



# HOT TOPICS IN CARDIOLOGIA 2023

13 e 14 Novembre 2023

Villa Doria D'Angri - Via F. Petrarca 80,  
Napoli

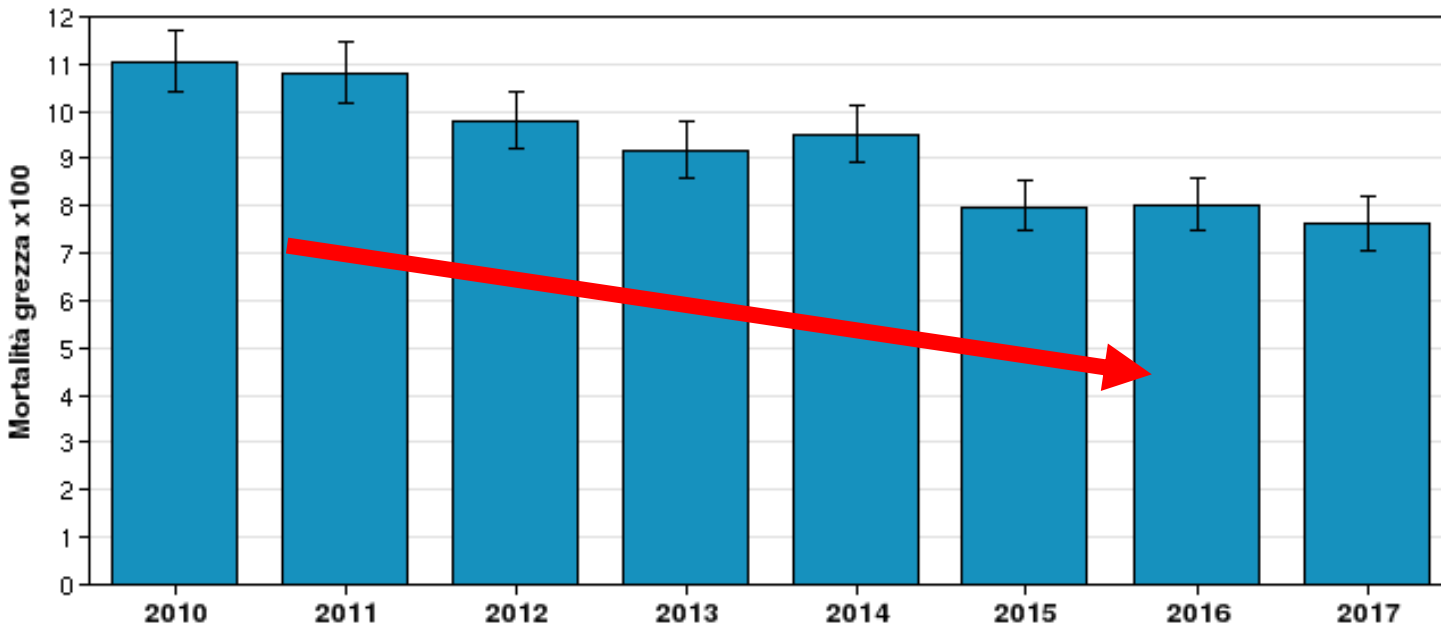
**Post SCA: come  
organizzare un follow  
up appropriato**

**C. RICCIO**

# 30-day mortality in patients admitted for ACS

## *Outcome evaluation project PREVALE - Piano Nazionale Esiti*

### Lazio Region of Italy 2010 -2017

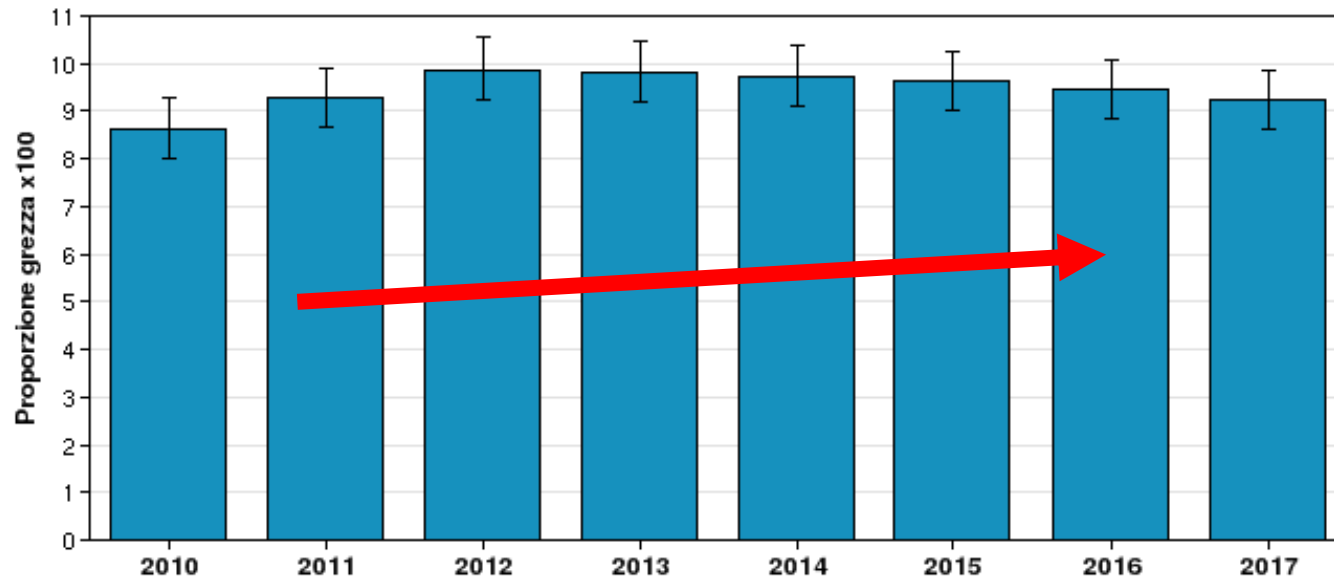




# “30-day to 12-month” mortality in patients admitted for ACS

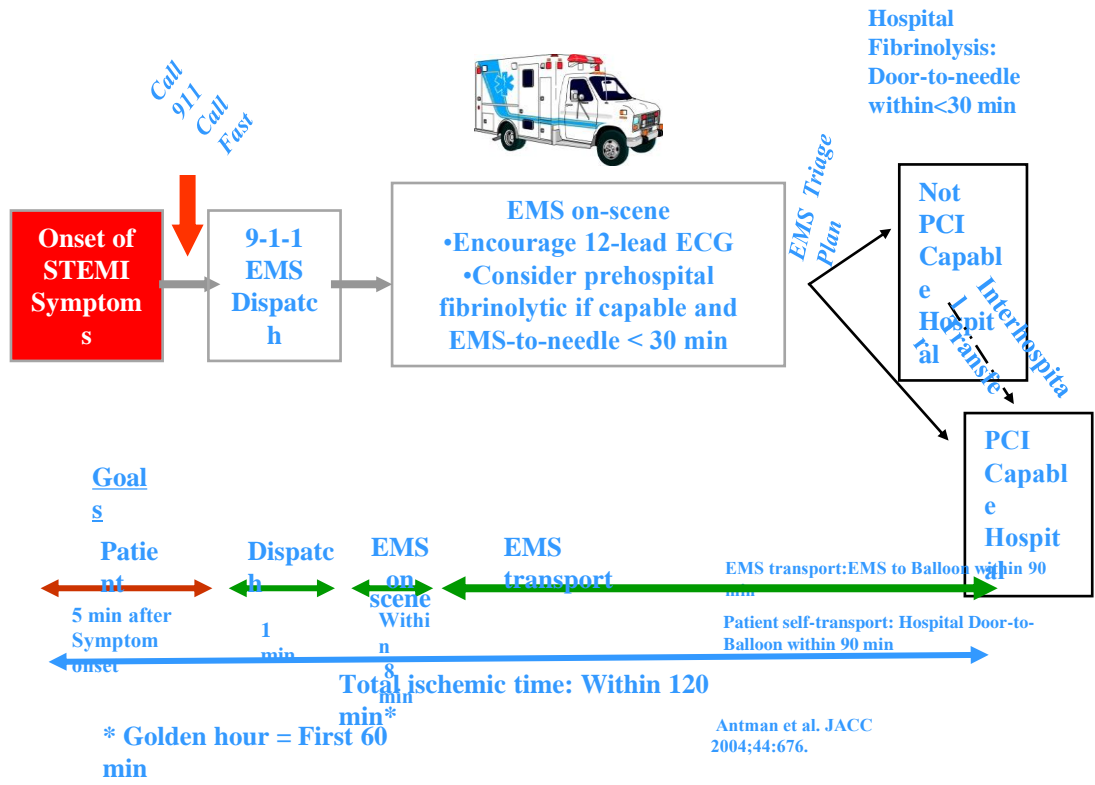
## Outcome evaluation project PREVALE - Piano Nazionale Esiti

### Lazio Region of Italy 2010-2017



<http://95.110.213.190/prevale2018/ospedaliera/ospedaliera.php>

# Patients Transported by EMS After Calling 9-1-1



# Fase acuta



# Fase post-acuta



## PERCORSO ASSISTENZIALE POST-SCA


<b>QUALI PROVVEDIMENTI</b> sono necessari per quel pz	<b>CHI</b> deve fornire questi provvedimenti	<b>DOVE</b> possono essere erogati questi provvedimenti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilizzazione clinica</li> <li>• controllo complicitanze/comorbidità</li> <li>• risoluzioni di questioni diagnostico-terapeutiche in sospenso (completamento di rivascolarizzazione, impianto di ICD,...)</li> <li>• obiettivi di cura, farmacologia, aderenza/persistenza</li> <li>• recupero funzionale</li> <li>• ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cardiologo riabilitatore</li> <li>• cardiologo dell'acuto</li> <li>• cardiologo di fiducia del pz</li> <li>• MMG</li> <li>• infermieri della prevenzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amb di prev sec</li> <li>• amb di F-UP</li> <li>• studio del MMG</li> <li>• cardiologia riabilitativa</li> <li>• cardiologia x acuti</li> <li>• cardiologia territoriale</li> <li>• dipartimenti di prevenzione</li> <li>• uo di metabolismo</li> </ul>

CHI FA COSA, QUANDO e DOVE

# Di cosa abbiamo bisogno dopo una SCA

## **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

**Sindromi Coronariche Acute (SCA)**



**Quando avviare un percorso più appropriato?**



## Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

### “Prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari”

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
<b>obiettivi</b>	prevenzione cardiovascolare recidive	continuità assistenziale sul territorio
<b>attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lettera di dimissione</li> <li>• piano di formazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• costituzione, attivazione o rafforzamento della competenza regionale nella prevenzione cardiovascolare (comitato, commissione, struttura regionale ecc), anche grazie alla collaborazione delle società scientifiche dell'area cardiologica e della medicina generale</li> <li>• analisi e definizione del contesto: ogni Regione dovrebbe decidere su come dotarsi e su come utilizzare gli strumenti informativi necessari per pianificare e valutare gli interventi. Una possibilità in questo senso è la partecipazione al registro degli eventi cardiovascolari coordinato dall'Iss</li> <li>• continuità assistenziale: indicazioni alle strutture ospedaliere presenti sul territorio relative alle modalità di dimissioni del paziente infartuato</li> <li>• offerta servizi: identificazione accessibilità dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili</li> <li>• Piano di formazione regionale: prevenzione recidive</li> <li>• educazione dei pazienti: collaborazioni con associazioni pazienti</li> <li>• monitoraggio: individuazione indicatori</li> </ul>

La fase di dimissione ospedaliera post-SCA è un momento clinico fondamentale per garantire una corretta gestione della patologia da parte del paziente e da parte delle strutture/personale che lo prenderanno in carico nel follow-up.

La lettera che accompagna la dimissione ospedaliera post-SCA (Lettera di Dimissione e Allegato alla lettera di dimissione) deve essere uniforme e condivisa dalle strutture ospedaliere regionali, al fine di favorire la comunicazione ospedale-territorio (MMG, strutture riabilitative, cardiologie ambulatoriali) e supportare le strutture territoriali nella sua interpretazione e nell'applicabilità delle raccomandazioni in essa riportate.

# OBIETTIVI ALLA DIMISSIONE POST-SCA



Obiettivi primari alla dimissione post-SCA sono:

- stratificare il rischio clinico del paziente e di conseguenza individuare il percorso clinico più adeguato a ogni singolo soggetto post-SCA;
- impostare un trattamento farmacologico adeguato alla prevenzione secondaria di eventi ischemici;
- istruire adeguatamente il paziente sul recente evento acuto e sullo stato di rischio cardiovascolare residuo a cui è esposto, sull'importanza della terapia farmacologica e dell'aderenza a tale terapia, nonché sui target terapeutici da raggiungere e sulla necessità di follow-up cardiologico;
- favorire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale da parte della struttura ospedaliera che dimette e/o delle strutture territoriali (MMG, strutture di riabilitazione, cardiologia ambulatoriale) al fine di monitorare il raggiungimento dei target terapeutici, l'ottimizzazione della terapia, l'aderenza e la persistenza al trattamento farmacologico, l'evoluzione della malattia e il controllo del rischio residuo di eventi cardiovascolari.



# STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO



Il paziente post-SCA ad elevato rischio clinico viene individuato dalle seguenti caratteristiche:

- Frazione d'eiezione del ventricolo sinistro  $\leq 40\%$
- Frazione di eiezione  $>40\%$  associata a sintomi e segni di scompenso cardiaco
- Necessità di trattamento diuretico e/o inotropo nel corso del ricovero
- Rivascolarizzazione incompleta o mancata rivascolarizzazione/riperfusionazione
- Necessità di assistenza meccanica al circolo durante la rivascolarizzazione o durante il ricovero
- Esordio della SCA con shock cardiogeno
- Scarsa tolleranza al trattamento farmacologico (ACE inibitori, beta-bloccanti etc) in fase ospedaliera
- Insorgenza durante il ricovero di complicanze non cardiologiche (insufficienza renale acuta, infezioni broncopolmonari, etc.)

# INDIVIDUATI I PAZIENTI AD ALTO RISCHIO...



Tali pazienti sono esposti ad un elevato rischio di complicanze o ad un'evoluzione negativa del quadro clinico nella fase precoce post-dimissione, pertanto, dovrebbero essere indirizzati ad un Percorso Riabilitativo degenziale direttamente dalla struttura ospedaliera che dimette o, in assenza di tale possibilità, ad un Percorso Riabilitativo ambulatoriale a cui devono essere agganciati già in fase di dimissione e la cui presa in carico deve avvenire entro 15 giorni dalla dimissione stessa.

L'intervento riabilitativo avrà l'obiettivo di contrastare il processo di rimodellamento ventricolare sinistro e monitorizzare la funzione ventricolare sinistra, migliorare la capacità funzionale con l'esercizio fisico, titolare la terapia farmacologica, supervisionare l'evoluzione del quadro biochimico, gestire la reazione psicologica all'evento coronarico recente e favorire il reinserimento nella vita attiva.



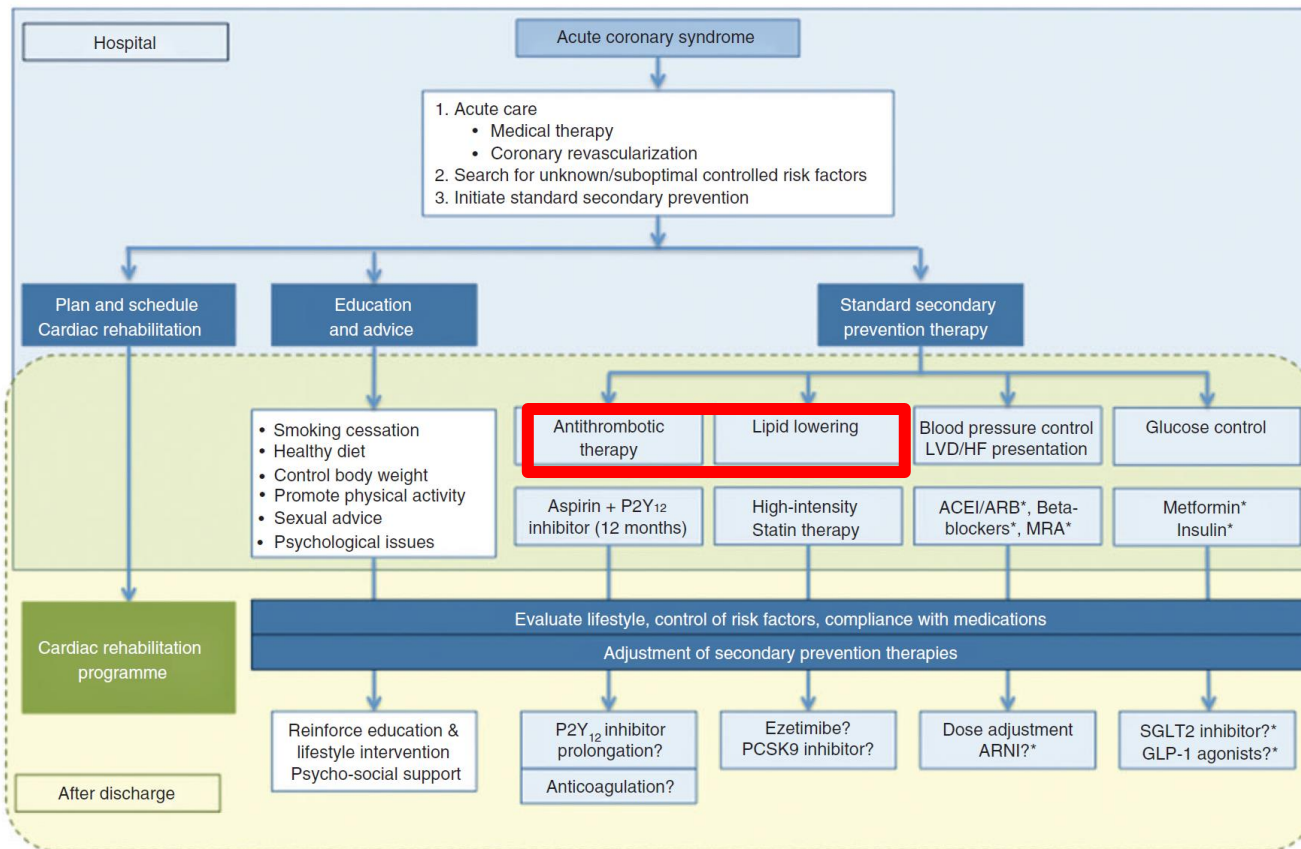
# OBIETTIVI ALLA DIMISSIONE POST-SCA



Obiettivi primari alla dimissione post-SCA sono:

- stratificare il rischio clinico del paziente e di conseguenza individuare il percorso clinico più adeguato a ogni singolo soggetto post-SCA;
- impostare un trattamento farmacologico adeguato alla prevenzione secondaria di eventi ischemici;
- istruire adeguatamente il paziente sul recente evento acuto e sullo stato di rischio cardiovascolare residuo a cui è esposto, sull'importanza della terapia farmacologica e dell'aderenza a tale terapia, nonché sui target terapeutici da raggiungere e sulla necessità di follow-up cardiologico;
- favorire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale da parte della struttura ospedaliera che dimette e/o delle strutture territoriali (MMG, strutture di riabilitazione, cardiologia ambulatoriale) al fine di monitorare il raggiungimento dei target terapeutici, l'ottimizzazione della terapia, l'aderenza e la persistenza al trattamento farmacologico, l'evoluzione della malattia e il controllo del rischio residuo di eventi cardiovascolari.

# Secondary Prevention for Residual Risk Reduction



\* When specifically indicated



# INDICATORI DI PROCESSO



AMBITO	INDICATORE	RIFERIMENTO
Processo	Pazienti dimessi con lettera di dimissione regionale	>95%
	Pazienti dimessi con prescrizione di DAPT	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di ACE inibitore	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di statina ad alta intensità ad alto dosaggio	>90%

# OBIETTIVI ALLA DIMISSIONE POST-SCA



Obiettivi primari alla dimissione post-SCA sono:

- stratificare il rischio clinico del paziente e di conseguenza individuare il percorso clinico più adeguato a ogni singolo soggetto post-SCA;
- impostare un trattamento farmacologico adeguato alla prevenzione secondaria di eventi ischemici;
- istruire adeguatamente il paziente sul recente evento acuto e sullo stato di rischio cardiovascolare residuo a cui è esposto, sull'importanza della terapia farmacologica e dell'aderenza a tale terapia, nonché sui target terapeutici da raggiungere e sulla necessità di follow-up cardiologico;
- favorire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale da parte della struttura ospedaliera che dimette e/o delle strutture territoriali (MMG, strutture di riabilitazione, cardiologia ambulatoriale) al fine di monitorare il raggiungimento dei target terapeutici, l'ottimizzazione della terapia, l'aderenza e la persistenza al trattamento farmacologico, l'evoluzione della malattia e il controllo del rischio residuo di eventi cardiovascolari.

# Aderenza terapeutica in Italia al trattamento con ipolipemizzanti non supera il 43%

	Alta aderenza*						Alta aderenza*					
	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19
<b>Totale N=290.263</b>						<b>Nord N=127.468</b>						
45-54 anni	40,2	41,7	42,7	42,3	-1	5	43,1	45,9	46,2	45,3	-2	5
55-64 anni	41,5	42,2	43,8	43,7	0	5	44,6	45,1	46,8	46,5	-1	4
65-74 anni	40,3	41,8	42,6	43,4	2	8	42,7	44,7	45,3	45,8	1	7
75-84 anni	40,6	41,9	42,2	43,7	4	8	43,1	43,9	44,5	46,1	4	7
≥85 anni	40,7	41,6	40,9	42,0	3	3	43,0	44,4	43,5	44,6	2	4
Femmine	35,7	37,2	38,1	39,1	3	10	38,2	39,5	40,5	41,6	3	9
Maschi	46,3	47,2	48,4	48,3	0	4	48,8	50,2	51,2	50,9	-1	4
<b>Totale</b>	<b>40,7</b>	<b>41,9</b>	<b>42,8</b>	<b>43,3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>43,4</b>	<b>44,8</b>	<b>45,6</b>	<b>46,0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Centro N=58.627</b>						<b>Sud N=104.168</b>						
45-54 anni	41,7	40,8	42,8	43,0	0	3	37,2	38,6	39,3	38,9	-1	5
55-64 anni	42,1	42,8	44,2	44,0	0	5	38,2	39,4	40,5	40,3	-1	5
65-74 anni	40,9	41,8	42,2	44,1	5	8	37,5	38,8	39,5	40,0	1	7
75-84 anni	40,9	42,0	41,5	42,9	3	5	37,2	39,2	39,1	40,4	3	9
≥85 anni	42,5	42,2	41,4	43,8	6	3	36,8	38,1	37,0	37,2	1	1
Femmine	36,4	37,0	38,1	39,5	4	8	32,9	35,0	35,3	35,9	2	9
Maschi	47,1	47,7	48,2	48,6	1	3	43,1	43,8	45,0	44,7	-1	4
<b>Totale</b>	<b>41,4</b>	<b>42,0</b>	<b>42,7</b>	<b>43,6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>37,6</b>	<b>39,0</b>	<b>39,7</b>	<b>39,9</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

\*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40% del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2021-31/12/2021, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2021.

Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

Tempo mediano (IQR) di follow-up: 322 (261-345).

## Prevalence, Predictors, and Outcomes of Primary Nonadherence After Acute Myocardial Infarction

Cynthia A. Jackevicius, BSc, MSc, PharmD; Ping Li, PhD; Jack V. Tu, MD, PhD

**Table 2. Time Course of Dispensation of Discharge Prescriptions**

	Discharge Prescriptions Dispensed by Day Indicated, %				
	Day 7	Day 14	Day 30	Day 90	Day 120
All medications	73.0	73.8	75.2	77.8	78.6
Noncardiac medications	27.4	28.9	30.6	34.1	34.6
Cardiac medications	76.8	77.6	79.0	81.4	82.3
ACE inhibitors	92.0	92.6	94.1	95.6	96.2
Antiplatelets*	48.6	49.2	50.6	54.2	55.7
$\beta$ -Blockers	87.8	88.4	89.4	91.4	92.0
Calcium channel blockers	87.4	88.4	89.9	92.4	92.7
Lipid-lowering agents†	88.0	88.4	89.7	93.0	94.0
Nitrates	86.7	87.9	89.6	91.6	92.1
Statins	88.9	89.3	90.6	93.8	94.8

4591 pazienti post-IMA di età  $\geq 65$  anni

Su un totale di 12 832 prescrizioni alla dimissione, solo il 73% ed il 79% sono state rispettate a 7 giorni e a 120 giorni dalla dimissione.

**Riduzione dell'aderenza del 24% dopo 7 giorni dall'infarto -**

# Insoddisfacente controllo dello stato lipidico

studi pubblicati nell'arco temporale compreso tra 2019 e 2022

**Solo 12.1%** dei pazienti a rischio molto alto ed il **31.3%** dei pazienti a rischio alto raggiunge i target

DA  
VINCI



Autore	Tipo di studio	N. pazienti	Età media (anni)	Maschi (%)	Iperensione (%)	Diabete (%)	Fumo (%)	PCI	BPAC	Scopenso	AOCP	Utilizzo di statine ad alta intensità (%)	Duplice terapia (ezetimibe + statina ad alta intensità) (%)	Inibitori di PCSK9 (%)	Target <55 mg/dl (%)
Ray et al. <sup>6</sup>	Osservazionale Cross-sectional Multicentrico	2888	67	66.3	74.8	38.9	59.9	NR	NR	NR	NR	37.5	9.3	1.1	18
Vrablik et al. <sup>7</sup>	Osservazionale Cross-sectional Multicentrico	2154	64.3	52.0	81.0	38.0	40.8	NR	NR	NR	NR	39.0	7	0	13
Harris et al. <sup>8</sup>	Retrospettivo Osservazionale	11 048	64.6	73.1	41.5	23.1	NR	NR	NR	14.3	10	57.9	2.2	NR	5
Munkhaugen et al. <sup>9</sup>	Cross-sectional	1095	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	49.7	0	NR	16.4
De Luca et al. <sup>10</sup>	Registro Prospettico	4751	67.6	80.7	79.8	32.8	17.3	NR	NR	13.9	9.5	54.9	4.8	0	3.2
Şimşek et al. <sup>11</sup>	Cross-sectional	1360	61.5	70.0	59.0	36.0	38.0	16	9	NR	NR	59	2	0	18.2
Allahyari et al. <sup>12</sup>	Registro	21 122	62.5	74.9	NR	19.0	29.0	14	4	3	3	85	3	0	17.7
Schubert et al. <sup>13</sup>	Registro nazionale	40 607 (25 564)*	64	74.5	42.0	19.0	30.0	13	2	NR	NR	33.0	NR	NR	17.1
Leskelä et al. <sup>14</sup>	Retrospettivo Osservazionale	662	71	65	65	39.0	NR	NR	NR	NR	NR	28	NR	NR	28.0**

BPAC, bypass aortocoronarico; NR, non riportato; AOCP, arteriopatia obliterante cronica periferica.

\*Pazienti in prevenzione secondaria.

\*\*Relativo al target <70 mg/dl.

# OBIETTIVI ALLA DIMISSIONE POST-SCA

Obiettivi primari alla dimissione post-SCA sono:

- stratificare il rischio clinico del paziente e di conseguenza individuare il percorso clinico più adeguato a ogni singolo soggetto post-SCA;
- impostare un trattamento farmacologico adeguato alla prevenzione secondaria di eventi ischemici;
- istruire adeguatamente il paziente sul recente evento acuto e sullo stato di rischio cardiovascolare residuo a cui è esposto, sull'importanza della terapia farmacologica e dell'aderenza a tale terapia, nonché sui target terapeutici da raggiungere e sulla necessità di follow-up cardiologico;
- favorire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale da parte della struttura ospedaliera che dimette e/o delle strutture territoriali (MMG, strutture di riabilitazione, cardiologia ambulatoriale) al fine di monitorare il raggiungimento dei target terapeutici, l'ottimizzazione della terapia, l'aderenza e la persistenza al trattamento farmacologico, l'evoluzione della malattia e il controllo del rischio residuo di eventi cardiovascolari.

# INDICATORI DI PROCESSO

AMBITO	INDICATORE	RIFERIMENTO
Processo	Pazienti dimessi con lettera di dimissione regionale	>95%
	Pazienti dimessi con prescrizione di DAPT	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di ACE inibitore	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di statina ad alta intensità ad alto dosaggio	>90%



# La prima visita post ricovero

- ▶ **Quando?**
  - ▶ a 4-6 settimane dalla dimissione
- ▶ **Come?**
  - ▶ Senza impegnativa, fa parte del percorso di ricovero
- ▶ **A chi?**
  - ▶ A tutti i pazienti
- ▶ **Fatta da chi?**
  - ▶ Dal medico di reparto
  - ▶ Dal medico della riabilitazione che seguirà il paziente
- ▶ **Con quali contenuti**
  - ▶ È una visita di «Filtro»



# FILTRO: il progetto di dimissione a Caserta

**F**

FRAZIONE DI EIEZIONE

**I**

ISCHEMIA

**L**

LDL

**T**

TERAPIA - ADERENZA

**R**

RIABILITAZIONE

**O**

ORGANIZZAZIONE DI UN FOLLOW UP



## Quality indicators *(continued)*

Type of indicator and process	Quality indicator
Performance measures for discharge medication and counselling	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proportion of patients without contra-indications with a statin (high-intensity) prescribed at discharge.</li> <li>2) Proportion of patients with LVEF <math>\leq 40\%</math> or clinical evidence of heart failure and without contra-indications with a beta-blocker prescribed at discharge.</li> <li>3) Proportion of patients with LVEF <math>\leq 40\%</math> or clinical evidence of heart failure without contra-indications with an ACE inhibitor (or ARB if not tolerated) prescribed at discharge.</li> <li>4) Proportion of patients with smoking cessation advice/counselling at discharge.</li> <li>5) Proportion of patients without contra-indications enrolled in a secondary prevention/cardiac rehabilitation programme at discharge.</li> </ol>



# 2023 ESC Linee Guida su STEMI

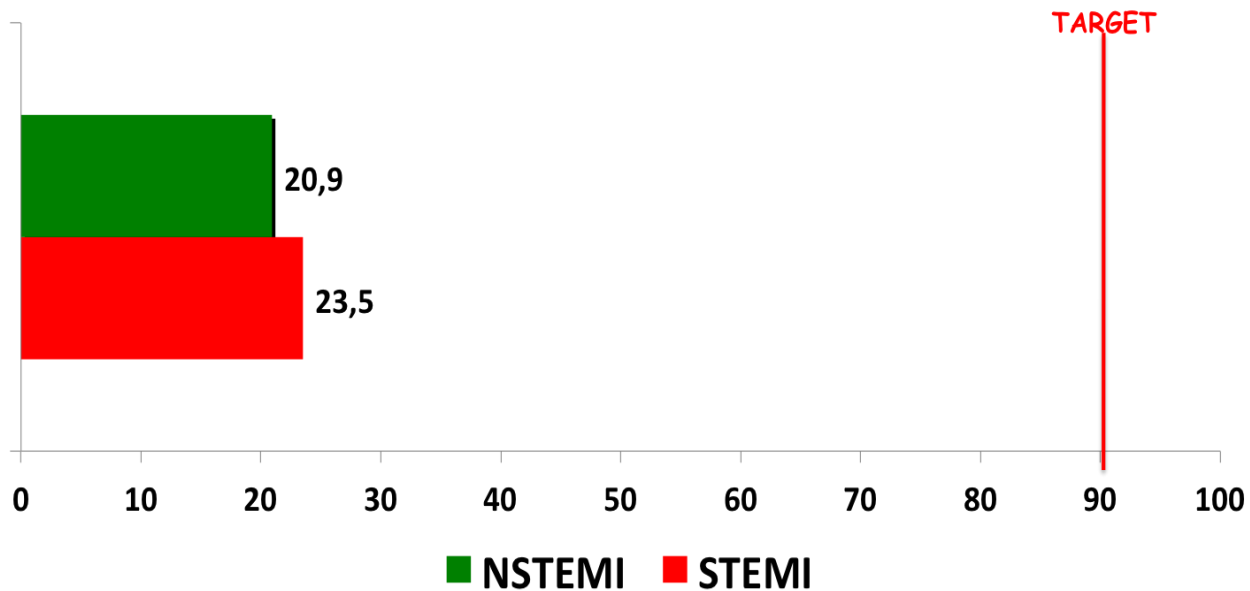


Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Cardiac rehabilitation		
It is recommended that all ACS patients participate in a medically supervised, structured, comprehensive, multidisciplinary exercise-based cardiac rehabilitation and prevention programme. <a href="#">721–724,853,854</a>	I	A



# Cardiologia Riabilitativa dopo SCA: **Classe 1 A**

# Eseguito ciclo riabilitativo in pazienti sopravvissuti a 6 mesi con follow up disponibile





## PERFORMANCE MEASURES

### 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures



- ▶ **Vengono definiti i candidati per le cure riabilitative** - praticamente tutti i pazienti con cardiopatia ischemica acuta, cronica e con scompenso cardiaco – e si precisano i compiti del cardiologo nello svolgimento delle attività
- ▶ **Il medico ospedaliero** responsabile di un paziente senza controindicazioni specifiche alla riabilitazione (fisiche o di altra natura) **è tenuto ad offrirgli questa opportunità** e ad annotare nel diario clinico la risposta del paziente.
- ▶ **Se questo non accade sia il medico che l’Ospedale acquisiscono un punto di demerito**

# OBIETTIVI DEL FOLLOW UP

- Identificare gli obiettivi di prevenzione secondaria ed i target terapeutici da raggiungere in base alla classe di rischio ed in base a quanto raccomandato dalle linee guida internazionali (5);
- Ottimizzare il trattamento farmacologico, in termini di titolazione della terapia, di raggiungimento dei target terapeutici, di variazione del trattamento in base all'evoluzione della patologia;
- Verificare l'aderenza e la persistenza al trattamento, nonché verificare la comparsa di effetti collaterali, e mettere in atto adeguate misure atte ad evitare che il paziente abbandoni la terapia;
- Programmare un calendario di follow-up clinico e strumentale cadenzato sulla base delle condizioni cliniche e del rischio residuo di partenza del paziente;
- Realizzare una rete tra specialisti per i pazienti con comorbidità tali da richiedere uno specifico intervento diagnostico, terapeutico e di follow-up;

# AGENDA POST SCA

Prestazione	1 MESE	3 MESI	6 MESI	12 MESI	24 MESI	ANNUALMENTE dopo il 24° mese
Valutazione clinica e aderenza terapeutica (contatto col MMG)	X	X	X	X	X	X
Visita cardiologica ed ECG	X	Xa	Xa	X	X	X
Esami Ematochimici	X	Xb	X	X	X	X
EcocolorDoppler Cardiaco	X	Xa	Xa	X	X	X
Test funzionali	Da considerare in base al quadro clinico-strumentale-anatomico					



# Come “collaborare” con Territorio



- ❖ Co-producendo Protocolli assistenziali per definire chi fa cosa e quando, limitando la autoprescrizione o «l'agenda fissa», spesso inappropriata, e la non aderenza
- ❖ Assicurando “duttilità” di risposta e collaborazione
- ❖ Valorizzando il ruolo della cardiologia riabilitativa e di tutte le figure coinvolte nel percorso assistenziale
- ❖ Coinvolgendo il paziente ed i suoi familiari in un progetto di prevenzione per ottenerne una partecipazione attiva e convinta
- ❖ Comunicando in modo efficace, sfruttando le potenzialità della telemedicina

# Di cosa abbiamo bisogno dopo una SCA

## **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

**Sindromi Coronariche Acute (SCA)**

# AUTORI DEL DOCUMENTO

Romano Maria Rosaria	Dirigente UOD 04 Assistenza Ospedaliera
Trama Ugo	Dirigente UOD 06 Politiche del farmaco
Napolitano Pasquale	Funzionario UOD 04 Assistenza Ospedaliera
Calabrò Paolo	SIC A.O. S. Sebastiano – AOU Vanvitelli
Caliendo Luigi	ANMCO - ASL NA3 SUD
Di Lorenzo Emilio	GISE/ANMCO - AO Moscati
Esposito Giovanni	GISE/SIC – AOU Federico II
Golino Paolo	SIC – AO dei Colli – AOU Vanvitelli
Latella Lorenzo	Cittadinanzattiva Associazione pazienti
Mauro Ciro	GISE AO Cardarelli
Orlando Valentina	CIRFF Università Federico II
Palmieri Vittorio	ANMCO AO dei Colli
Perrone F. Pasquale	SIC – AOU Federico II
Piccinocchi Gaetano	SIMG MMG – ASL Napoli 1
Rosiello Giovanni	SIIA - ASL Napoli 1 Centro
Scherillo Marino	ANMCO/GISE - AO S. Pio
Sibilio Gerolamo	ANMCO – ASL Napoli 2 Nord
Sparano Luigi	METIS MMG – ASL Napoli 1 centro
Tuccillo Bernardo	ANMCO/GISE – ASL Napoli 1 Centro
Volpe Gennaro	CARD – DG ASL BN/ Presidente CARD
Zito Giovanni Battista	ARCA – ASL NA 3 Sud
Citro Rodolfo	ANMCO AO Ruggi D' Aragona



Grazie per  
l'attenzione

