



**Aritm'in Umbria 2026**  
**Sede del Comune Palazzo dei Priori**  
**21 e 22 Maggio 2026, Perugia**

Artim'inUmbria 2026

**Presidente del Congresso**

Gianluca Zingarini

**Segreteria Scientifica**

Francesco Notaristefano

Matteo D'Ammando

Mirko Dottori

*21 Maggio 2026*

**08.00 Accredimento**

**Sessione: Nursing in cardiologia: competenze avanzate, nuovi protocolli e modelli assistenziali**

08.30 Saluti e inizio del Convegno N. Volpi, G. D. Giusti

*Moderatori: G. Tosti, M. Uccellani, C. Francolino, F. Donatella*

08.45 Nuovi percorsi in eccellenza infermieristica, integrazione e sviluppo tra ospedale e territorio S. Cappannelli

09.00 UTIC<sup>1</sup>, assistenza al paziente in shock cardiogeno mediante monitoraggio invasivo, supporto farmacologico e supporto meccanico. R. Renzini, J. Cestelli

09.15 Sala Ibrida e Team multidisciplinare: ruolo dell'infermiere e tecnico di cardiologia verso la realizzazione di un Heart Team Nursing L. Benedetti, Letizia Ambrosi, Margherita Bittarelli

09.30 Stimolare per Salvare: il ruolo dell'Equipe nell'assistenza al pmk<sup>2</sup> provvisorio C. Gasperini, F. Mancini

09.45 - 10,00 Discussione

Discussant M. Giappichini, E. Gnerucci, E. Aurori

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)

BELVEDERE S.P.A.  
sede legale in Bergamo (BG) 24122, Piazza G. Matteotti 20  
sede operativa, Viale Fedele Fedeli 10, 51016 Montecatini Terme (PT)  
P. I. 00790350169



## **10.00 Saluto autorità e inizio del congresso**

### **10.30 Meet the Expert: Sindromi Aritmogene Ereditarie A. Mazzanti**

Introduce: E. Carluccio

#### **Sessione: Aritmie e Sport**

*Moderatori: P. Scipione, R. Mantovan, L. Filippucci*

11.00 Alterazioni ECG<sup>3</sup> nell'atleta: la linea sottile tra fisiologia e patologia F. Graziano

11.15 Extrasistolia ventricolare nello sportivo: diagnosi differenziale tra forme benigne e maligne G. Barbato

11.30 La fibrillazione atriale nell'atleta: sempre trattamento ablativo? A. Dello Russo

11.45 Valutazione funzionale e rischio aritmico dell'atleta con cardiomiopatia ipertrofica A. Marchi

12.00 Discussione & Take Home message V. Carinci (Bologna)

#### **Sessione: Baby Boomers Vs Millenials**

*Moderatori: L. Marcantoni, G. Zanotto*

### **12.30 Controversia: pacing nello Scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta**

- *M. Biffi CRT<sup>4</sup>*
- *F. Zanon CSP<sup>5</sup>*

13.30 Snack

#### **Sessione: Attualità in aritmologia**

*Moderatori: M. Luzi, GP. Maglia, M. Del Pinto*

14.30 L'elettroporazione nella fibrillazione atriale: c'è ancora spazio per altre energie? F. Solimene

14.45 La chiusura dell'auricola sinistra nella fibrillazione atriale: prospettive future P. Mazzone

15.00 La modulazione della contrattilità cardiaca: quando e a chi? P. Marchese

15.15 ICD<sup>6</sup> sottocutaneo ed extravascolare: vantaggi e differenze C. Lavallo

15.30 LifeVest nella pratica cardiologica moderna: dalla protezione temporanea alla decisione terapeutica S. Segreti

15.45 Discussione & Take Home Message G. Savarese

### **16.15 Meet the expert: Il pacing nell'atleta, dalla scelta del dispositivo alle implicazioni cliniche future A. Curnis**

Introduce: C. Cavallini

17.00 Break



### **Sessione: Il riflesso neurovegetativo**

*Moderatori: C.D. Di Candia, E. De Ruvo, V. Pascucci, F. Fedeli*

- 17.30 Meccanismi neuro-cardiovascolari nella sincope vaso-vagale: ruolo dell'esercizio fisico G. Boni
- 17.45 Tilt test ed altri test funzionali M. D'Ammando
- 18.00 La terapia farmacologica nella sincope neuromediata: quando e a chi. F. De Sensi
- 18.15 Cardioneuroablazione: può essere considerato il gold standard del trattamento? D. Penela Maceda
- 18.30 Impianto del Loop Recorder: competenze infermieristiche avanzate J. Esposto
- 18.45 Discussione & Take Home message G. Di Stolfo

*22 Maggio 2026*

### **Sessione: La complessità procedurale in elettrofisiologia**

*Moderatori: V. Zacà, C. Todisco, F. Filippucci*

- 09.00 L'estrazione di elettrocateri: dalle endoplastiti alle fratture L. Bontempi
- 09.15 Alcolizzazione del Marshall: gold standard per la fibrillazione atriale persistente? F. Notaristefano
- 09.30 Biopsia endomiocardica: una procedura da elettrofisiologo? M. Casella
- 09.45 L'ablazione di Tachicardia ventricolare alla luce delle nuove energie G. Carreras
- 10.00 L'approccio anestesilogico 'tailored' M. Meattelli
- 10.15 Gestione infermieristica delle complessità L. Mandile
- 10.30 Discussione & take home message A. Tordini

10.45 Break

### **Sessione: Conservatori vs Progressisti**

*Moderatori: V. Calvi, M. Anselmino*

- 11.15 Controversia: Il WPW<sup>7</sup> Asintomatico: Ablazione per tutti?  
Pro: M. Silvetti  
Contro: G. Bagliani

11.50 Meet the expert: Intelligenza Artificiale e Dispositivi Medici: inquadramento normativo, ruoli e responsabilità G. Calcagnini  
Introduce: A. Mazza

12.15 Discussione

### **Casi Clinici**

*Moderatore: M. Padeletti, S. Donzelli*

- 12.30 - Caso presentato da Scuola Specializzazione Roma
- 12.40 - Caso presentato da Scuola Specializzazione Padova
- 12.50 - Caso presentato da Scuola Specializzazione Perugia – M. Freschini
- 13.00 - Caso presentato da Scuola Specializzazione Messina – P. Bellocchi

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)



Discussione

13.30 Snack

## **14.00 Sessione – Elettrofisiologia e Elettrostimolazione tra realtà e innovazioni**

### **14.00 Introduzione alla Sessione Naglieri Stefania, Pastorelli Marta**

*Moderatori: M. Bianchi, P. Tiradosso, M. Forgiome, M. Dottori*

14.15 Cardiologia Interventistica, organizzazione ruoli e competenze in Emodinamica ed Elettrofisiologia verso la realizzazione di un pool unico M. Bravi

14.30 Pulsed Field Ablation, indicazioni tecniche e gestione infermieristica P. Di Giuliantonio, A. Barchiesi

14.45 ICD sottocutaneo: indicazioni, tecnica d'impianto e outcome nella pratica clinica F. Travaglini

15.00 LBBAP<sup>8</sup> cardiaca. Pacing su branca, una nuova frontiera della stimolazione M. Barlocchi

15.15 Ruolo dell'imaging in elettrofisiologia ed elettrostimolazione, dall' ecografia alla tac cardiaca. R. Ciaccini

15.30 Prevenzione delle infezioni in sala operatoria, le infezioni del sistema di Stimolazione – espianto dei device infetti A. Arcangeli

15.45 Discussione

V. Pascucci, M. Menichetti, M. Dottori, P. Leonardi

16.00 CLOSING REMARKS

## ACRONIMI

1. UTIC: **Unità di Terapia Intensiva Cardiologica**
2. PMK: **pacemaker**
3. ECG: **elettrocardiogramma**
4. CRT: **Terapia di Resincronizzazione Cardiaca**
5. CSP: **Conduction System Pacing**
6. ICD: **defibrillatore cardiaco impiantabile**
7. WPW: **Wolff-Parkinson-White**
8. LBBAP: **Left Bundle Branch Area Pacing**

## Casi Clinici

### **Caso Clinico sulla Fibrillazione atriale**

Il blocco percutaneo del ganglio stellato di sinistra (PSGB) è una metodica recentemente implementata nel trattamento delle aritmie ventricolari refrattarie. L'effetto sulle aritmie sopraventricolari e sulla loro penetranza ventricolare è poco noto nell'uomo. I dati disponibili suggeriscono un significativo prolungamento del periodo refrattario atriale e una riduzione sia di inducibilità e durata della fibrillazione atriale, che di tutte le aritmie atriali intra e post-operatorie dopo chirurgia toracica e cardiaca. Caso: Uomo di 68 anni, iperteso, obeso con OSAS e con cardiopatia ischemica (FE 38%), in bisoprololo 1.25 mg e ranolazina. Accede in DEA per cardiopalmo, lipotimie e dispnea ingravescente. All'ECG si evidenziavano frequentissimi lembi di TAE con conduzione

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)



atrioventricolare (AV) 1:1 e frequenza cardiaca (Fc) tra 100 e 160 bpm, alternati a ritmo sinusale a 45–50 bpm, talora condotti con aberranza, ed extrasistoli ventricolari isolate e ripetitive (max 8 battiti); saggiati amiodarone, lidocaina e terapia di unloading ev, senza beneficio, quadro coronarico stabile. Veniva eseguito PSGB sinistro con approccio laterale eco-guidato (bolo locale di lidocaina 100 mg+ropivacaina 20 mg), senza complicanze, inducendo ptosi palpebrale. Nelle 15 ore successive scomparsa delle aritmie ventricolari non sostenute, riduzione di quelle isolate e progressiva riduzione del burden aritmico atriale e della Fc media in corso di TAE (da 158 a 84 bpm, -47%, conduzione AV 1:1). Al successivo studio elettrofisiologico evidenza di focus extrasistolico in prossimità dell'ostio della vena polmonare inferiore destra, trattato con ablazione. A 18 mesi non recidive. Questo caso evidenzia il potenziale beneficio del PSGB di sinistra nel trattamento acuto di aritmie sopraventricolari refrattarie alla terapia medica. Ulteriori studi aiuteranno ad identificare l'entità e la durata del beneficio a seconda del tipo e del meccanismo dell'aritmia e delle caratteristiche cliniche del paziente.

### **Caso Clinico sulla Morte Improvvisa**

Il seguente caso sottolinea come l'interrogazione e la riprogrammazione attenta dell'ICD nello stormo aritmico debba essere eseguita il prima possibile, al fine non soltanto di definire la natura degli episodi aritmici e minimizzare il rischio di interventi non necessari, ma anche di escludere un eventuale potenziale pro-aritmico di alcuni algoritmi frequentemente utilizzati. Uomo di 63 anni affetto da cardiomiopatia ipertrofica non ostruttiva ad evoluzione ipocinetodilatativa, attualmente in lista trapianto cuore. Sottoposto nel 2018 ad ablazione endo-epicardica anterosettale apicale per insorgenza di TV monomorfe emodinamicamente instabili, ed impiantato ICD bicamerale; terapia antiaritmica limitata da intolleranza alla mexiletina e ipertiroidismo da amiodarone. Nell'agosto 2022 episodio di TV monomorfa emodinamicamente instabile, sottoposta a cardioversione farmacologica con amiodarone sul territorio, e sviluppo di shock cardiogeno. All'analisi del dispositivo venivano segnalati 4 episodi di TV monomorfa della medesima morfologia a 151 bpm (in zona monitor 150-170 bpm) di cui solo della prima era visibile l'innescò. Si trattava di un unico episodio di TV con frequenza cardiaca (Fc) a cavallo della Fc minima della zona monitor e pertanto registrata a tratti dal device (per  $Fc > 150$  bpm). Il dispositivo era programmato con ritardo atrioventricolare (AV) stimolato di 350 ms in modo da minimizzare la percentuale di battiti ventricolari stimolati, tuttavia durante la ricerca delle autosoglie atriali (ACap-Confirm, Abbott®), l'intervallo AV si riduceva drasticamente (AV delay 100 ms) generando una sequenza tipo lungobreve-lungo (figura1) che ha innescato la TV. Analizzando gli eventi precedenti nella memoria dell'ICD, lo stesso meccanismo di innescò si era verificato anche 90 giorni prima allo stesso orario (le autosoglie venivano eseguite ogni 24 ore), configurando l'insorgenza della medesima TV a 151 bpm (figura2), in quel caso autorisoltasi dopo pochi minuti. Non è noto se durante tale periodo siano state innescate ulteriori TV al di sotto dei 150 bpm (limite di riconoscimento). La terapia specifica è stata la disattivazione delle autosoglie atriali e l'ottimizzazione dei parametri di riconoscimento e di intervento delle TV. Non recidive aritmiche nel follow-up

### **Caso Clinico sulla stimolazione cardiaca**

Razionale: la stimolazione elettrica cardiaca convenzionale, sia settale che apicale, si è dimostrata, nel follow-up a lungo termine, potenzialmente deleteria sia in termini di riduzione della funzione sistolica, sia in termini di aumentato del rischio di fibrillazione atriale. La stimolazione hisiana, pur essendo la più fisiologica, può presentare delle criticità legate ad elevate soglie e scarsa stabilità dell'elettrocattetero all'impianto o innalzamento della soglia e possibilità di dislocazione al follow-up. Implicazioni cliniche: abbiamo sottoposto ad impianto sul sistema di conduzione, in sede His distale, un paziente già portatore di defibrillatore bicamerale con elettrocattetero da defibrillazione in sede setto-apicale, impiantato in prevenzione secondaria, per TVs in displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVD). Nel tempo il paziente è diventato dipendente dalla stimolazione ventricolare per comparsa di BAV di primo grado (450 msec) ed ha sviluppato disfunzione sistolica e sintomi di scompenso cardiaco. È stata quindi effettuata un'ottimizzazione della stimolazione mediante impianto di elettrocattetero 3830 Medtronic, in sede di visualizzazione di HIS distale, precedentemente localizzato attraverso mappaggio elettroanatomico con elettrocattetero decapolare Inquiry Abbott (FIG.1). L'elettrocattetero da stimolazione è stato avvitato in sede di visualizzazione del potenziale HIS distale con ottimi parametri all'impianto (sensing 5 mV, impedenza 680 ohm, soglia 0,75V) che si sono mantenuti tali anche al follow-up ad 1 anno (sensing 5 mV, impedenza 696 ohm, soglia 1 V). La durata del QRS all'impianto risultava ridotta: da 140 msec a 105 msec. La funzione sistolica da 40% all'impianto è salita a 55% al follow-up. La procedura è durata 2 ore ed il tempo di scopia è stato di 20 minuti.

Prospettive diagnostico-terapeutiche: la stimolazione dell'His distale potrebbe essere considerata il gold standard della stimolazione fisiologica in quanto presenta parametri all'impianto migliori rispetto alla stimolazione dell'His prossimale e più stabili nel tempo, senza innalzamenti di soglia o dislocazioni, tutto ciò legato al fatto che il catetere viene avvitato nel contesto del setto interventricolare basale

### **Caso Clinico Aritmie e Sport**

G.B., giocatore professionista di pallacanestro di 23 anni, nel settembre 2024, durante visita medico-sportiva per idoneità agonistica, riferiva saltuariamente, durante esercizio fisico, episodi di cardiopalmo ritmico di breve durata e a risoluzione spontanea in clinostatismo o con manovra di Valsalva, dall'età di 17 anni. Secondo il protocollo di idoneità sportiva per professionisti veniva eseguito test da sforzo cardiologico, ecocardiogramma ed RX torace. Da questi accertamenti si evidenziava la presenza di valvola aortica bicuspidale. Nell'aprile 2025, durante gli allenamenti, avvertiva nuova comparsa di cardiopalmo inizialmente ritmico e poi aritmico: l'ECG eseguito, veniva refertato come fibrillazione atriale (FA) con fc di 90 bpm. Il giorno seguente, la terapia antiaritmica in PS non dava risoluzione dell'aritmia che invece regrediva spontaneamente a domicilio, la sera stessa. Il cardiologo consigliava

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)



quindi uno studio elettrofisiologico e nell'attesa il medico sociale lo sospendeva dall'attività agonistica (inidoneità temporanea). Lo studio elettrofisiologico del maggio 2025 dimostrava l'inducibilità di tachicardia reciprocante nodale tipica, considerata la causa scatenante la FA, e quindi si procedeva all'ablazione. Veniva eseguito un test da sforzo cardiologico di controllo, circa 10 giorni dopo, che risultava negativo e si indicava la ripresa graduale dell'attività sportiva. A un mese dall'ablazione, in assenza di sintomi e recidiva dell'aritmia, era idoneo all'attività sportiva professionistica.

### Faculty invitata completa

Anselmino Matteo, Torino  
Bagliani Giuseppe, Bologna  
Barbato Gaetano, Bologna  
Biffi Mauro, Bologna  
Boni Giovanni, Foligno  
Bontempi Luca, Desenzano  
Calcagnini Giovanni, Roma  
Calvi Valeria, Catania  
Carinci Valeria, Bologna  
Carreras Giovanni, Terni  
Casella Michela, Ancona  
Curnis Antonio, Brescia  
D'Ammando Matteo, Perugia  
De Ruvo Ermenegildo, Roma  
Del Pinto Maurizio, Perugia  
Dello Russo Antonio, Ancona  
Di Stolfo Giuseppe, S.Giovanni Rotondo  
Dicandia Cosimo Damiano, Bari  
Graziano Francesca, Padova  
Maglia Giampiero, Catanzaro  
Mantovan Roberto, Conegliano  
Marcantoni Lina, Rovigo  
Marchese Procolo, Ascoli Piceno  
Mazza Andrea, Città di Castello  
Mazzanti Andrea, Pavia  
Mazzone Patrizio, Milano  
Meattelli Mattia, Perugia  
Notaristefano Francesco, Perugia  
Padeletti Margherita, Firenze  
Pelargonio Gemma, Roma  
Pelliccia Antonio, Roma  
Penela Maceda Diego, Milano  
Santini Luca, Ostia  
Savarese Gianluca, Foligno  
Sciarra Luigi, Roma  
Scipione Pietro, Fabriano  
Silveti Massimo Stefano, Roma  
Solimene Francesco, Mercogliano  
Todisco Cristina, Perugia  
Tordini Alessandra, Perugia  
Zanon Francesco, Rovigo  
Zanotto Gabriele, Verona  
Zingarini Gianluca, Perugia  
Zorzi Alessandro, Padova

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)

BELVEDERE S.P.A.  
sede legale in Bergamo (BG) 24122, Piazza G. Matteotti 20  
sede operativa, Viale Fedele Fedeli 10, 51016 Montecatini Terme (PT)  
P. I. 00790350169



## Razionale e Informazioni Generali

L'evento è rivolto a tutti i professionisti che esercitano la loro attività sia in strutture ospedaliere che a livello ambulatoriale, ai Medici di Medicina Generale e Medici di Famiglia, Cardiologia, Geriatria, Malattie dell'Apparato respiratorio, Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Medicina Interna, Medicina dello Sport, Chirurgia Vascolare, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Medicina legale, Chirurgia Toracica, Cardiocirurgia, Medicina del Lavoro e sicurezza degli ambienti di Lavoro, Continuità Assistenziale, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Infermieri Professionali, Tecnici di Radiologia, Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare.

Nella fattispecie è rivolto ai professionisti che abbiano la necessità di approfondire le loro conoscenze sui più recenti aggiornamenti in tema di Aritmie cardiache, Scempenso cardiaco, Tachicardia e Fibrillazione Ventricolare, Prevenzione della morte improvvisa nella cardiopatia Ischemica, l'attività fisica nel cardiopatico, device impiantabili, argomenti affrontati in termini sia di diagnosi che di trattamento.

Esperti nazionali ed internazionali tratteranno diversi argomenti, di attualità e di importante rilievo in campo aritmologico, tra cui la fibrillazione atriale, l'aritmia attualmente più frequente, per la quale verranno illustrati il trattamento farmacologico ed i più recenti approcci non farmacologici.

### **ECM – Educazione Continua in Medicina**

L'evento è accreditato ed inserito nel programma Educazione Continua in Medicina secondo i termini vigenti ed è parte del piano formativo di For.Med, Provider riconosciuto dall'Agenas. Le Discipline accreditate sono:

<b>Categorie</b>	<b>Discipline</b>
Medico Chirurgo	Medicina Generale e Medici di Famiglia, Cardiologia, Geriatria, Radiologia, Malattie dell'Apparato respiratorio, Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Medicina dello Sport, Chirurgia Vascolare, Medicina legale, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Toracica, Cardiocirurgia, Medicina del Lavoro e sicurezza degli ambienti di Lavoro, Continuità Assistenziale
Infermieri	Infermieri Professionali
Tecnici	Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, Tecnici di Radiologia.

Per ottenere i crediti formativi è necessario partecipare nella misura di almeno il 90% ai lavori scientifici per i quali è stato richiesto l'accreditamento, compilare e consegnare presso la segreteria il questionario di apprendimento (rispondendo correttamente almeno al 75% delle domande) e la scheda di valutazione dell'evento, firmare, sia in entrata che in uscita, il foglio di rilevamento delle presenze presso la segreteria congressuale. L'adesione all'evento è gratuita, ma vincolata all'invio della scheda d'iscrizione.

### **Iscrizione:**

Le iscrizioni sono aperte fino al 9 maggio 2026. E' possibile compilare il form di registrazione direttamente sul sito della Segreteria Organizzativa [www.bk1.it](http://www.bk1.it)

Il Congresso è a numero chiuso ed è riservato ai primi 100 iscritti, in ordine cronologico. L'adesione all'evento è gratuita. L'iscrizione prevede: partecipazione ai lavori, ristorazione congressuale (nr. 2 snack lunch e coffee break) kit congressuale, attestato di partecipazione ed attestato ECM (se conseguito).

### **Segreteria Organizzativa**

Bk1 – Belvedere Spa

Chiaralberta Valentini

Telefono 0572 911864 c.valentini@bk1.it

**Provider ECM** For.Med. S.r.l Provider ECM ID 4695

Telefono 0572 911864 [www.bk1.it](http://www.bk1.it)

BELVEDERE S.P.A.  
sede legale in Bergamo (BG) 24122, Piazza G. Matteotti 20  
sede operativa, Viale Fedele Fedeli 10, 51016 Montecatini Terme (PT)  
P. I. 00790350169