

Implementation of Guidelines at national level

2 & 3 July 2025 WARSAW- Poland

Successful examples of the ESC 2023 ACS
Guidelines implementation: the experience of the
ANMCO



Massimo Grimaldi



Implementation of Guidelines at national level

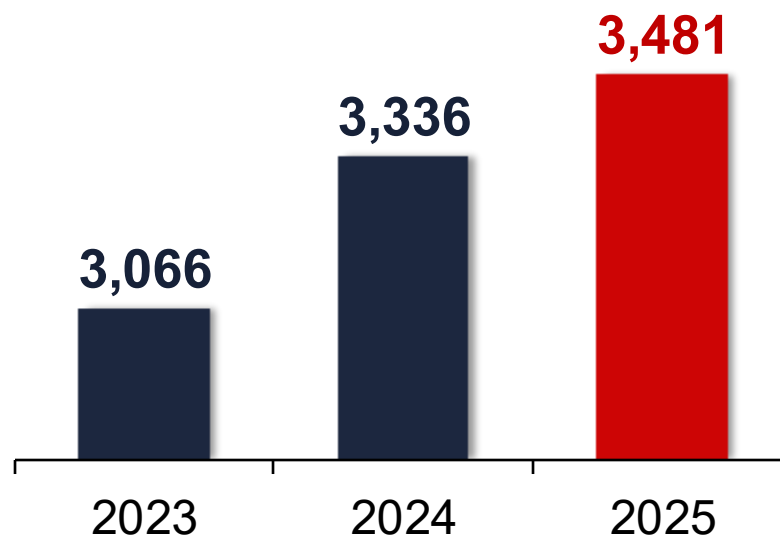
ESC Virtuous Circle



ANMCO NATIONAL CONGRESS 2025

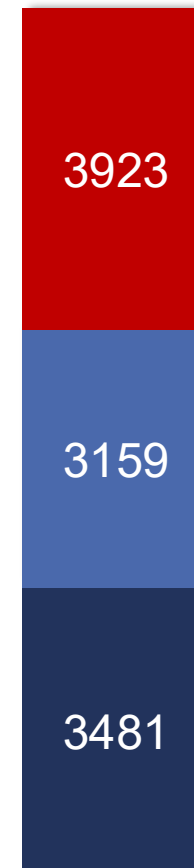


356,595
page views
CONGRESS APP



IN-PERSON DELEGATES

10,563
unique users



2025



Tutti gli strumentiModificaConvertiFirma elettronica

Tutti gli strumenti

Esporta un PDF

Modifica un PDF

Crea un PDF

Combina più file

Organizza pagine

Assistente IA

Riepilogo generativo

Richiedi firme elettroniche

Scansione e OCR

Proteggi un PDF

Redigi un PDF

Comprimi un PDF

Prepara un modulo

Visualizza più

Converti, modifica e apponi la firma elettronica su accordi e moduli PDF

Prova gratuita

Risparmia tempo con un riepilogo dei documenti

Visualizza riepilogo

ANMCO 2025

PROGRAMMA SCIENTIFICO

GIOVEDÌ 15 MAGGIO

12.00-13.30 - SALA AGORÀ

MAIN SESSION

IL LUNGO VIAGGIO DELLA SINDROME CORONARICA CRONICA:

ANMCO 2025

PROGRAMMA SCIENTIFICO

GIOVEDÌ 15 MAGGIO

12.00-13.30 - SALA POLIS

MAIN SESSION

ASPETTI CONTROVERSI IN INTERVENTISTICA STRUTTURALE

linee guida

8/18

Condividi

Chiedi all'Assistente IA

Tutti gli strumentiModificaConvertiFirma elettronica

Tutti gli strumenti

Esporta un PDF

Modifica un PDF

Crea un PDF

Combina più file

Organizza pagine

Assistente IA

Riepilogo generativo

Richiedi firme elettroniche

Scansione e OCR

Proteggi un PDF

Redigi un PDF

Comprimi un PDF

Prepara un modulo

Visualizza più

Converti, modifica e apponi la firma elettronica su accordi e moduli PDF

Prova gratuita

Risparmia tempo con un riepilogo dei documenti

Visualizza riepilogo

ANMCO 2025

PROGRAMMA SCIENTIFICO

SABATO 17 MAGGIO

8.00-9.00 - SALA del TEMPIO 1

INCONTRO CON L'ESPERTO

VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE DELL'IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA

(S 2362)

Moderatore: **Atilio Iacovoni** (Bergamo)

8.30 Valutazione clinica e strumentale dell'ipertrofia ventricolare sinistra

Franco Cecchi (Firenze)

8.50 Discussione

ANMCO 2025

PROGRAMMA SCIENTIFICO

SABATO 17 MAGGIO

8.00-9.00 - SALA del BORGO

CONTROVERSIA

LINEE GUIDA ESC 2024: ESISTONO SOGGETTI CON PRESSIONE ARTERIOSA ELEVATA E SOGGETTI IPERTESI?

(S 2143)

Moderatore: **Ermentina Bagni** (Sassuolo)

8.30 Sì, esistono

Adriano Murrone (Perugia)

8.40 No, non ci sono evidenze

Paolo Verdecchia (Perugia)

8.50 Discussione

linee guida

16/18

Condividi

Chiedi all'Assistente IA

linee guida

16/18

Condividi

Chiedi all'Assistente IA

Sabato 17 MAGGIO 2025

320

321

436

ANMCO
2025

Il Congresso ▾

Iscrizioni

Programma

Framework

Insight

Sponsor ▾



HEART INNOVATION
From research to new solutions
for best practice

ANMCO 2025
15-17 MAGGIO
PALACONGRESSI RIMINI

56°
CONGRESSO NAZIONALE
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO - NOTIUM
NEXT GENERATION

INSIGHT



ACCEDI AL CONGRESS INSIGHT

INTERVIEW



INTERVISTE

Autoplay



FOCUS ON



Aritmie pediatriche e sport: dai casi clinici alla gestione strutturata

Aritmie pediatriche e sport: dai casi clinici alla gestione strutturata...
[Leggi tutto](#)



Benvenuti al 56° Congresso Nazionale ANMCO

È con grande orgoglio ed entusiasmo che vi diamo il benvenuto al 56° Congresso Nazionale ANMCO.
[Leggi tutto](#)



FOCUS – Nessuno ha torto o ragione: diabete mellito e rischio cardiovascolare

FOCUS – Nessuno ha torto o ragione: diabete mellito e rischio cardiovascolare...
[Leggi tutto](#)

SCOPRI TUTTI I FOCUS ON

REWIND



Tutti i contenuti del 56° Congresso Nazionale ANMCO disponibili online solo per gli iscritti

ACCESSO RISERVATO

ANMCO NATIONAL CONGRESS 2024 | REWIND



WEB PLATFORM

242,925

page views



Il 22° Congresso non smette mai di sedurti



MOBILE APP

175,050

page views

Implementation of Guidelines at national level

ESC Virtuous Circle





UTIC CLUB | ANMCO
CRITICAL CARE COMMUNITY

UTIC CLUB ANMCO 2025 | MAIN EVENT

1,395

IN-PERSON DELEGATES

3,353

LIVE STREAM VIEWS





SENTENZA 8254 DELLA QUARTA SEZIONE PENALE

Cassazione: no a logiche mercantili e a dimissioni rapide negli ospedali

Annullata l'assoluzione di un medico dall'accusa di omicidio colposo: «I criteri di economicità non possono prevalere sul diritto alla salute dei cittadini»



(Fotogramma)

MILANO - La volontà di contenere la spesa sanitaria non può prevalere sul diritto alla salute dei cittadini e le dimissioni dei pazienti dagli ospedali devono essere decise solo in base a valutazioni di ordine medico. È quando sottolinea la Cassazione nella sentenza 8254 della quarta sezione penale con cui ha annullato l'assoluzione di un medico dall'accusa di omicidio colposo di un paziente dimesso dopo 9 giorni da un intervento cardiaco, secondo le linee guida in uso nella struttura sanitaria.

NOTIZIE CORRELATE

[Vota: sei d'accordo con la sentenza?](#)

**Cardiologist
Sentenced to
9 Months in
Prison for
Discharging
Patient Too
Early**

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)

note: **Entrata in vigore del provvedimento: 01/04/2017**

1	La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno
2	approvato;
3	
4	IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
5	
6	Promulga
7	
8	la seguente legge:
9	
10	Art. 1
11	
12	Sicurezza delle cure in sanita'
13	
14	1. La sicurezza delle cure e' parte costitutiva del diritto alla
15	salute ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della
16	collettivita'.
17	

Linee Guida nazionali ISS-CNEC su “Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute”



AOO-ISS - 06/05/2024 - 0019599 Class: PRE 16.00



Gentile Presidente,

Come già condiviso nel corso della riunione dello scorso 8 maggio 2024, l'ISS sta procedendo all'implementazione delle attività riguardanti il SNLG ed allo sviluppo di nuove strategie volte ad ottimizzare la produzione di linee guida.

In tale ambito, sono state individuate alcune tematiche che appaiono prioritarie, anche in ragione dell'oggettiva carenza di raccomandazioni di pratica clinica nell'ambito specifico di riferimento.

Tra queste, l'area Cardiologica appare meritevole di un urgente intervento di elaborazione di linee guida multisocietarie con particolare riguardo alle seguenti tematiche:

1) Fibrillazione atriale – Capofila A.I.A.C. ASSOCIAZIONE ITALIANA ARITMOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE

2) Sindromi Coronariche Acute – Capofila A.N.M.C.O. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

3) Scompenso cardiaco cronico – Capofila S.I.C. SOCIETA' ITALIANA DI CARDIOLOGIA

4) Ipertensione arteriosa – Capofila S.I.I.A. SOCIETA' ITALIANA IPERTENSIONE ARTERIOSA

Come evidenziato, per ciascuna delle tematiche sopra riportate è stata individuata la Società Scientifica che svolgerà le funzioni di capofila, garantendo l'ottimale andamento dei lavori e curando i rapporti con l'ISS.

Al riguardo, si evidenzia che è intendimento dell'ISS di garantire il massimo coinvolgimento di tutte le Società Scientifiche che si occupano della tematica oggetto della linea guida, in una visione multidisciplinare e multiprofessionale, per assicurare il più ampio consenso sul documento prodotto.

Ciò premesso, si resta in attesa di ricevere la Vs. proposta che dovrà essere elaborata secondo i criteri previsti dal manuale operativo: www.iss.it/web/guest/-/snlg-manuale-operativo (compilazione dell'allegato A). Detta proposta dovrà pervenire entro 30 giorni al seguente indirizzo di posta elettronica: cneec@pec.iss.it.

Prof. Rocco Bellantone

Istituto Superiore di Sanità
Presidenza

Viale Regina Elena 299, 00161 –
Roma (R)
Partita I.V.A. 03657731000
C.F. 80211730587
www.iss.it

Telefono: (+39) 06 4990 2063
Fax: (+39) 06 4938 7062
Pec: presidenza@pec.iss.it
E-mail: presidenza@iss.it

Asking for:

- implementing Guidelines
- produce new guidelines
- involving Cardiac and other medical societies
- one leading Society for each topic

Topic

Leading Society

Acute coronary syndromes

ANMCO

Atrial fibrillation

























AIAC

Heart failure

SIC

Hypertension

SIIA

	ANMCO ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI		SICI GISE SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
	AIAC ASSOCIAZIONE ITALIANA ARITMOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE		SICOA SOCIETÀ ITALIANA CARDIOLOGIA OSPEDALITA' ACCREDITATA
	AITEFEP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE		SIECVI SOCIETÀ ITALIANA ECOCARDIOGRAFIA E CARDIOVASCULAR IMAGING
	ANCE CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO (ex ASSOCIAZIONE NAZIONALE CARDIOLOGI EXTRAOSPEDALIERI)		SIGeRIS SOCIETÀ ITALIANA GESTORI DEL RISCHIO IN SANITÀ
	ARCA ASSOCIAZIONI REGIONALI CARDIOLOGI AMBULATORIALI		SIMEU SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DI EMERGENZA ED URGENZA
	CONACUORE COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI DEL CUORE		SIMG SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE
	FADOI FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI DIRIGENTI OSPEDALIERI INTERNISTI		SIMI SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA
	GISEG GRUPPO ITALIANO SALUTE E GENERE		SIN SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA
	H&CR HOSPITAL & CLINICAL RISK MANAGER		SIPREC SOCIETÀ ITALIANA PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
	IRC ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL		SRM SOCIETÀ ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA
	ITACARE-P ITALIAN ALLIANCE FOR CARDIOVASCULAR REHABILITATION AND PREVENTION		SIS 118 SOCIETÀ ITALIANA SISTEMA 118
	SIAARTI SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA		SISA SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELL'ATEROSCLEROSI
	SIC SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA		Siset SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELL'EMOSTASI E DELLA TROMBOSI
	SICCH SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA		

**First working group
meeting: 28 october 2024
Leading society: ANMCO**

BOLOGNESE	LEONARDO
CALABRÒ	PAOLO
CATAPANO	ALBERICO LUIGI
CIANCAMERLA	GIUSEPPE
COLIVICCHI	FURIO
CRISCI	MARIO
DE GREGORI	CESARE
DE LUCA	LEONARDO
DE PASCALIS	ANTONIO
DENTALI	FRANCESCO
FIRENZE	ALBERTO
GRIECO	NICCOLÈ BRENNIO
GRIMALDI	MASSIMO
IANNONE	PRIMIANO
INDOLFI	CIRO
LIGABUE	GUIDO
MAGGIONI	ALDO PIETRO
MARCUCCI	ROSSELLA
MOREO	ANTONELLA MAURIZIA
MORETTI	ANNA MARIA

MUREDDU	GIAN FRANCESCO
NAPPI	ANDREA
OLIVA	FABRIZIO GIOVANNI
PAPARELLA	DOMENICO
PAROLARI	ALESSANDRO
PERRONE FILARDI	PASQUALE
PIERALLI	ROBERTO
POLITI	CECILIA
PORTO	ITALO
PUGLIESE	FRANCESCO ROCCO
RAINERI	SANTI MAURIZIO
REGAZZOLI LANCINI	DAMIANO
SANNA	FILIPPO
SILVERIO	ANGELO
STICOZZI	CONCETTA
THEMISTOCLAKIS	SAKIS
VALENTE	SERAFINA
VANNI	SIMONE
VOLPE	MASSIMO
ZANCHE'	ANDREA

Linee Guida nazionali ISS-CNEC su “Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute”



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2023) 44, 3720–3826
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

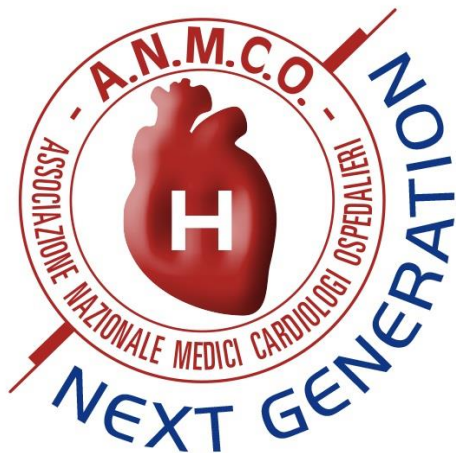
ESC GUIDELINES

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

Developed by the task force on the management of acute coronary
syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Robert A. Byrne [✉]*, (Chairperson) (Ireland),
Xavier Rossello [✉]‡, (Task Force Co-ordinator) (Spain), J.J. Coughlan [✉]‡,
(Task Force Co-ordinator) (Ireland), Emanuele Barbato [✉] (Italy), Colin Berry [✉]
(United Kingdom), Alaide Chieffo [✉] (Italy), Marc J. Claeys [✉] (Belgium),
Gheorghe-Andrei Dan [✉] (Romania), Marc R. Dweck [✉] (United Kingdom),
Mary Galbraith [✉] (United Kingdom), Martine Gilard (France),
Lynne Hinterbuchner [✉] (Austria), Ewa A. Jankowska [✉] (Poland), Peter Jüni
(United Kingdom), Takeshi Kimura (Japan), Vijay Kunadian [✉] (United Kingdom),
Margret Leosdottir [✉] (Sweden), Roberto Lorusso [✉] (Netherlands),
Roberto F.E. Pedretti [✉] (Italy), Angelos G. Rigopoulos [✉] (Greece),
Maria Rubini Gimenez [✉] (Germany), Holger Thiele (Germany),
Pascal Vranckx (Belgium), Sven Wassmann (Germany), Nanette Kass Wenger
(United States of America), Borja Ibanez [✉]*, (Chairperson) (Spain), and ESC
Scientific Document Group





Linee Guida nazionali ISS-CNEC su
“Diagnosi e Cura delle Sindromi
Coronariche Acute”

First working group meeting: 28 october 2024
Leading society: ANMCO



AOO-ISS - 06/05/2024 - 0019599 Class: PRE 16.00



IL PRESIDENTE

Gentile Presidente,

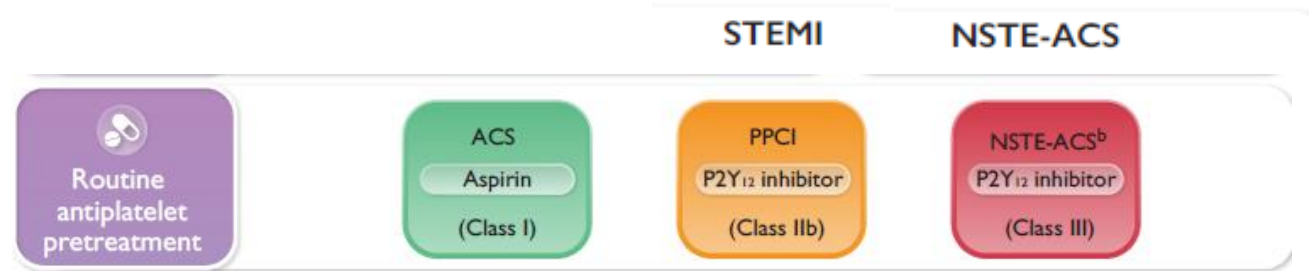
.....
.....
.....
Ciò premesso, si resta in attesa di ricevere la Vs. proposta che dovrà essere elaborata secondo i criteri previsti dal manuale operativo: www.iss.it/web/guest/-/snlg-manuale-operativo (compilazione dell'allegato A). Detta proposta dovrà pervenire entro 30 giorni al seguente indirizzo di posta elettronica: cneec@pec.iss.it.

Prof. Rocco Bellantone



Is it reasonable to pre-treat with dual antiplatelet therapy NSTEMI patients with an estimated waiting time to coronary angiography >6 hours who are not at high bleeding risk?

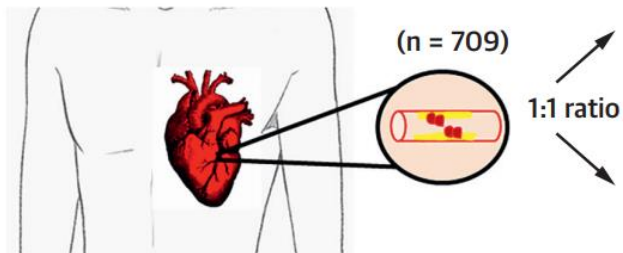
Linee Guida nazionali ISS-CNEC su “Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute”



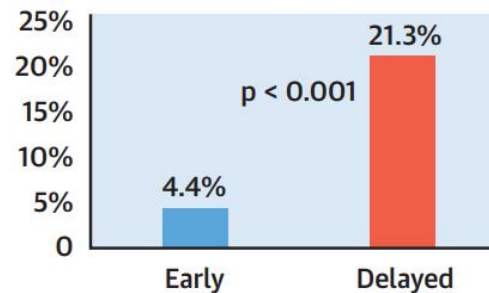
Byrne RA, et al. Eur Heart J 2023;44:3720

EARLY Trial

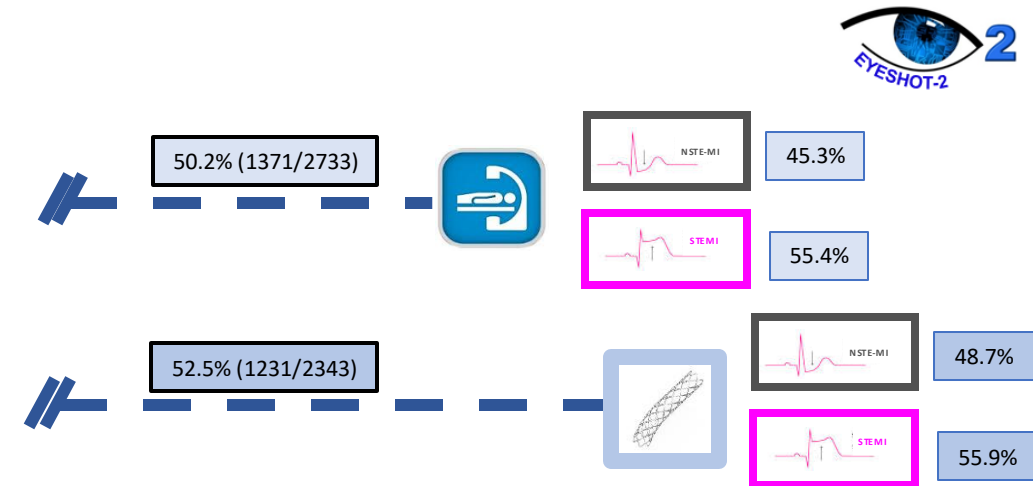
Patients with high-or intermediate-risk NSTEMI-ACS
without P2Y₁₂-ADP-receptor antagonist
pretreatment



Primary Endpoint: CV Death and
Recurrent Ischemic Events at
1 Month



Lemesle G, et al. J Am Coll Cardiol Interv 2020;13:907

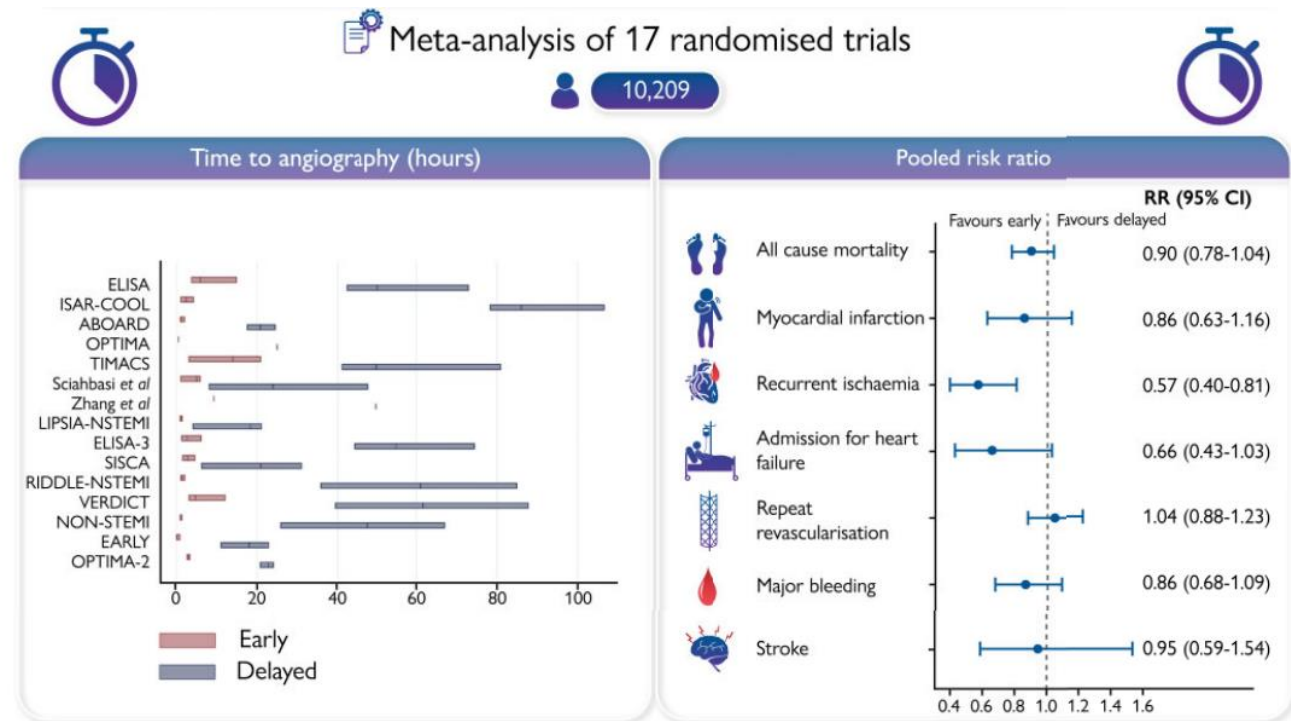
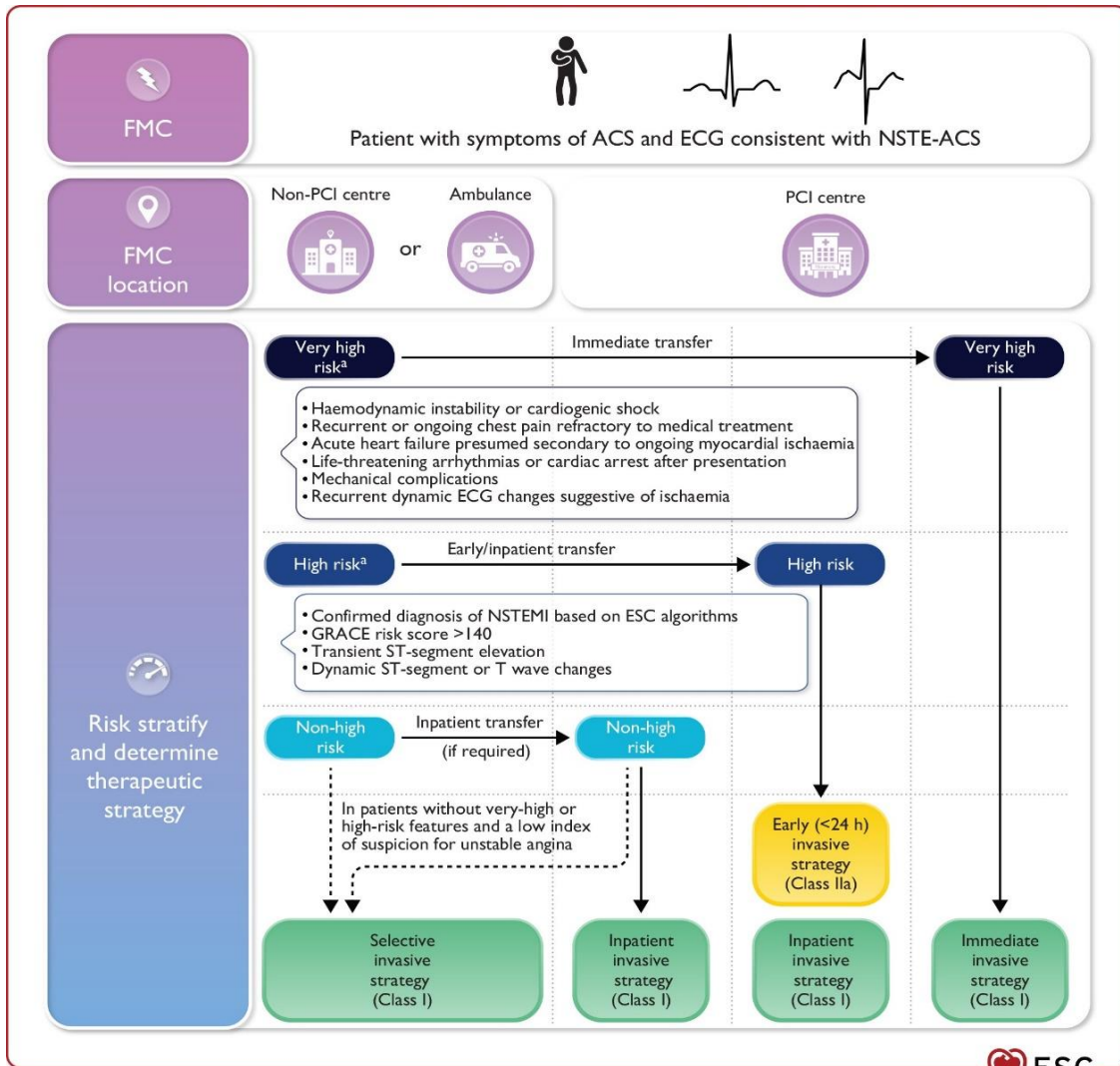


De Luca L, et al. Int J Cardiol 2024 *in press*



In high-risk NSTEMI patients eligible for an invasive strategy, is it reasonable to perform coronary angiography, where possible, within 72 hours?

Linee Guida nazionali ISS-CNEC su “Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute”





In patients with NSTEMI and multivessel disease, is it always advisable to pursue complete revascularization in the same hospitalization?

Single-staged compared with multi-staged PCI
in multivessel NSTEMI patients: the SMILE
trial. J Am Coll Cardiol 2016;67:264–272

10.3.2. Patients presenting with non-ST-elevation acute coronary syndrome and multivessel coronary artery disease

While there are a large number of studies providing evidence for patients presenting with STEMI and MVD, there are fewer data guiding the management of patients presenting with NSTEMI and MVD.⁵¹³ Currently, there is no dedicated trial comparing complete revascularization against IRA-only PCI for these patients. Observational studies and meta-analyses of non-randomized studies suggest that complete revascularization is associated with fewer deaths and MACE during follow-up in comparison to IRA-only PCI.^{514,515} However, given that these are analyses of treatment effects based on non-randomized studies, the results should be considered as hypothesis-generating at best and this remains a gap in evidence.

Multivessel disease in haemodynamically stable NSTEMI-ACS patients undergoing PCI

In patients presenting with NSTEMI-ACS and MVD, complete revascularization should be considered, preferably during the index procedure.^{513,514}

IIa

C

Functional invasive evaluation of non-IRA severity during the index procedure may be considered.^{518,527,528,532}

IIb

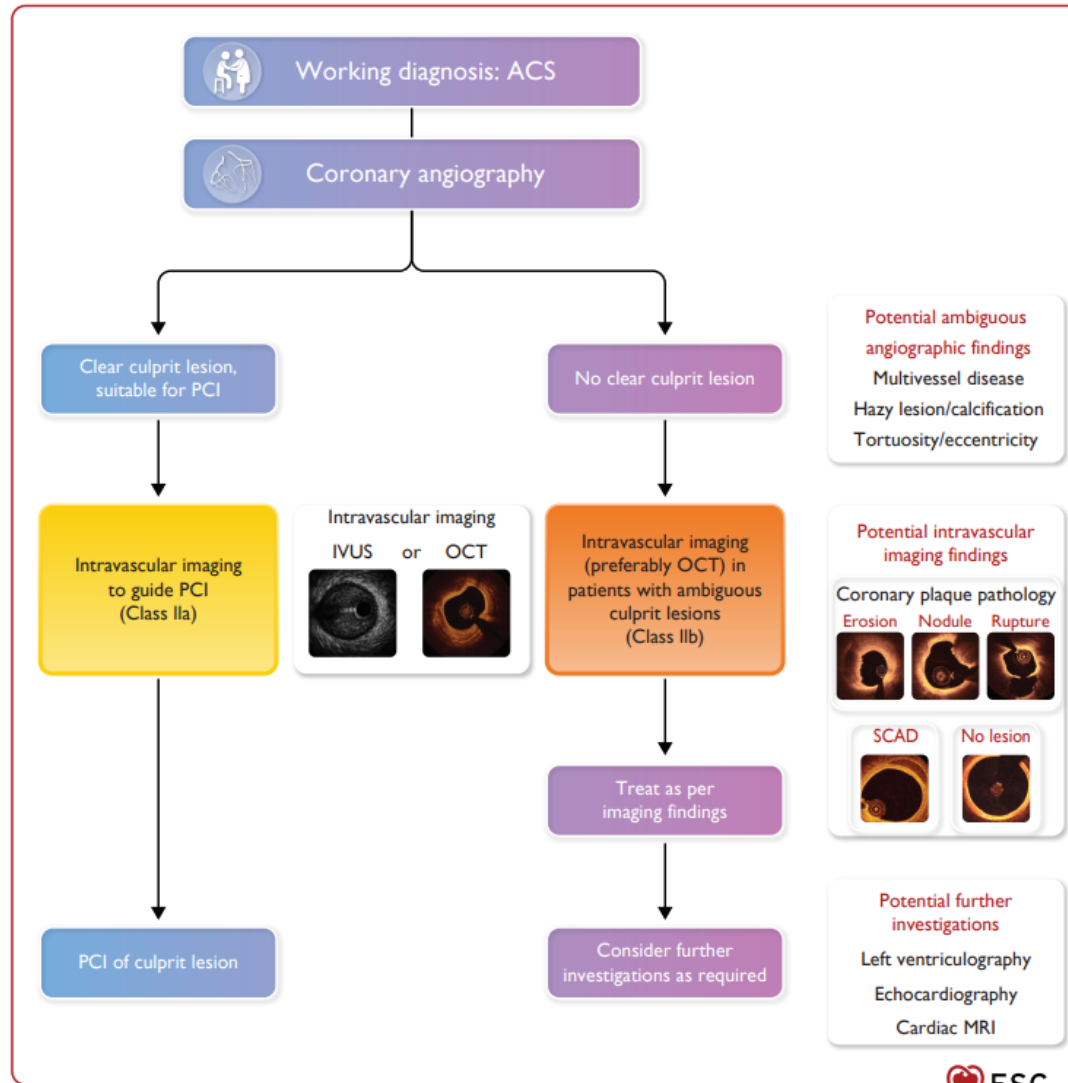
B

Byrne RA, et al. Eur Heart J 2023;44:3720



Should intracoronary imaging
always be used to optimize the
outcome of angioplasty?

Linee Guida nazionali ISS-CNEC su “Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute”



Imaging, Strutturale Overview Italia 2022

ANNO	IVUS	DELTA PERC. IVUS ANNO PRECEDENTE	OCT	DELTA PERC. OCT ANNO PRECEDENTE	FFR	DELTA PERC. FFR ANNO PRECEDENTE
2014	6.974	0%	2.098	0	10.019	0%
2015	6.713	-3,74%	2.436	16,11	9.975	-0,44%
2016	7.802	16,22%	2.364	-2,96	11.000	10,28%
2017	8.736	11,97%	2.389	1,06	11.850	7,73%
2018	9.477	8,48%	2.525	5,69	10.654	-10,09%
2019	10.351	9,22%	2.775	9,9	10.137	-4,85%
2020	9.378	-9,4%	2.424	-12,65	8.277	-18,35%
2021	11.421	21,79%	2.683	10,68	9.063	9,5%
2022	12.847	12,49%	2.923	8,95	0	0%

www.gise.it

Studi pubblicati dopo LG:
ILUMIEN IV, OCTOBER, OPTIMAL PCI, OCTIVUS e
network metanalysis...

Byrne RA, et al. Eur Heart J 2023;44:3720



Is it advisable for some STEMI patients and those with non-high-risk NSTEMI to consider early discharge (<3 days)?

8.2. In-hospital care

8.2.1. Length of hospital stay

The impact of both successful reperfusion and knowledge of the coronary anatomy (due to increasing rates of ICA) has resulted in progressive reductions in the length of stay after ACS, alongside significant reductions in 30-day mortality, suggesting that discharge within 72 h is not associated with late mortality.^{411–417} Candidates for early discharge after PCI can be identified using simple criteria.^{413,414} In one study, patients meeting the following criteria were considered to be ‘low risk’ and suitable for early discharge: age <70 years, LVEF >45%, one- or two-vessel disease, successful PCI, and no persistent arrhythmias.⁴¹³ A recently published consensus document also presents a template and flow chart to support reasonable decision-making regarding post-procedural length of stay for a broad spectrum of patients undergoing PCI.⁴¹⁸

Discharge of selected high-risk patients within 48–72 h should be considered if early rehabilitation and adequate follow-up are arranged.^{411,413,415,447}

IIa

A



Hospital length of stay
7.8±5.4 days, median 6 [5-9]

STEMI

7.8±5.0 days, median 6 [5-9]

NSTE-MI

7.8±5.8 days, median 6 [4-9]



Is it reasonable to plan a rehabilitation program for all patients with myocardial infarction complicated by heart failure and/or at risk of malignant arrhythmias?

13.1. Cardiac rehabilitation

13.1.1. Comprehensive cardiac rehabilitation

Secondary prevention is most effectively provided through cardiac rehabilitation (CR).^{716,717} All ACS patients should participate in a comprehensive CR programme, which should start as early as possible after the ACS event.^{716,717,719} CR may be performed in inpatient or outpatient settings, taking age, frailty, results of prognostic risk stratification, and comorbidities into account.⁷¹⁶ Comprehensive CR is a multidisciplinary intervention, supervised and performed by a team and usually co-ordinated by a cardiologist.⁷¹⁶ The core components of CR include patient assessment, management and control of CV risk factors, physical activity counselling, prescription of exercise training, dietary advice, tobacco counselling, patient education, psychosocial management, and vocational support.⁷¹⁶ Several studies have found that CR programmes after atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) events or revascularization reduce CV hospitalizations, MI, CV mortality and, in some studies, all-cause mortality.^{720–725} Despite proven benefits, the rates of referral to, participation in, and implementation of CR programmes are low.^{726–730} Another identified issue is that many patients adopt healthier lifestyles during CR but relapse to pre-morbid habits when returning to everyday life.⁷³¹ Therefore, there is an unmet need for complementary pathways to the classical centre-based CR model. In addition to alternatives to CR, there is also a need for stronger endorsement of CR by physicians, cardiologists, and healthcare professionals.^{732,733} It is also important to initiate and establish a strong partnership between patients and healthcare professionals as early as possible.^{732–734}

Byrne RA, et al. Eur Heart J 2023;44:3720

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

Cesare Greco, Francesco M. Bovenzi, Sergio Berti, Maurizio Abrignani, Francesco Bedogni, Roberto Ceravolo, Furio Colivicchi, Leonardo De Luca, Pompilio Faggiano, Francesco Fattiroli, Giuseppe Favretto, Pantaleo Giannuzzi, Gian Francesco Mureddu, Giuseppe Musumeci, Zoran Olivari, Carmine Riccio, Roberta Rossini, Pier Luigi Temporelli

con l'endorsement di:

ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali)
ANCE (Cardiologia Italiana del Territorio)
SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)

realizzato con il contributo scientifico di:

Fulvia Seccareccia e Stefano Rosato
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Implementation of Guidelines at national level

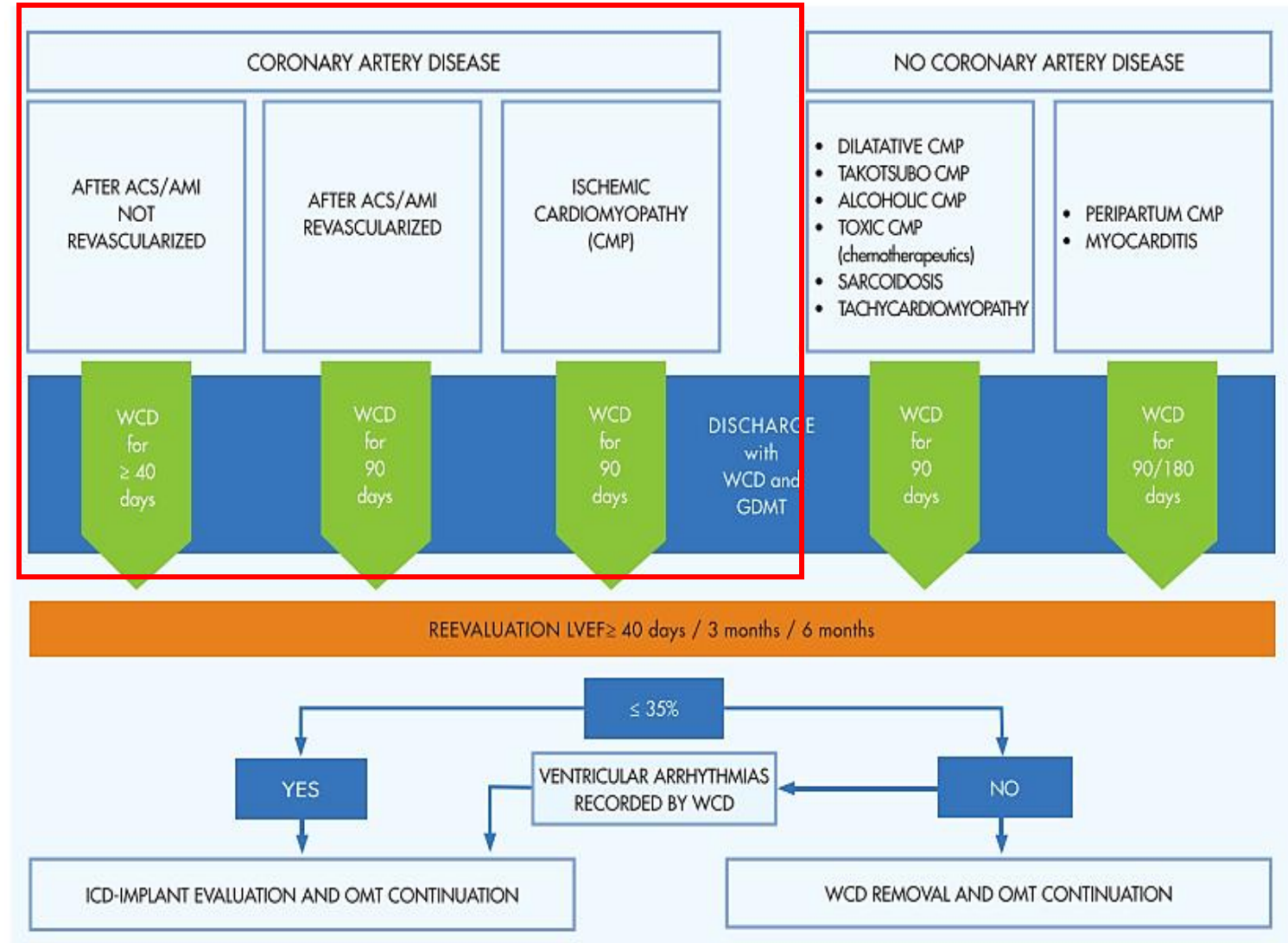
ESC Virtuous Circle



How Should We Manage Patients at risk of SCD in the Acute Phase?

The ANMCO is focusing attention on the importance of a **SCREENING PROTOCOL** for the **ACUTE RISK OF SCD**

FLOW CHART FOR NEW PATIENTS WITH AN LVEF $\leq 35\%$



The ANMCO AUDIT Project

A nationwide project conducted across six selected centers, aimed at assessing the prevalence and management strategies of patients newly diagnosed with LVEF <40% during hospitalization and/or after an ACS

OBJECTIVES:

- Improve the prevention of SCD during the acute risk phase
- Assess current approaches to stratify the SCD risk
- Optimize therapeutic decision-making
- Promote quality of care, appropriateness, safety, and effectiveness

The ANMCO AUDIT Project

PHASE 1

- Retrospective analysis of aggregated data over an 8-week observation period
- Summary report and assessment of any deviations from the appropriateness criteria outlined in the ANMCO Position Paper and clinical guidelines

PHASE 2

- Educational experience aimed at improving clinical practice at each participating center
- A second 8-week data collection to evaluate the educational impact on clinical activities
- Final evaluation and recommendations for medium- to long-term improvement actions

*Implementation of
Guidelines at
national level*

ESC Virtuous Circle



EYESHOT-2 Registry (*EmploYEd antithrombotic therapies in patients with acute coronary Syndromes Hospitalized in iItalian CCUs*) is a National, prospective, multicenter observational registry on patients with STEMI or NSTEMI admitted in Italian Cardiac Care Units, located in hospitals with and without cardiac cath lab and cardiac surgery, during a period of 4 weeks

Inclusion/Exclusion Criteria



Inclusion Criteria

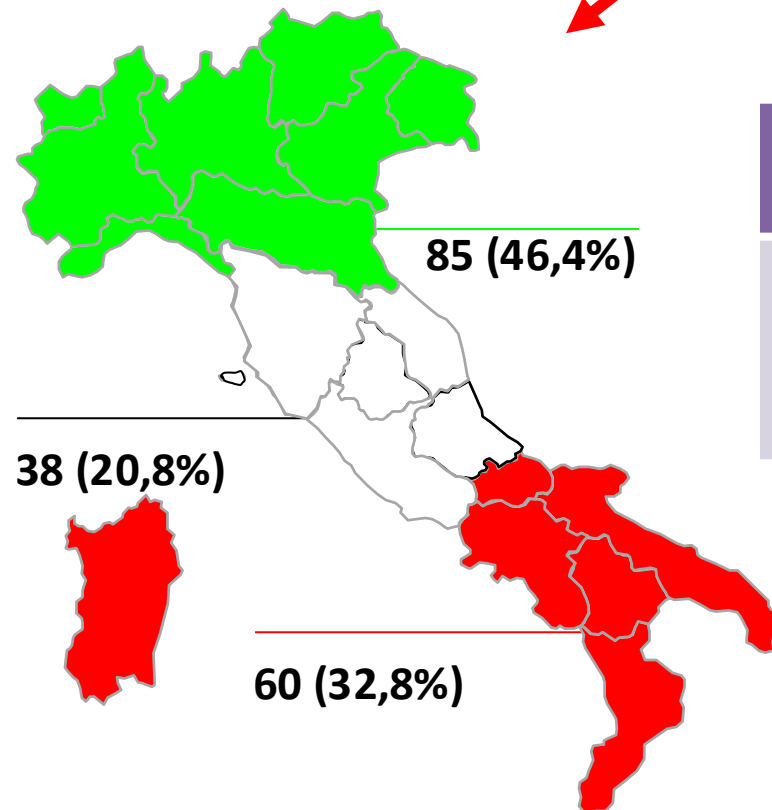
- Consecutive patients aged 18 years or more, discharged from CCU with diagnosis of myocardial infarction (NSTEMI or STEMI).
- Written informed consent signed.

Exclusion Criteria

- Patients with a diagnosis of Unstable Angina,
- Patients developing MI after PCI or CABG,
- MI following non-cardiac surgery or traumatic causes,
- Patients with chest pain without elevation of troponin,
- Patients enrolled in RCTs,
- Patients already enrolled into the study from another CCU

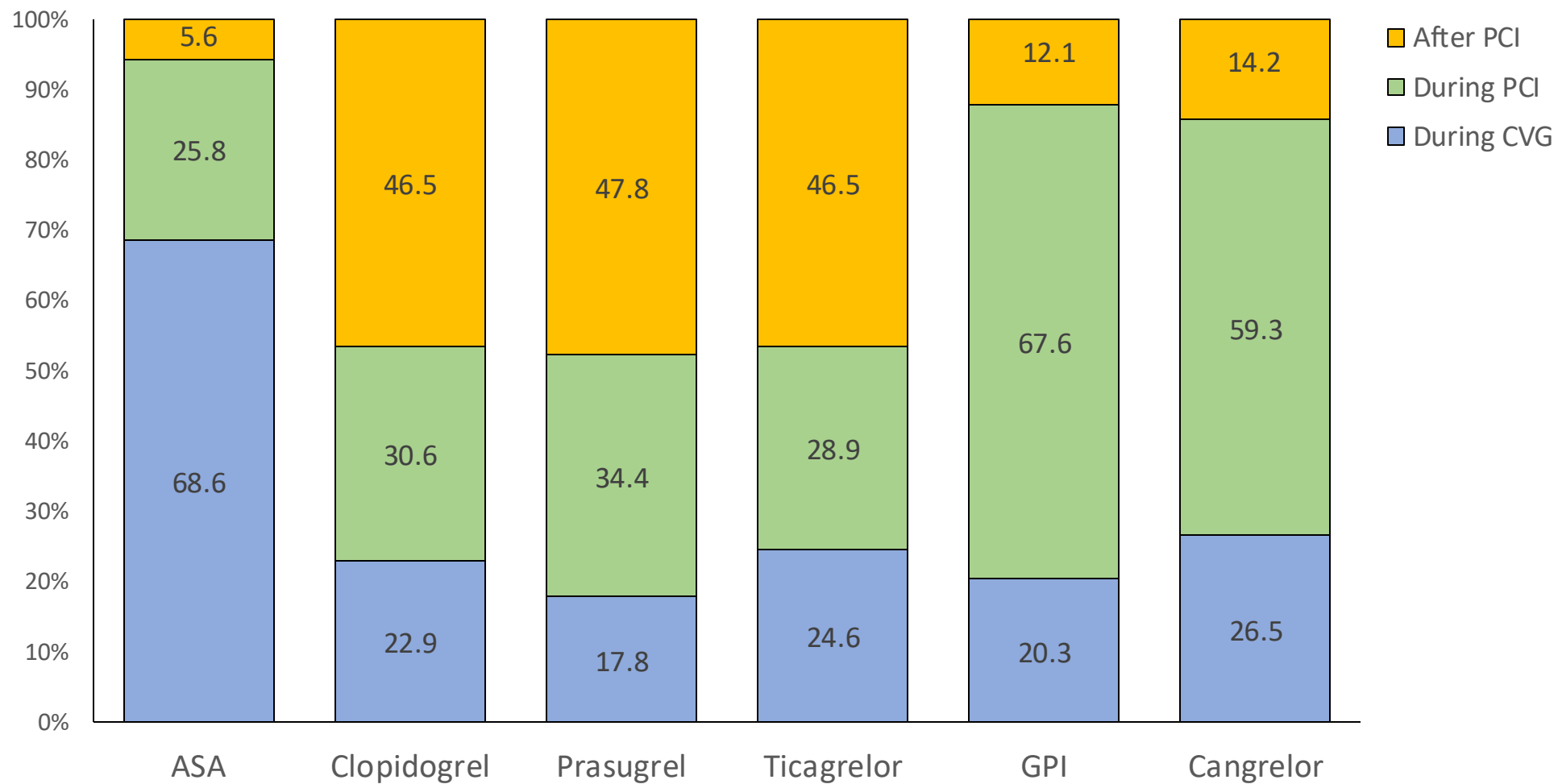
Participating Centers

Enrollment Period	N. CCUs	N. Pts Enrolled
1-29 February 2024	183	2806 (STEMI 47.4%; NSTEMI: 52.6%)



	Total (%)	North (%)	Center (%)	South (%)
No Cath Lab	23.5	20.0	29.0	25.0
Cath Lab+PCI	7.1	7.1	10.5	5.0
Cath lab+h24PCI	43.7	43.5	42.1	45.0
Cath lab+h24PCI+Cardiac Surgery	25.7	29.4	18.4	25.0

Relative % of APLTs Administered in the Cath Lab in Relation to PCI



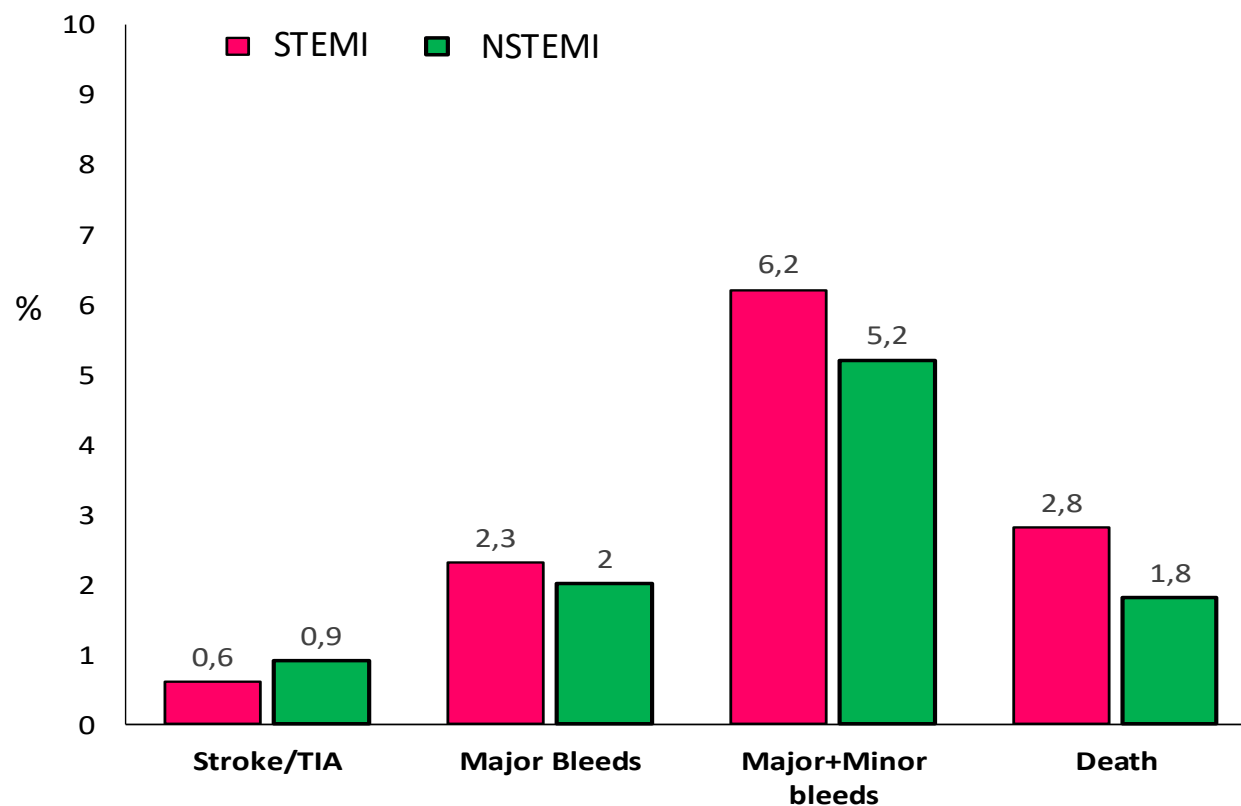
In-Hospital Clinical Events



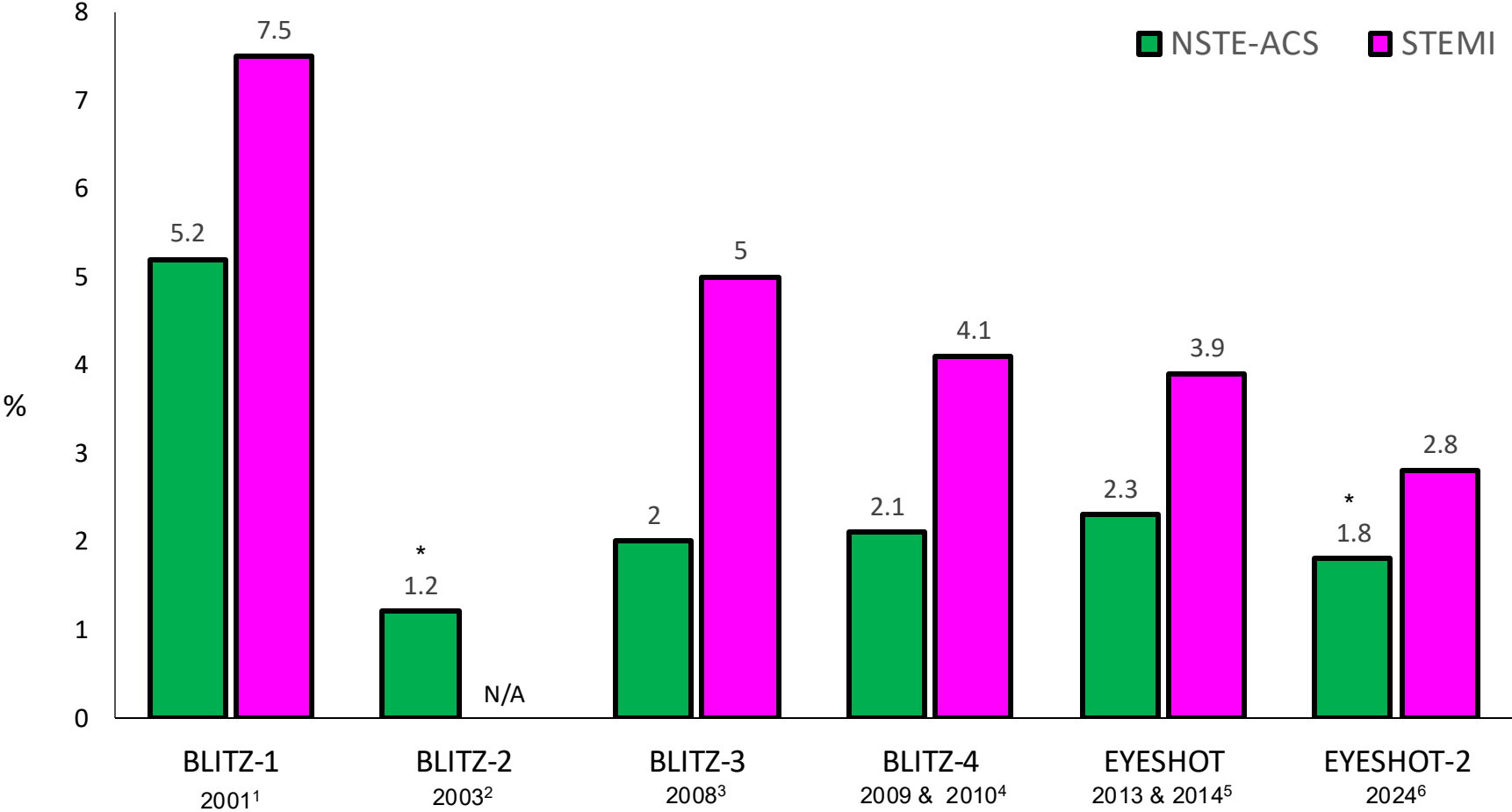
Hospital length of stay

STEMI 7.8±5.0 days, median 6 [5-9]

NSTE-MI 7.8±5.8 days, median 6 [4-9]



In-Hospital Death Rate Across ANMCO Registries on ACS



* NSTEMI only

¹Di Chiara A, et al. Eur Heart J 2003
²Di Chiara A, et al. Eur Heart J 2006
³Casella G, et al. J Cardiovasc Med 2010
⁴Olivari Z, et al. Eur Heart J: ACC 2012
⁵De Luca L, et al. Eur Heart J: ACC 2014
⁶De Luca L, et al. Int J Cardiol 2024