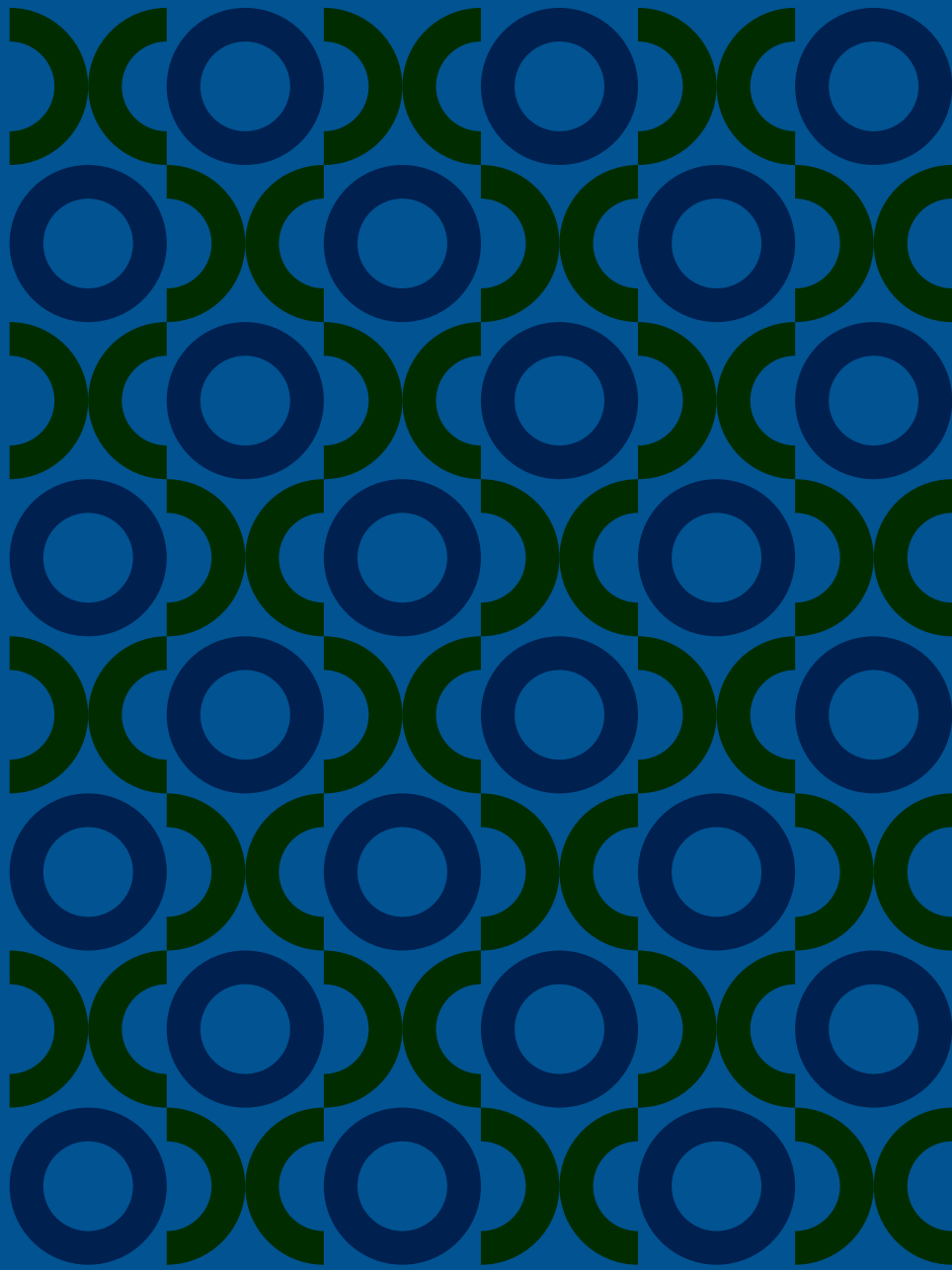
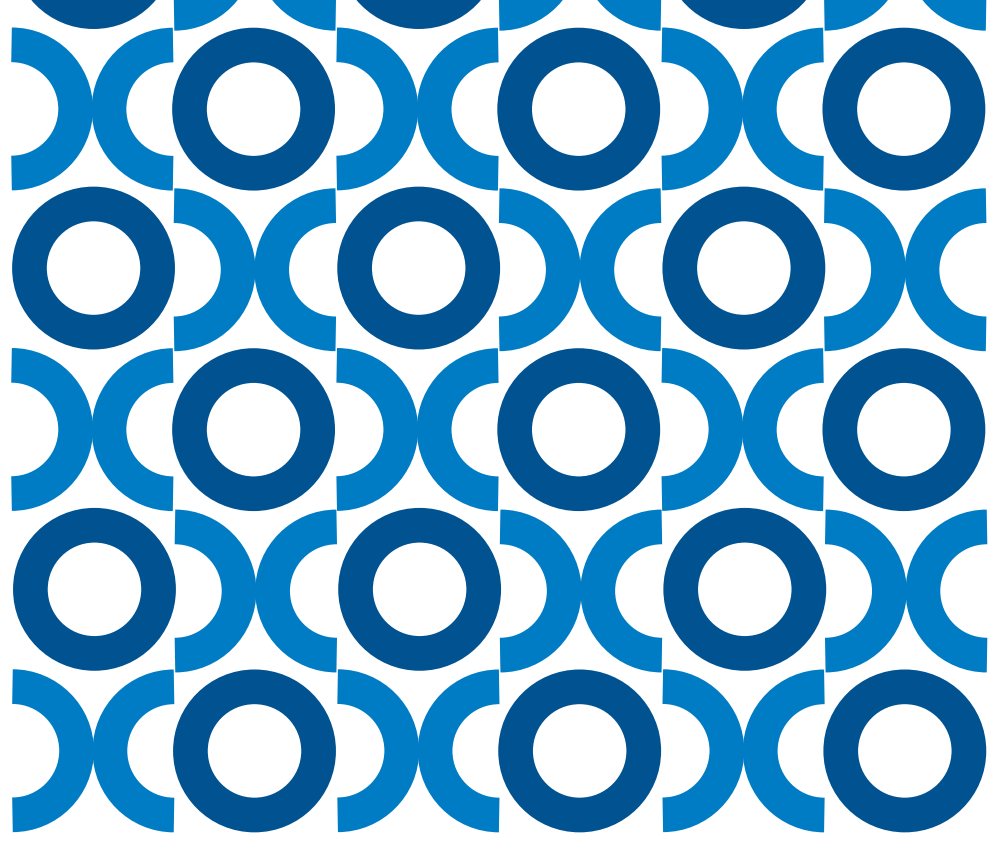


iQUADERNI

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR • 2026

L'HEART TEAM
COME APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE
PER LA GESTIONE
DEI PAZIENTI ELEGGIBILI
AL TRATTAMENTO
CHIRURGICO
E TRANSCATETERE
DELLA PATOLOGIA
VALVOLARE AORTICA





**L'HEART TEAM COME APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE
PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI
ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO
CHIRURGICO E TRANSCATETERE
DELLA PATOLOGIA VALVOLARE
AORTICA**

monitor



Quaderno di Monitor 2026

Supplemento
alla rivista semestrale Monitor

Proprietario ed Editore
AGENAS - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore Editoriale
Angelo Tanese

Direttore Responsabile
Massimiliano Abbruzzese

Segreteria di Redazione
Eugenia Bignardelli

Sede centrale:
Via Toscana, 12
Sede legale:
Via Puglie, 23
00187 Roma
tel: 06 42749700

Impaginazione Grafica
Digital Angels srl

Stampa
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione
presso il Tribunale di Roma n° 124
del 13.11.2020

Finito di stampare
nel mese di maggio 2026

Codice ISSN 2282-5975

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244. AGENAS assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23, convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad AGENAS il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica. Inoltre, con decreto legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022 n. 25, è stato assegnato ad AGENAS il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale, con l'obiettivo di assicurare il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.



INDICE

1	GLOSSARIO	7
2	SCOPO DEL DOCUMENTO	8
3	QUADRO EPIDEMIOLOGICO	9
4	L'HEART TEAM COME GARANZIA DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	11
	COMPOSIZIONE DELL'HT	11
	RESPONSABILITÀ DELL'HT	12
	FUNZIONI E COMPITI DELL'HT	12
	MODALITÀ E SEDE DELLA RIUNIONE DELL'HT	12
	DOCUMENTAZIONE PRODOTTA DALL'HT	13
5	COMUNICAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI	14

GRUPPO DI LAVORO

(Delibera AGENAS n.148 del 8 aprile 2025):

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Giovanni Baglio – Direttore UOC Ricerca (Coordinatore);
Elisa Guglielmi – UOC Ricerca (Segretario Tecnico)

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Fabrizio Oliva – Presidente
Leonardo De Luca – Vicepresidente

Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE)

Francesco Saia – Presidente
Alfredo Marchese – Presidente eletto

Società Italiana di Anestesia e Terapia Intensiva Cardio-Toracico-Vascolare (ITAC-TAIC)

Gianluca Paternoster – Presidente
Marco Ranucci – Delegato ai rapporti con le società scientifiche e le istituzioni

Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

Elena G. Bignami – Presidente
Ettore Panascia – Coordinatore del board della sezione Cardio-Toracico-Vascolare

Società Italiana di Cardiologia (SIC)

Pasquale Perrone Filardi – Presidente
Ciro Indolfi – Presidente della Federazione Italiana Cardiologia (IFC)

Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH)

Michele Pilato – Presidente
Mauro Rinaldi – Vicepresidente

1. Glossario

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ANMCO	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
EACTS	Associazione europea di chirurgia cardiotoracica (en.: European association of cardio-thoracic surgery)
ESC	Società europea di cardiologia (en.: European society of cardiology)
GISE	Società italiana di cardiologia interventistica
IA	Insufficienza valvolare aortica
IFC	Federazione Italiana Cardiologia (en.: Italian Federation of Cardiology)
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ITACTAIC	Società Italiana di Anestesia e Terapia Intensiva Cardio-Toracico-Vascolare
PROM-STs	Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality
SASS	Stenosi aortica sintomatica severa
SAVR	Sostituzione valvolare aortica chirurgica (en.: surgical aortic valve replacement)
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera
SIAARTI	Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
SIC	Società Italiana di Cardiologia
SICCH	Società italiana di chirurgia cardiaca
TAVI	Impianto transcateretere di valvola aortica (en.: transcatheter aortic valve implantation)
TAC	Tomografia assiale computerizzata

2. Scopo del documento

Il presente *Position Paper* sull'*Heart Team* (HT) nasce da un'iniziativa congiunta di AGENAS con le principali società scientifiche coinvolte nel trattamento delle patologie cardiache (ANMCO, GISE, ITACTAIC, SIAARTI, SIC, SICCH), al fine di condividere misure clinico-organizzative da implementare nella pratica clinica, a garanzia della qualità assistenziale e della sicurezza dei pazienti adulti con patologia valvolare aortica da sottoporre a intervento chirurgico (SAVR) o a impianto transcateretere (TAVI).

In particolare, le indicazioni contenute nel presente documento si conformano alla prospettiva di:

- o garantire cure di elevata qualità, tramite un approccio multidisciplinare, basato sulle evidenze scientifiche, centrato sul paziente e orientato all'equità nell'accesso alle cure;
- o ridurre al minimo i rischi e le conseguenze indesiderate del trattamento;
- o migliorare la sopravvivenza a lungo termine e la qualità della vita;
- o migliorare la *performance* del Servizio Sanitario Nazionale promuovendo una gestione razionale delle risorse.

Intenzione del presente documento è stabilire principi universali di buona pratica che dovranno poi trovare riscontri attuativi nelle singole realtà. In tal senso, è auspicabile l'i-

stituzione di PDTA locali per la gestione delle valvulopatie aortiche, laddove non ancora presenti.

Questo documento vuole sottolineare la centralità dell'HT come approccio multidisciplinare per la gestione dei pazienti da sottoporre al trattamento della valvulopatia aortica, e raccomandare la sua istituzionalizzazione all'interno delle realtà ospedaliere, riaffermandone il ruolo nei percorsi decisionali, a garanzia di un'appropriata scelta terapeutica e di migliori *outcome* procedurali.

Le indicazioni contenute nel presente documento si basano su raccomandazioni *evidence-based* desunte dalla letteratura, con particolare riferimento alle linee guida europee e nazionali e ai documenti di consenso per il trattamento delle valvulopatie, e modulate alla luce dell'esperienza clinica dei partecipanti al Gruppo di lavoro. Tali indicazioni potranno essere aggiornate sulla base di nuove evidenze e nuove linee guida.

Infine, il presente documento non intende affrontare valutazioni comparative tra le diverse modalità terapeutiche e procedure chirurgiche, in termini di efficacia e/o sicurezza, rispetto alle quali si rimanda alla specifica letteratura esistente.

3. Quadro epidemiologico

Le patologie valvolari rimangono tra le principali cause di morbosità, ospedalizzazione e mortalità in tutto il mondo. Sebbene nei Paesi sviluppati sia diminuita la forma ad eziologia reumatica, a seguito dell'invecchiamento della popolazione la prevalenza di valvulopatie di origine degenerativa risulta in rapido aumento.¹⁻⁵

In Italia i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE) hanno evidenziato nel periodo pre-pandemico un aumento degli interventi per valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiaca, da 28.615 nel 2015 a 35.587 nel 2019. A valle della drastica riduzione osservata nel 2020 per effetto del COVID-19 (n=29.231), negli anni successivi si è registrata una ripresa, con progressivo riallineamento al trend prepandemico. Nel 2024 gli interventi sono risultati 41.773 (+46% rispetto al 2015).⁶

Tra le patologie valvolari, la stenosi aortica sintomatica severa (SASS) rappresenta un importante problema di salute pubblica per la sua prognosi infausta, se non trattata, e per la sua alta prevalenza legata all'invecchiamento della popolazione. In Italia e in tutti i Paesi industrializzati questa tipologia di lesione valvolare è la più frequente con necessità di trattamento chirurgico o transcateretere ed è destinata ad un incremento sensibile e costante, in considerazione dell'aumento della popolazione anziana.^{3,7} Le più recenti Linee Guida delle Società Europee di Cardiologia (ESC) e di Cardiochirurgia (European Association for Cardio-Thoracic Surgery - EACTS) evidenziano come per questa tipologia di lesione l'intervento precoce sia fortemente raccomandato in tutti i pazienti, a eccezione di quelli per i quali difficilmente si avrebbe un miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza.¹

Fino alla prima metà degli anni 2000, l'unica opzione di trattamento interventistico era rappresentata dalla sostituzione valvolare aortica chirurgica (SAVR) con protesi biologica o meccanica, che tuttavia era spesso gravata da un rischio operatorio elevato, data l'età avanzata dei pazienti e le frequenti comorbidità. Que-

ste condizioni facevano sì che una quota importante di pazienti con SASS non venissero sottoposti a intervento. Un'indagine condotta dalla Società Europea di Cardiologia in 92 centri di 25 Paesi europei nel 2001 dimostrava che in soggetti anziani che rispettavano i criteri generali d'indicazione all'intervento, questo non veniva eseguito in circa il 32% dei casi.⁸

L'introduzione nella pratica clinica, a metà degli anni 2000, dell'impianto transcateretere di valvola aortica biologica (TAVI) ha rappresentato una nuova possibilità terapeutica per i pazienti affetti da SASS non trattabili chirurgicamente. La procedura TAVI era stata inizialmente destinata a pazienti anziani, inoperabili e/o a rischio chirurgico proibitivo (logistic EuroSCORE superiore a 20 e/o PROM-STS score superiore a 10 o con controindicazioni specifiche all'intervento). Negli anni immediatamente successivi alla sua introduzione nella pratica clinica, si è potuto osservare come questa procedura abbia conosciuto una rapida diffusione, andando a interessare progressivamente anche pazienti più giovani, asintomatici o con poche controindicazioni all'intervento chirurgico tradizionale.

I dati prodotti annualmente dalla Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE) sull'attività dei laboratori di emodinamica hanno confermato una crescita costante del numero degli interventi sulla valvola aortica effettuati per via transcateretere nel nostro Paese (da 2.188 nel 2013 a 12.999 nel 2024).⁹

Tale aumento è stato anche documentato nell'ambito degli studi OBSERVANT e OBSERVANT II, frutto di una collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità, AGENAS, il Ministero della Salute, le Regioni e le Società Scientifiche del settore, che hanno dimostrato come anche in Italia la procedura TAVI abbia coinvolto pazienti a rischio progressivamente più basso.¹⁰⁻¹³

A fronte di un quadro assistenziale in rapido divenire, caratterizzato dall'adozione di tecniche chirurgiche mini-invasive, dalla rapida evoluzione tecnologica con introduzione nel mercato di nuove protesi valvolari, e dall'esten-

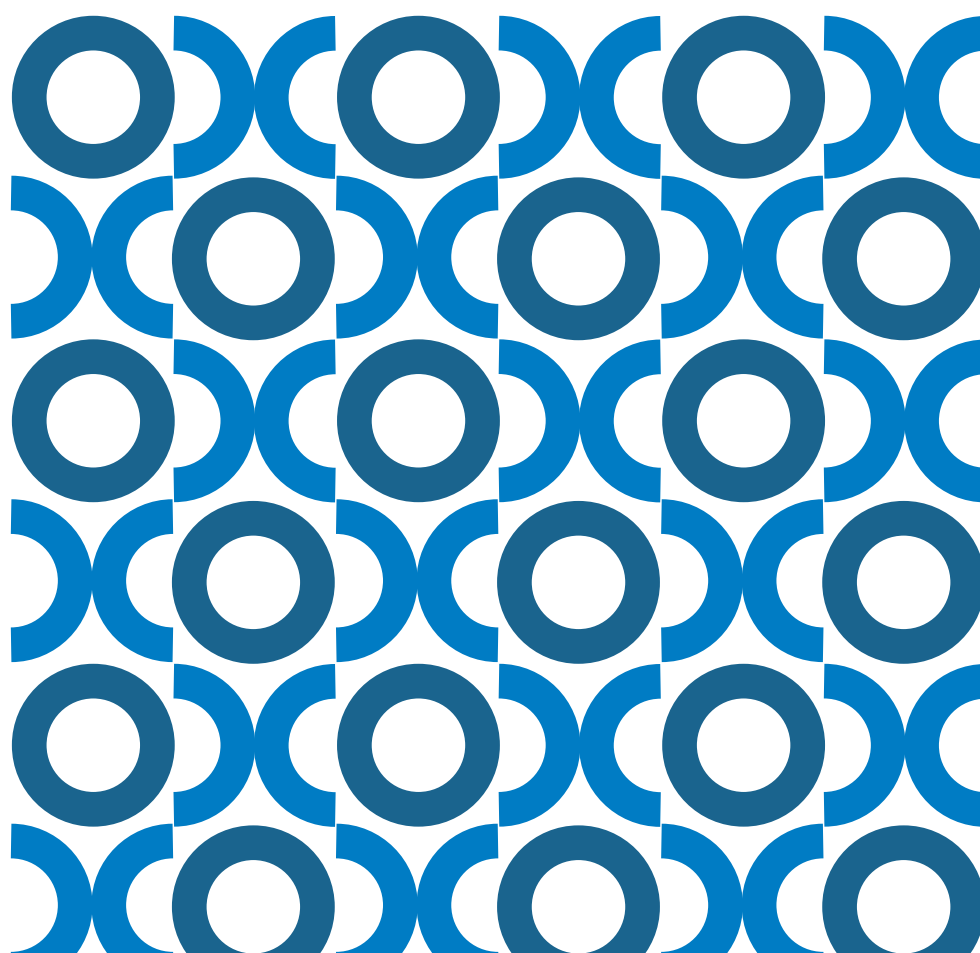


sione delle TAVI a pazienti sempre più complessi (portatori di bioprotesi valvolare aortica chirurgica o trans-catetere) o un tempo considerati *off label* (insufficienza valvolare aortica), si impone il confronto e la collaborazione tra le diverse figure e competenze professionali coinvolte nel trattamento della valvulopatia aortica, ai fini di ottimizzare l'utilizzo della conoscenza scientifica e individuare la soluzione terapeutica più appropriata nel singolo caso specifico (medicina personalizzata).

In questo contesto, ha assunto un ruolo crescente l'HT, come la modalità di lavoro più adeguata a gestire i pazienti eleggibi-

li al trattamento chirurgico o transcaterere della patologia valvolare aortica, secondo quanto suggerito dalle raccomandazioni di buona pratica clinica.^{1,14}

Il percorso integrato e condiviso che l'HT assicura a tali pazienti è infatti indicato in letteratura come l'approccio che meglio coniuga le istanze di efficacia, innovatività, sicurezza e sostenibilità, nell'ambito di un iter diagnostico-terapeutico condiviso, ottimizzato e personalizzato, in cui anche il paziente sia messo nelle condizioni di partecipare in maniera proattiva e consapevole alle decisioni che riguardano la propria salute.



4. L'Heart Team come garanzia di qualità dell'assistenza

L'istituzione dell'*Heart Team* all'interno delle singole realtà ospedaliere è fortemente raccomandata, in virtù del profilo di responsabilità che esso ricopre, a garanzia della sicurezza del paziente, dell'appropriatezza clinica e della sostenibilità delle scelte terapeutiche.

La presenza dell'HT garantisce, infatti, l'ottimizzazione delle cure e la correttezza dell'indicazione, mediante un'organizzazione standardizzata dei processi assistenziali, temperata con la capacità di diversificare e personalizzare gli approcci, nell'ottica di una gestione multidisciplinare dei singoli casi.

La collaborazione tra le diverse figure professionali, e in particolare la *partnership* tra cardiologo interventista e cardiocirurgo, sono elementi indispensabili per garantire un programma di successo nel trattamento della valvulopatia aortica, a partire dalla consapevolezza che "il successo dei programmi dipende dall'interazione di un gruppo di professionisti, ognuno con il rispettivo bagaglio di competenze, che lavorano insieme per la migliore strategia di trattamento centrata sul singolo paziente".¹⁴

La valutazione da parte dell'HT è, dunque, condizione necessaria per il trattamento della patologia valvolare aortica, ferme restando le indicazioni sui requisiti minimi strutturali dei centri contenute nelle linee guida attualmente vigenti.^{1,14-15}

Composizione dell'HT

L'HT si compone di figure professionali in grado di garantire il corretto inquadramento diagnostico e la scelta appropriata dei trattamenti, a partire da una valutazione delle condizioni generali del paziente e del rapporto tra i benefici e i rischi, a breve e a lungo termine, associati a ciascuna procedura.

Le più recenti Linee Guida europee prevedono che al *Core Heart Team*, costituito da cardio-

chirurgo, cardiologo interventista, cardiologo clinico e cardiologo esperto di *imaging*, possano affiancarsi, nell'ambito dell'*Extended Heart Team*, ulteriori figure specialistiche da coinvolgere in base alle necessità cliniche, alla complessità del caso e all'organizzazione locale.¹

In tale prospettiva, il Gruppo di lavoro intende sottolineare il ruolo qualificante del cardio-anestesista-rianimatore che, pur non essendo formalmente incluso tra le figure del *Core Heart Team* e pur non essendo la valutazione anestesiologicala richiesta in modo routinario in tutti i pazienti, dovrebbe essere previsto in maniera mirata nei contesti clinici a maggiore complessità e/o rischio peri-procedurale, al fine di migliorare l'appropriatezza della decisione terapeutica e la pianificazione assistenziale. In particolare, il suo coinvolgimento nell'HT dovrebbe essere garantito nei seguenti casi:

- o pazienti più giovani (età <70 anni) e con profilo di basso rischio chirurgico (SAVR raccomandata per LG europee)¹, nei quali la scelta tra strategia transcateretere e chirurgica richiede una valutazione multidisciplinare particolarmente accurata. In questa popolazione, il cardio-anestesista-rianimatore contribuisce in modo specifico alla valutazione delle comorbidità extra-cardiache e del profilo peri-procedurale, favorendo una discussione più completa delle opzioni terapeutiche;
- o età avanzata associata a fragilità significativa e/o a rischio anestesiologicalo elevato, tale da rendere prevedibile un ricovero in terapia intensiva;
- o procedure TAVI non transfemorali;
- o procedure TAVI a elevata complessità clinico-procedurale, caratterizzate da:
 - a) aumento significativo del rischio intra-procedurale (ad esempio accessi femorali ostili, anello aortico ad alto rischio);
 - b) comorbidità respiratoria rilevante con elevata probabilità di assistenza anestesiologicala avanzata;

- c) pazienti con elevato rischio procedurale in caso di necessità di intubazione oro-tracheale (deformità toraciche, gravi patologie respiratorie);
- d) impiego di dispositivi di supporto.

Responsabilità dell'HT

L'HT valuta ogni singolo caso e identifica la migliore strategia terapeutica per il paziente, valutando anche l'eventuale futilità di un relativo trattamento. Garantisce, inoltre, che la migliore strategia terapeutica identificata possa essere eseguita secondo adeguate modalità strumentali, gestionali e organizzative presso il centro in cui opera. L'interazione dei singoli componenti all'interno dell'équipe e di quest'ultima con il paziente sono essenziali per garantire la qualità dell'assistenza.

Ogni membro dell'HT è responsabile del proprio operato per la parte di propria competenza, tuttavia la decisione finale deve poter essere assunta in maniera collettiva e condivisa. A tal fine, le responsabilità e i ruoli di ciascun componente devono essere chiaramente delineati nel documento istitutivo dell'HT a livello locale, anche in riferimento a possibili sovrapposizioni di competenze, alle forme di coinvolgimento di altri specialisti, alla titolarità nella gestione del paziente e alle modalità di risoluzione di possibili divergenze, in una prospettiva di approfondimento e arricchimento reciproco.

È importante che la discussione dei casi avvenga in occasioni di riunioni collegiali, e non separatamente da parte dei singoli professionisti, al fine di facilitare lo scambio di informazioni e il confronto puntuale nel merito, a garanzia dell'effettiva multidisciplinarietà e della contemporaneità della valutazione, soprattutto in situazioni cliniche complesse e mutevoli o in presenza di opinioni contrastanti in grado di compromettere la qualità dell'assistenza.

Funzioni e compiti dell'HT

Sono in capo all'HT decisioni che attengono alla gestione del paziente nelle diverse fasi del percorso di cura.

In fase pre-procedurale, l'HT stabilisce l'iter diagnostico necessario alla valutazione del singolo caso, anche attraverso il coinvolgimento di ulteriori competenze specialistiche, e individua le modalità più appropriate di trattamento, secondo criteri di eleggibilità *evidence-based* verificati alla luce delle caratteristiche cliniche (sintomatologia, stato funzionale, presenza di altre patologie cardiache e/o comorbidità) e anatomiche, e di una contestuale valutazione dei potenziali benefici e danni per i pazienti.¹⁴

Rientrano tra le prerogative dell'HT: scegliere la strategia (chirurgica o transcateretere), la tipologia di intervento, il materiale da utilizzare; in caso di TAVI, considerare l'approccio vascolare, la necessità o meno di assistenza anestesiológica in sala e la tipologia di anestesia/sedazione.

L'operatore TAVI è individuato in maniera non preclusiva tra le professionalità componenti l'HT, secondo i principi già elaborati nelle *consensus* e nelle linee guida,^{1,15-17} seguendo un principio di condivisione in armonia dei programmi, nell'interesse primario ed esclusivo del paziente. Responsabilità dell'HT è, comunque, garantire una cornice di sicurezza adeguata in cui le complicanze procedurali abbiano un immediato riscontro nel trattamento da parte di figure professionali prontamente disponibili e che, preferibilmente, abbiano condiviso *a priori* il percorso decisionale del paziente in questione.

Nella fase post-procedurale, la gestione delle complicanze deve essere stabilita da specifici protocolli, come parte integrante degli standard di qualità dei singoli centri.

È auspicabile, infine, che l'HT si impegni a eseguire una revisione periodica interna degli *outcome* in appositi meeting dedicati.

Modalità e sede della riunione dell'HT

L'HT dovrebbe riunirsi in un ambiente dedicato, strutturato per favorire la collaborazione multidisciplinare tra gli specialisti coinvolti nel percorso decisionale del paziente. La sede della riunione dovrebbe garantire concentrazione e riservatezza, in un ambiente che favorisca

il dialogo aperto e il confronto costruttivo tra tutti i membri del team, e in un clima professionale e collaborativo.

La sede della riunione deve essere attrezzata adeguatamente con strumenti per la proiezione e l'analisi condivisa degli esami di *imaging* (TAC, coronarografie, ecocardiogrammi ecc.) e deve permettere l'accesso in tempo reale alla cartella clinica del paziente, in modo da poter consultare anamnesi, terapie in corso, risultati di laboratorio e ogni altro dato rilevante.

La discussione deve avvenire preferibilmente in presenza o, se non vi è la possibilità, in collegamento da remoto tramite piattaforme protette, purché siano garantiti la sicurezza dei dati, l'interazione efficace e l'accesso simultaneo alle informazioni cliniche e strumentali.

Documentazione prodotta dall'HT

Per ogni procedura chirurgica o transcateretere, l'ospedale deve documentare in modo tracciabile che:

- o la decisione congiunta in merito all'intervento sia giustificata e descritta in modo comprensibile dal punto di vista medico;
- o siano state fornite informazioni complete e adeguate al paziente, che deve essere sempre messo nelle condizioni di esprimere un consenso pieno e informato;
- o gli specialisti coinvolti nella determinazione dell'indicazione abbiano esaminato la documentazione del paziente e valutato i risultati disponibili.

La redazione del documento opportunamente e contestualmente firmato da tutti i componenti dell'HT rappresenta condizione indispensabile per l'esecuzione della procedura.

È importante che il documento riporti in dettaglio la discussione in seno al gruppo e i punti di vista espressi da ciascun componente dell'HT, in modo da tracciare chiaramente e per intero il processo di valutazione, anche a fronte di opinioni diverse sui potenziali benefici e svantaggi associati alle opzioni terapeutiche considerate, fino alla condivisione finale.

Sebbene gli aspetti relativi alla compilazione della SDO e alla codifica delle diagnosi e delle procedure ICD-9-CM non siano tra gli specifici compiti dell'HT, si sottolinea in questo documento l'importanza di attenersi alle indicazioni fornite dal Decreto del Ministero della Salute 19/10/2016 avente per oggetto "Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO): indicazioni per codificare procedure TAVI e diagnosi IMA – Programma Nazionale Esiti", che propone di utilizzare una combinazione di codici già esistenti per discriminare gli interventi transcateretere dagli interventi *open*. Tali indicazioni sono state peraltro riprese recentemente dal Documento GISE dedicato alle codifiche.¹⁸

La corretta codifica, soprattutto se utilizzata in maniera coerente da tutti i Centri presenti nelle Regioni/PP.AA., permetterà di identificare correttamente la tipologia di interventi sulle valvole e di quantificarne i volumi.

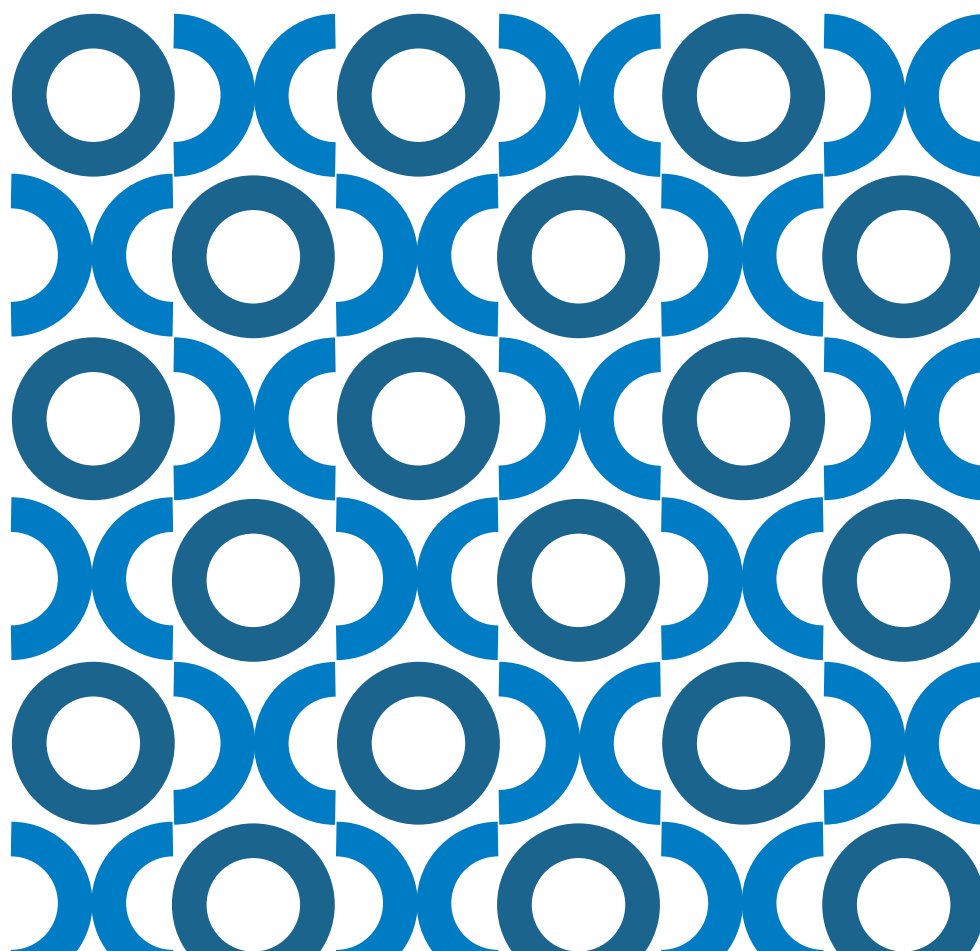
5. Comunicazione e coinvolgimento dei pazienti

L'HT al fine di costruire una buona relazione con il paziente, basata su fiducia e rispetto reciproco, deve prevedere un suo diretto coinvolgimento in tutte le fasi del processo assistenziale, in modo da renderlo pienamente consapevole delle decisioni terapeutiche che lo riguardano.

Tutte le informazioni relative al percorso di cura devono essere comunicate in modo comprensibile, attento alle competenze linguistiche e culturali del paziente, e rispettoso delle sue preferenze e dei suoi valori, in maniera possibilmente congiunta da parte di tutto il team, e in ogni caso avendo cura di garantire la continuità della relazione medico-paziente, con l'obiettivo finale di assumere decisioni condivise.^{1-19,20}

In particolare, la comunicazione a valle dell'orientamento dell'HT su una specifica opzione terapeutica tra le diverse disponibili ha l'obiettivo di instaurare con il paziente un dialogo costruttivo, finalizzato al raggiungimento del consenso sulla strategia di trattamento selezionata.

In presenza di diverse opinioni emerse nel confronto tra i professionisti o di evidenze contrastanti sui rischi connessi alle diverse opzioni terapeutiche, è necessario informare collegialmente il paziente e renderlo partecipe del processo decisionale, evitando di creare confusione o sfiducia, e prospettando la possibilità di richiedere eventualmente un secondo parere.



Bibliografia

- 1** Praz F, Borger MA, Lanz J, Marin-Cuartas M, Abreu A, Adamo M, et al.; ESC/EACTS Scientific Document Group. 2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2025; 46 (44): 4635 - 4736. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf194
- 2** Sistema Nazionale Linee Guida. Linea Guida sull'appropriatezza d'uso delle protesi valvolari aortiche trans-catetere. Gennaio 2020. <https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG-98-TAVI.pdf/89d8aaef-0117-95d7-84e3-f2902251eedc?t=1680102457470>
- 3** Yadgir S, Johnson CO, Aboyans V, et al. Global, regional, and national burden of calcific aortic valve and degenerative mitral valve diseases, 1990-2017. *Circulation* 2020;141 (21):1670-80. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043391
- 4** Cahill TJ, Prothero A, Wilson J, Kennedy A, Brubert J, Masters M, Newton JD, Dawkins S, Enriquez-Sarano M, Prendergast BD, Myerson SG. Community prevalence, mechanisms and outcome of mitral or tricuspid regurgitation. *Heart* 2021; 107: 1003-9 doi: 10.1136/heartjnl-2020-318482
- 5** Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2019. *Eur Heart J* 2020;41: 12-85. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz859>
- 6** AGENAS. Programma nazionale Esiti – PNE. Dati disponibili online: <https://pne.agenas.it/home>
- 7** d'Arcy JL, Coffey S, Loudon MA, Kennedy A, Pearson-Stuttard J, Birks J, Frangou E, Farmer AJ, Mant D, Wilson J, Myerson SG, Prendergast BD. Largescale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: the OxVALVE Population Cohort Study. *Eur Heart J* 2016;37:3515-22
- 8** Iung B, Baron G, Butchart EG, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on valvular heart disease. *Eur Heart J* 2003; 24: 1231-43
- 9** GISE. Dati nazionali. Disponibili online su: <https://gise.it/statisticheNazionali>
- 10** D'Errigo P, Barbanti M, Santini F, Grossi C, Ranucci M, Onorati F, Covello RD, Rosato S, Tamburino C, Santoro G, Fusco D, Seccareccia F, a nome del Gruppo di Lavoro dello Studio OBSERVANT. Risultati dello studio OBSERVANT: caratteristiche cliniche ed esiti a breve termine della popolazione arruolata sottoposta a sostituzione valvolare aortica (transcatetere versus chirurgica). *G Ital Cardiol* 2014;15(3):177-84
- 11** Tamburino C, Barbanti M, D'Errigo P, Ranucci M, Onorati F, Covello RD, Santini F, Rosato S, Santoro F, Fusco D, Grossi C, Seccareccia F for the OBSERVANT Research Group. One-year outcomes after transfemoral transcatheter or surgical aortic valve replacement: results from the Italian OBSERVANT Study. *J Am Coll Cardiol* 2015;66:804-12
- 12** Barbanti M, Tamburino C, D'Errigo P, Biancari F, Ranucci M, Rosato S, Santoro G, Fusco D, Seccareccia F, for the OBSERVANT Research Group. *Circ Cardiovasc Interv.* 2019;12:e007825. DOI: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.007825

- 13** Costa G, D'Errigo P, Rosato S, Biancari F, Marcellusi A, Tarantini G, Santoro G, Baiocchi M, Maffeo D, Fiorina C, Cerza F, Baglio G, Juvonen T, Badoni G, Valvo R, Seccareccia F, Barbanti M, Tamburino C and on behalf of the OBSERVANT II Research Group. One-Year Outcomes and Trends over Two Eras of Transcatheter Aortic Valve Implantation in Real-World Practice. *J Clin Med* 2022, 11(5):1164. <https://doi.org/10.3390/jcm11051164>
- 14** Bavaria et al: 2018 AATS/ACC/SCAI/STS Expert Consensus Systems of Care Document: Operator and institutional recommendations and requirements for transcatheter aortic valve replacement. *J Thor Cardiovasc Surg* 2018; 157 (3): e77-111
- 15** Leonardi S, Capodanno D, Sousa-Uva M, Vrints C, Rex S, Guarracino F, Bueno H, Lettino M, Price S, Valgimigli M, Jeppsson A. Composition, structure, and function of heart teams: a joint position paper of the ACVC, EAPCI, EACTS, and EACTA focused on the management of patients with complex coronary artery disease requiring myocardial revascularization. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2021; 10(1):8393. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuaa013>
- 16** Nishimura RA, O'Gara PT, Bavaria JE, Brindis RG, Carroll JD, Kavinsky CJ, et al. 2019 AATS/ACC/AASE/SCAI/STS Expert Consensus Systems of Care document: a proposal to optimize care for patients with valvular heart disease: a joint report of the American Association for Thoracic Surgery, American College of Cardiology, American Society of Echocardiography, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:2609–35. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.007>
- 17** Ali N, Aktaa S, Younsi T, Beska B, Batra G, Blackman DJ, et al. European Society of Cardiology quality indicators for the care and outcomes of adults undergoing trans catheter aortic valve implantation. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2024;10: 723–36. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcae006>
- 18** GISE. Cardiologia interventistica: indicazioni sulla codifica di procedure valvolari, valutazione funzionale e imaging delle lesioni coronariche - Guida alla compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Disponibile online: [https://gise.it/Uploads/Documento/CODIFICA_PROC_VALV\[84\]CD_37924.pdf](https://gise.it/Uploads/Documento/CODIFICA_PROC_VALV[84]CD_37924.pdf)
- 19** Tarantini G, Fraccaro C, Porzionato A, Van Mieghem N, Treede H, Shammas N, Szerlip M, Thourani V, Gerosa G, Marchese A, Speciale G, Ludes B, Pollak S, Vanezis P, Ferrara SD Informed Consent and Shared Decision-Making in Modern Medicine. Case-based Approach, Current Gaps and Practical Proposal. *Am J Cardiol* 2025; 241:77-83. Disponibile online: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2025.01.015>
- 20** Messika-Zeitoun D, Baumgartner H, Burwash IG, Vahanian A, Bax J, Pibarot P, et al. Unmet needs in valvular heart disease. *Eur Heart J* 2023;44:1862–73. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad121>

L'HEART TEAM COME APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE PER LA
GESTIONE DEI PAZIENTI ELEGGIBILI
AL TRATTAMENTO CHIRURGICO E
TRANSCATETERE DELLA PATOLOGIA
VALVOLARE AORTICA

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR · 2026

monitor

agenas.

AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI