'area critica. Nello STEMI e nelle altre condizioni tempo-dipendenti, ad esempio, la responsabilità non riguarda soltanto la correttezza della scelta terapeutica, ma anche tempi, organizzazione della rete e



continuità del percorso assistenziale. Analogamente, nella rianimazione cardiologica e nella gestione post-ROSC, decisioni rapide e complesse devono essere integrate con percorsi organizzativi adeguati. Ne emerge una concezione dell'appropriatezza che va oltre la semplice aderenza formale alle raccomandazioni: scegliere il trattamento corretto significa individuare l'opzione più adeguata per quel paziente, in quel momento e in quello specifico contesto assistenziale.

Imaging cardiovascolare: non solo eseguire bene un esame

Un'intera sessione è stata dedicata all'imaging cardiovascolare e alle responsabilità connesse alla scelta, all'esecuzione e all'interpretazione dell'esame diagnostico. Ecocardiografia transtoracica, transesofagea e da stress, TC coronarica, SPECT e risonanza magnetica cardiaca sono state analizzate dal punto di vista dell'appropriatezza dell'indicazione e della responsabilità refertativa. La scelta della metodica, l'esposizione alle radiazioni, la gestione del paziente fragile e l'integrazione tra differenti tecniche di imaging rappresentano infatti parte integrante del processo decisionale. Il messaggio emerso è che l'appropriatezza diagnostica non consiste soltanto nel "fare bene" un esame, ma anche nel decidere ***se eseguirlo, quando eseguirlo e quale metodica utilizzare***, evitando tanto l'omissione quanto il ricorso non giustificato a indagini diagnostiche. La stessa prospettiva ha caratterizzato il confronto sulla Cardiologia strutturale e interventistica, dalla dissezione aortica all'interventistica valvolare, dalla chiusura del forame ovale pervio alla gestione dell'arteriopatia periferica.

Clinical Grey Zones: quando la linea guida non dà una risposta univoca

La parte conclusiva del corso è stata dedicata alle "Clinical Grey Zones", situazioni nelle quali evidenze e



raccomandazioni non forniscono necessariamente una risposta automatica e la decisione deve essere costruita sul singolo paziente. La tavola rotonda "Decisione clinica e responsabilità: autonomia professionale o medicina difensiva?" ha messo a confronto cardiologo clinico, interventista, elettrofisiologo, ecocardiografista, medico nucleare, radiologo, cardiochirurgo, chirurgo vascolare e avvocato. La fibrillazione atriale nel paziente ad alto rischio emorragico, l'indicazione borderline all'ICD e la stenosi aortica in presenza di importanti comorbidità sono diventate occasioni concrete per discutere il rapporto tra evidenza, giudizio clinico e responsabilità. È proprio nelle zone grigie che emerge uno dei messaggi più rilevanti delle due giornate***: appropriatezza non significa applicazione meccanica della linea guida***. Le raccomandazioni rappresentano il riferimento scientifico, ma il medico mantiene il compito di tradurle nella situazione concreta attraverso una decisione motivata, proporzionata e adeguatamente documentata.

Dalla medicina difensiva alla cultura della responsabilità

Il confronto sviluppato durante CardioLex ha mostrato come tutela del paziente e tutela del professionista non siano obiettivi contrapposti. Appropriatezza, qualità della documentazione, comunicazione, organizzazione dei percorsi e tracciabilità delle decisioni costituiscono contemporaneamente strumenti di sicurezza delle cure e di riduzione del rischio professionale. La responsabilità professionale può quindi essere letta non come un limite all'autonomia del cardiologo, ma come parte integrante della qualità della cura. Superare la medicina difensiva significa anche passare dalla ricerca dell'errore individuale a una cultura capace di analizzare il processo assistenziale nel suo complesso, riconoscendo il ruolo delle competenze professionali ma anche quello dell'organizzazione. CardioLex ha proposto in questo senso un modello formativo nel quale evidenza scientifica, pratica clinica, appropriatezza e responsabilità vengono affrontate come componenti dello stesso processo decisionale. Il confronto avviato a Matera proseguirà attraverso una serie di webinar dedicati a specifiche problematiche della responsabilità professionale in Cardiologia, con particolare attenzione a quelle "zone grigie" nelle quali il cardiologo è chiamato ogni giorno a trasformare le evidenze scientifiche in decisioni per il singolo paziente.♥

di Ilaria Radano, Fabrizio Delnevo, Silvia Muccioli, Mattia Troncone, Rita D'Aniello, Luca Zappia, Francesco Paolo Cancro, Giuseppe Musumeci

Dalle evidenze epidemiologiche e scientifiche uno specifico PDTA per la gestione del paziente obeso ad alto rischio L'esperienza del Mauriziano di Torino

Epidemiologia e caratteristiche cliniche dei pazienti obesi con malattia coronarica

L'obesità è definita da un BMI ≥30. La sua prevalenza è in costante aumento (650 milioni di adulti in tutto il mondo). Si stima che in Europa l'obesità interessi circa il 59% degli adulti ed almeno 1 bambino su 3, in Italia ne sono affetti più di 10 milioni di persone. L'obesità correla con un aumentato rischio di ipertensione, di sindrome metabolica, di insulino-resistenza, diabete mellito di tipo 2 e dislipidemia e rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolari. Pertanto, abbiamo voluto valutare la prevalenza e le caratteristiche cliniche dell'obesità in una coorte di pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato, come quelli sottoposti ad angioplastica, sia con diagnosi di sindrome coronarica acuta (SCA), sia per sindrome coronarica cronica (SCC), anche alla luce dell'efficacia dei nuovi farmaci disponibili per la riduzione del peso corporeo.
Abbiamo arruolato in maniera retrospettiva 2557: 1366 con SCA and 1191 con SCC, sottoposti a procedura di angioplastica coronarica tra il 2021 ed il 2023. Oltre alla prevalenza dell'obesità sono state valutate una serie di caratteristiche demografiche e cliniche come i fattori di rischio cardiovascolari, variabili di laboratorio (emoglobina, funzione renale, profilo lipidico, emoglobina glicata, proteina C reattiva-PCR), ecocardiografici come la frazione di eiezione e procedurali (il numero di vasi interessati, trattati, rivascolarizzazione completa e complicanze peri-procedurali).
Della popolazione di pazienti analizzata, l'11.9% (288 pazienti) aveva un BMI ≥30, di questi il 73% era rappresentano da maschi ed il 27% da femmine, con una età media di 69.2 ± 11.1 anni. In questo sottogruppo di pazienti si evidenziava una elevate prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolari. La maggior parte dei pazienti eseguiva angioplastica coronarica per SCA NSTEMI (18. 6%) ed angina stabile (17.5%). Più della metà dei pazienti (58.7%) era in terapia con statine ed il 24% assumeva duplice terapia con statina + ezetimibe. Solo due pazienti erano in terapia con PCSK9 inibitori. Il colesterolo LDL medio era 84.5 ± 39.3 mg/dL. All'ingresso la frazione di eiezione era 52.3% ± 10.7% e alla valutazione angiografica nella maggior parte dei casi si riscontravano malattie coronariche monovasali (107 pazienti), bivasali in 90 pazienti e trivasali in 75 pazienti. Abbiamo inoltre valutato la correlazione tra BMI e PCR che nella nostra popolazione di pazienti, all'ingresso presentava un valore medio di 4.0 ± 8.2 mg/L. Attraverso un modello di regressione multilineare, abbiamo dimostrato come, anche dopo l'aggiustamento per età, sesso, fattori di rischio cardiovascolari ed insufficienza renale, il BMI sia indipendentemente associato con elevati livelli di PCR.
Negli ultimi anni, si è posta sempre più attenzione all'obesità come fattore di rischio modificabile, sulla scia di trial randomizzati che hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza di farmaci nella riduzione del peso corporeo e nel miglioramento degli outcome cardiovascolari. Il SELECT trial, che ha incluso pazienti sovrappeso o obesi con patologie cardiovascolari conclamate in assenza di diabete melliti, ha dimostrato come la semaglutide riduca in maniera significativa gli eventi avversi cardiovascolari maggiori rispetto al placebo. Analogamente, la tirzepatide, un duplice agonista recettoriale GIP/GLP-1, si è dimostrata più efficace nella riduzione del peso corporeo rispetto agli agonisti recettoriali GLP-1. Nel recente studio SURPASS CVOT si evince

la non inferiorità della tirzepatide rispetto a dulaglutide per quanto concerne un endpoint composito di mortalità per tutte le cause, infarto miocardico o stroke, in pazienti con diabete mellito tipo 2 e malattia cardiovascolare aterosclerotica. Finalmente l'obesità non viene più considerata solo un fattore di rischio secondario correlato allo stile di vita, bensì un target terapeutico primario soprattutto nei pazienti con elevato profilo di rischio cardiovascolare. Pertanto, alla luce degli ultimi trials e dei dati emersi dalla nostra analisi, che ha confermato e sottolineato l'importanza della riduzione del peso corporeo nell'ambito della prevenzione secondaria e di come questi pazienti presentino un non ottimale controllo dei restanti fattori di rischio cardiovascolari e un elevato livello di infiammazione sistemica, si rende evidente la necessità di un approccio multidisciplinare farmacologico e non nella gestione di questi pazienti, finalizzata al raggiungimento di una significativa riduzione di peso corporeo e miglioramento degli outcome cardiovascolari a lungo termine. Sulla scorta di queste considerazioni, nel nostro reparto di Cardiologia dal 2025 viene applicato un PDTA per la individuazione di pazienti ricoverati con diagnosi di malattia cardiovascolare nota con obesità conclamata (BMI > 30) favorevoli ad iniziare un percorso di calo ponderale mediante terapia non farmacologica e farmacologica, con l'obiettivo di miglioramento della qualità di vita dei pazienti, riduzione dei costi sanitari associati alle ospedalizzazioni e alla gestione terapeutica dei fattori di rischio cardiovascolari correlati all'obesità, utilizzo dei protocolli terapeutici farmacologici e non, condivisi con Dietologia e la nutrizione Clinica ospedaliera (Figura 1).♥

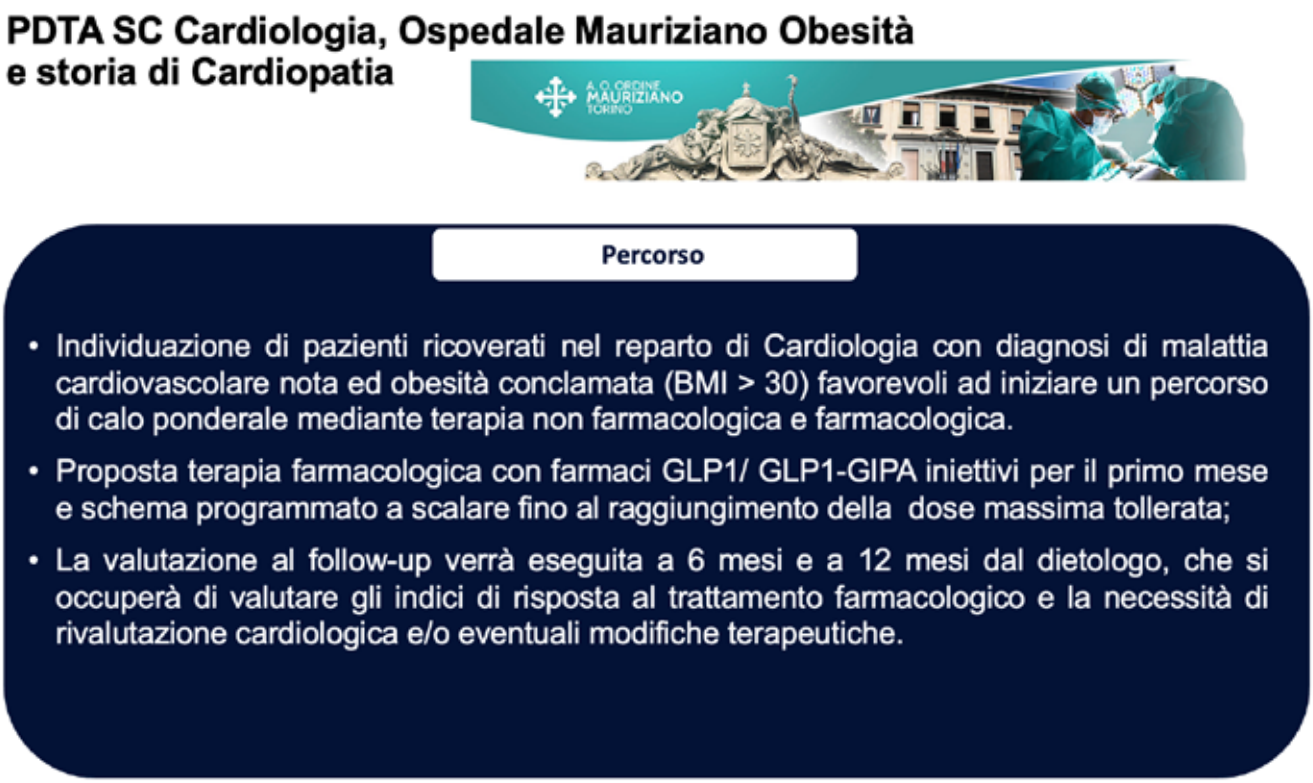


Figura 1

di Christian Piergentili



L'infarto nell'atleta Master: una sfida per i cardiologi?

Dalla non idoneità agonistica al "faccia un po' come le pare"

E se l'idea che abbiamo dei nostri pazienti fosse sbagliata? Un infarto è un evento importante, che mette in crisi la propria aspettativa di vita, la salute, la famiglia, il lavoro, ecc. L'età media degli eventi coronarici è attorno ai 70 anni ma ¼ dei pazienti è in età lavorativa, talora in giovane età con figli a carico. È facile e comodo aver a che fare con un paziente "diversamente giovane" che accetta le informazioni in maniera acritica facendo poche domande durante un ricovero in cui noi medici siamo alla costante ricerca dell'efficienza e delle rapidità. Ma non tutte le persone sono uguali, l'accettazione e la nuova consapevolezza di sé sono un processo lento. Ecco, quindi, che chi si arroga l'*onere* del counseling ha l'*onore* di aprire il vaso di Pandora e scoprire che dietro una SDO ed un codice fiscale si nascondono un mare di dubbi che aspirano ad essere dissipati e di domande che chiedono risposta. Ma anche noi dobbiamo porci delle domande. Le risposte che diamo devono risultare soddisfacenti, scientificamente aggiornate, adeguate alle esigenze delle persone e comprensibili per i nostri pazienti; siamo in grado di fare questo e dar loro una seconda opportunità, una seconda vita?

La presa in carico consapevole necessita un lavoro di precisione tanto maggiore quanto più giovane è il paziente e quanto più è importante la "frattura psicologica" ossia la discrepanza tra la realtà e la visione di sé.

L'esempio per eccellenza lo vediamo nelle persone fisicamente molto attive, negli atleti Master, in coloro che hanno fatto del proprio corpo il proprio tempio e la propria immagine o che sono fortemente identificati con la pratica sportiva, ex nazionali o addirittura olimpici, in ex atleti ora allenatori, in imprenditori in eterna competizione con il mondo o in persone che praticano l'attività fisica per rimanere psicologicamente "in equilibrio". Spesso in queste persone l'evento ischemico giunge in pieno benessere. Quanti ne vediamo così? Siamo bravi a mettere le nostre "red flag" su segni e sintomi per la diagnosi precoce di malattia cardiaca, meno bravi a definire delle "red flag" che ci consentano di individuare i disagi che potrà incontrare un atleta che diventa cardiopatico. Noi cardiologi non ci diamo peso, ma l'evento cardiaco condiziona la durata della vita lavorativa al punto che molte persone si pensionano entro un anno dall'infarto. Noi cardiologi non ci diamo peso, ma comunicare ad un atleta che "ai fini della tutela della salute..." non gli verrà più concessa l'idoneità agonistica, determina una pesantissima "frattura psicologica". Questa non è una notizia da comunicare in pochi minuti o in modo sbrigativo prima di allontanarsi per un'urgenza. L'atleta non si percepisce come paziente, mette quasi sempre in discussione il giudizio del cardiologo, attiva anche inconsciamente meccanismi di negazione o minimizzazione del rischio. Il disallineamento tra percezione soggettiva e realtà non è solo il determinante della scarsa aderenza alla terapia farmacologica ma è un disastro annunciato su tutta la linea, foriero di nuovi eventi e da evitare fin da subito. Va evitata la cosiddetta "Sindrome di Superman" in cui, in sostituzione di una terapia farmacologica mal accettata, si intensifica l'attività sportiva al fine di controllare i fattori di rischio. Nella "Sindrome di Superman" essere autosufficienti, forti e perfetti (se siamo forti non possiamo essere fragili...) è necessario anche per la propria salvezza psicologica, spesso a scapito del proprio benessere.

Avere a che fare con il cardiopatico "medio", che in più del 30% dei casi non raggiunge il livello di attività fisica raccomandato dall'OMS, è facile. Questa popolazione è la più frequente ma questo stile di vita non dovrebbe rappresentare la normalità. Ci sembra spesso anormale il mondo dell'atleta Master, un mondo resistente e "resiliente" in cui il "barcollo ma non mollo" ed il "non mollare mai" rappresentano la filosofia di vita già prima dell'infarto. A questo punto è chiaro che limitarsi a formulare una diagnosi ed a prescrivere restrizioni è inadeguato ottenendo solamente



Foto di Anna Shvets | www.pexels.com

reazioni oppositive, più eclatanti, piuttosto che reazioni depressive.
Il caso clinico dell'atleta Master con cardiopatia ischemica (di cui sono piene le cardiologie d'Italia) evidenzia in un caso esemplare queste criticità: rivascolarizzazione efficace e terapia ottimizzata ma il paziente rifiuta la nuova condizione, autogestisce i trattamenti e continua l'attività ad alta intensità. In questi casi i "sì, ma io Dottore di solito faccio così…" si sprecano e vi è la pretesa di conoscere quale sia la cura migliore per sé stessi. Se non iniziamo a rispondere alle esigenze psicologiche di questi pazienti finiremo per risultare inadeguati e per cedere al "faccia un po' come la pare" che per noi non è mai un grande risultato. Ammettiamolo però… rendere idonei tutti a tutto in nome della libera scelta individuale, come in altri paesi, è comodo. Per andare fuori coro penso invece tre cose:
1. La consapevolezza della malattia non coincide con la semplice informazione, l'infarto nell'atleta Master ce lo insegna. La consapevolezza è un processo che richiede tempo, linguaggio adeguato e capacità di tradurre il "rischio cardiovascolare" in termini comprensibili e accettabili per il paziente. Senza questo, ogni indicazione terapeutica è destinata a fallire.
2. L'impatto emotivo della diagnosi deve essere gestito, anche dal cardiologo. La presenza di percorsi psicologici dedicati consente di intercettare reazioni disfunzionali e di supportare il paziente nella rielaborazione dell'identità, da atleta "invulnerabile" a soggetto consapevole, attivo nel proprio percorso di cura e, la maggior parte delle volte, anche fisicamente seppur in modo diverso.
3. La sospensione totale dell'attività fisica rappresenta raramente la soluzione ottimale. Al contrario, la letteratura e l'esperienza indicano la necessità di proporre percorsi di cardiologia clinica e riabilitativa anche e forse soprattutto in questi casi. La gestione dell'atleta infartuato richiede competenze che superano il perimetro strettamente cardiologico e sconfinano in altre professionalità. Questo approccio è un game changer. Un percorso di cardiologia riabilitativa non è solo finalizzato alla riattivazione motoria ed al controllo dei fattori di rischio ma deve riuscire a trasformare un evento traumatico in una nuova opportunità. Questo l'intelligenza artificiale ancora non lo può fare, noi sì.♥



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

COMPONENTI

Dott. **Giovanni Caroli**
Ospedale Perrino - U.O.C. di Cardiologia UTIC
Brindisi
giovannicaroli@hotmail.it

Dott.ssa **Rossella Troccoli**
AOU Policlinico - UOC Cardiologia Ospedaliera
Bari
rossella.troccoli@gmail.com

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

di Simone Bartolini, Francesco Grossi, Giulia Taborchi, Walther Iannotti, Luca Persiani, Chiara Mari, Valentina Tozzetti, Giuseppe Ciriello, Francesca Sani, Massimo Milli

L'Architettura della Cura: Casa di Comunità, una rivoluzione gestionale attuabile?

Esperienza della SOC Cardiologia Firenze 1 nell'implementazione delle attività cardiologiche in Casa di Comunità

L'Architettura della Cura: Casa di Comunità, una rivoluzione gestionale attuabile?

Per decenni, l'immaginario collettivo della medicina si è identificato con la sirena dell'ambulanza e il grande ospedale ad alta tecnologia. Era la medicina del modello reattivo: attendere l'evento acuto, intercettarlo in emergenza e riparare il danno. Tuttavia, con l'aumento dell'aspettativa di vita e l'esplosione delle patologie croniche, questo approccio ha mostrato i suoi limiti sistemici. È qui che nasce l'esigenza della proattività assistenziale. L'obiettivo della sanità moderna si è spostato dal semplice "cure" (la guarigione dell'acuzie) al "care" (la gestione continuativa della salute). La Casa di Comunità (CDC) rappresenta l'incarnazione fisica e concettuale di questo cambio di paradigma: non un semplice edificio, ma un nodo di rete multidisciplinare disegnato per intercettare i bisogni prima che si trasformino in emergenze. Se a livello nazionale la svolta sistemica è stata formalizzata con il DM 77/2022 e i fondi del PNRR (Missione 6), la Toscana ha rappresentato il vero laboratorio pionieristico di questa visione. Già con l'esperienza pluridecennale delle Case della Salute, la Regione Toscana ha anticipato i tempi, applicando sui propri territori principi scientifici di population health management e il modello dell'Expanded Chronic Care Model (ECCM). All'interno della Casa di Comunità si va a ricreare un ecosistema che mira alla ricomposizione della frammentazione sanitaria: Medici di Medicina Generale (MMG) affiancati dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità collaborano con specialisti ambulatoriali ed ospedalieri oltre che con assistenti sociali ed altre figure professionali (psicologi, fisioterapisti) che integrandosi, vanno a rispondere ai determinanti biologici, psicologi e sociali della persona in quel determinato territorio. Anche l'avanzare della tecnologia ha permesso di ampliare l'offerta al cittadino grazie ai sistemi di telemedicina come la refertazione telematica dell'elettrocardiogramma, le televisite ed il teleconsulto, altre ad una diagnostica di primo livello come l'ecografia point of care oppure la possibilità di eseguire esami ematici rapidi (POCT). L'offerta è stata ulteriormente arricchita recentemente dalla presenza del Punto di Intervento Rapido (PIR) per la gestione delle urgenze cliniche minori che non richiedano l'accesso ad un pronto soccorso.

Il progetto della Cardiologia Firenze 1 (Ospedale San Giovanni di Dio, Ospedale Santa Maria Nuova)

La nostra esperienza, basata su anni di attività, di lavoro spalla a spalla con i MMG all'interno delle strutture Territoriali, interpreta questa collaborazione non come un "freddo" poliambualtorio ma come un reale ponte organizzativo tra le necessità sanitarie e sociali del territorio e la nostra realtà Ospedaliera. La nostra risposta a queste esigenze prevede diversi servizi.

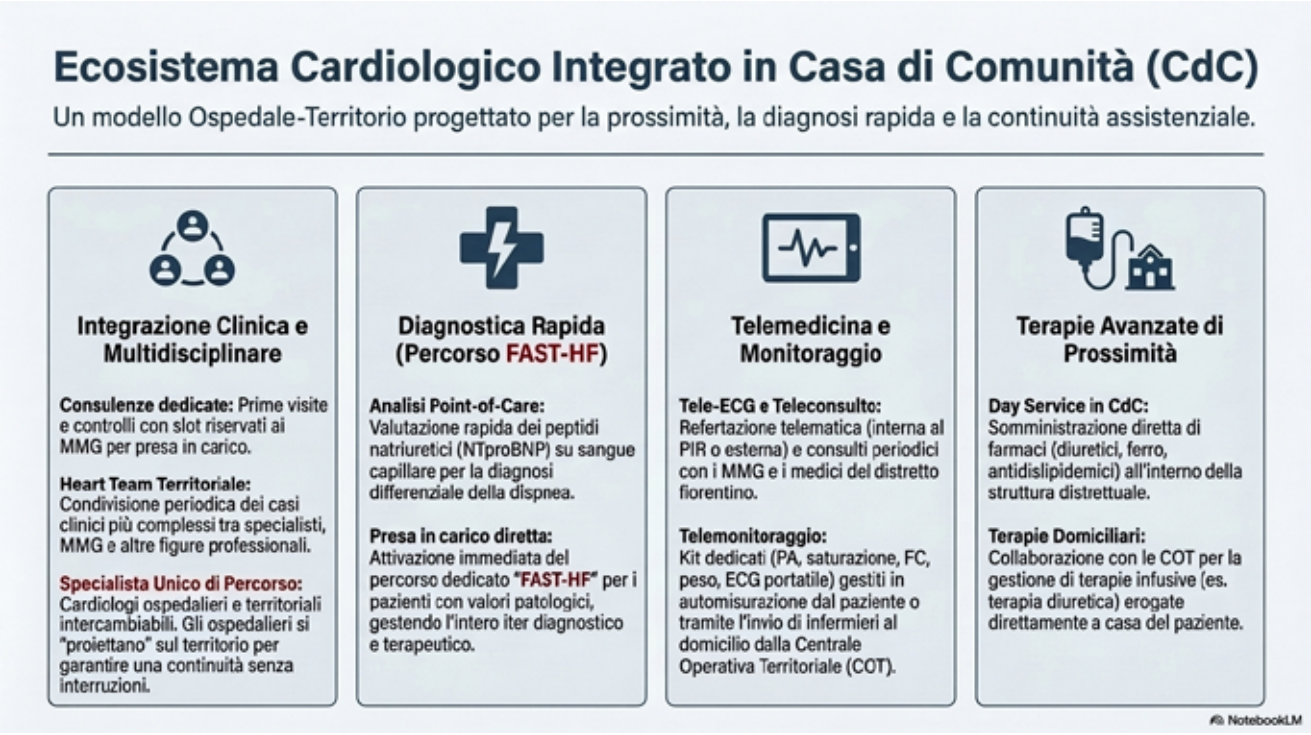
- Prima consulenza cardiologica e consulenza cardiologica di controllo con slot dedicati ai MMG della CDC proprio per favorire una medicina di prossimità e la presa in carico totale del paziente.
- Lettura telematica degli ECG sia come servizio esterno sia inserito all'interno del PIR per ottimizzare il lavoro svolto dalla continuità assistenziale.
- Teleconsulto periodico sia con i MMG interni alla Casa di Comunità che con tutti i medici dell'Area Fiorentina.
- "Heart Team" territoriale a cadenza periodica per la condivisione dei casi più complessi con i MMG, allargato anche alle altre specialistiche ed a tutte le altre figure professionali afferenti alla struttura.
- Dotazione di strumenti per l'analisi rapida, mediante sangue capillare, dei valori di peptidi natriuretici (NTproBNP) per una diagnosi differenziale della dispnea, con attivazione, per quei pazienti con valori di NTproBNP patologico, di un percorso dedicato con presa in

carico da parte della nostra struttura sia per una prima visita che per eventuali successivi accertamenti fino al completamento della diagnosi e alla corretta gestione terapeutica (percorso "FAST-HF").

- Dotazione di sistemi di telemonitoraggio con kit dedicati per il monitoraggio periodico dei parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione, frequenza cardiaca, peso corporeo, ECG portatile) per i pz con scompenso cardiaco, sia in automisurazione da parte del paziente che attraverso l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) che invia infermieri al domicilio del paziente.
- Collaborazione con le COT per la gestione delle terapie infusive direttamente a domicilio del paziente (per esempio la terapia diuretica).
- Possibilità di somministrazione di farmaci (es diuretici, ferro, antidislipidemici) direttamente all'interno della CDC attraverso l'attivazione di percorsi di day service.
- Istituzione della figura dello "specialista unico di percorso": allo scopo di facilitare l'integrazione tra la cardiologia ospedaliera e territoriale, incrementare le competenze tecniche e migliorare la conoscenza dei percorsi gestionali da parte degli specialisti territoriali. Già da due anni stiamo portando avanti questo progetto di integrazione tra cardiologi ospedalieri e territoriali che svolgono parte della loro attività all'interno dei reparti di cardiologia ospedaliera sia in termine di sedute ambulatoriali ma anche con coinvolgimento in attività di guardia in UTIC. Le sedute ambulatoriale territoriali lasciate scoperte in CDC vengono garantite da cardiologi ospedalieri che si "proiettano" sul territorio. Questo modello sta riscontrando un notevole favore da tutte le parti coinvolte e garantisce un'integrazione ottimale in CDC tra specialista ospedaliero e MMG.

Conclusioni: il futuro è vicino a casa

La Casa di Comunità rappresenta il centro Hub del territorio. Un luogo in cui la scienza dell'organizzazione sanitaria incontra la vita quotidiana delle persone. È la risposta a una medicina che rischiava di diventare troppo impersonale o troppo ospedalocentrica, restituendo alla salute la sua dimensione più autentica: quella di bene comune, capillare e accessibile e la nostra unità operativa in questo setting sta partecipando in maniera attiva alla creazione ed al perfezionamento di questo sistema.♥






di Niccolò Brenno Grieco e Roberto Maccaroni

Combattere le diseguaglianze con l'RCP

Formazione in paesi a basse risorse, spesso dimenticati non solo dai trial Il ruolo che le società scientifiche possono avere nella crescita dei paesi emergenti

Siamo tutti d'accordo che non è cooperazione mandare un monitor obsoleto o un farmaco scaduto in un paese a basse risorse? Partiamo da qui. E partiamo da qui per ribadire che la formazione è uno dei pilastri della Salute.
E se dalle nostre parti la Formazione ha bisogno di standard, metodologie e certificazioni questo vale ovunque, potenzialmente.
Così si sono incontrate due grandi realtà. Da una parte una grossa ONG, con progetti in paesi in conflitto e/o colpiti da quell'altra forma di guerra che è la povertà. Dall'altra una grande realtà scientifica che fa formazione ai massimi livelli nella rianimazione cardiopolmonare. L'idea, semplice ma non banale, era che quello che va bene ed è necessario per noi deve esserlo anche dove le risorse sono poche o nessuna. La prima volta che siamo sbarcati all'aeroporto di Khartoum era il novembre del 2022 e portavamo strane valige. Persino la distratta ma zelante polizia sudanese si è accorta che non erano normali trolley da turisti, peraltro non così comuni in una zona dell'Africa martoriata da dittature, povertà e da una reputazione non così attrattiva per il turismo. Gli sguardi si sono fatti subito severi e ci hanno intimato, imbracciando vecchi fucili russi, di dichiarare le nostre intenzioni: "cosa trasportate?" - "sono manichini per la formazione alle manovre di rianimazione e due simulatori di monitor defibrillatori". Certamente se avessimo parlato arabo, come dice la vulgata comune, ci avrebbero compreso molto di più. Invece parlavamo una lingua ancora più sconosciuta, e forse è stato il primo momento in cui abbiamo davvero capito che metterci insieme per andare laggiù non era stata così una cattiva idea. Certo trasportare corpi a grandezza naturale, sebbene di plastica, non aiuta a passare le frontiere, tuttavia ci ha dato l'occasione per una dimostrazione di un BLSD sui banchi bagagli dell'aeroporto, una specie di flash-mob non preparato che ci ha consentito di sbarcare il nostro materiale indenne tra la perplessità degli astanti. Tante volte diamo per scontato che la nostra bella cultura medica sia universale come i suoi princìpi, invece in molti paesi alcune cose anche semplici sono precluse persino ai sanitari. Questa è stata la molla che ci ha spinto: individuiamo una procedura a basso costo ed alto impatto sulla sopravvivenza e mettiamola a disposizione di chi non la ha. Cosa meglio che insegnare BLSD ed ALS negli ospedali? E da lì sono venuti il Sudan nel 2022, l'Afghanistan nel 2023, 2024 e 2025 seguendo piste di sabbia e buonsenso. Fino a creare una faculty





locale che potesse crescere il seme piantato.
L'idea, come detto, è quella che un paese a basse risorse non deve avere competenze di basso livello. Come un monitor vecchio rimane obsoleto in Italia o in Sudan, così crediamo che la formazione possa davvero seguire gli stessi standard raccomandati dalle linee guida internazionali, ovunque ci troviamo. E così è stato, in modi come sempre imprevedibili: in Sudan poche settimane dopo la nostra dipartita è scoppiata una guerra terribile e ancora in corso, che ha aumentato la povertà di uno dei paesi più poveri del mondo. Eppure dopo più di un anno mi arriva sul cellulare un messaggio con dei video, vengono dal personale del centro cardiochirurgico Salam dove eravamo stati a fare formazione. Dicono che l'ospedale è stato isolato dal fronte e i pazienti non possono arrivare, in più si trova vicino a un ponte strategico sul Nilo e si combatte a poche centinaia di metri. Ma gli infermieri, chiusi dentro e senza pazienti, avevano avuto un'idea: usiamo questo tempo per addestrarci a scenari simulati dell'ALS. Ho la pelle d'oca mentre scrivo e penso a quei ragazzi che avevano avuto un'occasione rara: essere formati con gli stessi standard di tutto il mondo, per una volta non erano né gli ultimi né i più sfortunati, ma erano come gli altri. Quando siamo partiti dal Sudan medici e infermieri avevano tutti fatto corsi ALS e BLS, con standard ERC e certificazione europea. Per un lavoratore sudanese è un credito spendibile in tutto il mondo e lo rende, ahimè, anche molto appetibile per i paesi che "acquistano" competenze. Ma loro non solo erano rimasti, ma sotto i fischi dei proiettili simulavano anafilassi e tachicardie ventricolari.
Ed è questo che una Società Scientifica può fare, portare quegli standard, quelle metodologie operative e didattiche, dove più servono. Aiutare a formare professionisti che abbiano la stessa dignità e preparazione che le linee guida propongono. Convinti che non sono le risorse a fare un buon medico, ma la sua cultura clinica.
Ma la storia è andata avanti, e quel messaggio ci ha raggiunti mentre ci trovavamo all'Ospedale di Kabul dove le risorse sono forse maggiori, l'ospedale, costruito in un asilo lascito dell'occupazione russa, è grande e bello e l'Afghanistan sotto i talebani vive una pace armata, piena di limiti. Il nostro arrivo era visto con sospetto: chi sono questi e perché vengono qui da noi? Insegnare agli afghani impone grande rispetto se ne vuoi avere in cambio, ma la loro durezza si tramuta presto in un sentimento simile a quello che abbiamo vissuto altrove,

la gratitudine. Anzi, con caparbietà negli ospedali di Kabul e Lashkar-Gah (un avamposto nell'Helmand che meriterebbe una storia a sé) nel giro di poco più di un anno si è formata la prima faculty di formatori BLS, ALS e pBLS! La sfida più grande, nel voler portare gli standard europei anche in paesi senza risorse forse non è stata quella che sapessero fare una High Quality CPR o trattare le tachiaritmie secondo flow-chart ILCOR, ma quella di insegnare che nella nostra professione di fronte al bisogno siamo tutti uguali: medici o infermieri, uomini o donne. **Anche di fronte ad un futuro fatto di una sanità italiana sempre meno attrattiva di un ricambio di professionisti che attinge all'estero da numerosi paesi è necessario che ci poniamo il problema della responsabilità sociale che una Società Scientifica ha**, e magari essere protagonisti della formazione nei paesi che saranno "donatori" di professionisti ci permetterà di avere migliori cardiologi domani. In quasi 3 anni lasciamo più di 250 persone formate alle manovre di rianimazione di base e avanzate, e un seme piantato, come insegnava il Mahatma Gandhi: «*Sii il cambiamento che vorresti vedere avvenire nel mondo*». Ha avuto senso formare qualche centinaio di operatori, magari operanti solo tra le mura di ospedali di una grossa e importante ONG? Che impatto ha avuto sul paese, sulla gente, sulla popolazione, in mondi in cui il sistema dei soccorsi comincia e finisce al massimo tra le mura di quegli ospedali? Sembrerebbe poco ma così non è: questo percorso ha impattato certamente sul curriculum di professionisti che fanno molta fatica a costruirne uno, ma ancor di più ha impattato sugli ospedali in cui ora hanno posizioni



o cariche, fino a diventare anch'essi formatori. Ha certamente impattato sulle loro famiglie, ma anche su strutture che oggi hanno attivato sistemi PAD interni perché hanno operatori in grado di fare rianimazione. Insomma, seppure in embrione, si sta costruendo una cultura, forse ancora circoscritta ma che segna il passo per dove forse i sistemi sanitari occidentali devono guardare. Non sappiamo quante FV siano state interrotte o quante cardioversioni siano state fatte, ma di certo abbiamo imparato che si può essere partner di una crescita e utilizzatori responsabili delle competenze che abbiamo, con facilità e senza merito, acquisito nei nostri ospedali e nelle nostre società scientifiche. ♥

di Ciro Indolfi



Dallo stetoscopio all'intelligenza artificiale L'AI sarà il grande equalizzatore della cardiologia

Ogni grande innovazione della cardiologia ha avuto un effetto che, inizialmente, pochi avevano previsto: ha ridotto le differenze tra i medici. Lo stetoscopio di René Laennec rese accessibile a tutti un'arte che fino ad allora apparteneva a pochi grandi clinici. L'ecocardiografia permise di vedere direttamente ciò che prima poteva essere soltanto intuito con la semeiotica. Gli stent coronarici resero la rivascolarizzazione sempre più sicura, standardizzata e riproducibile, contribuendo a ridurre la variabilità dei risultati tra operatori. Oggi siamo probabilmente all'inizio di una rivoluzione ancora più profonda. L'intelligenza artificiale potrebbe democratizzare la conoscenza cardiologica, rendendo disponibile ovunque una capacità diagnostica che fino a pochi anni fa era patrimonio esclusivo dei grandi centri e dei professionisti più esperti. Immaginate un piccolo paese della Sila calabrese. Le strade sono silenziose e innevate; il presidio sanitario più vicino dista decine di chilometri. Un uomo avverte un sintomo insolito: non il classico dolore toracico, ma dispnea e marcata astenia. Dietro quei segni apparentemente aspecifici si nasconde una patologia rara e spesso sottodiagnosticata: l'amiloidosi cardiaca. Oggi quel paziente potrebbe non ricevere una diagnosi tempestiva. Domani potrebbe avere accanto un "grande professore digitale", capace di suggerire il sospetto diagnostico a partire da un semplice elettrocardiogramma. Non è fantascienza. L'intelligenza artificiale non è un medico-robot destinato a sostituire il cardiologo. È un insieme di algoritmi capaci di analizzare grandi quantità di dati, riconoscere pattern invisibili all'occhio umano e trasformare immagini, segnali elettrici, dati biologici e informazioni cliniche in conoscenza utile per prevenire, diagnosticare e curare meglio. Per decenni la differenza tra un buon cardiologo e un grande cardiologo è stata determinata dalla profondità dello studio, dall'esperienza clinica e dal numero di pazienti osservati. La mia generazione è cresciuta con la convinzione che lo studio fosse il principale investimento professionale. I cardiologi più autorevoli erano quelli che avevano visto migliaia di casi, che riconoscevano un dettaglio apparentemente invisibile, che interpretavano un elettrocardiogramma con un solo colpo d'occhio, frutto di anni di pratica, confronto con i maestri e aggiornamento continuo. Partecipare ai congressi internazionali significava tornare nel proprio ospedale con conoscenze che pochi altri possedevano. Lo studio era il vero elemento distintivo tra un medico competente e un medico straordinario. Oggi questo paradigma sta cambiando. L'elettrocardiogramma rappresenta probabilmente il terreno ideale per l'intelligenza artificiale. Da un tracciato di pochi secondi gli algoritmi possono estrarre informazioni che vanno ben oltre l'analisi del ritmo e della conduzione. Possono identificare una ridotta frazione di eiezione del ventricolo sinistro, riconoscere l'iperkaliemia, sospettare un versamento pericardico, prevedere la fibrillazione atriale, stimare biomarcatori come l'NT-proBNP, individuare precocemente alcune cardiomiopatie e fornire informazioni prognostiche sull'outcome clinico. Negli ultimi anni questa visione è diventata realtà anche grazie al contributo della ricerca italiana. Gli studi condotti dalle Università di Milano, Cosenza, Napoli e Trieste, in collaborazione con gruppi internazionali, tra cui la Corea del Sud, hanno dimostrato che un semplice elettrocardiogramma analizzato con algoritmi di intelligenza artificiale può fornire informazioni fino a ieri impensabili. Dall'ECG è possibile valutare la funzione ventricolare sinistra, riconoscere le sindromi coronariche acute, migliorare la stratificazione prognostica e ricavare numerosi altri dati clinici non immediatamente evidenti all'interpretazione tradizionale del tracciato. L'elettrocardiogramma sta così evolvendo da semplice registrazione dell'attività elettrica del cuore a vero e proprio biomarcatore digitale: economico, universale e disponibile in qualsiasi contesto

assistenziale. La vera rivoluzione, tuttavia, non è soltanto tecnologica. È organizzativa, culturale e sociale. Un piccolo ospedale della Calabria, un pronto soccorso di montagna o l'ambulatorio di un medico di medicina generale potranno beneficiare dello stesso supporto diagnostico disponibile in un grande policlinico universitario. La qualità della diagnosi dipenderà sempre meno dal luogo in cui il paziente viene visitato e sempre più dalla capacità di utilizzare strumenti intelligenti. Per questo ritengo che l'intelligenza artificiale diventerà il più potente equalizzatore della cardiologia. Non perché renderà tutti i cardiologi uguali, ma perché ridurrà il divario tra chi lavora in un centro di riferimento e chi opera in un ospedale periferico, tra chi possiede quarant'anni di esperienza e chi è all'inizio della carriera. Naturalmente questo non significa che il cardiologo diventerà superfluo. Come tutte le grandi innovazioni che hanno segnato la storia della cardiologia, anche l'intelligenza artificiale cambierà profondamente il nostro modo di lavorare, senza modificarne la missione: prenderci cura delle persone. L'intelligenza artificiale dovrà essere governata dal cardiologo. Sarà un copilota, una seconda opinione, uno strumento capace di migliorare lo screening della popolazione, supportare l'interpretazione dell'ECG, facilitare la refertazione, velocizzare la documentazione clinica e ottimizzare i percorsi assistenziali. Ma la responsabilità clinica, la capacità di interpretare il contesto, la gestione dell'incertezza, la comunicazione con il paziente e le decisioni terapeutiche continueranno a essere profondamente umane. Cambierà anche il modo di formare i futuri cardiologi. Non diminuirà il bisogno di studiare. Cambierà ciò che dovremo studiare. Sarà meno importante memorizzare informazioni che un algoritmo può recuperare in pochi secondi e sempre più importante sviluppare pensiero critico, comprendere i limiti dell'intelligenza artificiale, riconoscerne i bias, verificarne l'affidabilità e integrare i risultati con il giudizio clinico. Appartengo a una generazione che ha imparato la cardiologia sui libri, trascorrendo notti in reparto, discutendo i casi clinici con i maestri e viaggiando per partecipare ai congressi internazionali. È stato un privilegio e una straordinaria scuola di vita professionale. Ogni generazione, però, ha il dovere di lasciare ai propri allievi strumenti migliori di quelli che ha ricevuto. Lo stetoscopio ha ampliato l'ascolto del medico. L'ecocardiografia gli ha dato gli occhi per osservare il cuore. L'intelligenza artificiale gli offrirà una nuova forma di conoscenza. Se sapremo governarla con rigore scientifico, responsabilità e spirito critico, non renderà i cardiologi meno importanti. Renderà la cardiologia migliore: più precisa, più uniforme, più accessibile. Per oltre quarant'anni abbiamo cercato di portare i pazienti nei grandi centri. Con l'intelligenza artificiale potremo finalmente portare la competenza dei grandi centri ai pazienti. Forse è questa la sua rivoluzione più autentica: non sostituire il cardiologo, ma permettere a ogni cardiologo, indipendentemente dall'ospedale in cui lavora o dagli anni di esperienza accumulati, di offrire ai propri pazienti il livello più elevato di conoscenza disponibile. Il paziente della Sila continuerà ad avere bisogno di un cardiologo. La differenza è che quel cardiologo potrà avere accanto tutta la conoscenza del mondo.♥

di Patrizio Sarto



Se l'esercizio è un farmaco, qual è la dose giusta?

Volume vs intensity of physical activity and risk of cardiovascular and non-cardiovascular chronic diseases Eur Heart J. 2026

Ho conosciuto Erri De Luca come lettore grazie a mia moglie, che molti anni fa mi consigliò "Il peso della farfalla": ricordo ancora quanto mi colpì quella scrittura, in cui traspariva un amore profondo per la montagna. Per questo ho letto con particolare interesse "Discorso per un amico", il libro che De Luca dedica a Diego Zanesco, guida alpina, suo amico e compagno di montagne, morto nell'estate del 2023 sulla Tofana di Rozes. È proprio il modo in cui Diego è morto a rappresentare il punto di partenza del libro. Apparentemente si tratta di una caduta in montagna, ma De Luca fatica ad accettare che sia stata provocata da un suo errore: Diego non era un escursionista inesperto, ma una guida alpina, grande scalatore, uomo attento, prudente e coscienzioso. La sua tesi è che non sia caduto mentre scalava, ma abbia avuto un infarto, lo stesso che, nei giorni precedenti, gli procurava stanchezza e disturbi che aveva scelto di trascurare, confidando nella sua intensa attività fisica, nella cura dell'alimentazione, nella conoscenza di un corpo che non aveva ancora sessant'anni. Ma l'infarto, osserva De Luca, è subdolo: maschera i propri segnali e così distoglie dal riconoscerli. Diego cadde all'indietro, a braccia aperte, fermandosi dopo una decina di metri. A orientarlo verso la "pista cardiaca" è anche una vicenda familiare che conosce da vicino: il fratello più giovane di Diego era morto tre anni prima per un infarto fulminante. Per De Luca la predisposizione ereditaria è, con le sue parole, "inesorabile", un passaggio che colpisce per la precisione clinica con cui ricostruisce il meccanismo: la fiducia che nasce dall'attività fisica intensa, dalla cura dell'alimentazione, dalla conoscenza del proprio corpo, può convivere, senza che la persona lo sappia, con una cardiopatia silente, che maschera i propri segnali e per questo passa inosservata. Non sappiamo se sia andata così, ed è importante dirlo. Ma è proprio questa possibilità a rendere il racconto di De Luca vicino a ciò che noi medici conosciamo come morte cardiaca improvvisa: una persona apparentemente sana, allenata, asintomatica, può convivere con un substrato patologico mai riconosciuto, talvolta geneticamente determinato, capace di provocare un'aritmia ventricolare maligna. Un arresto cardiaco. La morte. Esiste però un'altra, enorme parte della popolazione nella quale la storia può essere cambiata: la persona sedentaria, il fumatore, chi presenta ipertensione, diabete o dislipidemia e non li tratta perché «la statina fa male ai muscoli», o perché colesterolo e pressione non danno segni di sé. Qui il rischio cardiovascolare si costruisce giorno dopo giorno attraverso i comportamenti, ed è qui che l'esercizio fisico diventa uno degli strumenti di prevenzione più importanti a nostra disposizione. Da molti anni diciamo che l'esercizio è un farmaco. Ma se lo è davvero, non basta prescriverlo: dobbiamo conoscerne la dose. Per molti anni il messaggio è stato soprattutto quantitativo: minuti a settimana, chilometri, passi, prima i famosi 10.000 al giorno, poi abbiamo compreso che il beneficio comincia molto prima e che anche piccoli aumenti rispetto alla sedentarietà modificano favorevolmente la prognosi. Il messaggio di sanità pubblica resta corretto e deve restare semplice: muoversi fa bene, e anche poco è meglio di niente. Ma prescrivere esercizio è diverso dal consigliare di "muoversi". Se vogliamo usarlo come vera terapia, non dobbiamo più chiederci quanto esercizio fare, ma a quale intensità consigliarlo. È una domanda che discutiamo frequentemente nel nostro gruppo di lavoro, e alla quale un recente studio pubblicato nel 2026 sull'European Heart Journal da Wei e collaboratori offre una risposta interessante. Il titolo è già esplicativo: ***Volume vs intensity of physical activity and risk of cardiovascular and non-cardiovascular chronic diseases***. Lo studio utilizza i dati della UK Biobank, e la sua forza sta anche

nelle dimensioni e nella modalità di misurazione dell'attività fisica: l'analisi principale comprende 96.408 persone (età media circa 62 anni), nelle quali il movimento è stato registrato oggettivamente con un accelerometro al polso; una seconda popolazione, oltre 375.000 persone, disponeva di dati autoriferiti tramite questionari. Gli autori hanno osservato nel tempo eventi cardiovascolari maggiori, fibrillazione atriale, diabete, malattie infiammatorie, epatiche, respiratorie e renali, demenza e mortalità per tutte le cause. La domanda veramente nuova non era se chi si muove di più si ammala di meno — questo lo sappiamo da anni — ma se, a parità di quantità complessiva, cambiasse qualcosa quando una parte maggiore veniva svolta a intensità vigorosa. Ed è qui che il risultato diventa interessante: anche dopo aver considerato il volume complessivo, una maggiore proporzione di attività vigorosa restava associata a un rischio inferiore. Nei soggetti in cui più del 4% dell'attività complessiva era vigorosa, il rischio dei diversi outcome era inferiore del 29-61% rispetto a chi non svolgeva alcuna attività vigorosa. Il dato interessante emerge separando statisticamente il contributo dell'intensità da quello del volume. Per gli eventi cardiovascolari maggiori il potenziale preventivo stimato associato all'intensità era del 17,8%, contro il 6% del volume; per la fibrillazione atriale 16,2% contro 5%; per la demenza 32,3% contro 8,1%; per la mortalità per tutte le cause 31,4% contro 14,2%. In termini semplici, la quantità di movimento conta, ma conta anche come ci muoviamo: una quota relativamente piccola di attività vigorosa si associa a un beneficio che il solo aumento del volume non spiega. La relazione non cresce però indefinitamente: per diversi outcome, eventi cardiovascolari, fibrillazione atriale, demenza, mortalità, l'associazione favorevole tende a un plateau quando la quota vigorosa supera circa il 5% dell'attività complessiva. È difficile non pensare a una curva dose-risposta: una dose insufficiente di un farmaco può non dare l'effetto desiderato, aumentandola si raggiunge l'effetto terapeutico, ma oltre un certo limite il beneficio non cresce più nella stessa misura e possono comparire effetti indesiderati. Con l'esercizio, il principio potrebbe non essere così diverso. Dobbiamo però essere molto prudenti. Questo studio non dimostra che il 4-5% rappresenti la "dose giusta" di esercizio vigoroso, né autorizza a trasferire automaticamente questi numeri ai nostri pazienti: è uno studio osservazionale, gli stessi autori segnalano un possibile confondimento residuo, la misurazione con accelerometro è durata solo sette giorni, e la popolazione della UK Biobank è prevalentemente di origine europea, elementi che ne limitano la generalizzabilità. Il vero valore di questo lavoro non è forse darci un numero da prescrivere, ma costringerci a cambiare la domanda. Non basta più chiedere al paziente «Fa attività fisica?», né quante volte alla settimana. Se l'intensità contribuisce alla prognosi indipendentemente dal volume, dobbiamo chiederci quale intensità sia efficace per quella persona, e al tempo stesso sicura. Ed è qui che il problema diventa ancora più interessante per chi si occupa di pazienti cardiovascolari. Che cosa significa attività vigorosa in una cardiopatia ischemica, in una cardiomiopatia, o in chi assume un betabloccante? Basta una percentuale della frequenza cardiaca massima, o serve il test cardiopolmonare, con soglie ventilatorie, risposta del lattato, percezione dello sforzo e osservazione di ciò che accade realmente durante l'allenamento? La risposta non potrà essere uguale per tutti, perché anche il concetto di intensità è individuale: una camminata veloce può essere uno sforzo moderato per una persona allenata e vigoroso per una persona sedentaria. La stessa velocità, gli stessi watt o la stessa frequenza cardiaca possono rappresentare "dosi" completamente differenti in persone differenti. Forse è questa la vera evoluzione che ci aspetta: per anni abbiamo detto alle persone di muoversi di più; oggi dobbiamo continuare a farlo, ma imparare anche a prescrivere meglio, identificando, soprattutto nel cardiopatico, la finestra in cui l'intensità produce il massimo beneficio in sicurezza. Perché l'esercizio è un farmaco. Ma, come tutti i farmaci, non basta sapere che funziona: dobbiamo prescriverlo alla persona giusta, e alla dose giusta.♥

Riferimento: Wei J, Shen M, Li S, et al. ***Volume vs intensity of physical activity and risk of cardiovascular and non-cardiovascular chronic diseases***. Eur Heart J. 2026; ehag168. doi: 10.1093/eurheartj/ehag168.

di Cristina Chimenti



Amiloidosi da transtiretina: le novità dall'ESC Congress 2026 di Monaco

Dai grandi trial clinici all'AI e all'imaging: la gestione integrata dell'amiloidosi cardiaca

Il Congresso della European Society of Cardiology (ESC) 2026, tenutosi a Monaco di Baviera dal 28 al 31 agosto, ha segnato un punto di svolta fondamentale nella gestione dell'amiloidosi cardiaca. La patologia, a lungo considerata un'entità rara e ad eziologia orfana, si conferma oggi come una causa frequente e sottostimata di scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata (HFpEF) e di ipertrofia ventricolare sinistra non spiegata nella popolazione adulta ed anziana. Le sessioni scientifiche e le Hot Line del congresso bavarese hanno offerto una panoramica completa sul progresso clinico, spaziando dai risultati dei grandi studi di fase III al ruolo emergente dell'intelligenza artificiale e dei nuovi traccianti diagnostici per la tomografia ad emissione di positroni (PET). Ecco, quindi, una sintesi dei principali risultati presentati al congresso.

I grandi trial clinici e le evidenze di fase III

Tra le presentazioni più attese, l'analisi prespecificata per sottogruppi dello studio di fase III HELIOS-B ha fornito importanti conferme cliniche sull'impiego di Vutrisiran, terapia disease modifing basata su RNAi di seconda generazione, per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina (ATTR-CM). I dati presentati a Monaco dimostrano una consistente e significativa riduzione della mortalità per tutte le cause e degli eventi cardiovascolari ricorrenti nell'arco di un follow-up di 36 mesi. Il beneficio clinico si è mantenuto costante sia nei pazienti trattati in monoterapia sia in coloro che assumevano Tafamidis al baseline, evidenziando inoltre una marcata preservazione della capacità funzionale al test del cammino dei 6 minuti (6MWT) e un rallentamento del decadimento dello stato di salute generale. Ancora più interessante è l'ampliamento del concetto di "efficacia". Le analisi hanno esplorato infatti non soltanto mortalità e ospedalizzazioni, ma anche capacità funzionale, qualità di vita e la cosiddetta intrinsic capacity. In quest'ultima analisi, vutrisiran è stato associato a una riduzione del 52% del rischio di deterioramento dell'intrinsic capacity e a una riduzione del 25% del suo declino rispetto al placebo. Il messaggio è importante: nell'ATTR-CM il successo terapeutico non dovrebbe essere misurato esclusivamente in termini di sopravvivenza, ma anche in termini di mantenimento dell'autonomia e della capacità funzionale. Un altro importante risultato è emerso dalla presentazione dei risultati dello studio CARDIO-TTRansform, che ha valutato l'oligonucleotide antisenso (ASO) Eplontersen, e che ha inaspettatamente mostrato il mancato raggiungimento dell'endpoint primario composito nella popolazione globale. Lo studio ha randomizzato 1.432 pazienti con ATTR-CM a eplontersen, un antisenso in grado di ridurre la produzione epatica di transtiretina, oppure placebo, in aggiunta alla terapia standard. Il risultato primario è stato negativo: eplontersen non ha determinato una riduzione statisticamente significativa dell'endpoint composito costituito da mortalità cardiovascolare ed eventi cardiovascolari ricorrenti rispetto al placebo (Figura 1). La conclusione è particolarmente interessante perché il farmaco determina una marcata riduzione dei livelli circolanti di TTR: abbassare la TTR, quindi, non è di per sé garanzia di un beneficio clinico quando il trattamento viene iniziato in una popolazione già relativamente avanzata e in un'epoca nella quale molti pazienti ricevono già uno stabilizzatore della TTR. Questo dato ha aperto un vivace dibattito nell'auditorium principale dell'ESC, sottolineando la complessità fisiopatologica dei depositi miocardici di amiloide e la necessità di identificare con estrema precisione la finestra temporale e lo stadio di malattia in cui il silenziamento genico offre il massimo vantaggio clinico. Le analisi per sottogruppi hanno poi suggerito possibili differenze nei pazienti che non assumevano uno stabilizzatore al baseline, ma questi risultati non possono essere considerati conclusivi. Interessante saranno le successive

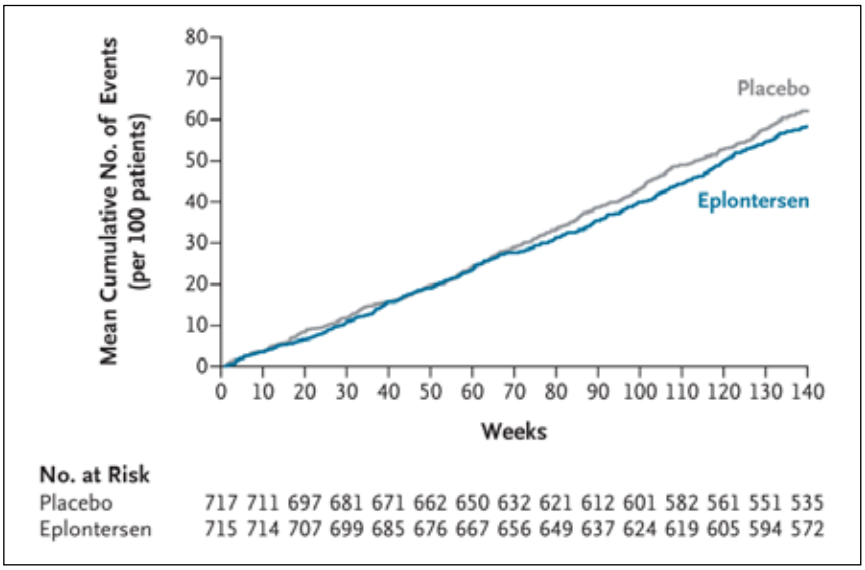


Figura 1 - Mortalità per cause cardiovascolari e eventi cardiovascolari fino a 140 settimane nel trial
CARDIO-TTRansform. Tratto da N Engl J Med. 2026 Aug 28

analisi per sottogruppi. Un'altra delle comunicazioni più interessanti ha riguardato acoramidis, stabilizzatore orale della transtiretina, con nuove analisi dello studio ATTRibute-CM e della sua estensione open-label. Particolarmente rilevanti sono stati i dati di risonanza magnetica cardiaca. Nel gruppo dei pazienti che avevano completato il follow-up, un miglioramento clinicamente significativo della funzione sistolica ventricolare sinistra era presente nel 54% dei pazienti trattati con acoramidis contro il 20% dei pazienti in placebo al mese 30; nel gruppo trattato continuativamente, il dato era del 53% al mese 42. Inoltre, il 46% dei pazienti in trattamento continuativo mostrava un miglioramento dell'indice di massa ventricolare sinistra a 42 mesi.

L'innovazione nella diagnostica molecolare e nell'imaging

Sul fronte dell'imaging cardiologico, l'ESC 2026 ha visto emergere la PET quantitava. Lo studio REVEAL ha presentato i risultati di fase III del radiotracciante PET sperimentale I-124 evuzamitide, progettato per la visualizzazione dell'amiloide (AT-01). A differenza della tradizionale scintigrafia miocardica con traccianti ossei, che valuta indirettamente la presenza di depositi tramite la captazione del calcio legato alle fibrille, l'impiego di peptidi ingegnerizzati ad alta affinità consente di visualizzare e quantificare direttamente il carico di amiloide miocardico e sistemico, sia nelle forme ATTR che nelle forme da catene leggere. Lo studio ha raggiunto gli endpoint primari relativi a sensibilità e specificità per la diagnosi dell'amiloidosi cardiaca sulla base dell'interpretazione visiva delle immagini. Questa metodologia apre prospettive inedite non solo per la diagnosi precoce nelle fasi paucisintomatiche o dubbie, ma soprattutto per il monitoraggio longitudinale della risposta alle terapie con depletori. Il composto è tuttavia ancora sperimentale e non è approvato dalle autorità regolatorie per uso clinico.

Le nuove Linee Guida ESC 2026 sullo Scompenso Cardiaco

Infine, il congresso di Monaco ha visto la presentazione ufficiale delle nuove Linee Guida ESC 2026 per la gestione dello Scompenso Cardiaco. Il documento aggiornato rafforza l'indicazione a condurre uno screening eziologico sistematico per amiloidosi in tutti i pazienti di età superiore a 65 anni che presentano un fenotipo di HFpEF o un'ipertrofia ventricolare sinistra non spiegata con spessore parietale pari o superiore a 12 mm. Viene confermato con fermezza l'algoritmo diagnostico non invasivo: l'esecuzione della scintigrafia ossea deve essere sempre accompagnata dalla contestuale e rigorosa esclusione di una componente monoclonale tramite il dosaggio delle catene leggere libere sieriche e l'immunofissazione siero-urinaria. Importante il valore che nelle linee guida viene dato alle terapie specifiche, attribuendo in classe I livello di evidenza A l'utilizzo di silenziatori (Vutrisiran) o stabilizzatori (Tafamidis e Acoramidis) in pazienti con ATTR-CM wild type o ereditaria e classe NYHA I-III, per ridurre la progressione dei sintomi e il rischio di morte e ospedalizzazioni per cause cardiovascolari (Figura 2).

Conclusioni

I lavori dell'ESC 2026 delineano chiaramente il ruolo centrale del cardiologo come promotore di un'intercettazione precoce basata sul lavoro di rete multidisciplinare con neurologi, ematologi, ortopedici e medici di medicina generale.

Recommendation	Class[a]	Level[b]
Treatment with a TTR silencer (vutrisiran) or stabilizer (tafamidis or acoramidis) for patients with variant or wild-type transthyretin cardiac amyloidosis and NYHA classes I–III is recommended to reduce progression of symptoms and the risk of CV hospitalization and all-cause death.[1082–1084]	I	A

CV, cardiovascular; NYHA, New York Heart Association; TTR, transthyretin.

[a]Class of recommendation.

[b]Level of evidence.

Figura 2 - Raccomandazioni per il trattamento dell'amiloidosi cardiaca. Tratto da ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28

L'amiloidosi da transtiretina sta diventando sempre meno rara, ma soprattutto sta diventando sempre più trattabile; la sfida dei prossimi anni sarà riuscire a riconoscerla abbastanza presto da trasformare questo progresso terapeutico in un reale vantaggio per il paziente.♥

Le comunicazioni scientifiche, le sessioni Hot Line e le pubblicazioni di riferimento presentate al Congresso ESC 2026 (Monaco, 28 - 31 agosto 2026) da cui sono tratte le novità riportate includono:

1. Studio HELIOS-B (Vutrisiran)
Sessione / Presentazione: Late-Breaking Science & Subgroup Analyses (Domenica 30 Agosto 2026).
Titolo Comunicazione: HELIOS-B Prespecified Subgroup Analysis: Treatment Effect of Vutrisiran According to Baseline Tafamidis Use and Impact on Intrinsic Capacity.
I dati sull'analisi per sottogruppi sono stati pubblicati su J Am Coll Cardiol. 2026 Aug 30: S0735-1097(26)07208-62.
2. Studio CARDIO-TTRansform (Eplontersen). Sessione: HOT LINE 1 (Venerdì 28 Agosto 2026, Main Auditorium – Hall B3).
Titolo Comunicazione: CARDIO-TTRansform: Efficacy and Safety of Eplontersen in Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy.
I dati sono stati pubblicati su N Engl J Med. 2026 Aug 28.
3. Imaging Molecolare PET con 124I-evuzamitide (AT-01).
Sessione: Late-Breaking Clinical Science in Cardiac Imaging & Biomarkers (Sabato 29 Agosto 2026).
Titolo Comunicazione: Direct Amyloid Imaging via 124I-evuzamitide PET/CT for Quantitative Assessment of Cardiac TTR and AL Amyloidosis Burden.
I dati sono stati pubblicati su JAMA. 2026 Aug 30: e2617361
4. Intelligenza Artificiale ed Ecocardiografia nello Screening Precoce
Sessione: Digital Health Stage & AI in Heart Failure (Lunedì 31 Agosto 2026).
Titoli Comunicazioni: AI-Driven Electronic Health Record Screening for Undiagnosed ATTR-CM in HFpEF Cohorts e Deep-Learning Automated Speckle-Tracking for Early Detection of Apical Sparing.
Sessioni di sanità digitale e screening cardiovascolare integrato ESC 2026.
5. Nuove Linee Guida ESC 2026 sullo Scompenso Cardiaco
Sessione: ESC Clinical Practice Guidelines Session (Venerdì 28 Agosto 2026).
Documento Ufficiale: 2026 ESC Guidelines for the Management of Heart Failure.



Sul numero di luglio di *Jama Cardiology*, nella rubrica *From the Heart* è apparso "*Notes From the Far End of the Stethoscope*", un coinvolgente esempio di medicina narrativa scritto dalla Dottoressa Archana Maniar. Siamo onorati di ospitare nella nostra Rivista una versione riveduta dall'Autrice appositamente per noi, e grati per la disponibilità nel condividere anche con i cardiologi italiani la sua avventura clinica. Quando, in una maniera più che accidentale, accade una imprevista inversione di ruoli, con lo specialista che si ritrova improvvisamente e paradossalmente nei panni del paziente affetto dalla patologia che è abituato a curare e a cui lui stesso ha dedicato la sua professione, non solo le prospettive si ribaltano forzatamente, ma è la posizione del cardiologo-paziente che diventa inaspettatamente spiazzante, con difese da organizzare e per questo estremamente debole e vulnerabile. Perché studiare una malattia non è uguale ad averla. Lucidamente, la Dottoressa Maniar trasforma la propria diagnosi cardiologica in un ponte di empatia, ricordandoci che dietro ogni stetoscopio batte sempre un cuore umano. Non solo una interessante lettura, ma una storia reale per ricordarci il valore profondo della relazione di cura e quanto sia labile, e non a senso unico, la relazione tra curante e paziente.

di Giuseppe Di Tano

Imagine it

One day you are rounding in the hospital taking care of your fifth patient with infectious endocarditis, and then the next day, you are the patient with infectious endocarditis. After years of ordering blood cultures, transesophageal echocardiograms, and prolonged courses of antibacterials for patients, you are now on the receiving end of these interventions. At a moment's notice, the disease that was a common part of your clinical practice, for which you had scrutinized countless sets of published data, seems anything but routine. Such was my experience in the summer of 2025. My infection occurred after a regular dental cleaning for which I had no known indications for prophylaxis. Four hospitalizations and an open-heart operation later, it still seems either bizarre irony or the beginning of a bad joke: an infectious diseases physician with infectious endocarditis.

Through the experience, I've learned that physicians who are patients face challenges that are, at once, unique and universal. Firstly, even when donning the hospital gown, we cannot simply abandon our doctors' perspective. For me, this reality became clear when I presented to the Emergency Department (ED) for the first time. In the early weeks of my illness, I had been grappling with my condition and developing my own assessments. I had a history of intermittent fevers one week prior, lasting a few days before resolving along with an intractable headache which had persisted. I knew something was amiss, even suggesting to the ED doctors that I be evaluated with blood cultures and MRI of the brain. However, the team didn't feel that further testing was necessary. After all, the fever had now resolved, and statistically speaking, the headache was likely just my baseline migraines and nothing more. Even as my gut told me to push back, even as I repeatedly reminded the physicians that I had experienced several days of fever, I also wished to trust those who had been trained to care for me, realizing that I was entirely too close to the situation to analyze it objectively. In that moment, I wished to simply be the patient. I was administered a migraine cocktail and was sent home. But I will always wonder what would have happened if those charged with caring for me had listened just a little more carefully. What would have transpired had I allowed the doctor's voice to speak with more authority? Where did my role as a doctor end and my role as a patient begin? To what extent, if any, did I have responsibility for an incomplete workup? And if, as a physician, I didn't feel heard, how often do our patients feel the same way?
A week later, I was called by my outpatient physician and told to present to the ED. Given persistence of my symptoms, I had insisted on blood cultures. These were now growing Streptococcu sanguis – a

bacterial species that, when isolated from the blood, is highly associated with infectious endocarditis. What transpired next was a blur of worst-case scenarios informed by my decades-long experience taking care of this disease. Multiple sets of blood cultures grew the same pathogen. The echocardiogram was initially negative, but a follow-up transesophageal echocardiogram revealed a sizeable subvalvular vegetation on my mitral valve. Just a couple of weeks before my presentation, I was the picture of health, with no known valvular risk factors, no major health issues, and now the cardiac surgeon was in my room assessing me for valve replacement. It would have been terrifying for a patient unversed in the healthcare system, but for a physician -- one who has seen countless cases of infectious endocarditis and its complications in her career – my knowledge did nothing to comfort me. And even though I knew the good intentions of those caring for me, I was ever conscious of the inherent imperfections of healthcare systems and aware of the challenges on the road ahead. For the two months I was in and out of the hospital, I lived in a state of abject terror. I feared that my vegetation might embolize and damage a host of vital functions. I feared that my valve would fail. I feared that I simply might not recover. I feared the impact my illness would have on my family. As a physician, thinking in worst-case-scenarios had helped me to maintain a state of vigilance for my patients. But as a patient, that same manner of thinking left me in a constant state of panic, unable to perceive any chance of recovery.

The vast majority of the healthcare workers I encountered tried to ground me in reality and allowed me to voice my anxieties. But there were several glaring moments when words were not chosen with even a modicum of sensitivity. As I sat in my hospital room waiting for a decision on valve surgery, a staff member who understood the context in which my infection occurred, asked if I had now changed my mind regarding the antibacterial prophylaxis guidelines for dental procedures.

How could I possibly answer? Was I to answer as a patient, versed in my own experiences? Or as a physician, versed in the data? And what purpose should such a question even serve?

The moment left me acutely aware of the profound impact that even casual comments can have on our patients. Perhaps there are situations in which curiosity should have its limitations.

If at times, my expertise as a physician put me in a unique situation compared to other patients, there were plenty of occasions when I was a patient like every other. I have often observed patients suffering from sundowning in their rooms. Now, housed the windowless post-anesthesia care unit, even as I was spared the ravages of delirium, I began to feel the impact of the lack of natural light on my mental state. And like the many patients who suffer toxicities from treatment that are not on the list of typical side effects, I experienced severe dose-related myalgias from the ceftriaxone I was receiving. I too felt an utter lack of control as one procedure led the next and the next and the next. I too felt the guilt of missing important moments and milestones with my family.

But even with these frustrations, I had many advantages during my hospitalization that other patients do not. I understood medical terminology and was able to navigate decisions that might be challenging for the average patient, especially those with limited healthcare literacy. I benefited from having colleagues who could provide expert opinions at my beck and call. There were times when I had the distinct feeling that the healthcare workers caring for me saw a bit of themselves in my story, perhaps spending just a little more of their busy days talking with me or providing a shoulder to cry on.

In modern medicine, there is an obsession with quantification – relative risks and odds ratios, survival rates and standard deviations, scoring systems and complication rates.

We educate ourselves on emerging data and the latest treatments, often parsing data in exquisite detail to learn how to care for patients better. Undoubtedly these aspects of the practice of medicine are critically important. But how often do we examine the ways we interact with our patients – the sensitivity with which we speak to those facing extraordinarily difficult situations, the effectiveness with which we address each individual patient's fears to make the experience of hospitalization less traumatic, or the ways we could listen better to improve our diagnostic acumen and avoid confirmation bias? At one time or another, nearly every one of us will interact with the healthcare system as a patient. And it takes neither a well-designed clinical trial nor complex statistics to show that the desire to be treated with such regard is universal even if every patient is unique.♥



Archana Maniar MD is a Professor of Medicine in Infectious Diseases at University of California, Davis School of Medicine. She is also a writer/novelist with an interest in the intersection between medicine and creativity. Her first novel, Dry Spells, was published in 2024 and her second, The Lost Photograph, will be released in September 2026. Her novels explore universal concepts of identity and belonging through the lens of the immigrant experience. You can find out more about her creative writing journey here: https://www.archanamaniarbooks.com/about

Provate a immaginarlo

Un giorno state facendo il giro di visite in ospedale occupandovi del vostro quinto paziente affetto da endocardite infettiva, e il giorno dopo *siete* voi il paziente affetto da endocardite infettiva. Dopo anni passati a prescrivere emocolture, ecocardiogrammi transesofagei e cicli prolungati di antibiotici ai pazienti, ora *siete* voi a subire questi interventi. Da un momento all'altro, la malattia che era parte integrante della vostra pratica clinica, per la quale avevate esaminato minuziosamente innumerevoli serie di dati pubblicati, sembra tutt'altro che di routine. Questa è stata la mia esperienza nell'estate del 2025. L'infezione si è manifestata dopo una normale pulizia dentale per la quale non avevo indicazioni note di profilassi. Dopo quattro ricoveri e un intervento a cuore aperto, mi sembra ancora una bizzarra ironia o l'inizio di una brutta battuta: un medico specialista in malattie infettive affetto da endocardite infettiva.

Attraverso questa esperienza, ho imparato che i medici che si ritrovano a essere pazienti affrontano sfide che sono, al tempo stesso, uniche e universali. Innanzitutto, anche quando indossiamo il camice da ospedale, non possiamo semplicemente abbandonare la nostra prospettiva di medici. Per me, questa realtà è diventata chiara quando mi sono presentato al Pronto Soccorso (PS) per la prima volta. Nelle prime settimane della mia malattia, avevo cercato di venire a capo della mia condizione e di formulare le mie valutazioni. Una settimana prima avevo avuto episodi di febbre intermittente, che duravano qualche giorno prima di risolversi, accompagnati da un mal di testa intrattabile che era persistito. Sapevo che qualcosa non andava, al punto da suggerire ai medici del pronto soccorso di sottopormi a emocolture e a una risonanza magnetica cerebrale. Tuttavia, l'équipe non riteneva necessari ulteriori esami. Dopotutto, la febbre ormai era scomparsa e, statisticamente parlando, il mal di testa era probabilmente solo la mia emicrania abituale e nient'altro. Anche se il mio istinto mi diceva di insistere, anche se ricordavo ripetutamente ai medici che avevo avuto diversi giorni di febbre, volevo comunque fidarmi di chi era stato formato per prendersi cura di me, rendendomi conto che ero fin troppo coinvolta nella situazione per analizzarla oggettivamente. In quel momento, volevo semplicemente essere la paziente. Mi è stato somministrato un cocktail per l'emicrania e sono stata mandata a casa. Ma mi chiederò sempre cosa sarebbe successo se chi era incaricato di prendersi cura di me avesse ascoltato con un po' più di attenzione. Cosa sarebbe accaduto se avessi permesso alla voce del medico di parlare con maggiore autorità? Dove finiva il mio ruolo di medico e dove iniziava quello di paziente? In che misura, se mai, avevo una responsabilità per un'analisi incompleta? E se, come medico, non mi sentivo ascoltata, quante volte i nostri pazienti provano la stessa sensazione?

Una settimana dopo, fui chiamato dal mio medico di ambulatorio e mi fu detto di recarmi al pronto soccorso. Data la persistenza dei miei sintomi, avevo insistito per sottopormi a emocolture. Da queste stava ora crescendo lo *Streptococcus sanguis* – una specie batterica che, quando isolata dal sangue, è strettamente associata all'endocardite infettiva. Ciò che accadde in seguito fu un turbinio di scenari da incubo, alimentati dalla mia esperienza pluridecennale nella gestione di questa malattia. Diverse serie di emocolture hanno evidenziato lo stesso agente patogeno. L'ecocardiogramma iniziale era negativo, ma un successivo ecocardiogramma transesofageo ha rivelato una vegetazione subvalvolare di notevoli dimensioni sulla mia valvola mitrale. Solo un paio di settimane prima del mio ricovero ero il ritratto della salute, senza fattori di rischio valvolari noti né gravi problemi di salute, e ora il cardiochirurgo era nella mia stanza per valutare la necessità di una sostituzione valvolare. Sarebbe stato terrificante per un paziente che non conosce il sistema sanitario, ma per un medico – che nella propria carriera ha visto innumerevoli casi di endocardite infettiva e delle sue complicanze – le proprie conoscenze non hanno dato alcun conforto.

E anche se ero consapevole delle buone intenzioni di chi si prendeva cura di me, ero sempre consapevole delle imperfezioni intrinseche dei sistemi sanitari e delle sfide che mi attendevano. Durante i due mesi in cui sono entrata e uscita dall'ospedale, ho vissuto in uno stato di terrore assoluto. Temevo che la mia vegetazione potesse causare un'embolia e danneggiare una serie di funzioni vitali. Temevo che la mia valvola potesse cedere. Temevo semplicemente di

non riuscire a riprendermi. Temevo l'impatto che la mia malattia avrebbe avuto sulla mia famiglia. Come medico, pensare agli scenari peggiori mi aveva aiutato a mantenere uno stato di vigilanza nei confronti dei miei pazienti. Ma come paziente, quello stesso modo di pensare mi lasciava in uno stato costante di panico, incapace di intravedere alcuna possibilità di guarigione.

La stragrande maggioranza degli operatori sanitari che ho incontrato ha cercato di riportarmi con i piedi per terra e mi ha permesso di esprimere le mie ansie. Ma ci sono stati diversi momenti in cui le parole sono state scelte senza neanche un briciolo di sensibilità. Mentre ero seduta nella mia stanza d'ospedale in attesa di una decisione sull'intervento alla valvola, un membro del team, che comprendeva il contesto in cui si era verificata la mia infezione, mi ha chiesto se avessi cambiato idea riguardo alle linee guida sulla profilassi antibatterica per le procedure odontoiatriche. Come avrei potuto rispondere? Dovevo rispondere come paziente, forte delle mie esperienze personali? O come medico, forte dei dati scientifici? E a cosa avrebbe dovuto servire una domanda del genere? Quel momento mi ha reso profondamente consapevole del forte impatto che anche i commenti casuali possono avere sui nostri pazienti. Forse ci sono situazioni in cui la curiosità dovrebbe avere dei limiti.

Se a volte la mia competenza come medico mi poneva in una situazione unica rispetto agli altri pazienti, c'erano molte occasioni in cui ero un paziente come tutti gli altri. Ho spesso osservato pazienti affetti da "sundowning" nelle loro stanze. Ora, ricoverato nell'unità di terapia post-anestesia priva di finestre, anche se mi era stato risparmiato il delirio, cominciai a sentire l'impatto della mancanza di luce naturale sul mio stato mentale. E come i molti pazienti che soffrono di tossicità da trattamenti non presenti nell'elenco dei tipici effetti collaterali, ho sperimentato gravi mialgie correlate alla dose di ceftriaxone che mi veniva somministrata. Anch'io ho provato un senso di totale mancanza di controllo mentre una procedura seguiva l'altra, e poi un'altra ancora. Anch'io ho provato il senso di colpa per essermi persa momenti importanti e tappe fondamentali con la mia famiglia.

Ma nonostante queste frustrazioni, durante la mia degenza ho goduto di molti vantaggi che altri pazienti non hanno. Comprendevo la terminologia medica ed ero in grado di orientarmi tra decisioni che potrebbero risultare impegnative per il paziente medio, specialmente per chi ha una scarsa alfabetizzazione sanitaria. Ho tratto beneficio dall'avere colleghi in grado di fornirmi pareri esperti su mia richiesta. Ci sono stati momenti in cui ho avuto la netta sensazione che gli operatori sanitari che si prendevano cura di me vedessero un po' di sé stessi nella mia storia, magari dedicandomi un po' più di tempo delle loro giornate frenetiche per parlare con me o offrirmi una spalla su cui piangere.

Nella medicina moderna c'è un'ossessione per la quantificazione: rischi relativi e rapporti di probabilità, tassi di sopravvivenza e deviazioni standard, sistemi di punteggio e tassi di complicanze. Ci teniamo aggiornati sui dati emergenti e sulle terapie più recenti, spesso analizzando i dati nei minimi dettagli per imparare a curare meglio i pazienti. Indubbiamente questi aspetti della pratica medica sono di fondamentale importanza. Ma quanto spesso esaminiamo il modo in cui interagiamo con i nostri pazienti – la sensibilità con cui parliamo a chi affronta situazioni straordinariamente difficili, l'efficacia con cui affrontiamo le paure di ogni singolo paziente per rendere l'esperienza del ricovero meno traumatica, o i modi in cui potremmo ascoltare meglio per migliorare la nostra perspicacia diagnostica ed evitare il bias di conferma? Prima o poi, quasi tutti noi entreremo in contatto con il sistema sanitario in qualità di pazienti. E non servono né una sperimentazione clinica ben progettata né statistiche complesse per dimostrare che il desiderio di essere trattati con rispetto è universale, anche se ogni paziente è unico.♥

La Dottoressa Archana Maniar è docente di Medicina e Malattie Infettive presso la Davis School of Medicine dell'Università della California. È anche scrittrice e romanziera, con un particolare interesse per le interconnessioni tra medicina e creatività. Il suo primo romanzo, Dry Spells, è stato pubblicato nel 2024 e il secondo, The Lost Photograph, a settembre 2026. I suoi romanzi esplorano concetti universali di identità e appartenenza attraverso la lente dell'esperienza degli immigrati. Per saperne di più sul suo percorso di scrittura creativa, visita il sito: https://www.archanamaniarbooks.com/about



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

ANMCO Lipids & CardioMetabolic Care 2026
Firenze | 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

Congressi Regionali

Evento	Data	Luogo
Ward Club Lombardia Sindrome Cardio-Nefro-Metabolica: percorsi condivisi per una gestione precoce e multidisciplinare	10 novembre 2026	Milano
Best practice in ecografia multidistrettuale in emergenza-urgenza	11 novembre 2026	Nocera Inferiore (Salerno)
Congresso Regionale ANMCO Toscana 2026 HEART to HEART Esperienza ed Innovazione: il volto del futuro	20-21 novembre 2026	Livorno
Terapia sostitutiva renale nel paziente critico: indicazioni, timing e gestione pratica	24 novembre 2026	Salerno
Ward Club Lombardia Sindrome coronarica cronica: tra evidenze, controversie e percorsi condivisi	1 dicembre 2026	Milano
The Nightmare before Christmas	16 dicembre 2026	Pozzuoli (Napoli)

ANMCO

BEAT

LIFE RHYTHM

Aritmologia interventistica per il cardiologo clinico



SAVE THE DATE

3-4 DICEMBRE 2026

BARI

Hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci

NEXT GENERATION


TAGRESSO PRINCIPALE E ACCETTAEIONE
PRONTO SOCCORSO