

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



Dobbiamo legarci ancora di piu' alla cardiologia dell'acuto?

Destro Gianni, Direttore Dipartimento cardio-motorio
Villa Garda (VR)



Paziente acuto: definizione (?)

- Criterio clinico: Pz con alto rischio clinico, potenzialmente instabile..., oppure pz fragile perche' complesso, anziano, multimorbido...
- Criterio temporale: dimesso entro 5/7 giorni dall'evento acuto
- Criterio di provenienza: pz trasferito da reparto per acuti vs pz proveniente dal territorio
- Criterio di destinazione: pz in CR degenziale piuttosto che in ambulatoriale o Home based
- Criterio.....



Criterio temporale

- Pz dimesso entro 5 gg dall'evento acuto: riabilitazione intensiva/semintensiva con struttura dotata di apparecchiatura di Respirazione assistita, telemetria, emogas, assistenza specialistica h 24.....
- Paziente dimesso a 7 gg: struttura degenziale con monitoraggio telemetrico, specialista reperibile...
- Paziente dimesso successivamente: necessaria valutazione del rischio clinico (ricoveri «lunghi» anche di 1 o 2 mesi).



Paziente *trasferito* da reparto per acuti vs paziente del territorio

Paziente dimesso/trasferito da reparti per acuti: acuto (per definizione?)

Paziente proveniente dal territorio: non acuto e/o cronico (cronico riacutizzato?)

Paziente dal Territorio:

Cardiologia riabilitativa degenziale ? (in Veneto non puo' superare il 5% dei ricoveri)

Cardiologia riabilitativa ambulatoriale ?

Cardiologia riabilitativa Home based, telemedicina (?).



Ancora una volta si dovrebbe considerare il rischio clinico



Destinazione: a chi ci dobbiamo riferire?

Cardiologia riabilitativa degenziale (in Italia circa il 70%).

Cardiologia riabilitativa ambulatoriale (in Italia circa il 30%).

Cardiologia riabilitativa Home based (?).

(G Ital Cardiol 2018;19(10 Suppl 3):3S-40S).

....spesso queste strutture non coesistono, per cui non c'e' la possibilita' di scelta



Degenziale vs ambulatoriale

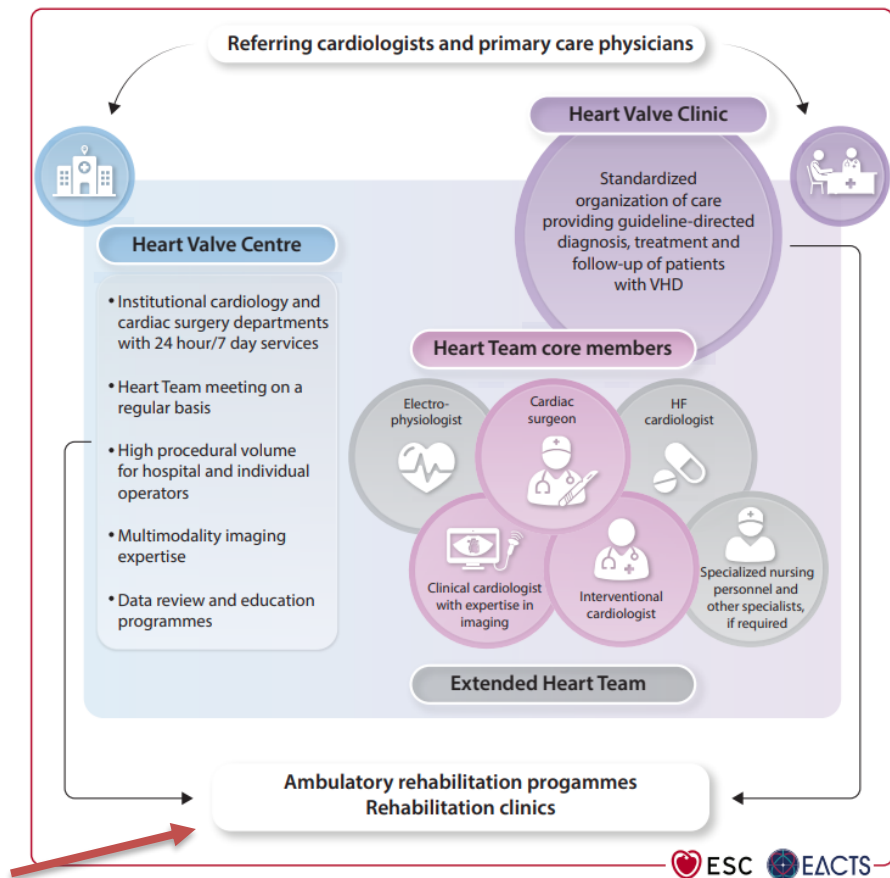
Degenziale: pazienti fragili, complessi, con multimorbidità, ricovero precedente con tempi lunghi, allettamento, elevati bisogni assistenziali, non autonomi, ecc. Aspetto di stabilizzazione clinica preponderante rispetto a esercizio fisico, counselling, educazione.....(18 ore?) → paziente «più acuto» e rischio clinico alto

Ambulatoriale e home based: pazienti autonomi con minori esigenze di stabilizzazione clinica, con programmi più o meno intensi di esercizio fisico, collaboranti rispetto a counselling, educazione, gestione della terapia... → paziente «meno acuto» e rischio clinico basso

Spesso però non si può scegliere perché non c'è la coesistenza delle due possibilità.



Riabilitazione cardiovascolare: linee guida



ESC EACTS

† The Heart Valve Network. HF, heart failure; VHD, valvular heart disease.

Table 1. Clinical Practice Guideline Recommendations for Center-Based Cardiac Rehabilitation (CR) and Supervised Exercise Training.*		
Clinical Practice Guideline	Recommendation	Class of Recommendation (Level of Evidence)†
Center-based CR		
ACC-AHA: coronary-artery revascularization ¹¹	Among patients who have undergone a revascularization procedure, a comprehensive home- or center-based CR program should be prescribed before hospital discharge or during the first outpatient visit, with the goal of reducing the risks of death and hospital readmission and improving quality of life	I (A)
ACC-AHA: STEMI ³⁰	Exercise-based CR and secondary prevention programs are recommended for all patients who have had STEMI	I (B)
ACC-AHA: unstable angina or NSTEMI ²⁹	All eligible patients with an acute coronary syndrome or NSTEMI should be referred to a comprehensive CR program, with the referral made either before hospital discharge or at the first outpatient visit	I (B)
ISHLT: heart transplantation ³²	CR with aerobic exercise training is recommended after heart transplantation; short-term benefits include improvement in exercise capacity and modification of CVD risk factors A total of 150 min of moderate-intensity exercise per week or 75 min of vigorous-intensity aerobic exercise per week is encouraged for long-term cardiovascular health	I (B)
ACC-AHA: chest pain ²⁶	For patients with obstructive coronary artery disease who have stable chest pain despite GDMT, exercise treadmill testing can be useful for selecting management strategies, including CR	IIa (B)
ACC-AHA: heart failure ²⁷	In patients with heart failure, a CR program can improve exercise tolerance, functional capacity, and health-related quality of life	IIa (B)
Supervised exercise training		
ACC-AHA: symptomatic peripheral-artery disease ²³	In patients with claudication, a supervised exercise program is recommended to reduce leg symptoms and improve functional status and quality of life	I (A)
ACC-AHA: heart failure ²⁷	For patients with heart failure, exercise training is recommended to improve functional status, exercise performance, and quality of life	I (A)



Referral rate in Italia

- La potenzialità di trattamento della rete di CPR e' di circa 70000 pazienti/anno in degenza/ day-hospital e di circa 30000/anno in ambulatorio. Il totale dell'offerta non supera, come peraltro in tutte le altre realtà dei paesi avanzati, il 30-35% dei pazienti che ne avrebbero indicazione. (G Ital Cardiol 2018;19(10 Suppl 3):3S-40S).
- In Italia solo un paziente su tre di quelli dimessi dopo un infarto o un intervento cardio-chirurgico vengono avviati ad un percorso di cardiologia riabilitativa. Ed è un vero peccato, visto che i pazienti sottoposti a cardiologia riabilitativa riducono fino al 30% mortalità e riospedalizzazione per cause cardiovascolari (N Engl J Med 2024;390:830-41)



Italia vs Stati Uniti

E paradossalmente, l'Italia, che ha una prestigiosa tradizione di cardiologia riabilitativa, dovrebbe ritenersi abbastanza soddisfatta confrontando i suoi numeri ad esempio con gli Stati Uniti, che ha un *referral rate* del 20 per cento; **ma negli Usa, a differenza dell'Italia, il riferimento dei pazienti ad un programma di cardiologia riabilitativa è considerato un indicatore di 'qualità di cura' negli ospedali per acuti, e il mancato invio del paziente viene calcolato come un punto di demerito (con ricadute sul rimborso della struttura da parte del sistema *Medicare*).** Negli USA si stima che se si riuscisse a portare questa percentuale al 70 per cento si potrebbero risparmiare qualcosa come 25 mila decessi l'anno e 180 mila riospedalizzazioni tra questi pazienti.



La CPR «incorporata» nel primo ricovero

- Sulla scorta di questo ragionamento il non avviare un paziente cardiopatico dopo un evento acuto ad un programma di CPR equivale ad un 'sotto-trattamento', ad esporlo cioè ad un rischio di morte e riospedalizzazione aumentato sino al 30-40 per cento
- Il problema dei posti letto per acuti. Pazienti non dimissibili dopo pochi giorni dall'evento acuto possono andare in CPR (degenziale) «per traghettare nella maniera migliore il paziente dall'acuzie alla cronicità», ma anche (o soprattutto?) per liberare posti nei reparti per acuti. La CPR vista come serbatoio di posti letto da utilizzare alla bisogna. Visione piuttosto riduttiva?



Il «famigerato» codice 56

Le parole hanno un peso:

cardiologia riabilitativa e non riabilitazione cardiologica

- «Nel nostro Paese, uno degli elementi di criticità è rappresentato dal fatto che a livello ministeriale gli interventi riabilitativi, siano essi cardiologici, motori o neurologici, rientrano tutti nel ‘calderone’ del cosiddetto ‘codice 56’. Per il decisore la cardiologia riabilitativa di per se non esiste, ma si parla genericamente di ‘riabilitazione’ (codice 56). Si ritiene che la prevenzione secondaria sia qualcosa che qualunque medico sia in grado di fare. Questo porta ad una perdita di specificità e di caratterizzazione, non utile per la CPR e dannosa per i pazienti»
- noi preferiamo parlare di cardiologia riabilitativa, come parte integrante della cardiologia.
- se la CPR si lega di piu’ all’acuto, abbiamo maggiori probabilita’ di essere considerati come parte integrante della cardiologia e quindi come cardiologia riabilitativa?



Conclusioni

- La definizione di pz acuto non e' spesso univoca, ma risente molto anche di aspetti assistenziali, organizzativi e burocratici.
- Le linee guida definiscono in genere l'indicazione alla CPR dopo l'evento acuto, in quanto in grado di ridurre mortalita' e riospedalizzazione.
- Malgrado cio' il tasso di referral si mantiene molto basso, l'ideale sarebbe che la CPR fosse incorporata nel ricovero «acuto» come naturale proseguimento, e non lasciato alla discrezione dei colleghi che hanno in carico i pazienti (timore di perdere i pazienti?).
- Questo tipo di rapporto potrebbe facilitare il concetto di cardiologia riabilitativa e non di riabilitazione cardiologica penalizzante sia per i pazienti che per i cardiologi riabilitatori.



VILLA GARDA 2025



Grazie per l'attenzione!



Ruolo e Obiettivi CPR degenziale vs ambulatoriale

Quali sono gli obiettivi della cardiologia riabilitativa. Ottenere la stabilizzazione clinica del paziente, ottimizzare la terapia, prescrivere e implementare l'attività fisica, fornire un supporto educativo sui fattori di rischio legati ad uno stile di vita sbagliato, gestire il disagio socio-emotivo, fornire un *counseling* specifico, valutare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi, assicurare l'aderenza del paziente alle terapie, soprattutto a quelle innovative (doppia anti-aggregazione piastrinica, nuovi anticoagulanti, statine/ezetimibe o inibitori di PCSK9, sacubitril-valsartan).

Gli obiettivi sono gli stessi!



Carenza di strutture riabilitative

“Il non disporre di strutture di CPR in alcune aree del Paese può inevitabilmente condizionare una minor efficienza nell’uso dei posti letto per acuti. **La disponibilità di un programma di CR 'degenziale', a valle di un ricovero acuto di pazienti con un infarto miocardico o un episodio di scompenso cardiaco a rischio elevato, analogamente a quanto accade per un intervento cardiocirurgico, è infatti in grado di ridurre la durata della degenza ordinaria acuta, assorbendo i pazienti più gravi e/o complessi, migliorando quindi l’efficienza di utilizzo dei posti letto per acuti, rendendoli meglio disponibili alle esigenze del sistema di emergenza-urgenza”.**



Linee guida



European Heart Journal (2023) 44, 2515–2525
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad225>

SPECIAL ARTICLE

Epidemiology, prevention, and health care policies

Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, European Association of Preventive Cardiology, and International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation

Rod S. Taylor^{1,4†}, Suzanne Fredericks², Ian Jones³, Lis Neubeck^{5,4}, Julie Sanders^{5,6}, Noemi De Stoutz^{7†}, David R. Thompson⁸, Deepti N. Wadhwa⁹, and Sherry L. Grace^{10,11†}

¹Former ACHAP Science committee member, Professor of Population Health, School of Health and Wellbeing, University of Glasgow, Glasgow G12 8QQ, UK; ²ACHAP Science committee member, Professor, Daphne Cookwell School of Nursing, Toronto Metropolitan University, Toronto, Canada; ³ACHAP Science committee member, Professor of Cardiovascular Nursing, Liverpool Centre for Cardiovascular Science, Liverpool John Moores University, Liverpool, UK; ⁴ACHAP President, Professor and Head of Cardiovascular Health, Centre for Cardiovascular Health, Edinburgh Napier University, Edinburgh, UK; ⁵ACHAP Science committee chair, Director of Clinical Research, St Bartholomew's Hospital, Barts Health NHS Trust, West Smithfield, UK; ⁶Clinical Professor of Cardiovascular Nursing, William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London, London, UK; ⁷ESC Patient forum representative, Member of 'Cure Me' and Global ARCH, Zurich, Switzerland; ⁸ISAP representative, Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Queen's University Belfast, Belfast, UK; ⁹ACHAP Young community member, Associate Professor, MVRP College of Physiotherapy, Noida, India; ¹⁰ICCP Immediate past-Chair, Professor, Faculty of Health, York University, Toronto, Canada; and ¹¹ICCP Toronto Rehabilitation Institute & Peter Munk Cardiac Centre, University Health Network, University of Toronto, Canada

Received 24 June 2022; revised 24 January 2023; accepted 30 March 2023; online publication date 14 June 2023.

European Heart Journal (2023) 44, 2515–2525
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad225>

Table 2 Summary clinical practice guidelines with recommendations for secondary prevention and/or cardiac rehabilitation for people with CHD and HF globally^a

	Clinical guideline	Year	SP	CR	Reference
HICs^b					
Australia and New Zealand	National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes	2016	^a		37
	National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: guidelines for the prevention, detection, and management of heart failure in Australia	2018	^a		38
Canada	Comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure	2017	^a		39
	Society Guidelines for the diagnosis and management of stable ischaemic heart disease	2014	^a		40
Europe	ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes	2019	^a	^a	31
	ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure	2021	^a	^a	32
	ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice	2021	^a	^a	18
	French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults	2012	^a		41
	Slovakia Ministry of Health standard for ambulatory cardiovascular rehabilitation	2021		^a	42
Japan	JCS guidelines for rehabilitation in patients with cardiovascular disease	2012		^a	43
Korea	Clinical practice guideline for cardiac rehabilitation in Korea	2019		^a	44
UK	NICE guideline: acute coronary syndrome	2020	^a	^a	35
	NICE Guideline: chronic heart failure in adults: diagnosis and management	2018	^a		36
	IACR: cardiac rehabilitation guidelines ^c	2013		^a	45
USA	SIGN cardiac rehabilitation: a national clinical guideline	2017		^a	46
	AHA/ACC secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease	2011	^a		33
	ACCF/AHA guideline for the management of heart failure	2013	^a		34
	AACVPR Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs, 6th Edition	2021		^a	47
LMICs^c					
Brazil	Brazilian cardiovascular rehabilitation guideline	2020		^a	48
India	Cardiological society of India: position statement for the management of ST elevation myocardial infarction in India	2017	^a		49
South America	South American guidelines for cardiovascular disease prevention and rehabilitation	2014		^a	50
Thailand	Heart rehabilitation club, heart association of Thailand CR Guideline	1996		^a	51
International	ICCP consensus statement: Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings	2016	^a		24,52
	Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of WHO Expert Committee ^d	1993		^a	53

^aAddressed in clinical guideline.

^bWhere applicable, latest guideline versions listed.

^cAccording to World Bank: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906119-world-bank-country-and-lending-groups>.