



Prima giornata - Venerdì' 21 novembre 2025

La Cardiologia Riabilitativa e Preventiva come snodo fondamentale nella cura della persona con cardiopatia

TransitiON, quando cardiologi riabilitatori e cardiologi dell'acuto siedono allo stesso tavolo
Roberto Turato



Position paper ANMCO in collaborazione con ITACARE-P: Gestione della dimissione ospedaliera

G ITAL CARDIOL | VOL 26 | LUGLIO 2025

Carmine Riccio¹, Francesco Fattoriolli², Marco Ambrosetti³, Giovanna Geraci⁴, Massimo Milli⁵,
Maurizio Giuseppe Abrignani⁶, Maria Elisabetta Angelino⁷, Michela Barisone⁸, Barbara Biffi⁹,
Arturo Cesaro¹⁰, Maurizio de Giovanni¹¹, Stefania Angela Di Fusco¹², Andrea Di Lenarda¹³,
Antonio Mazza¹⁴, Damiano Parretti¹⁵, Donatella Radini¹³, Matteo Ruzzolini¹⁶, Simonetta Scalvini¹⁷,
Pietro Scicchitano¹⁸, Elio Venturini¹⁹, Claudio Bilato²⁰, Pasqualina Calisi²¹, Marco Corda²²,
Leonardo De Luca²³, Massimo Di Marco²⁴, Attilio Iacovoni²⁵, Francesco Maranta²⁶, Alessandro Navazio²⁷,
Vittorio Pascale²⁸, Massimo Pistono²⁹, Emanuele Tizzani³⁰, Marika Werren³¹, Michele Massimo Gulizia³²,
Federico Nardi³³, Domenico Gabrielli^{34,35}, Furio Colivicchi¹², Massimo Grimaldi³⁶, Fabrizio Oliva^{35,37,38}

La gestione del paziente dopo evento cardiovascolare vede nel momento della dimissione dal reparto per acuti uno snodo critico e nel successivo passaggio in Cardiologia Riabilitativa una valida opportunità per ottimizzare la terapia e ridurre il rischio residuo. Da qui l'importanza che specialisti dell'acuto e della riabilitazione dialoghino strettamente, fissando insieme gli obiettivi di cura e integrandosi per gli aspetti di competenza nel follow-up del paziente.



Tabella 8. Criteri di priorità per l'invio in Cardiologia Riabilitativa dopo dimissione da reparto per acuti

Diagnosi qualificante per l'invio in Cardiologia Riabilitativa	Criteri di priorità
Esiti di sindrome coronarica acuta e/o angioplastica coronarica	<p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di alto rischio clinico di scompenso cardiaco o rimodellamento sfavorevole del ventricolo sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infarto miocardico con scompenso (anche lieve) in fase acuta; - FEVS <40%; - FEVS tra 40% e 45% ma con associato almeno un predittore di rimodellamento tra insufficienza mitralica >1, riempimento diastolico restrittivo, alto score di asinergia e ventricolo non dilatato; - infarto miocardico con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbilità. <p>Invio prioritario a un ciclo riabilitativo preferibilmente ambulatoriale per pazienti con alto rischio trombotico (ischemico residuo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - elevato rischio cardiovascolare residuo, diabète mellito, insufficienza renale, arteriopatia periferica, storia di angina o di pregresso infarto, presenza di malattia multivasale o lesioni complesse, rivascolarizzazione incompleta, mancata rivascolarizzazione/riperfusione, pregressa restenosi o trombosi di stent.
Scompenso cardiaco	<p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di profilo di rischio medio-alto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - classe NYHA III-IV alla dimissione; - persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezzamento; - instabilità elettrica; - indicazione ad ottimizzazione della terapia farmacologica; - presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato; - in valutazione per indicazione o mantenimento indicazione a trapianto cardiaco o VAD. <p>Inoltre prioritario l'invio a strutture riabilitative degenziali dei seguenti pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibili candidati ad impianto di dispositivo elettrico dopo recente sindrome coronarica acuta con deficit di pompa, per valutare la possibilità di recupero della funzione ventricolare sinistra dopo rivascolarizzazione e/o somministrazione di terapie farmacologiche raccomandate; - pazienti sottoposti ad impianto di dispositivi con labilità clinica e/o elettrica o problemi relativi a complicanze chirurgiche.
Sindrome coronarica cronica	Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali di pazienti ad elevata disabilità indotta dalla cardiopatia di base (angina a bassa soglia), alto rischio di scompenso cardiaco, alto rischio trombotico, o alto rischio aritmico con difficoltà logistiche al trattamento ambulatoriale.
Esiti di intervento cardiochirurgico coronarico, valvolare o su grandi vasi	Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di:
Esiti di procedure valvolari percutanee (TAVI, MitraClip, TriClip) e di impianto di dispositivo cardiaco in elezione (PM, ICD, CRT)	Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di:
Embolia polmonare	Invio prioritario a strutture riabilitative (degenziali o ambulatoriali) in presenza di instabilità emodinamica durante evento acuto e/o procedura di trombolisi/trombectomia.
AOCP arti inferiori	<p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali di pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in esiti di intervento di rivascolarizzazione chirurgica o percutanea, ad elevato rischio di MACE e MALE; - con lesioni trofiche o ferite complesse; - con instabilità emodinamica o del ritmo cardiaco. <p>Nei pazienti con AOCP agli arti inferiori e claudicatio intermittens un ciclo riabilitativo in regime ambulatoriale viene ritenuto prioritario per la conduzione di training supervisionato mirato al recupero dell'autonomia di marcia, per il raggiungimento rapido dei target terapeutici e per la promozione di un corretto stile di vita.</p>

Position paper ANMCO in collaborazione con ITACARE-P: Gestione della dimissione ospedaliera

Carmine Riccio¹, Francesco Fattirolli², Marco Ambrosetti³, Giovanna Geraci⁴, Massimo Milli⁵, Maurizio Giuseppe Abrignani⁶, Maria Elisabetta Angelino⁷, Michela Barisone⁸, Barbara Biffi⁹, Arturo Cesaro¹⁰, Maurizio de Giovanni¹¹, Stefania Angela Di Fusco¹², Andrea Di Lenarda¹³, Antonio Mazza¹⁴, Damiano Parretti¹⁵, Donatella Radini¹³, Matteo Ruzzolini¹⁶, Simonetta Scalvini¹⁷, Pietro Scicchitano¹⁸, Elio Venturini¹⁹, Claudio Bilato²⁰, Pasqualina Calisi²¹, Marco Corda²², Leonardo De Luca²³, Massimo Di Marco²⁴, Attilio Iacovoni²⁵, Francesco Maranta²⁶, Alessandro Navazio²⁷, Vittorio Pascale²⁸, Massimo Pistono²⁹, Emanuele Tizzani³⁰, Marika Werren³¹, Michele Massimo Gulizia³², Federico Nardi³³, Domenico Gabrielli^{34,35}, Furio Colivicchi¹², Massimo Grimaldi³⁶, Fabrizio Oliva^{35,37,38}



Position paper ANMCO in collaborazione con ITACARE-P: Gestione della dimissione ospedaliera

Carmine Riccio¹, Francesco Fattorioli², Marco Ambrosetti³, Giovanna Geraci⁴, Massimo Milli⁵, Maurizio Giuseppe Abrignani⁶, Maria Elisabetta Angelino⁷, Michela Barisone⁸, Barbara Biffi⁹, Arturo Cesaro¹⁰, Maurizio de Giovanni¹¹, Stefania Angela Di Fusco¹², Andrea Di Lenarda¹³, Antonio Mazza¹⁴, Damiano Parretti¹⁵, Donatella Radini¹³, Matteo Ruzzolini¹⁶, Simonetta Scalvini¹⁷, Pietro Scicchitano¹⁸, Elio Venturini¹⁹, Claudio Bilato²⁰, Pasqualina Calisi²¹, Marco Corda²², Leonardo De Luca²³, Massimo Di Marco²⁴, Attilio Iacovoni²⁵, Francesco Maranta²⁶, Alessandro Navazio²⁷, Vittorio Pascale²⁸, Massimo Pistono²⁹, Emanuele Tizzani³⁰, Marika Werren³¹, Michele Massimo Gulizia³², Federico Nardi³³, Domenico Gabrielli^{34,35}, Furio Colivicchi¹², Massimo Grimaldi³⁶, Fabrizio Oliva^{35,37,38}

G ITAL CARDIOL | VOL 26 | LUGLIO 2025



Il focus group è animato da una faculty composta da esponenti apicali di centri di Cardiologia Riabilitativa di Regione Lombardia, afferenti al network ITACARE-P, con la partecipazione attiva dei rispettivi referenti delle strutture partner per acuti. La realizzazione in tempo reale della roadmap durante l'evento – attraverso la condivisione di esperienze e riflessioni – si presta a un successivo momento di verifica a distanza per una valutazione delle ricadute operative a livello dei singoli centri.

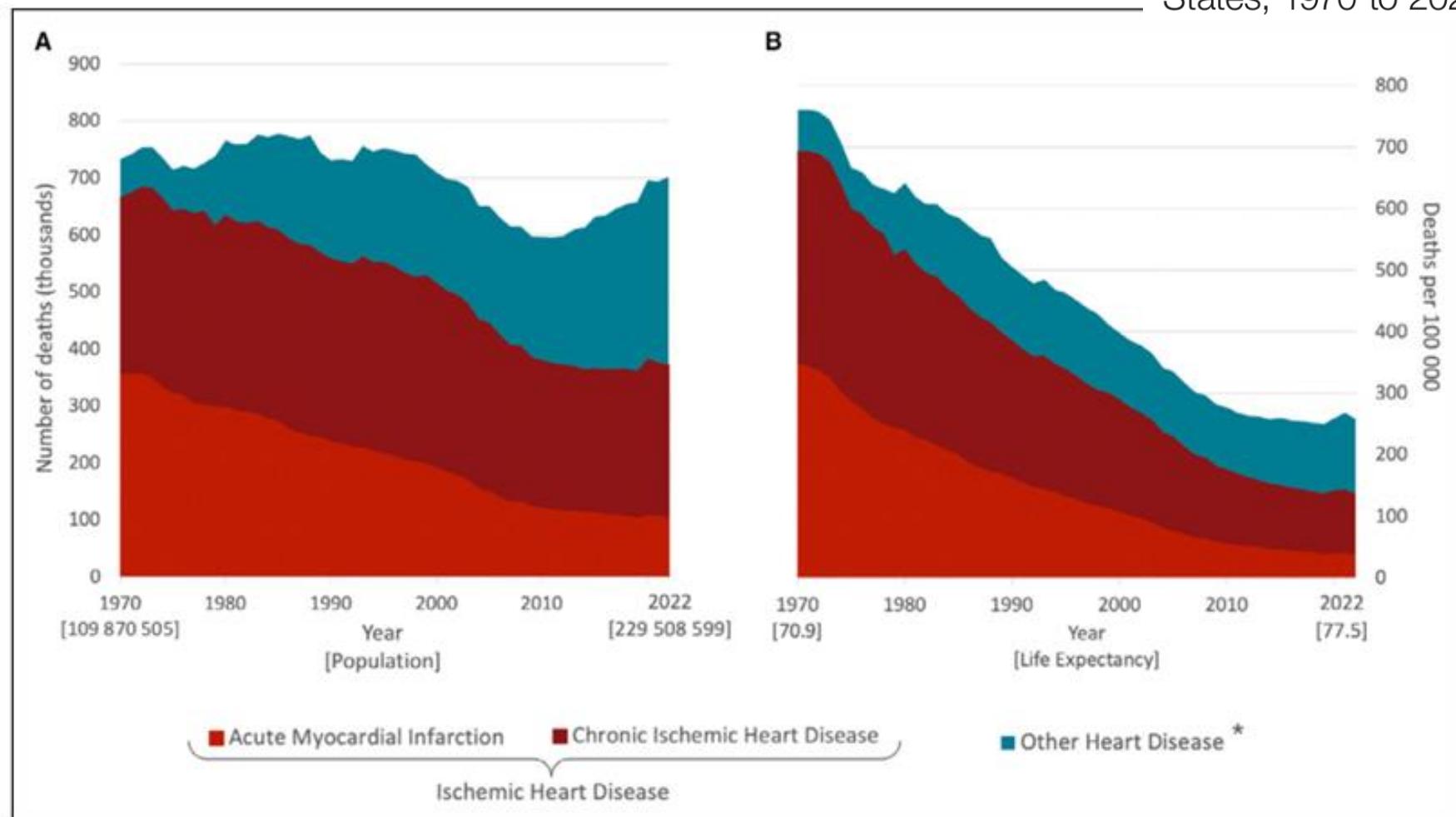


Figure 1. Absolute and age-adjusted mortality for ischemic and other heart disease in the United States, 1970 to 2022.

Absolute (A) and age-adjusted (B) mortality for ischemic heart disease (acute myocardial infarction in bright red, chronic ischemic heart disease in dark red) and other heart disease (blue) from 1970 to 2022 in the United States. * See [Figure 2](#) for other heart disease subtypes.



Cosa abbiamo portato a casa



Conoscenza



Cosa abbiamo portato a casa

Conoscenza

- Tra persone e professionisti
- Che si occupano dello stesso paziente, con la stessa patologia
- In momenti e ambiti differenti
- Con problemi gestionali differenti





Cosa abbiamo portato a casa



Conoscenza L'ACUTO

- Gestione di pazienti complessi che necessitano di un setting di cura del post acuto (a rischio di instabilitazione) con degenze almeno di medio periodo
- Gestione dei posti letto (acuti vs elettivi)
- Gestione dei pazienti «non riabilitabili»



Cosa abbiamo portato a casa



Conoscenza CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

- Limitato numero di posti letto: CCH + Cardiologia
- Eterogeneità dell'offerta riabilitativa : pubblico, privato convenzionato, competenze e setting



Cosa abbiamo imparato



LA CONDIVISIONE DEI PROBLEMI E DELLE SOLUZIONI



Cosa abbiamo imparato/condiviso

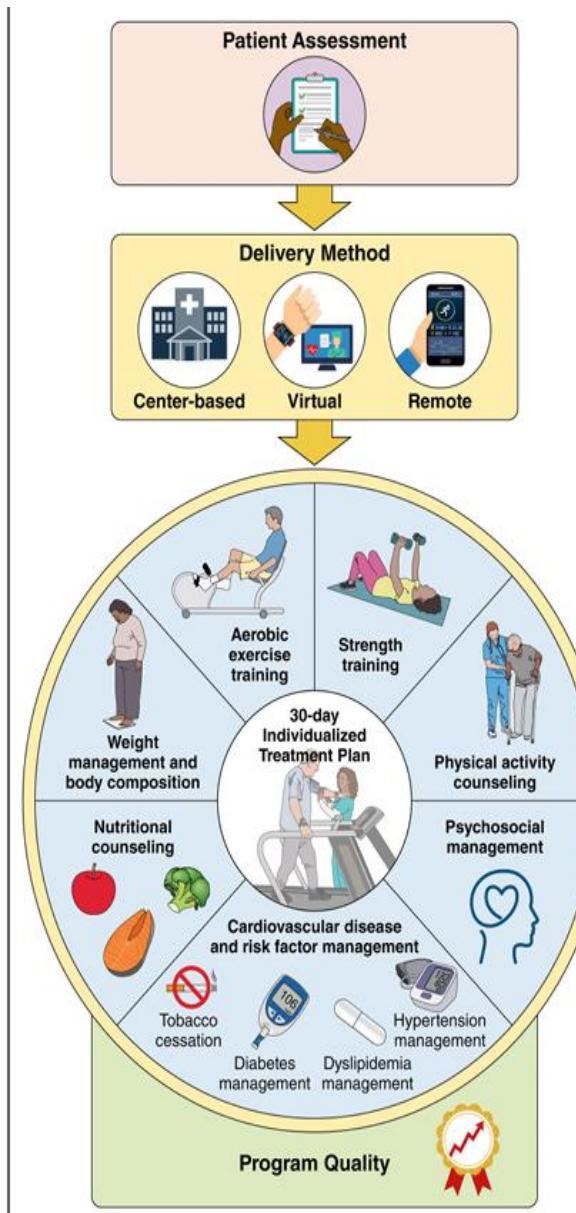
- Definire il percorso per intensità di cura prima della dimissione dall'acuto
- Setting Riab: degenza- ambulatorio-telemedicina
- Importanza della prevenzione secondaria per ridurre mortalità e riospedalizzazioni

AHA SCIENTIFIC STATEMENT Circulation

Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

October 29, 2024

Endorsed by the American College of Cardiology





Cardiac Rehabilitation

Saving Lives ♥ Restoring Health ♥ Preventing Disease

Benefits to People

Individuals who attend
36 sessions have a

47%

lower risk of death and a

31%

lower risk of heart attack
than those who attend

only **1** session.

Benefits

Benefits to Health Systems

Costs per year of life
saved range from

\$4,950 to \$9,200
per person.

Cardiac rehab
participation also reduces
hospital readmissions.





Multidomain Rehabilitation for Older Patients with Myocardial Infarction

PIpELINe Trial

This article was published on August 29, 2025, at NEJM.org.

REHAB-HF

ESTABLISHED IN 1812

JULY 15, 2021

VOL. 385 NO. 3

Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure

CONCLUSIONS

In a diverse population of older patients who were hospitalized for acute decompensated heart failure, an early, transitional, tailored, progressive rehabilitation intervention that included multiple physical-function domains resulted in greater improvement in physical function than usual care. (Funded by the National Institutes of Health and others; REHAB-HF ClinicalTrials.gov number, NCT02196038.)

CONCLUSIONS

Among older patients with impaired physical performance 1 month after myocardial infarction, a multidomain rehabilitation intervention resulted in a lower incidence of cardiovascular death or unplanned cardiovascular hospitalization within 1 year than usual care. (Funded by the Italian Health Ministry; PIpELINe ClinicalTrials.gov number, NCT04183465.)

A total of 512 patients underwent randomization (342 to the intervention group and 170 to the control group). The median age of the patients was 80 years, and 36% were women. A primary-outcome event occurred in 43 patients (12.6%) in the intervention group and in 35 patients (20.6%) in the control group (hazard ratio, 0.57; 95% confidence interval [CI], 0.36 to 0.89; $P=0.01$). Cardiovascular death occurred in 14 patients (4.1%) in the intervention group and in 10 patients (5.9%) in the control group (hazard ratio, 0.69; 95% CI, 0.31 to 1.55). Unplanned hospitalization for cardiovascular causes occurred in 31 patients (9.1%) in the intervention group and in 30 patients (17.6%) in the control group (hazard ratio, 0.48; 95% CI, 0.29 to 0.79). There were no serious adverse events associated with the intervention.

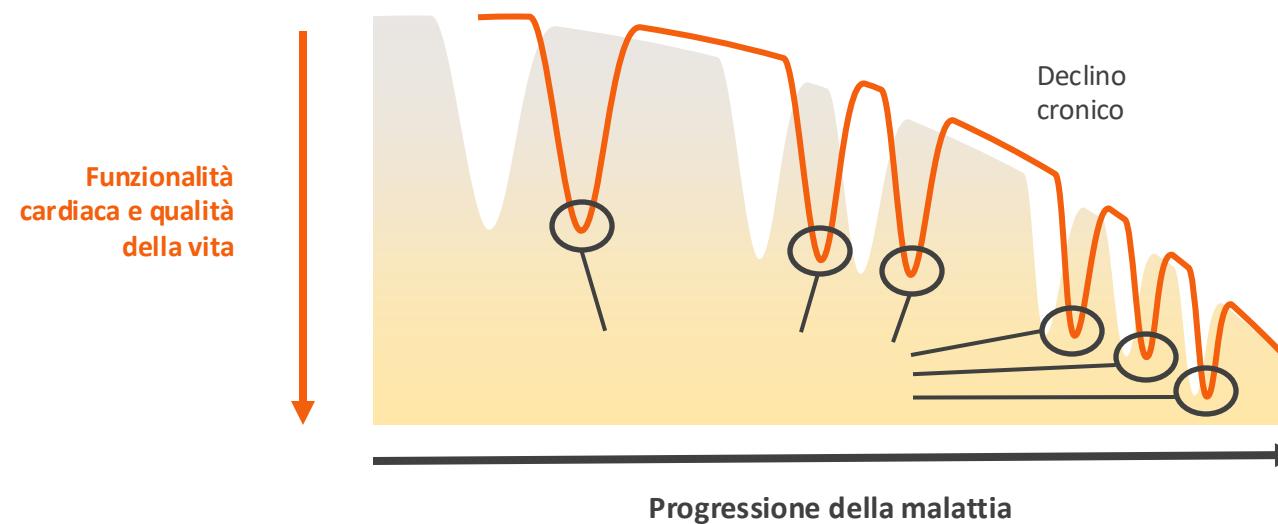
AUTHOR INFORMATION

¹Cardiology Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara, Italy; ²Center for Exercise Science and Sport, University of Ferrara, Ferrara, Italy; ³Cardiology Unit, Ospedale Maggiore, Bologna, Italy; ⁴Department of Public Health and Sport Medicine Service, Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza, Piacenza, Italy; ⁵Cardiologic Rehabilitation, Ospedale del Delta, Lagosanto, Italy; ⁶Cardiology Unit of Emergency Department, Guglielmo da Saliceto Hospital, Piacenza, Italy; ⁷Sports Medicine, Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Casalecchio di Reno, Italy; ⁸Cardiovascular Department, Infermi Hospital, Rimini, Italy; ⁹We4 Clinical Research, Milan; ¹⁰Geriatrics Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara, Italy.



Cosa abbiamo imparato/condiviso

Superato l'evento acuto, l'utilizzo della cardiologia riabilitativa puo' modificare la traiettoria di malattia
Queste iniziative possono aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei percorsi di cura a disposizione





Cosa abbiamo imparato

E' un modello replicabile?

TRANSITION

L'OTTIMIZZAZIONE TERAPEUTICA DOPO EVENTO CARDIOVASCOLARE
NEL PASSAGGIO TRA ACUTO E RIABILITAZIONE

5 NOVEMBRE 2025 | COSMO HOTEL PALACE MILANO

ITACARE-P ETS
Italian Alliance for Cardiovascular
Rehabilitation and Prevention
Ente del Terzo Settore



Progetto COMPASS verso la definizione dei percorsi di riabilitazione cardiaca: analisi dello stato attuale . Prospettiva Centri Referral

CrOss-cultural Model for Postdischarge Assistance and Sustainable digital
Solutions cardiac rehabilitation

LIUC team per l'approccio di co-creazione che la partecipazione diretta
degli stakeholder-clinici, ricercatori e istituzioni- sia nella fase di analisi
di modelli esistenti , sia in quella di definizione dei modelli futuri (AS IS
/TO BE)

*Il Vostro contributo è essenziale! Attraverso la compilazione del seguente questionario online finalizzato a migliorare la
presa in carico dei pazienti che hanno avuto esperienza di un evento cardiovascolare.*

<https://library.biblio.liuc.it/liucsurvey3/index.php/968881?lang=it>

*La compilazione richiede circa 10 minuti e le risposte saranno raccolte in forma anonima e riservata, nel pieno rispetto
della normativa vigente in materia di privacy (GDPR 2016/679).*