



## 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

GI TAL CARDIOL | VOL 26 | LUGLIO 2025

Carmine Riccio<sup>1</sup>, Francesco Fattiroli<sup>2</sup>, Marco Ambrosetti<sup>3</sup>, Giovanna Geraci<sup>4</sup>, Massimo Milli<sup>5</sup>,  
Maurizio Giuseppe Abrignani<sup>6</sup>, Maria Elisabetta Angelino<sup>7</sup>, Michela Barisone<sup>8</sup>, Barbara Biffi<sup>9</sup>,  
Arturo Cesaro<sup>10</sup>, Maurizio de Giovanni<sup>11</sup>, Stefania Angela Di Fusco<sup>12</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>13</sup>,  
Antonio Mazza<sup>14</sup>, Damiano Parretti<sup>15</sup>, Donatella Radini<sup>13</sup>, Matteo Ruzzolini<sup>16</sup>, Simonetta Scalvini<sup>17</sup>,  
Pietro Scicchitano<sup>18</sup>, Elio Venturini<sup>19</sup>, Claudio Bilato<sup>20</sup>, Pasqualina Calisi<sup>21</sup>, Marco Corda<sup>22</sup>,  
Leonardo De Luca<sup>23</sup>, Massimo Di Marco<sup>24</sup>, Attilio Iacovoni<sup>25</sup>, Francesco Maranta<sup>26</sup>, Alessandro Navazio<sup>27</sup>,  
Vittorio Pascale<sup>28</sup>, Massimo Pistono<sup>29</sup>, Emanuele Tizzani<sup>30</sup>, Marika Werren<sup>31</sup>, Michele Massimo Gulizia<sup>32</sup>,  
Federico Nardi<sup>33</sup>, Domenico Gabrielli<sup>34,35</sup>, Furio Colivicchi<sup>12</sup>, Massimo Grimaldi<sup>36</sup>, Fabrizio Oliva<sup>35,37,38</sup>

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"><li>– infarto miocardico con scompenso (anche lieve) in fase acuta;</li><li>– FEVS &lt;40%;</li><li>– FEVS tra 40% e 45% ma con associato almeno un predittore di rimodellamento tra insufficienza mitralica &gt;1, riempimento diastolico restrittivo, alto score di asinergia e ventricolo non dilatato;</li><li>– infarto miocardico con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbidità.</li></ul> <p>Invio prioritario a un ciclo riabilitativo preferibilmente ambulatoriale per pazienti con alto rischio trombotico (ischemico residuo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– elevato rischio cardiovascolare residuo, diabete mellito, insufficienza renale, arteriopatia periferica, storia di angina o di pregresso infarto, presenza di malattia multivasale o lesioni complesse, rivascularizzazione incompleta, mancata rivascularizzazione/riperfusion, pregressa stenosi o trombosi di stent.</li></ul> |
| Scompenso cardiaco  | <p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di profilo di rischio medio-alto:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– classe NYHA III-IV alla dimissione;</li><li>– persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezamento;</li><li>– instabilità elettrica;</li><li>– indicazione ad ottimizzazione della terapia farmacologica;</li><li>– presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato;</li><li>– in valutazione per indicazione o mantenimento indicazione a trapianto cardiaco o VAD.</li></ul> <p>Inoltre prioritario l'invio a strutture riabilitative degenziali dei seguenti pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 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 rivascularizzazione e/o somministrazione di terapie farmacologiche raccomandate;</li><li>– pazienti sottoposti ad impianto di dispositivi con labilità clinica e/o elettrica o problemi relati a complicanze chirurgiche.</li></ul>     |
| Sindrome coronarica cronica   | <p>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.</p>  |
| Esiti di intervento cardiocirurgico coronarico, valvolare o su grandi vasi  | <p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– intervento a seguito di evento coronarico;</li><li>– età avanzata;</li><li>– alto rischio di scompenso cardiaco;</li><li>– degenze prolungate o complicate in acuto.</li></ul>   |
| Esiti di procedure valvolari percutanee (TAVI, MitraClip, TriClip) e di impianto di dispositivo cardiaco in elezione (PM, ICD, CRT) | <p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali in presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– intervento a seguito di evento coronarico;</li><li>– età avanzata;</li><li>– alto rischio di scompenso cardiaco;</li><li>– degenze prolungate o complicate in acuto;</li><li>– necessità di rivalutazione del dispositivo durante training fisico.</li></ul>   |
| Embolia polmonare   | <p>Invio prioritario a strutture riabilitative (degenziali o ambulatoriali) in presenza di instabilità emodinamica durante evento acuto e/o procedura di trombolisi/trombectomia.</p>  |
| AOCP arti inferiori   | <p>Invio prioritario a strutture riabilitative degenziali di pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– in esiti di intervento di rivascularizzazione chirurgica o percutanea, ad elevato rischio di MACE e MALE;</li><li>– con lesioni trofiche o ferite complesse;</li><li>– con instabilità emodinamica o del ritmo cardiaco.</li></ul> <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 Riccio<sup>1</sup>, Francesco Fattiroli<sup>2</sup>, Marco Ambrosetti<sup>3</sup>, Giovanna Geraci<sup>4</sup>, Massimo Milli<sup>5</sup>, Maurizio Giuseppe Abrignani<sup>6</sup>, Maria Elisabetta Angelino<sup>7</sup>, Michela Barisone<sup>8</sup>, Barbara Biffi<sup>9</sup>, Arturo Cesaro<sup>10</sup>, Maurizio de Giovanni<sup>11</sup>, Stefania Angela Di Fusco<sup>12</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>13</sup>, Antonio Mazza<sup>14</sup>, Damiano Parretti<sup>15</sup>, Donatella Radini<sup>13</sup>, Matteo Ruzzolini<sup>16</sup>, Simonetta Scalvini<sup>17</sup>, Pietro Scicchitano<sup>18</sup>, Elio Venturini<sup>19</sup>, Claudio Bilato<sup>20</sup>, Pasqualina Calisi<sup>21</sup>, Marco Corda<sup>22</sup>, Leonardo De Luca<sup>23</sup>, Massimo Di Marco<sup>24</sup>, Attilio Iacovoni<sup>25</sup>, Francesco Maranta<sup>26</sup>, Alessandro Navazio<sup>27</sup>, Vittorio Pascale<sup>28</sup>, Massimo Pistono<sup>29</sup>, Emanuele Tizzani<sup>30</sup>, Marika Werren<sup>31</sup>, Michele Massimo Gulizia<sup>32</sup>, Federico Nardi<sup>33</sup>, Domenico Gabrielli<sup>34,35</sup>, Furio Colivicchi<sup>12</sup>, Massimo Grimaldi<sup>36</sup>, Fabrizio Oliva<sup>35,37,38</sup>



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

Carmine Riccio<sup>1</sup>, Francesco Fattiroli<sup>2</sup>, Marco Ambrosetti<sup>3</sup>, Giovanna Geraci<sup>4</sup>, Massimo Milli<sup>5</sup>, Maurizio Giuseppe Abrignani<sup>6</sup>, Maria Elisabetta Angelino<sup>7</sup>, Michela Barisone<sup>8</sup>, Barbara Biffi<sup>9</sup>, Arturo Cesaro<sup>10</sup>, Maurizio de Giovanni<sup>11</sup>, Stefania Angela Di Fusco<sup>12</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>13</sup>, Antonio Mazza<sup>14</sup>, Damiano Parretti<sup>15</sup>, Donatella Radini<sup>13</sup>, Matteo Ruzzolini<sup>16</sup>, Simonetta Scalvini<sup>17</sup>, Pietro Scicchitano<sup>18</sup>, Elio Venturini<sup>19</sup>, Claudio Bilato<sup>20</sup>, Pasqualina Calisi<sup>21</sup>, Marco Corda<sup>22</sup>, Leonardo De Luca<sup>23</sup>, Massimo Di Marco<sup>24</sup>, Attilio Iacovoni<sup>25</sup>, Francesco Maranta<sup>26</sup>, Alessandro Navazio<sup>27</sup>, Vittorio Pascale<sup>28</sup>, Massimo Pistono<sup>29</sup>, Emanuele Tizzani<sup>30</sup>, Marika Werren<sup>31</sup>, Michele Massimo Gulizia<sup>32</sup>, Federico Nardi<sup>33</sup>, Domenico Gabrielli<sup>34,35</sup>, Furio Colivicchi<sup>12</sup>, Massimo Grimaldi<sup>36</sup>, Fabrizio Oliva<sup>35,37,38</sup>

G ITAL CARDIOL | VOL 26 | LUGLIO 2025

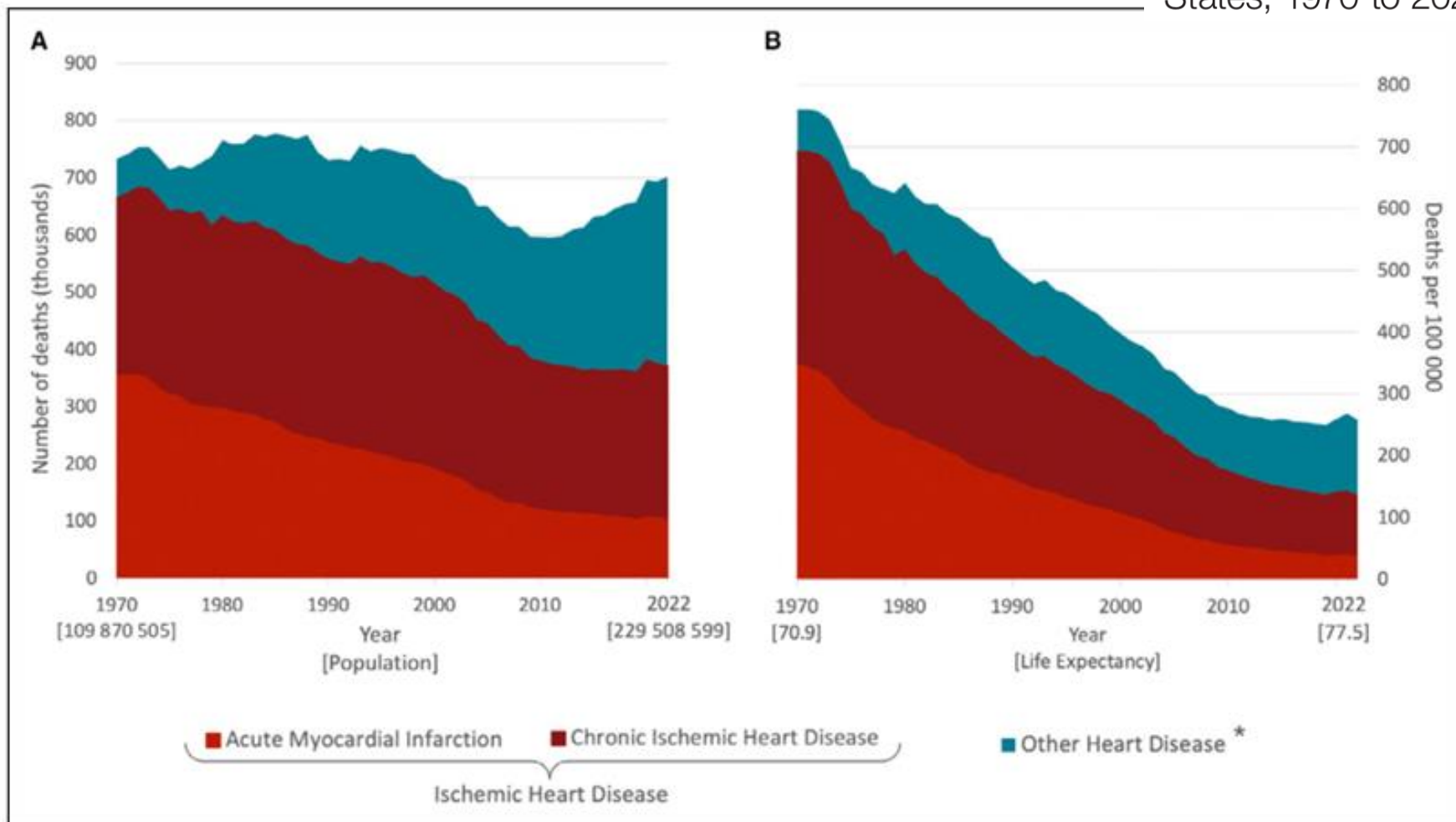


Il focus group è animato da una faculty composta da esponenti apicali di centri di Cardiologia Riabilitativa di Regione Lombardia, afferenti al network ITACARE-P, con la partecipazione attiva dei rispettivi referenti delle strutture partner per acuti. La realizzazione in tempo reale della roadmap durante 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.





## Heart Disease Mortality in the United States, 1970 to 2022



**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 instabilizzazione) 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

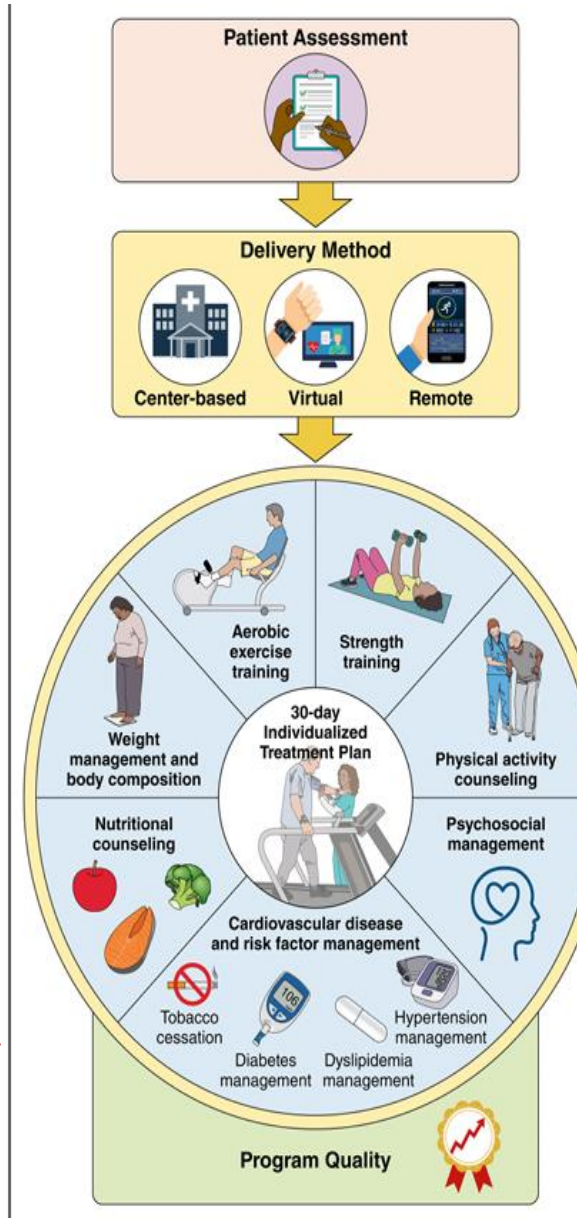
- Definire il percorso per intensità di cura prima della dimissione dall'acuto
- Setting Riab: degenza- ambulatorio-telemedicina
- Importanza della prevenzione secondaria per ridurre mortalità e riospedalizzazioni

### 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

### 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 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.





## 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.)

## Multidomain Rehabilitation for Older Patients with Myocardial Infarction

## PiPELINE Trial

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

## 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

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

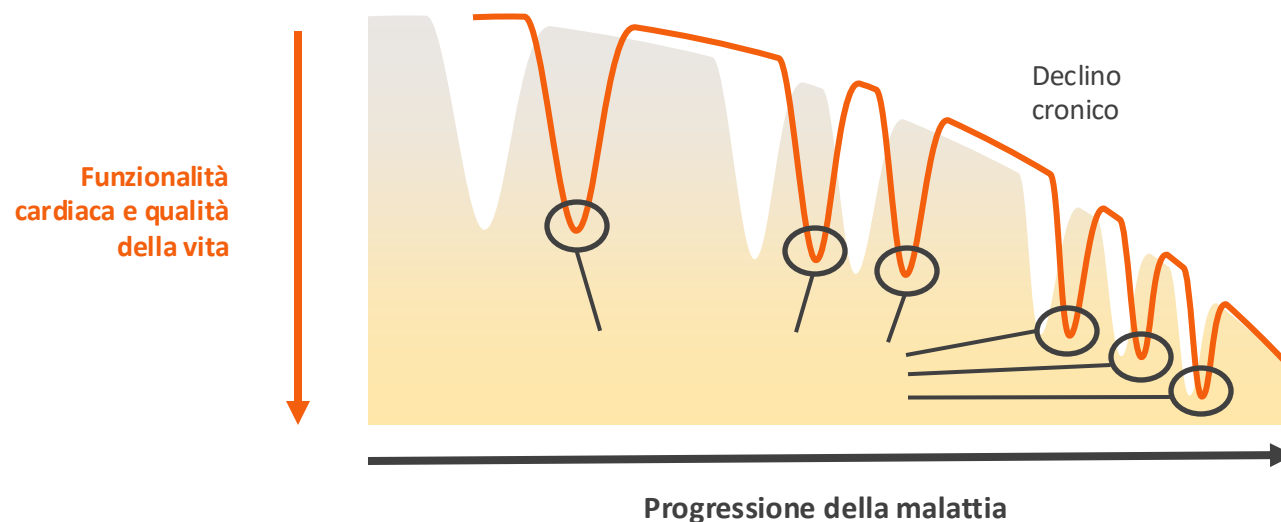




## Cosa abbiamo imparato/condiviso

Superato l'evento acuto, l'utilizzo della cardiologia riabilitativa può 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?





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).*