

Meeting Nazionale ITACARE-P 2025

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



CENTRO CONGRESSI FRENTANI
Roma, 21-22 novembre 2025



ZENITH-HF: EXPERT OPINION SU CARDIOLOGIA RIABILITATIVA NELLO SCOMPENSO

Marika Werren

RAZIONALE e OBIETTIVO

Lo scompenso cardiaco (SC) è una delle **maggiori condizioni di accesso** nei diversi setting (degenziale, ambulatoriale, domiciliare) della riabilitazione cardiologica (RC)

Non sono comunque infrequenti situazioni in cui lo SC viene rilevato **per la prima volta** durante il programma di RC, in pazienti riferiti **per altre indicazioni**.

La RC è portatrice di dinamiche e **situazioni peculiari** (collocazione nelle reti di cura, mission intrinseca della disciplina, regole di esercizio delle attività e diversità territoriali) che meritano una revisione critica e una messa a punto di best practices.

Con questo progetto si intende realizzare una **ricognizione su vasta scala** della gestione dello SC nella rete delle RC nazionali, nelle sue varie forme di presentazione (non solo clinica ma anche situazionale), su cui basare l'enunciazione di concrete **proposte migliorative**.

La caratterizzazione principale del progetto è dato dalla condivisione di esperienze e traduzioni locali delle attuali raccomandazioni **finalizzata alla redazione finale di una expert opinion societaria**.



Supporto incondizionato



Provider





FASE 1: MAPPAGGIO Survey

marzo-aprile 2025



06 giugno 2025
Sala Congressi Comune di Garda - Garda (VR)



FASE 3: PUBBLICAZIONE

Tempistica: luglio-agosto 2025



FASE 2: EVENTO RESIDENZIALE



Paper ZenithF
Categoria: "Official act" per ICCRP
Draft: 02/07/2025

The added value of Cardiovascular Rehabilitation in heart failure management:
clinical scenarios and expert opinion from a centres network of the Italian
Association for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention (ITACARE-P)

FASE 4: RECALL & DISSEMINATION

Tempistica: settembre-novembre 2025



RISULTATI DELLA SURVEY (1)

102 centri

Compilatore

M/F 59%/41%

Età 56 ± 9 anni

Anzianità di servizio 28 ± 11 anni

Attività/setting

Degenza ordinaria 74%

DH/MAC/DS 60%

Ambulatoriale 66%

Teleriabilitazione 9%

Volumi degenza/anno: 29802 (330/centro)

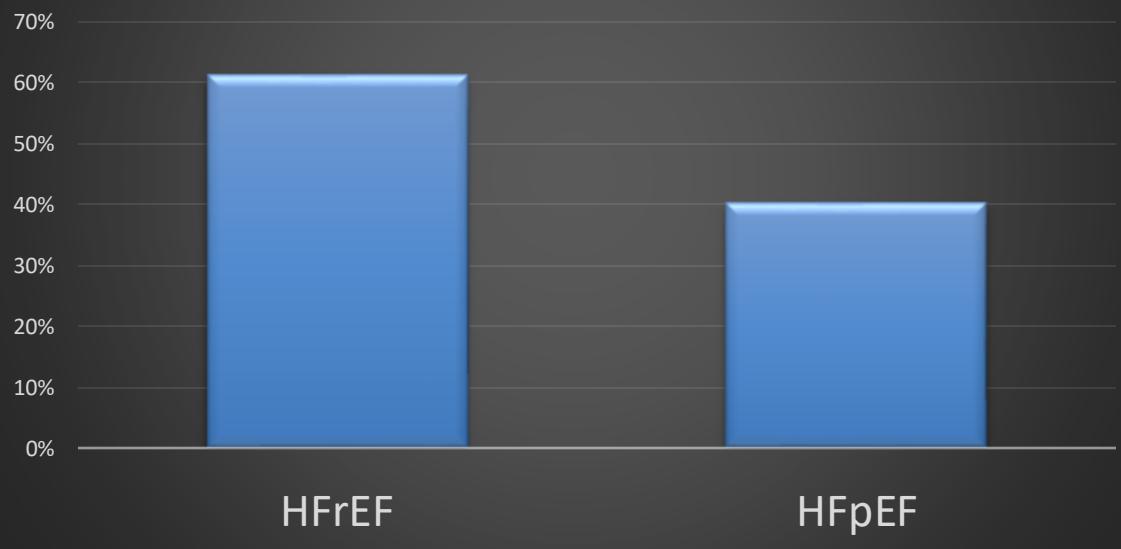
Volumi ambulatoriali: 14835 (164/centro)

Quota pazienti con scompenso cardiaco su totale pazienti riferiti in un anno per riabilitazione	28%
Recidiva di scompenso	55%
Scompenso «de novo»	45%
Provenienza	
Cardiologia per acuti	69%
Medicina Interna	31%
Pazienti riferiti per altro evento indice (es. coronarico, cardiochirurgico) con diagnosi di scompenso cardiaco durante il percorso riabilitativo (%)	27%
Principale evento indice: CAD rivascolarizzata	80%



RISULTATI DELLA SURVEY (2)

Pazienti riferiti per scompenso cardiaco provenienti da strutture per acuti con glifozina già a bordo



Motivo più frequente della mancata ottimizzazione terapeutica

Effetti collaterali	38%
Intolleranza	33%
Valori di filtrato glomerulare non compatibile	13%
Sufficiente stabilità clinica	10%
Altro	6%



RISULTATI DELLA SURVEY (3)

Indica a tuo giudizio le tre principali situazioni di maggiore difficoltà nella gestione dello scompenso durante il percorso riabilitativo tra le seguenti

Assenza o ridotta disponibilità del test cardiopolmonare	45%
Disponibilità di un solo setting riabilitativo	41%
Assenza o ridotta disponibilità di successivi programmi di teleriabilitazione	29%
Assenza o ridotta disponibilità di altri specialisti (nefrologo, diabetologo, pneumologo..)	27%
Limitata possibilità di gestione di recidive di scompenso cardiaco acuto	26%
Mancanza di sufficiente coordinamento con struttura per acuti inviante	20%
Difficoltà alla dimissione a domicilio o al trasferimento presso strutture intermedie	18%
Insufficiente retribuzione tariffaria da parte del SSN	14%
Elevato referral in riabilitazione di casi sociali	10%
Insufficienti informazioni nella lettera di trasferimento dalla struttura per acuti	8%
Impossibilità da parte della struttura riabilitativa di prescrivere farmaci con piano terapeutico	6%
Impossibilità da parte della struttura riabilitativa a porre indicazione per CIED (CRT-P, CRT-D)	6%



EVENTO RESIDENZIALE

Storytelling dal mondo della Cardiologia Riabilitativa

Primo scenario: prima diagnosi di scompenso in Cardiologia Riabilitativa in paziente riferito per evento coronarico con insufficienza renale e diabete mellito tipo 2

Secondo scenario: scompenso cardiaco cronico con funzione sistolica ridotta e terapia non ottimizzata in paziente con insufficienza renale e tendenza a iperkaliemia

Terzo scenario: paziente con instabilizzazione di scompenso cardiaco cronico a funzione sistolica preservata secondaria a riacutizzazione di BPCO durante il programma riabilitativo

Quarto scenario: diagnosi de novo di scompenso cardiaco a funzione sistolica preservata in paziente con obesità e fibrillazione atriale permanente durante il percorso riabilitativo





Spunti di discussione: è una formale diagnosi di HFpEF?

DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR HFpEF

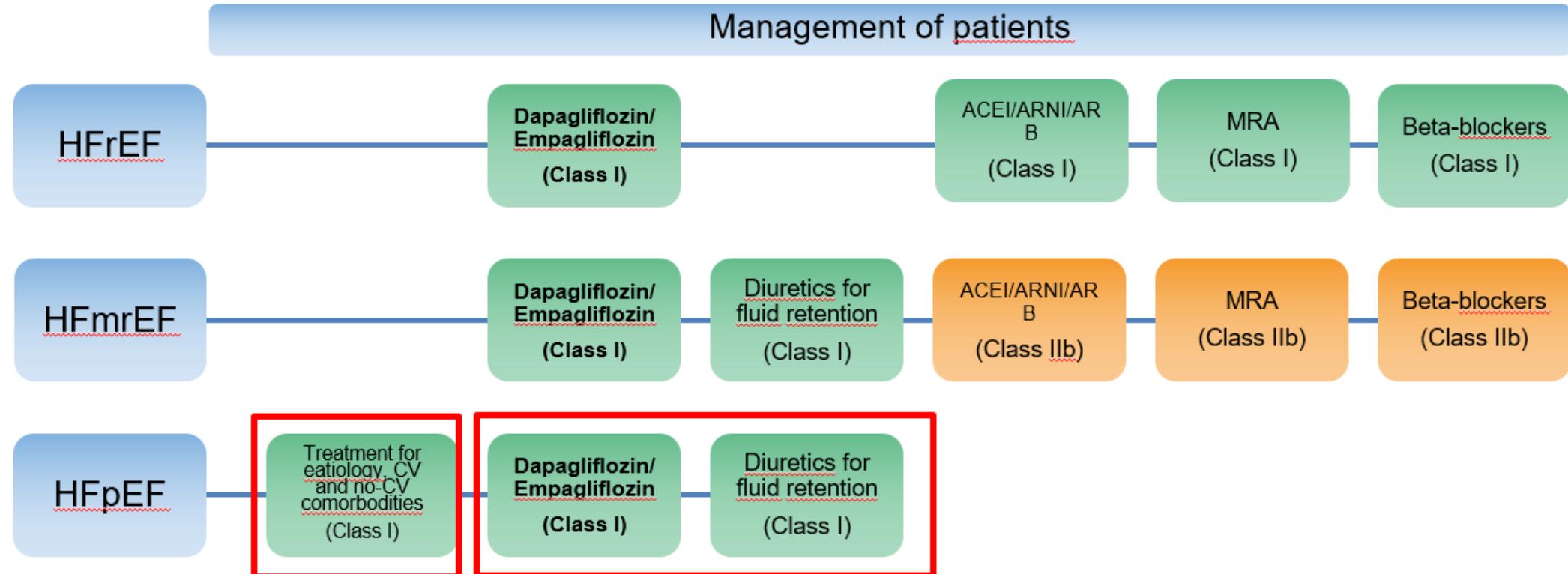
(3) H2FPEF score to assess risk of HFpEF in unexplained dyspnea	
Clinical variable	Points
Heavy BMI >30	2
Hypertensive Antihypertensive medications (≥ 2)	1
Fibrillation (atrial) Any history	3
Pulmonary hypertension Rest RVSP >35 mm Hg	1
Elderly Age >60 years	1
Filling pressure Rest E/e' >9	1

Score 0-1 Score 2-5 Score 6-9

HFpEF ruled out Consider rest/stress RHC or stress echo HFpEF ruled in

	Functional	Morphological	Biomarker (SR)	Biomarker (AF)
Major	septal e' < 7 cm/s or lateral e' < 10 cm/s or Average E/e' ≥ 15 or TR velocity > 2.8 m/s (PASP > 35 mmHg)	LAVI > 34 ml/m ² or LVMI $\geq 149/122$ g/m ² (m/w) and RWT > 0,42 #	NT-proBNP > 220 pg/ml or BNP > 80 pg/ml	NT-proBNP > 660 pg/ml or BNP > 240 pg/ml
Minor	Average E/e' 9 -14 or GLS < 16 %	LAVI 29-34 ml/m ² or LVMI > 115/95 g/m ² (m/w) or RWT > 0,42 or LV wall thickness ≥ 12 mm	NT-proBNP 125-220 pg/ml or BNP 35-80 pg/ml	NT-proBNP 365-660 pg/ml or BNP 105-240 pg/ml
Major Criteria: 2 points		≥ 5 points: HFpEF		
Minor Criteria: 1 point		2-4 points: Diastolic Stress Test or Invasive Haemodynamic Measurements		

European Heart Journal, Volume 40, Issue 40, 21 October 2019, Pages 3297–3317, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz641>



Adapted from: McDonagh TA et al. *Eur Heart J*. 2021; McDonagh TA et al. Online ahead of print. *Eur Heart J*. 2023.



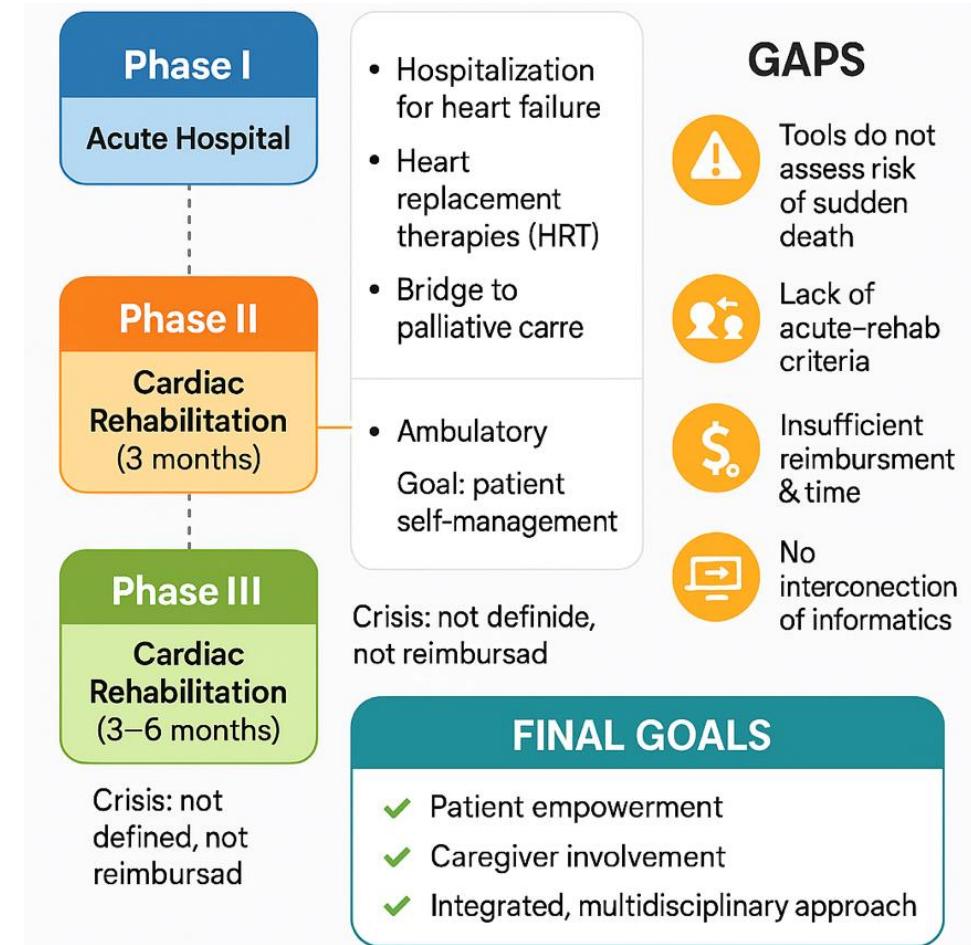


Paper ZenithHF

Categoria: "Official act" per IJCCRP
Draft: 02/07/2025

The added value of Cardiovascular Rehabilitation in heart failure management:
clinical scenarios and expert opinion from a centres network of the Italian
Association for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention (ITACARE-P)

CR Core Components in HF





BOX 1. First occurrence of HFrEF in patient with type 2 diabetes and chronic kidney disease referred after acute coronary syndrome

CR setting: out-patient

Case description: Male, 58 y/o. Coronary atherosclerotic disease with total occlusion of the Cx (Culprit Lesion) and CTO of the CDx. Moderate reduction in left ventricular systolic function (LVEF=40%, HFrEF). Type 2 diabetes mellitus. Pre-obesity (weight 98 kg, height 1.82 m, BMI 29 kg/m²). Moderate reduction of renal function (ClCr 58 ml/min). The patient was referred to out-patient Cardiac Rehabilitation unit from Cardiac Care Unit (CCU) 3-months after procedure (PTCA on culprit lesion, Cx). Patient was discharged from CCU on Aspirin 100mg daily, Ticagrelor 90mg twice daily, Ramipril 5mg daily, Pantoprazole 20mg daily, Rosuvastatin 40mg daily, Ezetimibe 10mg daily and referral for consultation with a Diabetic Unit.

Management: Pantoprazole 20 mg; Bisoprolol 1.25 mg (check possibility of titration every 2 weeks); Aspirin 100 mg daily; Ticagrelor 90 mg twice daily (1-year, then 60 mg twice daily); Sacubitril/Valsartan 24/26 mg twice daily (check possibility of titration after clinical reassessment in 2-4 weeks); Eplerenone 25 mg daily; Rosuvastatin 40 mg – Ezetimibe 10 mg in FDC; Dapagliflozin 10 mg daily; Semaglutide 3 mg daily (for 1 month, then 7 mg daily) (Diabetologist); Prescription for a structured physical training program in an outpatient setting (3 times/week for 12 weeks).

Comment: first occurrence of heart failure after the acute event is not unusual in patients referred to CR. Comorbidity plays a key role in long-term prognosis. The recommended 4-pillars therapy have been prescribed according to Guidelines. First initiation of SGLT2i and Semaglutide were appropriate class IA recommended actions for case management (HFrEF, Obesity, Diabetes, Chronic Kidney Disease). Prescription for a structured physical training program in an outpatient setting (3 times/week for 12 weeks) is class IA recommended action for case management and represents the fifth pillar of HF treatment.



www.itacarep.it

Consiglio Direttivo:
Marco Ambrosetti (Presidente)
Gian Francesco Mureddu (Vice-Presidente)
Raffaele Cicali (Segretario Generale)
Pasquale Calisi (Tecnico)
Francesco Giallauria, Francesco Maratta, Elvio Venturini (Consiglieri)
Coordinatore Comitato Scientifico: Francesco Fattorioli
Web Editor: Matteo Ruzzolini
Editor CR Section IJCCRP: Pompilio Faggiano

Paper ZenitHF
Categoria: "Official act" per IJCCRP
Draft: 02/07/2025

The added value of Cardiovascular Rehabilitation in heart failure management:
clinical scenarios and expert opinion from a centres network of the Italian
Association for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention (ITACARE-P)

ITACARE-P recommendations

- To the CR team
- To the acute care setting
- To health system decision makers
- To patients