



SICCH Magazine

PROMOSSO DA SICCH YOUNG

THE 32 N
Coraggio
THE 32 NATIONAL MEETING
SINCE 1967

Maggio 2026

Comitato Editoriale

Responsabili Editoriali: Vittoria Lodo, Gianpiero Buttiglione, Fabio Barili

SICCH YOUNG

Vittoria Lodo, Torino
Gianpiero Buttiglione, Milano
Tea Lena, Padova
Grazia Santoro, Salerno
Maria Francesca Fiorentino, Cotignola
Alessandra Francica, Verona
Ilaria Giambuzzi, Monza

Consiglio Direttivo SICCH 2025-2026

Michele Pilato, Presidente
Fabio Barili, Segretario Scientifico
Michele Di Mauro, Segretario
Giorgia Bonalumi, Tesoriere
Mauro Rinaldi, Vice-Presidente
Domenico Paparella, Consigliere
Francesco Pollari, Consigliere
Francesco Onorati, Consigliere
Vladimiro Vida, Cons. Congeniti
Gianpiero Buttiglione, Cons. Junior

Ha collaborato a questo numero:

-Dott.ssa Valentina Grazioli

Segreteria: GC Srl Via della Camilluccia
535 00135 Roma Tel. 06 85305059
Email: amministrazionesicch@sicch.it

INDICE

- I gruppi di lavoro della Società:pag 4
- News dalle TASK FORCE: Webinar SICCH YOUNG.....pag 5
- Scientific corner: PARTNER 3 a follow up a 7 anni.....pag 8
- Report da Salsomaggiore.....pag 11
- Bachecca SICCH.....pag 13

GRUPPI DI LAVORO SICCH

Task Force Media

Dott.ssa Valentina Grazioli

La Task Force Media della Società Italiana di Cardiocirurgia (SICCH) nasce con l'obiettivo di rafforzare la presenza digitale della Società, valorizzarne le attività scientifiche e promuovere la diffusione della cultura cardiocirurgica attraverso strumenti di comunicazione moderni, dinamici e accessibili.

La Task Force si occupa della gestione e dello sviluppo dei principali canali informativi della Società: il sito web istituzionale, punto di riferimento per aggiornamenti scientifici, eventi e attività societarie; il profilo Instagram, dedicato alla comunicazione immediata e visiva delle iniziative SICCH e al coinvolgimento delle nuove generazioni di cardiocirurghi; la pagina LinkedIn, orientata alla diffusione dei contenuti scientifici, delle opportunità professionali e al dialogo con la comunità medico-scientifica nazionale e internazionale. Attraverso questi strumenti, la Task Force Media contribuisce a rafforzare la visibilità della Società, favorire la condivisione delle competenze e promuovere il ruolo della cardiocirurgia italiana nel panorama scientifico contemporaneo

La Task Force è coordinata dalla Dr.ssa Valentina Grazioli ed è composta dai seguenti membri:

Dr. Alessandro Leone
Dr. Matteo Matteucci
Dr. Mario Passaro
Dr.ssa Ilaria Chirichilli

Il gruppo lavora in modo sinergico per garantire una comunicazione efficace,

aggiornata e coerente con la missione scientifica e formativa della SICCH” .

<https://sicch.it/>
<https://www.youtube.com/@sicchitalia>
<https://www.youtube.com/@SICCHYOUNG>
<https://www.linkedin.com/company/sicch-societ%C3%A0-italiana-di-chirurgia-cardiaca/>

ATTIVITA' TASK FORCE

Webinar SICCH YOUNG

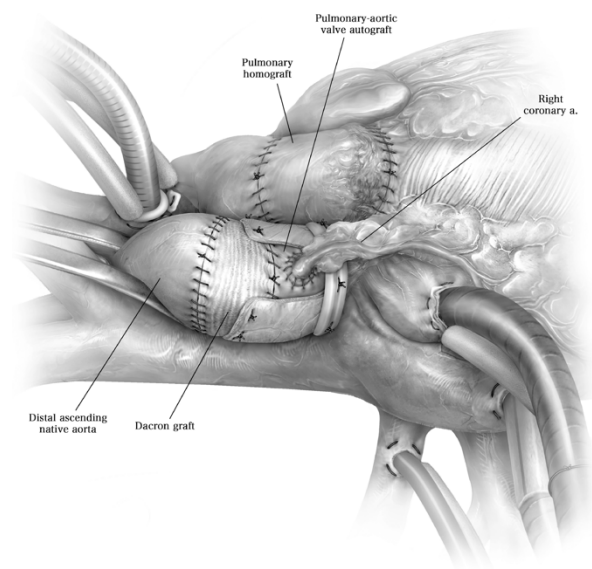
Dott.ssa Alessandra Francica

Il 27 gennaio 2026 si è svolto il secondo webinar dal titolo *"Ross procedure: tecnica chirurgica, indicazioni e risultati"*, promosso dalla Task Force Young della SICCH, con relatore il professor Giovanni Battista Luciani, professore ordinario di Cardiocirurgia, Università di Verona e Direttore, UOC Cardiocirurgia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Responsabile dell'Unità operativa semplice di cardiocirurgia pediatrica, è uno dei massimi esperti nella correzione di tutte le cardiopatie congenite nel neonato, bambino, adulto, nella chirurgia riparativa della valvola e radice aortica.

L'argomento è stato introdotto partendo dall'evoluzione dell'intervento di Ross fin dalla sua introduzione alla fine degli anni Sessanta da parte di Donald Ross, descritto come una tecnica di sostituzione della valvola aortica che utilizza l'autotrapianto della valvola polmonare del paziente. Le prime descrizioni tecniche prevedevano la sostituzione isolata della valvola polmonare senza reimpianto coronarico, ma tale approccio fu rapidamente abbandonato a favore di tecniche più complete, tra cui la sostituzione dell'intera radice aortica con autoinnesto polmonare.

Nella tecnica della radice, viene resecata gran parte dell'aorta ascendente e mobilizzato il tronco dell'arteria polmonare. Dopo un'attenta valutazione della morfologia valvolare, la valvola polmonare viene prelevata insieme al cono sottopolmonare come cilindro di tessuto muscolare e vascolare. Durante

questa fase è fondamentale preservare strutture anatomiche critiche, come la prima arteria settale perforante, la cui lesione può determinare disfunzione ventricolare significativa. L'autoinnesto viene temporaneamente conservato in sangue eparinato, quindi preparato rimuovendo il tessuto muscolare non vitale. L'impianto nella posizione aortica può essere eseguito con diverse tecniche; nel Centro di Verona la strategia adottata prevede suture a punti staccati con supporto in pericardio bovino per garantire un adeguato adattamento dei diametri e ridurre il rischio di lacerazioni del tessuto. Successivamente vengono reimpiantate le coronarie e completata la ricostruzione del tratto di efflusso destro mediante omoinnesto polmonare.



The Ross Procedure Williams, Elbert E. et al. Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery, Volume 26, Issue 2, 189 - 209

Tra le varianti tecniche dell'intervento di Ross figura l'impianto sotto-coronarico, più utilizzato e facilmente riproducibile nell'adulto.

Negli ultimi decenni numerosi studi clinici e registri internazionali hanno valutato i risultati a lungo termine dell'intervento. Analisi comparative con sostituzione valvolare aortica mediante protesi meccaniche o biologiche hanno dimostrato che nei pazienti giovani (< 50 anni) l'intervento di Ross può essere associato a minore mortalità, minore incidenza di eventi tromboembolici ed emorragici e risultati funzionali favorevoli. Tuttavia, l'applicabilità della procedura rimane limitata a una selezione accurata di pazienti, considerando le comorbidità e la complessità tecnica dell'intervento.

Il principale limite a lungo termine della procedura è rappresentato dalla dilatazione e disfunzione dell'autoinnesto polmonare in posizione aortica, che costituisce la principale causa di re-intervento. Diversi fattori di rischio sono stati identificati, tra cui il grado di insufficienza aortica preoperatoria, l'età al momento dell'intervento e la tecnica utilizzata. Al contrario, il tasso di re-intervento sull'omoinnesto polmonare nel tratto di efflusso destro risulta relativamente basso.

Negli ultimi anni sono state sviluppate diverse strategie per ridurre la dilatazione dell'autoinnesto, tra cui supporti esterni della radice, tecniche di wrapping o inclusione protesica e approcci di valve-sparing per preservare la valvola dell'autoinnesto durante i reinterventi. Studi multicentrici europei indicano che la riparazione o preservazione della valvola dell'autoinnesto può essere fattibile in centri con elevata esperienza, con buoni risultati clinici.

In conclusione, l'intervento di Ross rappresenta un'opzione chirurgica particolarmente vantaggiosa nei pazienti giovani con patologia valvolare aortica selezionata, in grado di offrire un'aspettativa di vita e una qualità di vita comparabili alla popolazione generale. Le sfide attuali riguardano principalmente la prevenzione della dilatazione

dell'autoinnesto, l'ottimizzazione delle tecniche chirurgiche e la diffusione della formazione specialistica in centri dedicati.

Bibliografia

1. Aboud A, Charitos EI, Fujita B, Stierle U, Reil JC, Voth V, Liebrich M, Andreas M, Holubec T, Bening C, Albert M, Fila P, Ondrasek J, Murin P, Lange R, Reichenspurner H, Franke U, Gorski A, Moritz A, Laufer G, Hemmer W, Sievers HH, Ensminger S. Long-Term Outcomes of Patients Undergoing the Ross Procedure. *J Am Coll Cardiol.* 2021 Mar 23;77(11):1412-1422. doi: 10.1016/j.jacc.2021.01.034. PMID: 33736823.
2. El-Hamamsy I, Toyoda N, Itagaki S, Stelzer P, Varghese R, Williams EE, Erogova N, Adams DH. Propensity-Matched Comparison of the Ross Procedure and Prosthetic Aortic Valve Replacement in Adults. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Mar 1;79(8):805-815. doi: 10.1016/j.jacc.2021.11.057. PMID: 35210036.
3. Charitos EI, Takkenberg JJ, Hanke T, Gorski A, Botha C, Franke U, Dodge-Khatami A, Hoerer J, Lange R, Moritz A, Ferrari-Kuehne K, Hetzer R, Huebler M, Bogers AJ, Stierle U, Sievers HH, Hemmer W. Reoperations on the pulmonary autograft and pulmonary homograft after the Ross procedure: An update on the German Dutch Ross Registry. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2012 Oct;144(4):813-21; discussion 821-3. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.07.005. Epub 2012 Aug 9. PMID: 22883549.
4. Luciani GB, Lucchese G, De Rita F, Puppini G, Faggian G, Mazzucco A. Reparative surgery of the pulmonary autograft: experience with Ross reoperations. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012

- Jun;41(6):1309-14; discussion 1314-5. doi: 10.1093/ejcts/ezr243. Epub 2012 Jan 16. PMID: 22253373.
5. Luciani GB, Cullurà G, Segreto A, Ardigò A, Hoxha S, Rossetti L, Prioli MA, Faggian G. Long-term Outcomes of the Ross Procedure for Young Patients with Aortic Valve Disease. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2023 Spring;35(1):115-124. doi: 10.1053/j.semtcvs.2021.11.019. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35341966.
 6. Mookhoek A, de Kerchove L, El Khoury G, Weimar T, Luciani GB, Mazzucco A, Bogers AJ, Aicher D, Schäfers HJ, Charitos EI, Stierle U, Takkenberg JJ. European multicenter experience with valve-sparing reoperations after the Ross procedure. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015 Nov;150(5):1132-7. doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.08.043. Epub 2015 Aug 15. PMID: 26395045.
 7. Andreas M, Seebacher G, Reida E, Wiedemann D, Pees C, Rosenhek R, Heinze G, Moritz A, Kocher A, Laufer G. A single-center experience with the ross procedure over 20 years. *Ann Thorac Surg.* 2014 Jan;97(1):182-8. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.08.020. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24119982.
 9. Luciani GB, Viscardi F, Puppini G, Faggian G, Mazzucco A. Aortic root physiology late after a "perfect" ross operation: magnetic resonance imaging study of three operative techniques. *Artif Organs.* 2011 Dec;35(12):1142-50. doi: 10.1111/j.1525-1594.2011.01202.x. Epub 2011 Apr 26. PMID: 21517910



PARTNER 3- FOLLOW UP A 7 ANNI

TASK FORCE SICCH YOUNG

Dott.ssa Maria Francesca Fiorentino

Dott.ssa Ilaria Giambuzzi

A febbraio 2026 sono stati pubblicati i risultati a 7 anni del PARTNER 3 trial, lo studio che ha confrontato gli outcomes a lungo termine di pazienti a basso rischio con stenosi aortica severa sintomatica sottoposti a TAVI o a sostituzione valvolare aortica chirurgica. I dati a 5 anni, pubblicati nel 2023, non avevano evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi per gli endpoint considerati. Tuttavia, considerando che si tratta di pazienti relativamente giovani sottoposti a impianto di protesi biologiche transcateretere, i dati sul follow-up a lungo termine sono fondamentali, poiché l'aspettativa di vita dei pazienti supera quella media delle valvole impiantate.

Il PARTNER 3 trial è uno studio prospettico, multicentrico e randomizzato, che ha confrontato pazienti trattati con TAVI mediante protesi balloon-expandable SAPIEN 3 e pazienti sottoposti a chirurgia con protesi biologiche disponibili in commercio. I pazienti inclusi avevano stenosi aortica severa sintomatica e un rischio chirurgico basso (STS-PROM <4%), valutato in sede di heart team. Criteri di esclusione erano anomalie anatomiche che impedivano l'accesso transfemorale. I pazienti sono stati randomizzati in rapporto 1:1 a TAVR transfemorale con protesi SAPIEN 3 oppure a sostituzione valvolare aortica chirurgica. Nel gruppo chirurgico, la scelta della specifica protesi biologica da impiantare era lasciata alla discrezione dell'operatore.

L'endpoint primario era un composito non gerarchico di morte, ictus o riospedalizzazione correlate alla procedura, alla valvola o a scompenso cardiaco. L'endpoint secondario era un composito gerarchico di morte, ictus disabilitante, ictus non disabilitante e giorni di riospedalizzazione correlati a procedura, valvola o scompenso cardiaco. Sono stati inoltre analizzati mortalità per cause cardiovascolari, incidenza di stroke, reinterventi, endocarditi, trombosi valvolare (definite secondo criteri VARC-3) e performance emodinamiche delle valvole in termini di gradienti.

Nello studio sono stati arruolati 1.000 pazienti in 71 centri: 503 randomizzati a TAVR e 497 a chirurgia. La popolazione effettivamente trattata includeva 495 pazienti TAVR e 453 chirurgici. L'età media era 73 anni, il 69,3% uomini, con STS-PROM medio 1,9%.

Dopo 7 anni, l'endpoint primario si è verificato in 165 pazienti (34,6%) nel gruppo TAVR e in 156 pazienti (37,2%) nel gruppo chirurgico (HR 0,87; 95% CI, 0,70–1,08). Le singole componenti dell'endpoint primario sono risultate simili tra i gruppi: morte per qualsiasi causa (19,5% vs 16,8%), ictus (8,5% vs 8,1%) e riospedalizzazione (20,6% vs 23,5%).

Considerazioni critiche

I risultati del follow-up a 7 anni confermano che la TAVR con protesi SAPIEN 3 produce outcome sovrapponibili alla chirurgia tradizionale nei pazienti a basso rischio. Tuttavia, alcuni aspetti meritano attenzione critica:

- Follow-up ancora relativamente breve per pazienti giovani: nonostante la durabilità valvolare sembri comparabile, l'età media di 73 anni implica che molti pazienti potrebbero vivere oltre la vita media della protesi.

Questo aspetto è stato sottolineato anche in analisi metodologiche recenti che

evidenziano come la popolazione arruolata nei principali trial TAVR vs chirurgia non rappresenti i pazienti realmente più giovani (ad esempio <65 anni) nei quali oggi si discute maggiormente l'estensione dell'indicazione alla TAVR.

- Progressiva attenuazione della differenza tra i gruppi negli eventi dell'endpoint primario, inizialmente a favore della TAVR nel primo anno, senza che emergessero differenze tra i gruppi nel corso del follow-up più lungo. Un numero maggiore di decessi, sia per cause cardiovascolari sia non cardiovascolari, si è verificato tra il primo e il settimo anno nei pazienti assegnati a TAVR rispetto a quelli assegnati a chirurgia. Analogamente, sono stati osservati un maggior numero di ictus e di riospedalizzazioni nel gruppo TAVR rispetto al gruppo chirurgico dopo il primo anno. Pertanto, è possibile che i benefici iniziali di una TAVR meno invasiva, con complicanze periprocedurali ridotte, siano stati bilanciati da una maggiore vulnerabilità agli eventi avversi tardivi nei pazienti a basso rischio

Questo andamento temporale è coerente con quanto osservato in meta-analisi metodologiche degli studi randomizzati TAVR vs chirurgia, nelle quali il vantaggio iniziale della TAVR nel breve termine tende ad attenuarsi nel tempo, con una possibile inversione del rischio relativo negli anni successivi.

- Leak paravalvolare: l'incidenza di PVL rimane più elevata nei pazienti TAVR. Sebbene i dati attuali non mostrino impatto sulla mortalità o sulla durabilità della valvola, il rigurgito moderato o severo può avere implicazioni emodinamiche e prognostiche nel lungo termine, soprattutto nei pazienti più giovani.

- Maggiore numero di infarti miocardici spontanei tra 5 e 7 anni dopo la procedura nei pazienti sottoposti a TAVR,

rispetto a quelli sottoposti a chirurgia, con conseguente aumento dell'incidenza di rivascularizzazioni tardive. La valutazione di questo endpoint è resa complessa dall'iniziale bias di trattamento, in quanto i pazienti nel braccio TAVI non ricevevano rivascularizzazione, mentre i pazienti nel braccio chirurgico erano sottoposti anche a concomitante bypass se indicato. Di conseguenza, è possibile avanzare ipotesi sul risultato, ma una spiegazione definitiva resta complessa. Questo aspetto, inoltre, sottolinea ancor di più come i pazienti nel braccio chirurgico erano esposti a un rischio periprocedurale più elevato rispetto a un'isolata sostituzione valvolare aortica. Le possibili spiegazioni comprendono una minore incidenza di rivascularizzazione completa periprocedurale con TAVR rispetto alla chirurgia nei pazienti con malattia coronarica concomitante, modifiche nella dinamica del flusso coronarico legate alle protesi SAPIEN 3, che potrebbero aver contribuito a un'accelerazione delle stenosi coronariche, oppure, semplicemente, un risultato casuale. In ogni caso, il maggiore numero di infarti miocardici tardivi con TAVR è stato bilanciato dal maggiore numero di infarti miocardici precoci con la chirurgia, in modo che, complessivamente, l'incidenza di eventi sia risultata simile nei due gruppi.

Il follow-up a 7 anni del PARTNER 3 conferma, e quindi paga nell'interpretazione dei risultati a lungo termine, i limiti metodologici che sono stati recentemente sottolineati nelle analisi critiche degli studi randomizzati TAVR vs chirurgia. In particolare, questi trial presentano frequentemente deviazioni dal trattamento assegnato, perdita progressiva al follow-up e differenze nelle procedure concomitanti tra i gruppi, elementi che possono influenzare la comparabilità delle strategie e la valutazione degli eventi a lungo termine.

In questo contesto, l'attenuazione del vantaggio iniziale della TAVR osservata nel corso del follow-up del PARTNER 3 appare coerente con quanto evidenziato nelle meta-analisi metodologiche più recenti, che suggeriscono come i benefici precoci della procedura meno invasiva possano ridursi nel tempo e sottolineano la necessità di interpretare con cautela i risultati a lungo termine degli studi TAVR vs chirurgia, soprattutto quando si considerano pazienti con aspettativa di vita più lunga.

Alla luce di ciò, è rilevante osservare che le ultime linee guida ESC/EACTS sulla malattia valvolare cardiaca sono state pubblicate immediatamente prima della disponibilità dei risultati a 7 anni del PARTNER 3.

Questi nuovi dati di follow-up a lungo termine rafforzano l'esigenza di ulteriori evidenze oltre i 10 anni prima di estendere in modo sistematico l'indicazione alla TAVR nei pazienti più giovani.

REPORT DA SALSOMMAGGIORE

Dott.ssa Grazia Santoro

Il **4th SICCH Course on Transcatheter, Minimally Invasive and Robotic Surgery: Latest Updates**, svoltosi a Salsomaggiore Terme il 18 e 19 dicembre 2025 presso il Palazzo dei Congressi, ha rappresentato un importante momento di aggiornamento scientifico per la comunità cardiocirurgica italiana. L'evento si è inserito idealmente nel percorso di crescita e innovazione promosso dalla Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH), configurandosi come un'occasione di confronto tra esperienze cliniche consolidate e le più recenti evoluzioni tecnologiche nel campo della cardiocirurgia mininvasiva, robotica e transcatheter.

Uno degli elementi più evidenti emersi nel corso dell'incontro è stata la partecipazione particolarmente numerosa di giovani cardiocirurghi e medici in formazione specialistica. La loro presenza attiva nelle discussioni scientifiche ha confermato il crescente interesse delle nuove generazioni verso le tecniche mininvasive e robotiche, approcci che stanno progressivamente assumendo un ruolo sempre più rilevante nella pratica cardiocirurgica contemporanea.

Questo rinnovato interesse è il risultato di una combinazione di fattori che negli ultimi anni hanno contribuito a rendere tali tecniche sempre più accessibili e riproducibili. Da un lato, la progressiva riduzione dei costi delle piattaforme robotiche e dei dispositivi dedicati ha reso queste tecnologie più sostenibili per un numero crescente di centri cardiocirurgici. Dall'altro, l'evoluzione tecnologica ha portato allo sviluppo di sistemi chirurgici di nuova generazione, caratterizzati da maggiore precisione, ergonomia e versatilità.

A questi aspetti si aggiunge la crescente maturazione dell'expertise dei cardiocirurghi che, grazie all'esperienza accumulata negli ultimi anni, hanno progressivamente superato le iniziali curve di apprendimento e possono oggi contare su risultati clinici sempre più solidi e riproducibili. In questo contesto, la cardiocirurgia mini-invasiva e robotica sta progressivamente evolvendo da approccio altamente specialistico a pratica sempre più standardizzata e sicura.

Un aspetto di particolare rilevanza è stato il confronto intergenerazionale che ha animato le sessioni. Accanto all'entusiasmo dei giovani, figure di altissimo profilo e grande esperienza, veri e propri "senior" della cardiocirurgia italiana, si sono affacciate con curiosità e spirito critico alle nuove tecnologie. La partecipazione di Maestri come il Prof. Antonio Maria Calafiore, che ha tenuto una lectio magistralis dal titolo "Minimally invasive CABG: why are we still at the beginning?", ha offerto una prospettiva storica e scientifica di inestimabile valore.

Il Prof. Calafiore, insieme ad altri autorevoli colleghi, ha ricordato come gli approcci mini-invasivi non rappresentino una novità assoluta, ma piuttosto il ritorno a tecniche già provate e validate in passato da grandi chirurghi pionieri, che poi erano state temporaneamente accantonate a favore di procedure più standardizzate e di risultati più ampiamente riproducibili su larga scala. Il loro intervento ha quindi fornito una chiave di lettura fondamentale: l'attuale evoluzione non è una semplice riscoperta, ma un'evoluzione che, basandosi su solide fondamenta del passato, integra le innovazioni tecnologiche odierne per superare le limitazioni di ieri. Questo ha dimostrato come i senior non solo supportino il cambiamento, ma ne siano parte attiva, guidando le nuove leve con la loro esperienza per evitare di ripetere errori e per consolidare le nuove pratiche.

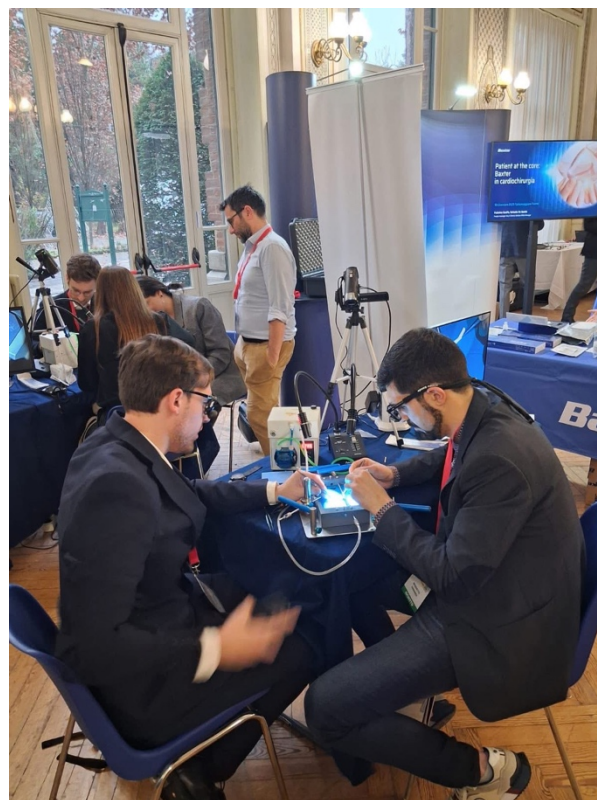
Accanto al programma scientifico, particolare rilievo ha avuto il Training Village, uno spazio dedicato alla formazione pratica per giovani cardiocirurghi e specializzandi, con lo scopo di far acquisire familiarità con dispositivi e tecnologie di ultima generazione attraverso un apprendimento pratico guidato da cardiocirurghi esperti.

In quest'area i partecipanti hanno potuto prendere parte ad attività hands-on e simulazioni su procedure complesse come quella della valve-sparing e aortic root surgery alla esercitazioni sulle anastomosi coronariche, fino alle più moderne procedure transcateretere.

Il corso ha rappresentato anche un importante momento di incontro tra i partecipanti. La cena di gala della prima giornata è stata animata da un quiz organizzato dal gruppo SICCH Young, che ha contribuito a creare un clima di grande partecipazione e convivialità.

Il 4th SICCH Course on Transcatheter, Minimally Invasive and Robotic Surgery si conferma così un appuntamento di grande rilevanza nel panorama della cardiocirurgia italiana.

Lo spirito che si è respirato a Salsomaggiore è stato quello di una comunità scientifica che si prepara a un ricambio, spinta dall'energia e dalle idee dei giovani e sostenuta dalla saggezza e dalla memoria storica dei più esperti. La riuscita dell'evento risiede proprio nell'aver saputo creare questa sinergia, dimostrando che il futuro della cardiocirurgia mininvasiva e robotica sarà plasmato da un dialogo costante tra innovazione e tradizione, con l'obiettivo comune di offrire ai pazienti risultati sempre più eccellenti e meno traumatici.



BACHECA SICCH

Latest advances and guidelines update in short and long-term MCS



Data Maggio 2026



Luogo Goggle Meet



Orario 18:00



Speaker Prof. Antonio Loforte



Organizzatore Task Force SICCH Young



SEGUIRANNO ULTERIORI AGGIORNAMENTI

SHARING, LEARNING, FUTURING
THE 33rd NATIONAL MEETING
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA



SICCH

ROME
November
6th - 8th 2026

Save the date

A.ROME LIFESTYLE HOTEL
Via Giorgio Zoega, 59 - 00164



DEADLINE INVIO ABSTRACT 10/08/2026