



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

NEWSLETTER LUGLIO 2022

In apertura di questo numero trovate l'**editoriale della nostra presidente**. A seguire troverete le risposte dei relatori al **Convegno d'Area GITIC** "Il self care della persona con patologia cardiovascolare. Il contributo della disciplina infermieristica". A seguire un articolo in full text : "**Heart failure drug treatment: the fantastic four**". In allegato il programma preliminare del congresso nazionale **NURSING CUORE 2023**. Buona lettura.

Cari soci, colleghi e amici del GITIC,

eccoci alle porte dell'estate, nella quale potremo godere di un periodo di meritato riposo, dopo un ulteriore anno complesso e sfidante per la professione.

Anche l'Associazione prenderà una pausa dalla formazione e dall'aggiornamento rivolto ai professionisti infermieri, ma **l'autunno ci rivedrà protagonisti di tanti eventi arricchenti e stimolanti**. Avremo eventi totalmente "a marchio" GITIC e altri in collaborazione con differenti OPI perché siamo, e restiamo fermamente convinti, che fare squadra sia sempre una scelta vincente.

Stiamo inoltre lavorando a un evento gratuito che offre "cura" a "chi cura". Vogliamo regalare attenzione a chi ci segue e, per una volta, fornire qualche strumento a favore del benessere personale, al di fuori della logica dell'evento formativo classico, caratterizzato dall'impegno nel cogliere i contenuti e dal rispetto delle regole ECM correlate. Insomma, **un evento per tutti noi professionisti sanitari!**

Non voglio svelare ulteriori dettagli, per i quali vi rimando ai nostri social e alla nostra newsletter.
Per ora, buona estate a tutti. Un saluto dalla "squadra del cuore".

La Presidente





IL CORRETTO ACCESSO VASCOLARE &
WOUND CARE pressione negativa

Monza

Info gitic@tocarelab.com

Q&A about

"Il self care della persona con patologia cardiovascolare. Il contributo della disciplina infermieristica "

Nei box che seguono troverete le domande poste dai partecipanti all'ultimo convegno d'area del GITIC. Ringraziamo i relatori per aver risposto a tutti i quesiti in modo esaustivo.

TITOLO RELAZIONE: Metodologia per un'educazione sanitaria efficace. Pianificazione educativa per la persona con scompenso cardiocircolatorio cronico

RELATORE: Debora Lambri

DOMANDA: L'educazione sanitaria è possibile in un reparto di degenza? nella mia unità operativa di cardiologia spesso le camere sono doppie e non ci sono spazi alternativi per interventi sulla singola persona. Quali soluzioni propone? Molto spesso nelle persone ricoverate in acuto non si trova il momento adatto per colloqui pre-dimissione. Quando crede sia meglio programmare l'educazione sanitaria?



Svolgere un intervento educativo in modo strutturato risulta molto difficile in reparto, dove i tempi e i ritmi lavorativi sono ristretti e spesso frenetici. Risulta però fondamentale andare a raccogliere quelli che sono i bisogni educativi dei nostri pz con SCC, che verranno poi presi in carico dall'infermiere dell'ambulatorio dello SCC e/o dall'infermiere di famiglia.

Nell'unità operativa di Cardiologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza, dove lavoro, dopo un corso di formazione al personale fatto da un counselor esterno, ed aver effettuato per anni gli incontri di gruppo ai pazienti, abbiamo da poco iniziato interventi di educazione sanitaria personalizzata. La pandemia e le problematiche di organico, hanno rallentato l'implementazione del progetto che al momento è indirizzato solo ai pazienti con Stemi. Il progetto prevede una scheda di rilevazione del fabbisogno educativo, che si compila dopo la raccolta dati iniziale, che va ad identificare le carenze educative dei pazienti. Nella scheda, oltre ai fattori di rischio non modificabili, sono raccolti anche i fattori di rischio modificabili che rendono evidente dove indirizzare il nostro intervento, durante il nostro agire quotidiano.

Prima della dimissione, la Coordinatrice esegue un colloquio con la persona assistita fornendogli indicazioni per il controllo dei fattori di rischio, l'importanza dell'attinenza terapeutica, il presentarsi ai follow up, e lo richiama ad una settimana, un mese e a sei mesi dall'evento acuto. Le telefonate sono volte a saggiare l'attinenza terapeutica ed a rinforzare l'intervento educativo. Quest'ultimo progetto è stato presentato alle infermiere di famiglia ipotizzando una collaborazione per gli interventi post dimissione.

Debora Lambri,

*Dottore in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,
Master in Funzioni di Coordinamento,
Struttura Complessa di Cardiologia e Cardiochirurgia, ASST-Monza*



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

CORSO OSS

UP TO DATE PER OSS 2022

8 Ottobre 2022

Bergamo

Info gitic@tocarelab.com

TITOLO RELAZIONE: L'evoluzione delle cure primarie territoriali: il contributo dell'infermiere di famiglia e comunità

RELATORE: Cecilia Elli

DOMANDA: La segnalazione di un assistito ricoverato presso un reparto ospedaliero dell'ASST di Monza viene eseguita da un medico o da un infermiere?

La segnalazione di una persona assistita fragile è competenza del Reparto richiedente, il quale avvalendosi di una funzione, creata ad hoc, su un applicativo aziendale, può richiedere la consulenza da parte dell'Infermiere di famiglia e Comunità (IFeC), finalizzata ad una dimissione protetta.

Attualmente l'applicativo è di gestione medica per quanto riguarda la richiesta di consulenza ma l'attivazione dell'IFeC deriva da un confronto collegiale dei professionisti del reparto che seguono l'assistito. A tal scopo, per ogni dipartimento sono stati identificati uno o più referenti IFeC, che entro tre giorni lavorativi dalla segnalazione, prendono contatto con il reparto inviante al fine di acquisire ulteriori informazioni sull'assistito per una prima valutazione.

Durante la prima visita l'IFeC valuta i livelli di autonomia della persona avvalendosi di scale di valutazione, inoltre, viene valutata, la rete sociale e familiare di supporto all'assistito, soprattutto se non autonomo. Dalla suddetta segnalazione origina un coinvolgimento dei professionisti necessari attraverso un percorso descritto in una procedura, certificata ISO, finalizzata a favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio. La collaborazione con l'équipe clinica-assistenziale dei reparti si sta dimostrando molto importante sia per l'identificazione di assistiti arruolabili alla presa in carico sia per favorire il percorso di dimissione protetta.

Cecilia Elli,
Dottore in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,
Servizio di Infermieri di famiglia, ASST di Monza



TITOLO RELAZIONE: L'evoluzione delle cure primarie territoriali: il contributo dell'infermiere di famiglia e comunità

RELATORE: Cecilia Elli

DOMANDA: Nel caso in cui l'assistito non sia domiciliato nel territorio di competenza dell'ASST di Monza attivate la rete di competenza?

Il territorio di competenza dell'ASST di Monza si compone dei comuni di Monza, Brugherio e Villasanta. Nel caso di persona assistita non residente in tali comuni, viene segnalata ai Servizi territoriali di competenza, dove presenti, come ad esempio le Strutture di continuità ospedale-territorio, Servizi di Infermieri di Famiglia e Comunità e Punto Unico di Accesso.

Cecilia Elli,
Dottore in Scienze Infermieristiche e
Ostetriche,
Servizio di Infermieri di famiglia, ASST di
Monza



7 Ottobre 2022

[ISCRIZIONE QUI](#)

TITOLO RELAZIONE: L'evoluzione delle cure primarie territoriali: il contributo dell'infermiere di famiglia e comunità

RELATORE: Cecilia Elli

DOMANDA: La presa in carico degli utenti è diretta o subordinata a impegnativa del Medico di Medicina Generale?

L'attivazione della presa in carico da parte del Servizio di Infermiere di Famiglia e Comunità è ad accesso diretto senza impegnativa da parte di chi ne preveda la necessità. Alla segnalazione segue una valutazione del singolo caso da parte dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, finalizzata ad identificare l'appropriatezza dei criteri di inclusione previsti per la presa in carico dell'assistito e la condivisione dell'avvio della presa in carico con il Medico di Medicina Generale.

Cecilia Elli,

*Dottore in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,
Servizio di Infermieri di famiglia, ASST di Monza*

TITOLO RELAZIONE: Risultati dello studio MOTIVATE HF: trial clinico per migliorare il self care nelle persone con Scompenso Cardiaco

RELATORE: Ercole Vellone

DOMANDA: Rispetto all'utilizzo della scala di self care SCHFI 7.2 per la valutazione del self care nei pazienti affetti da scompenso cardiaco ha dei riscontri o dei dati sulla fruibilità effettiva di questo metodo?

Grazie per la domanda. Se per "fruibilità" il collega intende se lo strumento viene utilizzato nella pratica clinica, so che in alcune realtà il SCHFI 7.2 viene utilizzato comunemente per educare i pazienti al self-care. Se il suo utilizzo non è molto diffuso è perchè non sono moltissime le realtà in cui gli infermieri si occupano in prima persona dei pazienti con scompenso cardiaco (per esempio negli ambulatori per lo scompenso cardiaco); se poi il collega intende per "fruibilità" se esistono dati che dimostrano l'associazione tra il punteggio della scala del self-care e gli outcome sui pazienti, posso dire che abbiamo molti dati a riguardo! Questi dati dimostrano che punteggi più alti al SCHFI 7.2 sono associati ad una più bassa mortalità, meno sintomi, migliore qualità di vita, ed un minor ricorso ai servizi di emergenza.

Ercole Vellone,

*PhD, RN, FAAN, FESC Associate Professor of Nursing,
Department of Biomedicine and Prevention,
Università di Tor Vergata, Roma,
Membro del Comitato Scientifico G.It.I.C*

TITOLO RELAZIONE: Risultati dello studio MOTIVATE HF: trial clinico per migliorare il self care nelle persone con Scompenso Cardiaco

RELATORE: Ercole Vellone

DOMANDA: Molti pazienti hanno grosse difficoltà a compilare il questionario sul self care, quindi dobbiamo aiutarli e spesso "interpretare" le loro risposte. Che soluzioni propone?

Grazie per la domanda. Capisco che per le persone anziane potrebbe essere difficile compilare da soli la scala del self-care. In questi casi si possono leggere gli item al paziente e chiedere la risposta. Non è opportuno "interpretare" le risposte dei pazienti in quanto si potrebbe "interpretare" in modo non corretto. Quindi, si possono leggere gli item e poi chiedere la risposta leggendo la Likert.

Ercole Vellone,

*PhD, RN, FAAN, FESC Associate Professor of Nursing,
Department of Biomedicine and Prevention,
Università di Tor Vergata, Roma,
Membro del Comitato Scientifico G.It.I.C*

Heart failure drug treatment: the fantastic four

Johann Bauersachs  *

Department of Cardiology and Angiology, Hannover Medical School, Hannover, Germany

Online publish-ahead-of-print 11 January 2021

This editorial refers to 'Influence of neprilysin inhibition on the efficacy and safety of empagliflozin in patients with chronic heart failure and a reduced ejection fraction: the EMPEROR-Reduced Trial[†]', by M. Packer et al., on page 671.

Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) requires a multimodal treatment with combination of several drugs as the cornerstone for symptomatic and prognostic improvement in all patients.^{1,2} Drug therapies such as angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, angiotensin receptor/neprilysin inhibitors (ARNIs; sacubitril/valsartan), beta-blockers, and mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs) provide incremental benefit with marked reduction in all-cause mortality, cardiovascular mortality, all-cause hospitalizations, and hospitalizations for heart failure.³ Recently, the sodium–glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors dapagliflozin (DAPA-HF) and empagliflozin (EMPEROR-Reduced) showed a highly significant and clinically relevant reduction in mortality and heart failure hospitalizations, and improvement of quality of life when added to current standard drugs in patients with HFrEF.^{4,5} Importantly, outcomes were ameliorated to a similar extent in patients with and without diabetes.

The question remained, however, of whether the nominally 'standard' heart failure drug treatment in the SGLT2 inhibitor trials corresponded to a 'real' modern guideline-directed medical therapy. While in both DAPA-HF and EMPEROR-Reduced the majority of patients received a combination of ACE inhibition, beta-blockade, and an MRA, only 10.7% of patients enrolled in DAPA-HF were treated with sacubitril/valsartan at baseline.⁴ The benefit of dapagliflozin on the primary endpoint of cardiovascular death or worsening heart failure and the secondary endpoints was identical in patients treated with or without sacubitril/valsartan.⁶

In the current issue of the *European Heart Journal*, Packer et al.⁷ provide a detailed analysis of the influence of ARNI pre-treatment on

the effects of SGLT2 inhibition with empagliflozin in patients with HFrEF included in EMPEROR-Reduced. In this trial, 19.5% of the patients received sacubitril/valsartan at baseline. The remarkable reduction of the primary endpoint (cardiovascular death or first heart failure hospitalization) and secondary endpoint of total heart failure hospitalizations was similar in patients with and without ARNI at baseline. Also the secondary renal endpoint (slope of the change in estimated glomerular filtration rate supported by an analysis of a composite of serious adverse renal outcomes) was markedly reduced in patients treated both with and without sacubitril/valsartan. In particular, the hazard ratios for all the primary and key secondary endpoints all tended to be even smaller in patients on an ARNI vs. the patients without an ARNI. The current analysis goes far beyond the initial report⁵ and includes corrections for important covariates and baseline differences. Patients taking a neprilysin inhibitor at baseline, for example, had slightly lower blood pressure, and were more likely to be treated with implantable cardioverter-defibrillator and/or cardiac resynchronization therapy.⁷ Side effects were similar in patients taking or not taking an ARNI; symptomatic hypotension non-significantly tended to be more frequent in patients on sacubitril/valsartan.

Thus, the detailed analyses from two large outcome trials in HFrEF with SGLT2 inhibitors^{6,7} now substantiate the first crude data already reported in the original publications^{4,5} as well as in the meta-analysis of DAPA-HF and EMPEROR-Reduced showing that patients treated with an ARNI derive at least the same benefit from additional SGLT2 inhibitor treatment as patients not on an ARNI.⁸

Taken together, these results derived from a considerable number of patients with ARNI pre-treatment now provide fundamental evidence that physicians caring for patients with HFrEF should not consider prescribing either an ARNI or an SGLT2 inhibitor, but rather both therapeutic principles in combination as default strategy. Thus, in clinical practice, patients without contraindications appear to gain most benefit from combined treatment with the 'fantastic four': an

The opinions expressed in this article are not necessarily those of the Editors of the *European Heart Journal* or of the European Society of Cardiology.

[†] doi:10.1093/eurheartj/ehaa968.

* Corresponding author. Department of Cardiology and Angiology, Hannover Medical School, Carl-Neuberg-Str., D-130625 Hannover, Germany. Tel: +49 511 532 3841, Fax: +49 511 532 5412, Email: bauersachs.johann@mh-hannover.de

© The Author(s) 2021. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

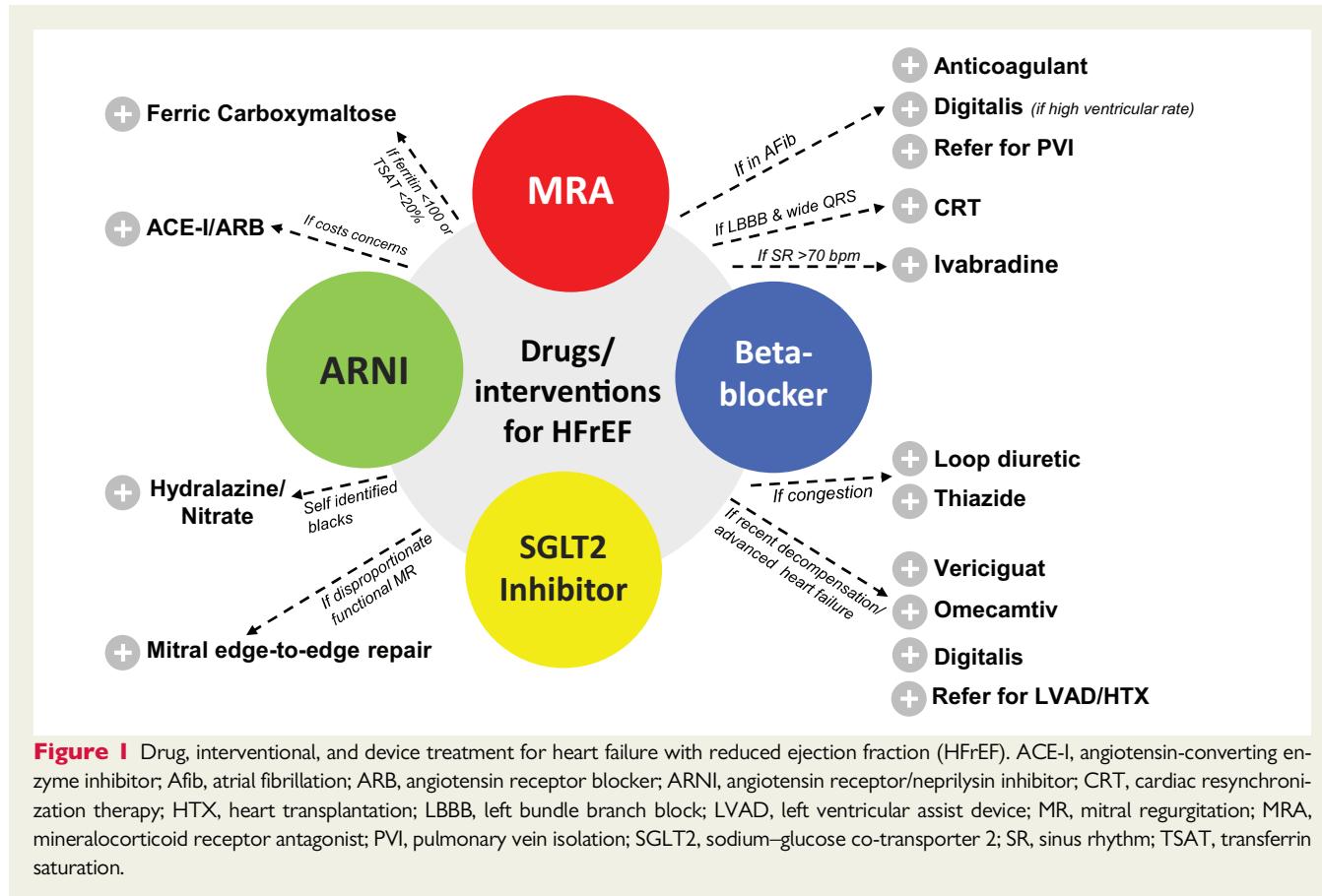


Figure 1 Drug, interventional, and device treatment for heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; Afib, atrial fibrillation; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor/neprilysin inhibitor; CRT, cardiac resynchronization therapy; HTX, heart transplantation; LBBB, left bundle branch block; LVAD, left ventricular assist device; MR, mitral regurgitation; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; PVI, pulmonary vein isolation; SGLT2, sodium–glucose co-transporter 2; SR, sinus rhythm; TSAT, transferrin saturation.

ARNI, a beta-blocker, an MRA, and an SGLT2 inhibitor (Figure 1). According to an elegant analysis by Vaduganathan *et al.* (2020) this four-drug strategy in a 55-year-old HFrEF patient provides an additional gain of 8.3 years free from cardiovascular death or first heart failure hospital admission, and 6.3 additional years of survival compared with the often used conventional combination of an ACE inhibitor and beta-blocker. Also, older patients derive substantial benefit.⁹ The additive effect of SGLT2 inhibition on top of an already optimized background triple neurohormonal blockade including an ARNI is supported by a recent analysis from DAPA-HF: the beneficial effect of dapagliflozin was also consistent in patients on a beta-blocker, MRA, and ARNI: the hazard ratio for the primary endpoint was 0.70 as compared with 0.74 in patients without an ARNI.¹⁰

Physicians treating HFrEF patients are now in a comfortable situation. We do have four standard drugs to offer to our patients as default strategy with remarkable improvement of survival, hospitalization rates, symptoms, and quality of life. In addition, we can offer a bunch of additional drugs as well as a variety of interventional and device therapies for personalized treatment of specific patient populations with evidence-based benefits (Figure 1).

Where to go from here? An important question relates to the timing of drug initiation. While traditionally additional drugs were only started in stable outpatients with HFrEF, the PIONEER-HF trial nicely showed that sacubitril/valsartan started early after a decompensation was associated with a significantly stronger reduction of N-terminal-pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) values and of the

exploratory composite endpoint of death, heart failure rehospitalization, transplant listing, and ventricular assist device implantation already after 8 weeks.¹¹ In the absence of newer European guidelines, the Clinical Practice Update of the ESC Heart Failure Association (HFA) stated that initiation of sacubitril/valsartan rather than an ACE inhibitor may be considered for patients hospitalized with new-onset heart failure or decompensated chronic heart failure to reduce the short-term risk of adverse events and to simplify management.¹²

In a recent update from the Heart Failure Association on SGLT2 inhibitors in heart failure, dapagliflozin or empagliflozin are recommended to reduce the risk of heart failure hospitalization and cardiovascular death in HFrEF patients already receiving guideline-directed medical therapy, regardless of the presence of type 2 diabetes mellitus.¹³ Also in the SGLT2 inhibitor trials, the treatment effect emerged quickly, with the curves diverging within the first month.^{4,5} Such early effects have similarly been observed with the SGLT2 inhibitor sotagliflozin in the SOLOIST-WHF trial that randomized patients with type 2 diabetes after a recent hospitalization for worsening heart failure.¹⁴ Substantial benefit occurred early after randomization regarding the primary endpoint of cardiovascular deaths, total hospitalizations, and urgent visits for heart failure.

In summary, the totality of evidence now suggests that patients with HFrEF should be treated early with a combination of the four drugs: an ARNI, beta-blocker, MRA, and SGLT2 inhibitor in order to benefit from substantial and sustained reductions of mortality, heart failure hospitalizations, and symptoms.^{15,16} The important task is now

to ensure access to this evidence-based therapy for all HFrEF patients.

Conflict of interest: J.B. reports honoraria for lectures and/or consulting from Novartis, BMS, Pfizer, Vifor, Bayer, Servier, Daichii Sankyo, CVRx, MSD, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca, Cardior, Abiomed, Abbott, and Medtronic; and research support from Zoll, CVRx, Vifor, and Abiomed.

References

- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail* 2016;**18**:891–975.
- Berliner D, Hänselmann A, Bauersachs J. The treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *Dtsch Arztebl Int* 2020;**117**:376–386.
- Komajda M, Böhm M, Borer JS, Ford I, Tavazzi L, Pannaux M, Swedberg K. Incremental benefit of drug therapies for chronic heart failure with reduced ejection fraction: a network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2018;**20**:1315–1322.
- McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, Ponikowski P, Sabatine MS, Anand IS, Bélohlávek J, Böhm M, Chiang CE, Chopra VK, de Boer RA, Desai AS, Diez M, Drozdz J, Dukát A, Ge J, Howlett JG, Katova T, Kitakaze M, Ljungman CEA, Merkely B, Nicolau JC, O'Meara E, Petrie MC, Vinh PN, Schou M, Tereshchenko S, Verma S, Held C, DeMets DL, Docherty KF, Jhund PS, Bengtsson O, Sjöstrand M, Langkilde AM; DAPA-HF Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2019;**381**:1995–2008.
- Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P, Januzzi J, Verma S, Tsutsui H, Brueckmann M, Jamal WV, Kimura K, Schnee J, Zeller C, Cotton D, Bocchi E, Böhm M, Choi DJ, Chopra V, Chuquiuere E, Giannetti N, Janssens S, Zhang J, Gonzalez Juanatey JR, Kaul S, Brunner-La Rocca HP, Merkely B, Nicholls SJ, Perrone S, Pina I, Ponikowski P, Sattar N, Senni M, Seronde MF, Spinar J, Squire I, Taddei S, Wanner C, Zannad F; EMPEROR Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020;**383**:1413–1424.
- Solomon SD, Jhund PS, Claggett BL, Dewan P, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, Ponikowski P, Sabatine MS, Inzucchi SE, Desai AS, Bengtsson O, Lindholm D, Sjostrand M, Langkilde AM, McMurray JJV. Effect of dapagliflozin in patients with HFrEF treated with sacubitril/valsartan: the DAPA-HF trial. *JACC Heart Fail* 2020;**8**:811–818.
- Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Pocock SJ, Brunner-La Rocca HP, Janssens S, Tsutsui H, Zhang J, Brueckmann M, Jamal WV, Cotton D, Iwata T, Schnee J, Zannad F; for the EMPEROR-Reduced Trial Committees and Investigators. Influence of neprilysin inhibition on the efficacy and safety of empagliflozin in patients with chronic heart failure and a reduced ejection fraction: the EMPEROR-Reduced Trial. *Eur Heart J* 2021;**42**:671–680.
- Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Brueckmann M, Ofstad AP, Pfarr E, Jamal W, Packer M. SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF trials. *Lancet* 2020;**396**:819–829.
- Vaduganathan M, Claggett BL, Jhund PS, Cunningham JW, Pedro Ferreira J, Zannad F, Packer M, Fonarow GC, McMurray JJV, Solomon SD. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. *Lancet* 2020;**396**:121–128.
- Docherty KF, Jhund PS, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, Ponikowski P, DeMets DL, Sabatine MS, Bengtsson O, Sjöstrand M, Langkilde AM, Desai AS, Diez M, Howlett JG, Katova T, Ljungman CEA, O'Meara E, Petrie MC, Schou M, Verma S, Vinh PN, Solomon SD, McMurray JJV. Effects of dapagliflozin in DAPA-HF according to background heart failure therapy. *Eur Heart J* 2020;**41**:2379–2392.
- Velazquez Ej, Morrow DA, DeVore AD, Duffy CI, Ambrosy AP, McCague K, Rocha R, Braunwald E; PIONEER-HF Investigators. Angiotensin-neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure. *N Engl J Med* 2019;**380**:539–548.
- Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, Bauersachs J, Chioncel O, Cleland JGF, de Boer RA, Drexel H, Ben Gal T, Hill L, Jaarsma T, Jankowska EA, Anker MS, Lainščak M, Lewis BS, McDonagh T, Metra M, Milicic D, Mullens W, Piepoli MF, Rosano G, Ruschitzka F, Volterrani M, Voors AA, Filippatos G, Coats AJS. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2019;**21**:1169–1186.
- Seferović PM, Fragasso G, Petrie M, Mullens W, Ferrari R, Thum T, Bauersachs J, Anker SD, Ray R, Çavuşoğlu Y, Polovina M, Metra M, Ambrosio G, Prasad K, Seferović J, Jhund PS, Dattilo G, Čelutkiene J, Piepoli M, Moura B, Chioncel O, Ben Gal T, Heymans S, Jaarsma T, Hill L, Lopatin Y, Lyon AR, Ponikowski P, Lainščak M, Jankowska E, Mueller C, Cosentino F, Lund LH, Filippatos GS, Ruschitzka F, Coats AJS, Rosano GMC. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology update on sodium–glucose co-transporter 2 inhibitors in heart failure (an update on the sodium–glucose co-transporter 2 inhibitors in heart failure: beyond glycaemic control. A position paper of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology). *Eur J Heart Fail* 2020;doi: 10.1002/ejhf.2026.
- Bhatt DL, Szarek M, Steg PG, Cannon CP, Leiter LA, McGuire DK, Lewis JB, Riddle MC, Voors AA, Metra M, Lund LH, Komajda M, Testani JM, Wilcox CS, Ponikowski P, Lopes RD, Verma S, Lapuerta P, Pitt B; SOLOIST-WHF Trial Investigators. Sotagliflozin in patients with diabetes and recent worsening heart failure. *N Engl J Med* 2020;doi: 10.1056/NEJMoa2030183.
- Butler J, Zannad F, Filippatos G, Anker SD, Packer M. Totality of evidence in trials of sodium–glucose co-transporter-2 inhibitors in the patients with heart failure with reduced ejection fraction: implications for clinical practice. *Eur Heart J* 2020;**41**:3398–3401.
- Bassi NS, Ziaeian B, Yancy CW, Fonarow GC. Association of optimal implementation of sodium–glucose cotransporter 2 inhibitor therapy with outcome for patients with heart failure. *JAMA Cardiol* 2020;**5**:1–5.

Corrigendum

doi:10.1093/eurheartj/ehaa976

Online publish-ahead-of-print 9 November 2020

Corrigendum to: Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the Covid-19 era [Eur Hear J 2020;doi:10.1093/eurheartj/ehaa409].

In the originally published version of this article, there was an error in the spelling of author Francesco Versaci's surname. This has now been corrected online.

2023

NURSING CUORE

**CONGRESSO
NAZIONALE
PROGRAMMA
PRELIMINARE**

www.gitic.it



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

Bergamo
31 marzo-01 aprile 2023



INVIAETE CI **ABSTRACT** DI ESPERIENZE SIGNIFICATIVE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA: saranno valutati per l'inserimento nel programma o nella sessione poster

Programma preliminare

VENERDÌ 31 marzo 2023

I SESSIONE

Prospettive e opportunità della carriera infermieristica

- Luci e ombre del nuovo contratto (**D. La Fontana**)
- Formazione post base: quale percorsi universitari oggi (*relatore da definire*)
- Opportunità di carriera all'interno delle Professioni Sanitarie e Sociali (**L. Zoppini**)
- Gli esperti rispondono (**D. La Fontana, L. Zoppini, C. Carzaniga, Presidenti OPI + altri relatori da definire**)

Sessione Poster – premio “Ciccardi”

II SESSIONE

Le sfide dell'assistenza alla Persona Assistita in ambito cardiovascolare

- Patologia cardiovascolare e diabete mellito di tipo 2: due patologie, un solo percorso di cura (**R. Rocca**)
- Cuore e rene: un binomio inscindibile (**M. Pini**)
- Cardioncologia: come realizzare un programma efficace di monitoraggio cardiologico nei pazienti oncologici (**F. Patarino**)
- Il case management infermieristico e la telemedicina: tenere le fila del percorso di cura (**I. Pagani**)

WORKSHOP

SABATO 01 aprile 2023

III SESSIONE I nodi decisionali nell'approccio alla Persona assistita: dalla cardiologia interventistica strutturale alla cardiochirurgia mininvasiva

- Nuovi scenari di trattamento percutaneo delle valvulopatie (**I. Calchera**)
- Valvulopatia aortica e mitralica: tecniche mini-invasive in cardiochirurgia (**P. Redaelli**)
- Il valore aggiunto dell'approccio cardiochirurgico robotico (**A. Agnino**)
- Il valore, quando sfidato, si moltiplica: la gestione dei nuovi accessi chirurgici (**M. Lucarini**)
- Percorso fisioterapico post intervento cardiochirurgico (*titolo da definire*) (**S. Benna**)

WORKSHOP

IV SESSIONE

Ospedalizzazione e delirium: il ruolo fondamentale dell'infermiere

- Delirium: conoscerlo e riconoscerlo (**A. Galazzi**)
- Triage del delirium, dal suo riconoscimento alla presa in carico: rischi, complicanze e opportunità (**V. Di Niro**)
- La Persona Assistita in ICU e delirium (**M. Villa**)
- La Persona Assistita affetta da delirium nelle Unità Operative di degenza: prevenzione, riconoscimento e gestione (**E. Farina**)

ASSEMBLEA DEI SOCI

Per invio ABSTRACT e informazioni visitare il SITO www.gitic.it o scrivere una mail a gitic@tocarelab.com