

Meeting Nazionale ITACARE-P 2025

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

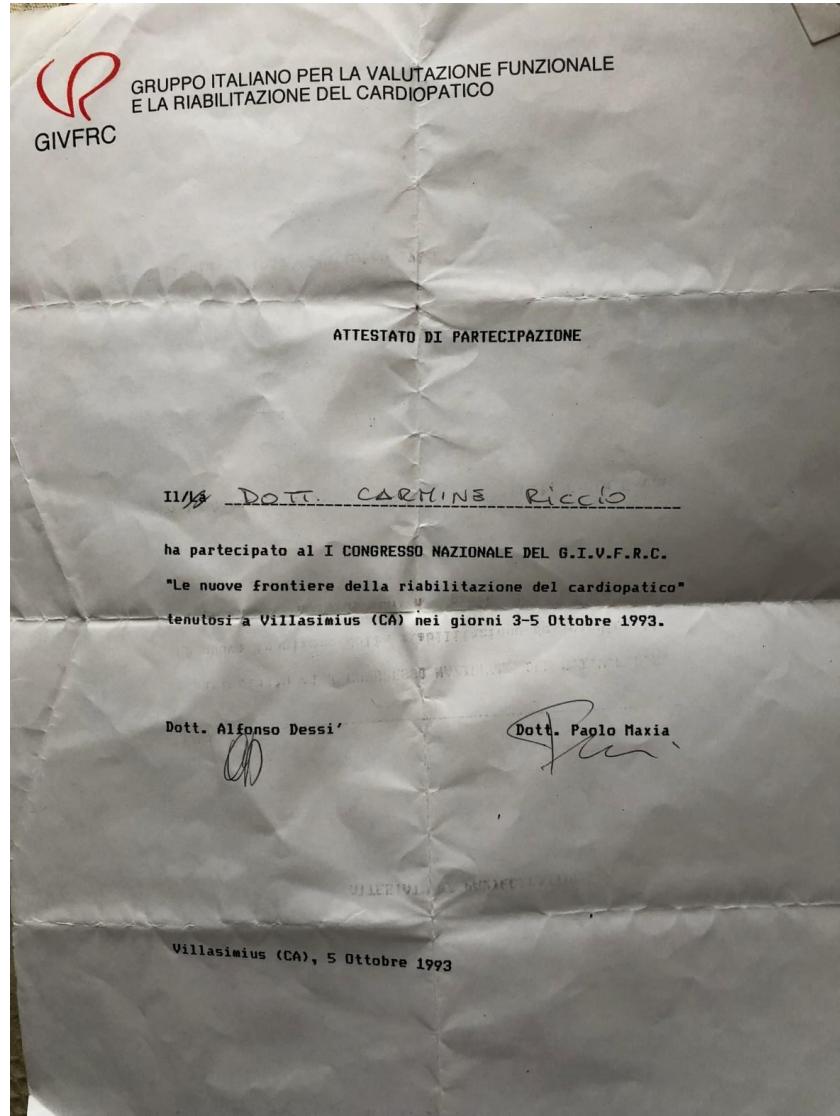
*Una buona dimissione è
presupposto anche di
una buona prevenzione:
il documento congiunto
ANMCO/ITACARE-P*



Carmine Riccio
Responsabile UOSD
Follow up del pz post acuto
AORN Caserta

CENTRO CONGRESSI FRENTANI
Roma, 21-22 novembre 2025

Da dove sono partito



Lettera di dimissioni orientata alla prevenzione secondaria

- **Diagnosi precisa e sintesi della storia clinica;**
- **Definizione accurata del rischio residuo;**
- **Evidenziazione sintetica dei fattori di rischio;**
- **Terapia farmacologica con indicazioni per la titolazione;**
- **Indicazioni comportamentali per una efficace correzione di stili di vita alterati (con identificazione di strutture di supporto, es. Cardiologia Riabilitativa.)**
- **Programmazione controlli e indicazioni per il follow up**
- **Linguaggio chiaro e comprensibile**



Cosenza 2002

Da dove siamo partiti

- Documento sulla dimissione ospedaliera, del 2016
- Il documento del Giornale Italiano di Cardiologia più «scaricato»
- Necessità di un aggiornamento
- Opportunità per rivederne l'impostazione

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 109.55.133.22 Tue, 04 Nov 2025, 07:49:25

Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera

Mauro Mennuni¹ (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia² (Coordinatore), Gianfranco Alunni³, Antonio Francesco Amico⁴, Francesco Maria Bovenzi⁵, Roberto Caporale⁶, Furio Colivicchi⁷, Andrea Di Lenarda⁸, Giuseppe Di Tano⁹, Sabrina Egman¹⁰, Francesco Fattorioli¹¹, Domenico Gabrielli¹², Giovanna Geraci¹³, Giovanni Gregorio¹⁴, Gian Francesco Mureddu¹⁵, Federico Nardi¹⁶, Donatella Radini⁸, Carmine Riccio¹⁷, Fausto Rigo¹⁸, Marco Sicuro¹⁹, Stefano Urbinati²⁰, Guerrino Zuin¹⁸

¹U.O.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale L. Parodi Delfino, Colleferro (RM)

²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

³Unità Integrata Scompenso Cardiaco, Ospedale di Ascoli, Ascoli (PC)

⁴U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale San Giuseppe da Copertino, Copertino (LE)

⁵S.C. Malattie Cardiovascolari, Nuovo Ospedale San Luca, Lucca

⁶U.O.C. Cardiologia Interventistica, Ospedale SS. Annunziata, Cosenza

⁷U.O.C. Cardiologia-UTIC, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

⁸S.C. Centro Cardiovascolare, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Trieste

⁹U.O. Cardiologia, Istituti Ospitalieri, Cremona

¹⁰U.O. Cardiologia, ISMETT, Palermo

¹¹Riabilitazione Cardiologica, AOU Careggi, Firenze

¹²U.O. Cardiologia, Ospedale Civile Augusto Murri, Fermo

¹³U.O.C. Cardiologia, P.O. Cervello, A.O. Riuniti Villa Sofia-Cervello, Palermo

¹⁴U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale San Luca, Vallo della Lucania (SA)

¹⁵Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica, A.O. San Giovanni-Addolorato, Roma

¹⁶S.O.C. Cardiologia, Ospedale Castelli, Verbania

¹⁷Prevenzione e Riabilitazione Cardiopatico, Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

¹⁸U.O. Cardiologia, Ospedale dell'Angelo, Mestre (VE)

¹⁹U.O. Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche, Ospedale Generale Regionale, P.O. U. Parini, Asti

²⁰U.O. Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna

Revisori del Documento

Giovanni De Luca, Giuseppe Favretto, Giuseppina Maura Francese, Massimo Imazio, Vjerica Lukic, Loris Roncon, Fabiola Sanna, Angela Beatrice Scardovi

Consensus Document Approval Faculty in Appendix



ITACARE-P
Italian Alliance for CArdiovascular REhabilitation and Prevention

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 Angelica 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 dimissione non è un momento, non è la lettera di dimissione, ma un **percorso** che va costruito sin dal ricovero
- Nel percorso della dimissione, oltre ai medici, sono coinvolte **varie figure professionali**, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, la cui competenza andava valorizzata nel documento
- Era fondamentale l'approfondimento delle **basi comunicative** che rendono più o meno efficace il percorso della dimissione

¹O.U.S.D. Follow-up del Paziente Post-Acute, Dipartimento Cardiovascolare, A.O.S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, Firenze

³O.U.C. Riabilitazione Cardiologica, ASST di Crema, Ospedale Santa Maria, Rivolta d'Adda (CR)

⁴O.U.C. Cardiologia con UTIC ed Emodinamica, Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate, Erice, ASP Trapani

⁵S.O.C. Cardiologia Firenze 1 (Ospedali S. Maria Nuova e Nuovo San Giovanni di Dio), Azienda USL, Toscana Centro

⁶O.U.C. Cardiologia e UTIC, Presidio Ospedaliero P. Borsigiana, Marsala, ASP Trapani

⁷Laboratorio dell'Esercito e dei Segnali Cardiorespiratori, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Istituto di Veruno (NO)

⁸Clinical Epidemiology and Research Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Pieve Emanuele (MI)

⁹IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze

¹⁰Dipartimento di Scienze Mediche Trasuzionali, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Divisione di Cardiologia, AORN S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

¹¹Scrittori

¹²O.U.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri - ASL Roma 1, Roma

¹³S.C. Patologie Cardiovascolari, Dipartimento Specialistico Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina-ASUGI, Trieste

¹⁴O.U.C. Cardiologia Riabilitativa, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia

¹⁵Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

¹⁶Servizio di Cardiologia Riabilitativa, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma

¹⁷Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS di Lumezzane (BS)

¹⁸O.U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale "F. Perini", Altamura (BA)

¹⁹O.U.S. Riabilitazione Cardiologica, Area Sud, Azienda USL, Toscana Nord-Ovest, Ospedale di Cecina (LI)

²⁰O.U.C. Cardiologia, Ospedali dell'Ovest Vicentino, Azienda ULS 8 Berica, Vicenza

²¹Consiglio Direttivo ITACARE-P, APS, Varese

²²S.C. Cardiologia, Azienda di Ricerca Nazionale e Alta Specializzazione "G. Brotoz", Cagliari

²³S.C. Cardiologia, Dipartimento Cardi-Toraco-Vascolare, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

²⁴O.U.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Santo Spirito, Pescara

²⁵S.S.D. Chirurgia dei Trapianti e del Trattamento Chirurgico dello Scompenso, Dipartimento Cardiovascolare, AST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

²⁶O.U.C. Cardiologia Riabilitativa, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

²⁷S.O.C. Cardiologia Ospedaliera, Presidio Ospedaliero Arcivescovile Santa Maria Nuova, Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS, Reggio Emilia

²⁸UTIC-Emodinamica e Cardiologia Interventistica, Ospedale Civile Pugliese, Catanzaro

²⁹Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Istituto di Veruno (NO)

³⁰Divisione di Cardiologia, Ospedale degli Infermi, Rivali (TO)

³¹Riabilitazione Cardiovascolare, Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione, Metta di Livenza (TV)

³²O.U.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Ricerca Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

³³Divisione di Cardiologia, Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato (AL)

³⁴O.U.C. Cardiologia, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

³⁵Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation, Firenze

³⁶O.U.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Minali, Acquaviva delle Fonti (BA)

³⁷Cardiologia I-Emodinamica, Dipartimento Cardiotoracico-vascolare "A. De Gasperi", ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

³⁸Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO, Firenze

© 2025 Il Pensiero Scientifico Editore
Ricevuto 24.04.2025; accettato 28.04.2025.
Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.
Per la corrispondenza:
Dr. Carmine Riccio Corso Umberto I 147, 80078 Pozzuoli (NA)
e-mail: carminericcio@gmail.com

Principi base

- Ci è sembrato opportuno inserire strumenti di facile consultazione, come **check list**, per facilitare il compito di chi si appresta a dimettere un paziente
- Abbiamo completato il documento registrando le richieste che i **destinatari del documento**, il paziente ed il medico di medicina generale, ci hanno fatto per poter fruire al meglio delle informazioni in esso contenute

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 109.55.133.22 Tue, 04 Nov 2025, 07:41:33

POSITION PAPER

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

Carmine Riccio¹, Francesco Fattorielli², 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 Scalfinii¹⁷, Pietro Scicchitano¹⁸, Elio Venturini¹⁹, Claudio Bilato²⁰, Pasqualina Calisi²¹, Marco Corda²², Leonardo De Luca²³, Massimo Di Marco²⁴, Attilio Iacovoni²⁵, Francesco Marzanti²⁶, Alessandro Navazio²⁷, Vittorio Pascale²⁸, Massimo Pistone²⁹, Emanuele Tizzani³⁰, Marika Werrem³¹, Michele Massimo Giulia³², Federico Nardi³³, Domenico Gabrielli^{34,35}, Furio Colivicchi¹², Massimo Grimaldi³⁶, Fabrizio Oliva^{35,37,38}

¹U.O.S.D. Follow-up del Paziente Post-Acuto, Dipartimento Cardiovaskolare, A.O. S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

²Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, Firenze

³U.O.C. Riabilitazione Cardiologica, ASST di Crema, Ospedale Santa Maria, Rivolta d'Adda (CR)

⁴U.O.C. Cardiologia con UTIC ed Emodinamica, Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate, Erice, ASP Trapani

⁵S.O.C. Cardiologia Firenze 1 (Ospedali S. Maria Nuova e San Giovanni di Dio), Azienda USL, Toscana Centro

⁶U.O.C. Cardiologia e UTIC, Presidio Ospedaliero P. Borsellino, Marsala, ASP Trapani

⁷Laboratorio dell'Esercizio e dei Segnali Cardiorespiratori, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Istituto di Veruno (NO)

⁸Clinical Epidemiology and Research Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Pieve Emanuele (MI)

⁹IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze

¹⁰Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Divisione di Cardiologia, AORN S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

¹¹Scrittori

¹²U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri - ASL Roma 1, Roma

¹³S.C. Patologie Cardiovascolari, Dipartimento Specializzato Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina-ASUGI, Trieste

¹⁴U.O. Cardiologia Riabilitativa, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia

¹⁵Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

¹⁶Servizio di Cardiologia Riabilitativa, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma

¹⁷Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS di Lumezzane (BS)

¹⁸U.O.C. Cardiologia- UTIC, Ospedale "F. Perinet", Altamura (BA)

¹⁹U.O.S. Riabilitazione Cardiologica, Area Sud, Azienda USL, Toscana Nord-Ovest, Ospedale di Cecina (LI)

²⁰U.O.C. Cardiologia, Ospedali dell'Ovest Vicentino, Azienda ULSS 8 Berica, Vicenza

²¹Consiglio Direttivo ITACARE-P APS, Varese

²²S.C. Cardiologia, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "G. Brotzu", Cagliari

²³S.C. Cardiologia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

²⁴U.O.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Santo Spirito, Pescara

²⁵S.S.D. Chirurgia dei Trapianti e del Trattamento Chirurgico dello Scompenso, Dipartimento Cardiovascolare, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

²⁶U.O. Cardiologia Riabilitativa, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

²⁷S.O.C. Cardiologia Ospedaliera, Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova, Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS, Reggio Emilia

²⁸UTIC-Emodinamica e Cardiologia Interventistica, Ospedale Civile Pugliese, Catanzaro

²⁹Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Istituto di Veruno (NO)

³⁰Dipartimento di Cardiologia, Ospedale degli Infermi, Rivoli (TO)

³¹Riabilitazione Cardiovascolare, Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione, Motta di Livenza (TV)

³²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

³³Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato (AL)

³⁴U.O.C. Cardiologia, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

³⁵Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation, Firenze

³⁶U.O.C. Cardiologia- UTIC, Ospedale Milù, Acquaviva delle Fonti (BA)

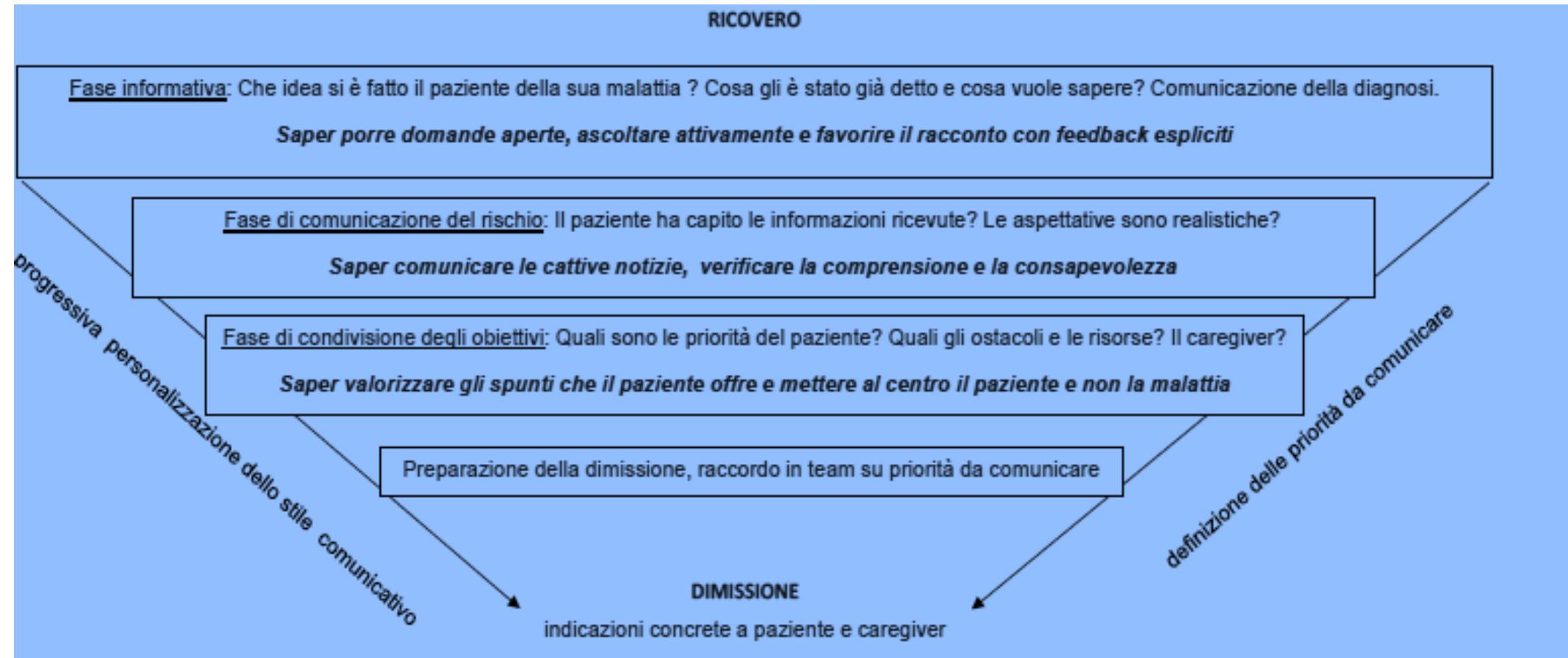
³⁷Cardiologia I-Emodinamica, Dipartimento Cardiorivascular "A. De Gasperi", ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

³⁸Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO, Firenze

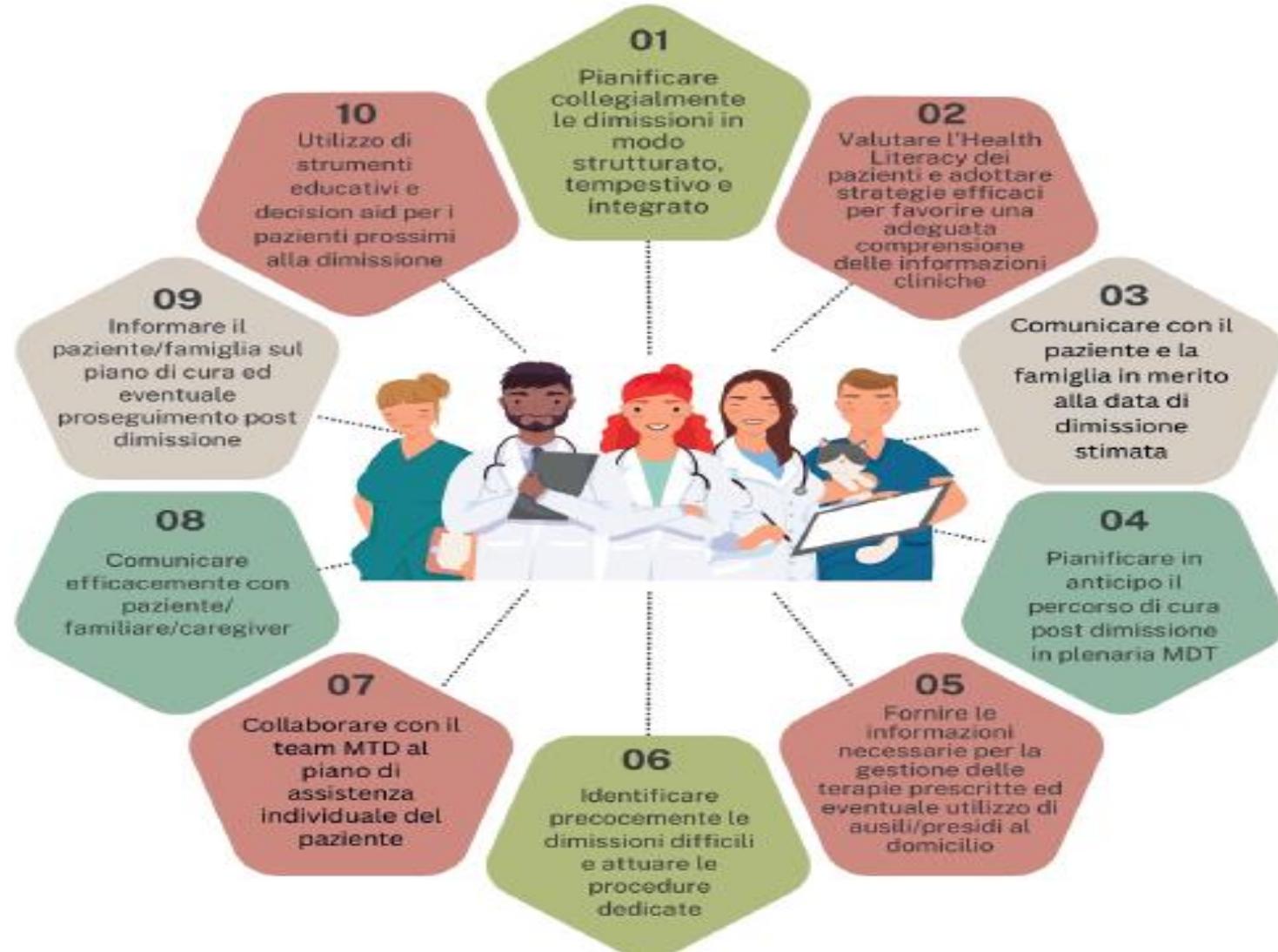
© 2025 Il Pensiero Scientifico Editore
Ricevuto 24.04.2025; accettato 28.04.2025.
Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.
Per informazioni:
Dr. Carmine Riccio Corso Umberto I 147, 80078 Pozzuoli (NA)
e-mail: carminericcio8@gmail.com



Strategie comunicative



Gestione della dimissione in un team multidisciplinare



Le informazioni utili:

- **dell'infermiere**
- **del dietista**
- **del fisioterapista**

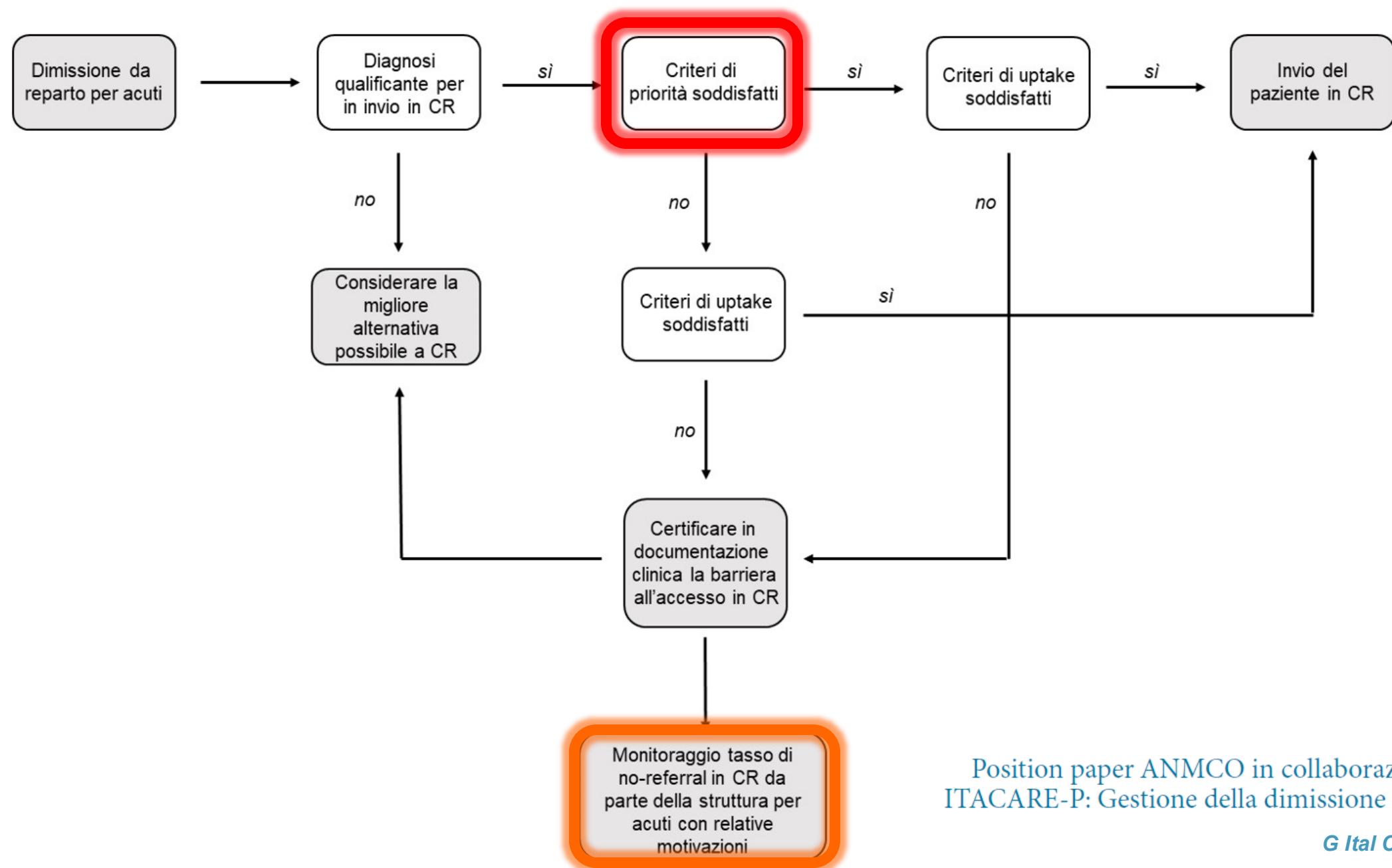


Gestione della terapia farmacologica e non farmacologica

- Indicazioni sullo stile di vita
- Raccomandazioni sull'aderenza ai trattamenti prescritti
- Riconciliazione terapeutica
- Rilascio dei piani terapeutici
- Consegna dei farmaci

Percorso del post-acuto e di prevenzione secondaria

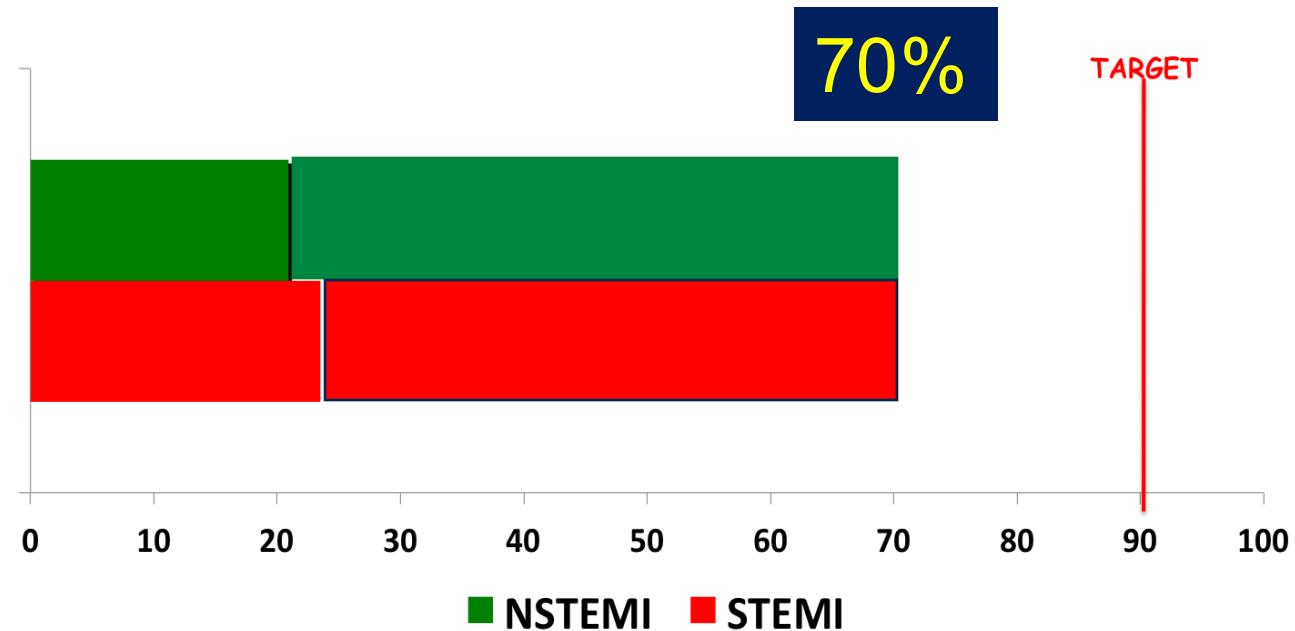
- Percorso di Cardiologia Riabilitativa
- Percorso ambulatoriale post dimissione
- Percorso in telemedicina
- Percorsi dedicati a pazienti complessi
 - Anziano
 - Fragile
 - Affetto da demenza



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

G Ital Cardiol 2025

Dopo SCA: quanti pazienti in Italia vengono avviati ad un programma di CR





Mayo Clinic Proceedings

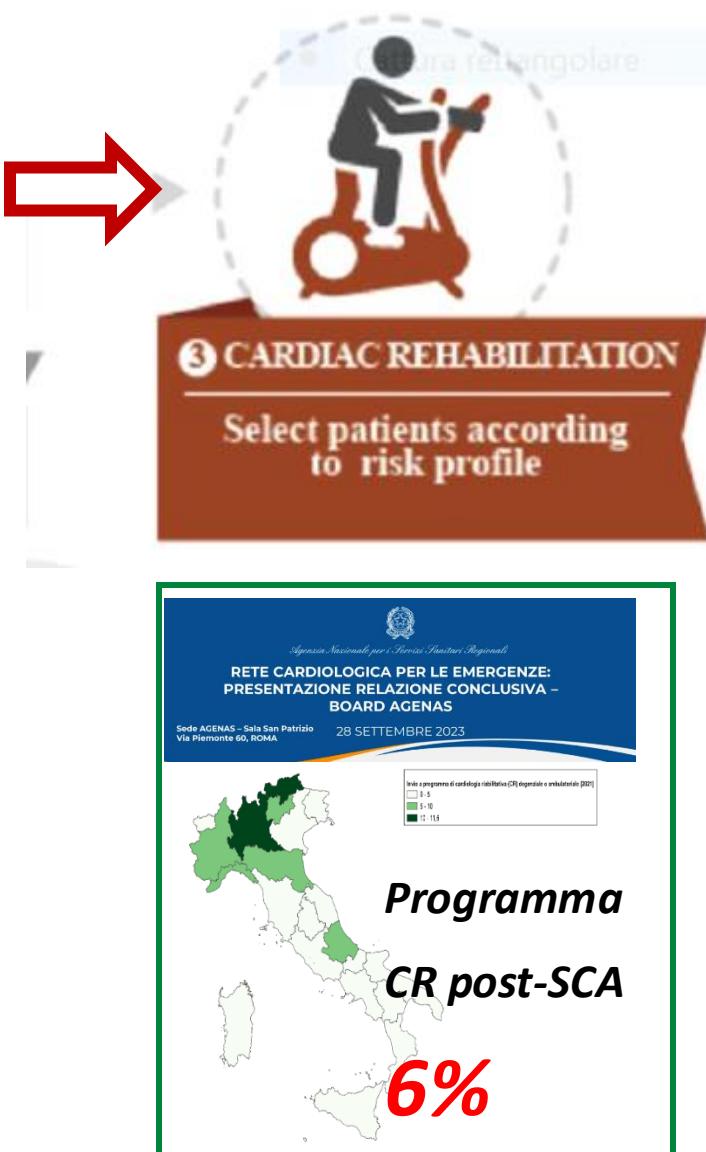
Volume 92, Issue 2, February 2017, Pages 234-242



Special article

Increasing Cardiac Rehabilitation Participation From 20% to 70%: A Road Map From the Million Hearts Cardiac Rehabilitation Collaborative

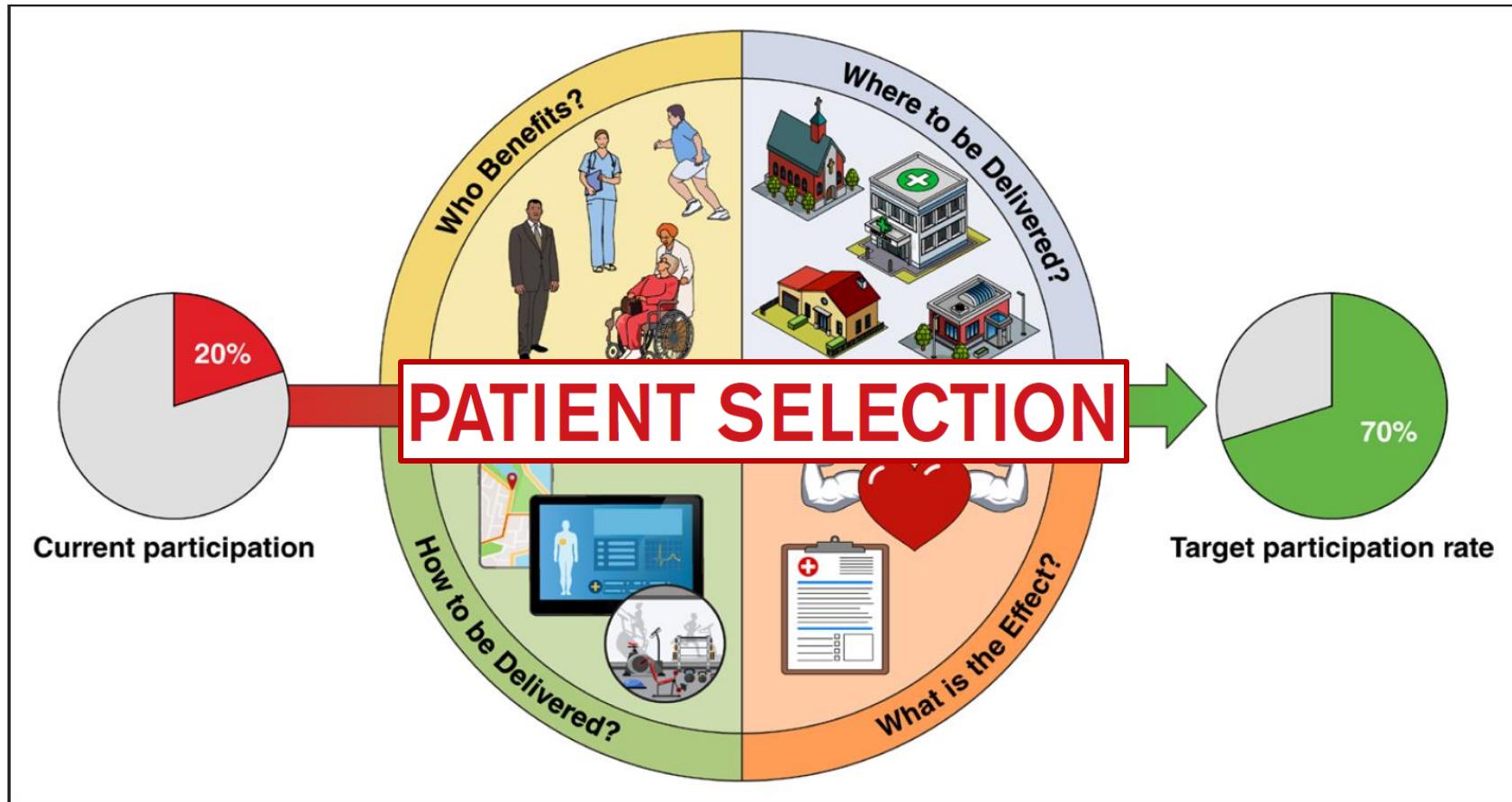
Philip A. Ades MD^a  , Steven J. Keteyian PhD^b, Janet S. Wright MD^c,
Larry F. Hamm PhD^d, Karen Lui RN, MS^e, Kimberly Newlin ANP^f, Donald S. Shepard PhD^g,
Randal J. Thomas MD, MS^h



FRONTIERS

A New Era in Cardiac Rehabilitation Delivery:
Research Gaps, Questions, Strategies, and
Priorities

Circulation. 2023



Quali le strategie

- **Applicare le priorità alla Cardiologia Riabilitativa**
- **Aumentare l'offerta di Cardiologia Riabilitativa**
- **Sfruttare la tecnologia**
- **Migliorare l'expertize**
- **Incrementare il referral**

Quality indicators (continued)



Type of indicator and process	Quality indicator
Performance measures for discharge medication and counselling	<ol style="list-style-type: none">1) Proportion of patients without contra-indications with a statin (high-intensity) prescribed at discharge.2) Proportion of patients with LVEF ≤40% or clinical evidence of heart failure and without contra-indications with a beta-blocker prescribed at discharge.3) Proportion of patients with LVEF ≤40% or clinical evidence of heart failure without contra-indications with an ACE inhibitor(or ARB if not tolerated) prescribed at discharge.4) Proportion of patients with smoking cessation advice/counselling at discharge.5) Proportion of patients without contra-indications enrolled in a secondary prevention/cardiac rehabilitation programme at discharge.

PERFORMANCE MEASURES

2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures



- **Vengono definiti i candidati per le cure riabilitative** - praticamente tutti i pazienti con cardiopatia ischemica acuta, cronica e con scompenso cardiaco
- **Il medico ospedaliero** responsabile di un paziente senza controindicazioni specifiche alla riabilitazione (fisiche o di altra natura) è tenuto ad offrirgli questa opportunità e ad annotare nel diario clinico la risposta del paziente.
- **Se questo non accade sia il medico che l'Ospedale acquisiscono un punto di demerito**

Thomas RJ et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2018;11:e000037.

Proposta Indicatori Area Riabilitazione

N	Nome indicatore e descrizione	Numeratore	Denominatore	Livello di analisi
1	Individuazione dei pazienti ad alto rischio ischemico residuo Proporzione (%) di pazienti ad alto rischio (malattia coronarica multivasale e/o arteriopatia periferica e/o diabete e/o insufficienza renale e/o rivascolarizzazione incompleta) rispetto al totale dei ricoveri per SCA	Pz con diag. Secondarie indicate (codificare arteriopatia periferica, malattia coronarica multivasale, diabete t2, IRC o rivascolarizzazione incompleta)	Pazienti con diagnosi principale IMA STEMI o NSTEMI (diagnosi principale 410.XX)	Regionale / provinciale
2	Individuazione tra i soggetti con sindrome coronarica acuta o insufficienza cardiaca dei pazienti ad alto rischio clinico per bassa funzione cardiaca	Pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta (diagnosi principale o secondaria 410.XX) e contestualmente insufficienza cardiaca (428 XX)	Pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta (diagnosi principale o secondaria 410.XX)	Regionale / provinciale
3	Invio a programma di cardiologia riabilitativa (CR) in degenza o ambulatoriale (%)	Pazienti dimessi con diagnosi di IMA in modalità 7 (trasferimento ad altro regime di ricovero (diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitaz., lungodeg.) nell'ambito dello stesso istituto di cura) oppure 8 (trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione)	Pazienti dimessi con diagnosi di IMA	Regionale / provinciale
4	Raggiungimento del target lipidico LDL (< 55 mg/dl) a 6 mesi da una sindrome coronarica acuta	pazienti con LDL<55 mg/dl a 6 mesi	Tutti i pz dimessi vivi post SCA	Regionale / provinciale

Tali pazienti sono esposti ad un elevato rischio di complicanze o ad un'evoluzione negativa del quadro clinico nella fase precoce post-dimissione, pertanto, dovrebbero essere indirizzati ad un Percorso Riabilitativo degenziale direttamente dalla struttura ospedaliera che dimette o, in assenza di tale possibilità, ad un Percorso Riabilitativo ambulatoriale a cui devono essere agganciati già in fase di dimissione e la cui presa in carico deve avvenire entro 15 giorni dalla dimissione stessa.

L'intervento riabilitativo avrà l'obiettivo di contrastare il processo di rimodellamento ventricolare sinistro e monitorizzare la funzione ventricolare sinistra, migliorare la capacità funzionale con l'esercizio fisico, titolare la terapia farmacologica, supervisionare l'evoluzione del quadro biochimico, gestire la reazione psicologica all'evento coronarico recente e favorire il reinserimento nella vita attiva.



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

3.1.3 *Indicatori di esito e di processo*

AMBITO	INDICATORE	RIFERIMENTO
Processo	Pazienti dimessi con lettera di dimissione regionale	>95%
	Pazienti dimessi con prescrizione di DAPT	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di ACE inibitore	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	>90%
	Pazienti dimessi con prescrizione di statina ad alta intensità ad alto dosaggio	>90%
	Pazienti dimessi con primo appuntamento di follow-up entro 30 giorni	>90%
	Pazienti inviati a Percorso di Riabilitazione Cardiologica (ove indicato)	>80%





Risk of frailty?

Consider comprehensive geriatric assessment with geriatrician



2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

12.3.4. Older adults with frailty and multimorbidity

To aid in decision-making, the routine assessment of frailty (e.g. Rockwood Frailty Score) and comorbidity (e.g. Charlson index) in ACS patients is recommended.



Exercise training

Promote physical activity in all older CAD patients

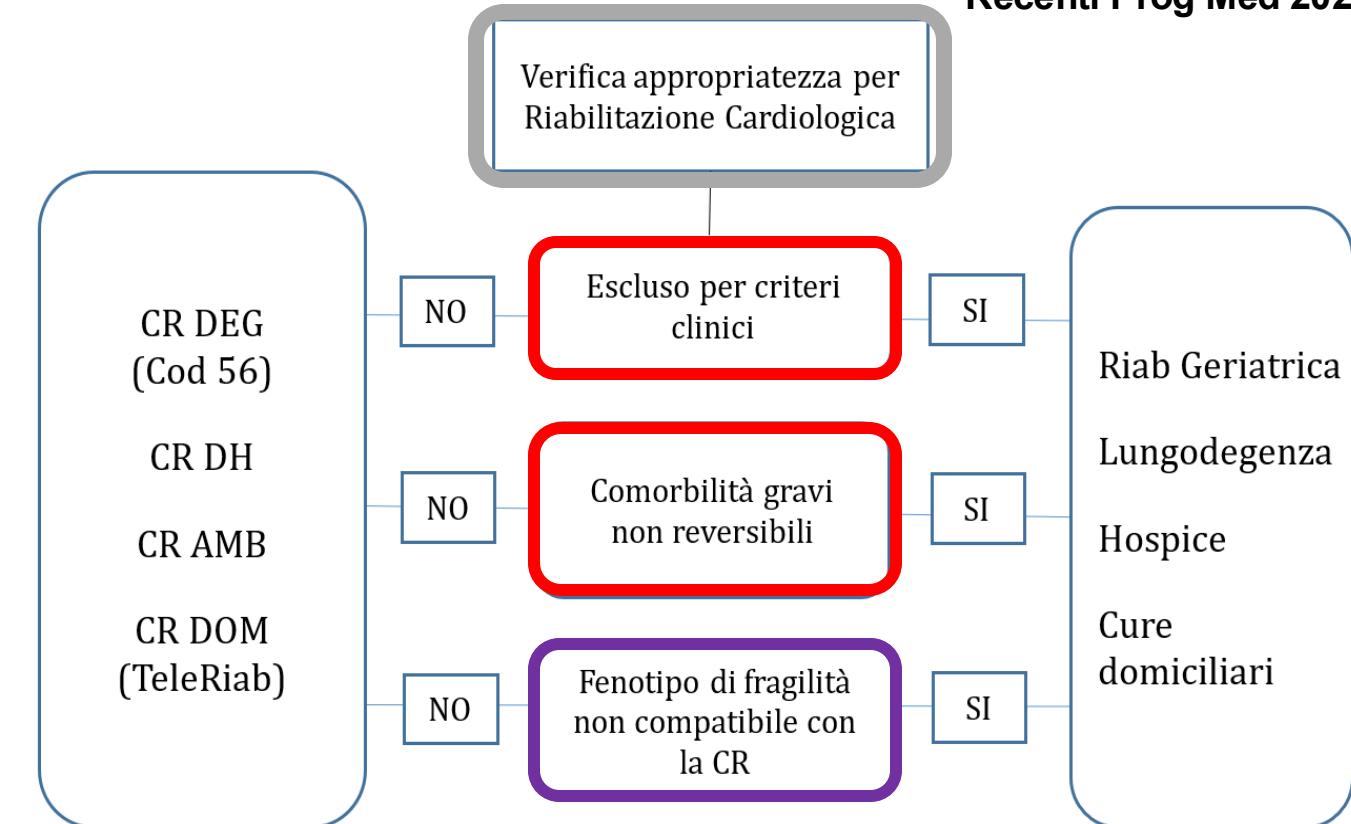
Position paper ITACARE-P, SIGG, SIGOT, SICGE*: il referral del cardiopatico geriatrico in Cardiologia riabilitativa

FRANCESCO FATTIROLI¹, ANGELA SCIACQUA², ALESSANDRA PRATESI³, CLAUDIO DE LUCIA⁴, DARIO LEOSCO⁵, ENRICO OCCHIUZZI⁶, ANGELO SCUTERI⁷, ANDREA UNGAR⁸, CARLO VIGORITO⁹

REVISORI DEL DOCUMENTO

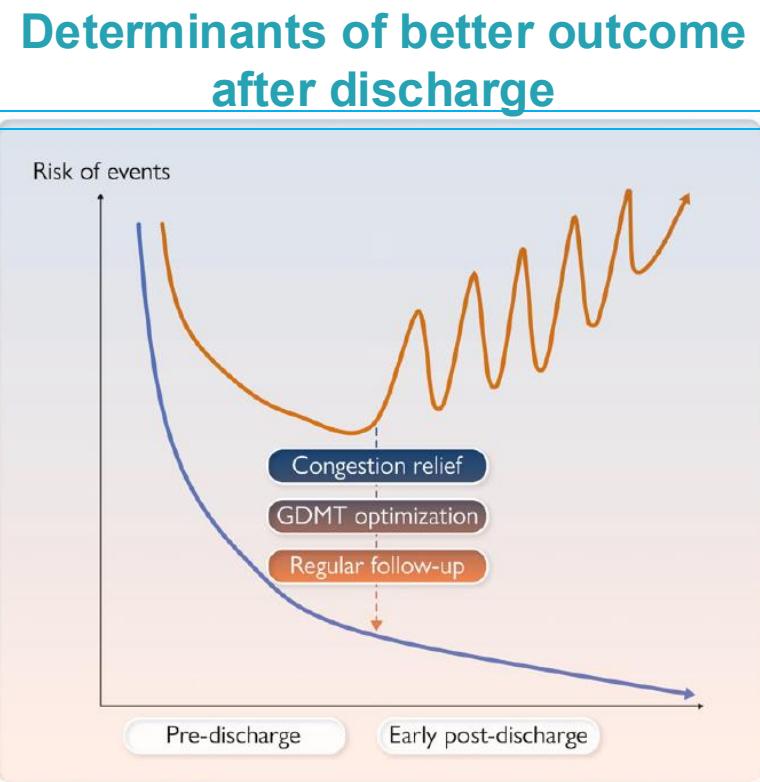
SAMUELE BALDASSERONI⁸, LUIGINA GUASTI⁹, FRANCESCO GIALLAURIA⁵, FRANCESCO MARANTA¹⁰, GIAN FRANCESCO MUREDDU¹¹, MATTEO RUZZOLINI¹², MARIA VITTORIA SILVERI¹, ELIO VENTURINI¹³, FRANCESCO VETTA¹⁴, ALESSANDRO BOCCANELLI¹⁵, LORENZO PALLESCHI¹⁶, NICCOLÒ MARCHIONNI¹, MARCO AMBROSETTI¹⁷

Recenti Prog Med 2024



ITACARE-P
Italian Alliance for CArdiovascular REhabilitation and Prevention

Pre-discharge and early post-discharge management of patients hospitalized for acute heart failure: A scientific statement by the Heart Failure Association of the ESC



Rehabilitation programmes post-hospitalization

Post-discharge rehabilitation programmes, preferably residential in hospital, should be considered....in those with more severe disease or comorbidities

European Journal of Heart Failure (2023)

Percorso appropriato di prevenzione secondaria alla dimissione quando la Cardiologia Riabilitativa non disponibile/ non prioritaria

follow-up ambulatoriale strutturato
percorso condiviso con MMG
assistenza domiciliare integrata
attivazione infermiere di famiglia e comunità
palestre della salute per esercizio fisico
consulitori attività eduzionale e psicologica



Relationship Between Early* Physician Follow-up and 30-Day Readmission Among Medicare Beneficiaries Hospitalized for HF

Table 3. Rates of Mortality, Readmission, and Mortality or Readmission at 30 Days by Quartile of Hospital Rate of Early Follow-up

Variable	Percentage Rate of Early Follow-up by Quartile, No. (%)				P Value
	1 (<32.4)	2 (32.4-37.9)	3 (38.3-44.5)	4 (>44.5)	
No. of patients	7081	8662	7812	6581	
Event, 30 d					
Mortality ^a	353 (5.0)	417 (4.8)	352 (4.5)	297 (4.5)	.44
Readmission ^b	1658 (23.3)	1787 (20.5)	1606 (20.5)	1377 (20.9)	<.001
Mortality or readmission ^a	1849 (26.1)	2015 (23.3)	1813 (23.2)	1544 (23.5)	<.001

^aBased on proportion of events.

^bBased on cumulative incidence function.

Gli ospedali con un programma che preveda
un controllo a 7gg. per $\geq 1/3$ dei pazienti dimessi
hanno una riduzione significativa delle riammissioni a 30 gg

La prima visita post ricovero: a Caserta il progetto FILTRO

F
I
L
T
R
O

FRAZIONE DI EIEZIONE

ISCHEMIA

LDL

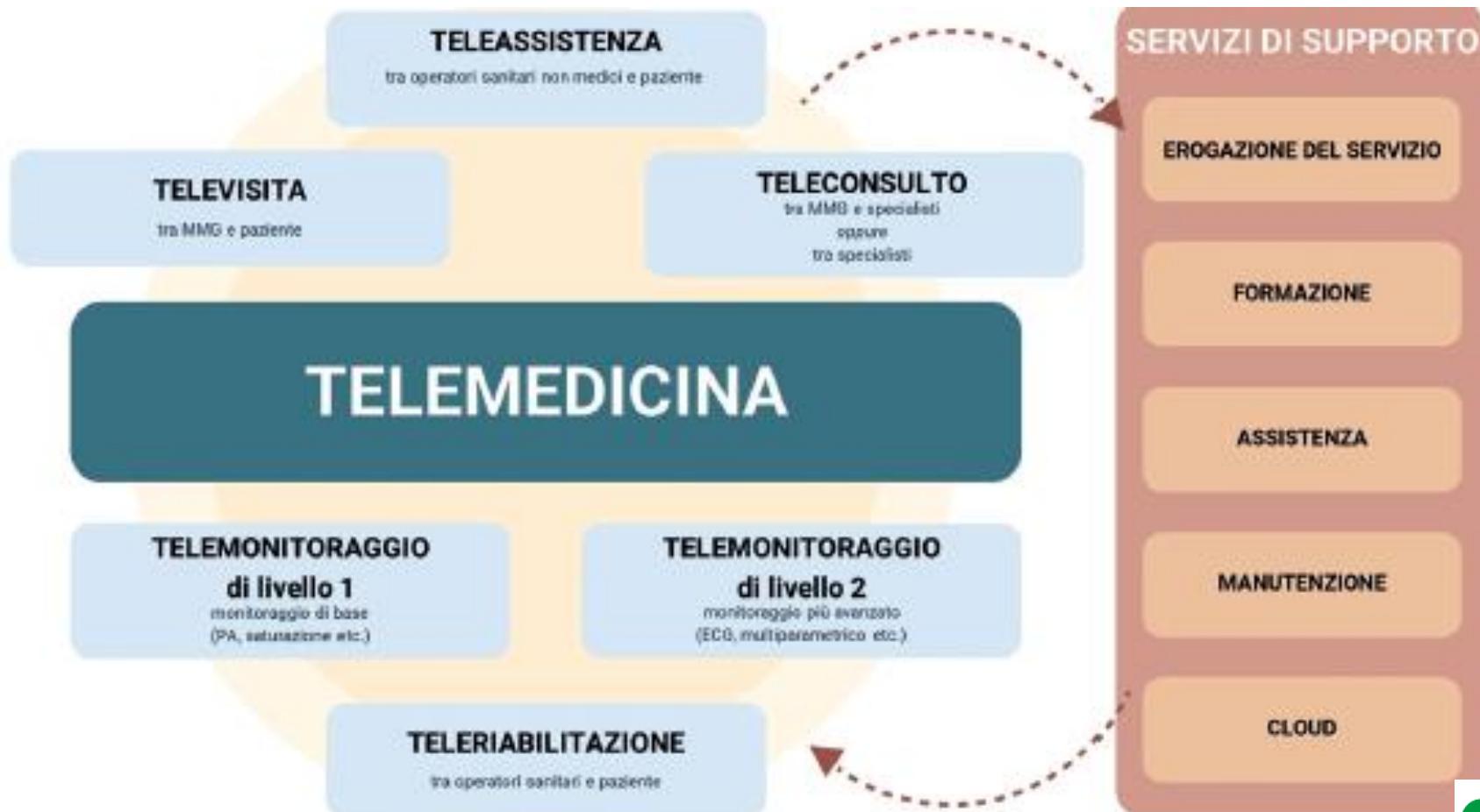
TERAPIA

RIABILITAZIONE

ORGANIZZAZIONE DI UN FOLLOW UP



Sfruttare al meglio la telemedicina



Le richieste del MMG

- la diagnosi o le diagnosi di dimissione con esplicitazione dell'ICD-9;
- lo stato clinico del paziente alla dimissione; utile anche il peso corporeo all'ingresso e in dimissione (soprattutto per i pazienti con scompenso cardiaco);
- esami diagnostici e trattamenti effettuati durante la degenza;
- le terapie farmacologiche e non farmacologiche proposte per le eventuali patologie di nuova diagnosi e le eventuali variazioni con la motivazione;
- le istruzioni per il follow-up comprendenti i parametri da monitorare, i controlli da effettuare e la periodicità proposta;
- indicazioni su segni di allarme o presenza di un quadro clinico che potrebbe necessitare di un intervento tempestivo e gestione delle complicanze;
- eventuali nuovi bisogni assistenziali (presidi per l'incontinenza, deambulatori, ecc., con le relative prescrizioni o la necessità di contesti assistenziali complessi);
- identificazione dei pazienti fragili o ad alto rischio di riospedalizzazione e indicazione ad avviare un'assistenza domiciliare sottolineando quali interventi siano prioritari; questo tipo di attivazione presenta spesso difficoltà o ritardi, e anche la frequente necessità del coinvolgimento, oltre che del MMG, di infermieri e fisioterapisti; è quindi importante che nel reparto ospedaliero si conoscano i servizi e l'organizzazione territoriali per evitare che vengano proposti percorsi e richieste non esaudibili;
- identificazione dei pazienti che necessitano di cure palliative, specificandone il livello di assistenza richiesto, in modo da valutare in dimissione protetta quali bisogni il territorio è in grado di prendere in carico o se ci sono condizioni che indicano un trasferimento in hospice o struttura per lungodegenza;
- i recapiti dei medici del reparto che hanno seguito il paziente per eventuali richieste di informazioni da parte del MMG, con possibilità di canali diretti per eventuali chiarimenti, senza dover passare attraverso il paziente o i familiari.

Punti chiave per una dimissione pianificata

1. Iniziare la pianificazione della dimissione o del trasferimento a ridosso dell'ingresso, coinvolgendo da subito il paziente e i familiari.
2. Valutare se il paziente presenta bisogni di pianificazione semplici o complessi.
3. Coordinare il processo di dimissione o trasferimento creando un responsabile o una catena di responsabilità.
4. Stabilire una data presunta di dimissione e una sede potenzialmente idonea alla fase post-ricovero entro 24-48 h dall'ingresso, concordandola con il paziente e i familiari.
5. Riesaminare il piano di gestione clinica ogni giorno, modificandolo e aggiornando la data presunta di dimissione.
6. Pianificare la dimissione o il trasferimento in tutti i giorni della settimana, festivi inclusi.
7. Usare un protocollo scritto per la pianificazione della dimissione da utilizzare per tutti i pazienti, e una check-list 24-48 h prima della dimissione.
8. Confermare la dimissibilità alla data prevista di uscita del paziente.

Cosa non deve mai mancare nella lettera di dimissione

- **Identificazione della struttura ospedaliera, unità operativa di dimissione e dei suoi componenti**
- **Luogo e data di redazione**
- **Identificazione del paziente**
- **Data di ricovero e data di dimissione**
- **Diagnosi al momento della dimissione**
- **Motivo del ricovero**
- **Procedure diagnostiche, interventistiche o chirurgiche, con breve descrizione**
- **Decorso, con descrizione dell'andamento del ricovero, del percorso diagnostico-terapeutico, riabilitativo o assistenziale; decorso postoperatorio in caso di intervento chirurgico**
- **Stato di salute del paziente al momento della dimissione**
- **Stato funzionale al momento della dimissione e bisogni assistenziali**
- **Prescrizioni farmacologiche: tipologia, dosaggio e durata del trattamento**
- **Indicazioni e prescrizioni non farmacologiche: alimentazione, attività fisica, autocontrollo domiciliare**
- **Istruzioni per il follow-up**
- **Data e modalità di accesso per la prima visita post-dimissione**
- **Percorso di Cardiologia Riabilitativa, con indicazioni**
- **Nome e firma del medico redattore e dei professionisti non medici che hanno collaborato**



I compiti

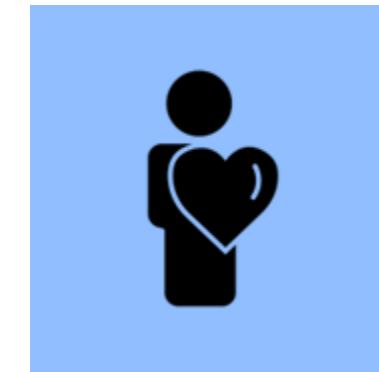
Per il medico

Le richieste

Del MMG

Le priorità

Per il paziente





I compiti del medico

Privilegiare

- Appropriatezza programma post-ricovero
- Sostenibilità prescrizioni

Evitare

- Percorsi standardizzati
- Esami ridondanti
- Indicazioni non efficaci

Cosa chiede il MMG



- **chiarezza nei contenuti**
- **indicazioni su parametri da monitorare**
- **identificazione e gestione dei pazienti ad alto rischio di instabilizzazione**





Le priorità per il paziente

- **Non sentirsi lasciato solo**
- **Ricevere indicazioni pratiche, semplici**
- **Comprendere le prescrizioni**

- identificazione dei pazienti fragili o ad alto rischio di ospedalizzazione e indicazione ad avviare un'assistenza domiciliare sottolineando quali interventi siano prioritari; questo tipo di attivazione presenta spesso difficoltà o ritardi, e anche la frequente necessità del coinvolgimento, oltre che del MMG, di infermieri e fisioterapisti; è quindi importante che nel reparto ospedaliero si conoscano i servizi e l'organizzazione territoriali per evitare che vengano proposti percorsi e richieste non esaudibili;
- identificazione dei pazienti che necessitano di cure palliative, specificandone il livello di assistenza richiesto, in modo da valutare in dimissione protetta quali bisogni il territorio è in grado di prendere in carico o se ci sono condizioni che indicano un trasferimento in hospice o struttura per lungodegenza;
- i recapiti dei medici del reparto che hanno seguito il paziente per eventuali richieste di informazioni da parte del MMG, con possibilità di canali diretti per eventuali chiarimenti, senza dover passare attraverso il paziente o i familiari.

Come contenuti aggiuntivi, di grande utilità è avere informazioni specifiche su aspetti clinici e sulla gestione dei percorsi di follow-up necessari nei pazienti dimessi con diagnosi di sindrome coronarica acuta, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale o altre patologie cardiovascolari.

Ad oggi la lettera di dimissione è ancora lo strumento principale per garantire la continuità assistenziale rappresentando una modalità di collegamento indispensabile. Riteniamo che a breve l'utilizzo diffuso del FSE potrà diventare il fulcro della gestione delle informazioni sanitarie, garantendo accesso immediato, dati standardizzati e una migliore integrazione tra ospedale e territorio. Investire nella digitalizzazione sanitaria significa non solo migliorare la comunicazione tra i professionisti, ma anche offrire ai pazienti un percorso di cura più sicuro, efficace, condiviso e personalizzato.

La voce del paziente

Che sia un lavoro, non è in discussione.

Un lavoro come ogni altro, di quelli che hanno una routine e mille consuetudini, che hanno momenti concitati e altri di calma, fasi di difficoltà e istanti di tranquillità. Durante la giornata può accadere che tra colleghi ci si scambi qualche battuta, che si sia allegri, o che ci sia qualche frizione, qualche litigio.

Un lavoro, con la sua quotidianità. Da portare avanti con coscienza e professionalità, ma nel quale inevitabilmente si portano pensieri e preoccupazioni della vita personale, così come a casa vanno a finire pensieri e preoccupazioni della giornata lavorativa. Un lavoro, insomma.

E però questo lavoro ha specificità particolari, che lo rendono un po' diverso da tutti gli altri. Perché ha a che fare con la vita delle persone, che quando entrano in contatto con questi professionisti si ritrovano in un momento di immensa difficoltà e di enorme importanza. In molti casi, in un vero e proprio crociera.

Le persone che sono oggetto di questo lavoro sono spesso di fronte a un cambiamento radicale della propria esistenza. Nulla sarà mai più come prima, in ogni caso.

E per questo che al momento delle dimissioni, quando si sta per lasciarsi indietro questa terribile fase della vita, un paziente non deve in alcun modo sentirsi parte di una routine. Non è di

alcun conforto essere incasellati in una casistica ordinaria, il mal comune non è per niente un gaudio, neanche mezzo.

È al momento delle dimissioni che una persona ha bisogno del suo medico. In quella particolare occasione è maggiore la paura. Non si è più monitorati, non si è più osservati nel decorso, non si è oggetto di attenzioni dei professionisti. Non si potrà disporre di immediati rassicuranti interventi urgenti, non si ha un campanello per chiamare aiuto, di notte non ci saranno attenti infermieri pronti a supportare una qualsiasi necessità. Si resta da soli e la difficoltà principale sarà osservare se stessi, capire come ci si sente in realtà. Si ha paura di non capire i segnali del proprio organismo, se saranno i soliti, quelli ordinari che c'erano anche prima, o se si tratterà di campanelli d'allarme, di avvisi del corpo di una nuova crisi, magari letale, magari ingestibile. Ci si trova di fronte a una nuova, sconosciuta fragilità. Alla consapevolezza che non sarà come prima, e di dover fare quindi i conti con una nuova condizione.

Il confine tra la rassicurazione e la minimizzazione, ci rendiamo conto, è molto sottile. Da un lato si vorrebbe tornare a una vita normale, ed è quello che spesso ci si sente dire: ma si sa anche che è stata proprio la vita di prima, le modalità spesso eccessive e i comportamenti sbagliati a portarti lì dentro; quindi no, non si può essere esattamente come si era, si deve cambiare. Ma senza sentirsi invalidi, senza portarsi dietro paure e indecisioni.

Una spiegazione delle terapie sarà senz'altro utile, i farmaci sono un fatto nuovo, il paziente ne ha fiducia e sono un fattore di protezione; sapere a che servono, che funzione hanno aiuta molto. E le indicazioni comportamentali, che attenzione si deve dare e a quali segnali saranno un importante conforto, un riferimento costante.

Più di tutto, però, conterà il sorriso. Non c'è altro momento in cui si ha più bisogno di amicizia, di vicinanza, perfino di affetto. Niente di finto, niente di imposto. Più della professionalità, più della competenza sarà necessario sentire dalla tua parte il medico che ti rimette al mondo. Anche se resterà in quel luogo di sofferenza e tuttavia rassicurante, quel sorriso sarà l'elemento che ci si porterà dietro e che si ricorderà quando ci si troverà da soli con se stessi, con le ferite visibili e invisibili da fronteggiare.

Un sorriso. Tutto qui.

MODELLO DI LETTERA DI DIMISSIONE CON TIMING DEI CONTROLLI IN FUNZIONE DELLA PATOLOGIA

I documenti proposti sono modelli sintetici e contenenti le indicazioni principali per la prosecuzione delle cure e le norme di prevenzione secondaria avvalendosi del contributo di più figure professionali che compartecipano alla presa in carico, all'assistenza e al trattamento del paziente. Il panel ha ritenuto opportuno prendere in esame le patologie cardiovascolari di maggior interesse in termini di prevalenza, mortalità e ospedalizzazione: la cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiaco, nonché i ricoveri per procedure di cardiotostimolazione ed elettrofisiologia. Vengono brevemente descritte le principali caratteristiche, i determinanti che impattano su ricidive/riacutizzazioni e riospedalizzazioni, focalizzando i target terapeutici con l'obiettivo di ottimizzare i follow-up, migliorare i percorsi di continuità delle cure e influenzare positivamente la prognosi.

«La voce del paziente» di Maurizio de Giovanni





Grazie per l'attenzione



Percorso di prevenzione secondaria dopo la dimissione

Appropriatezza

Per quale
paziente?
esempio

SCA non
complicata

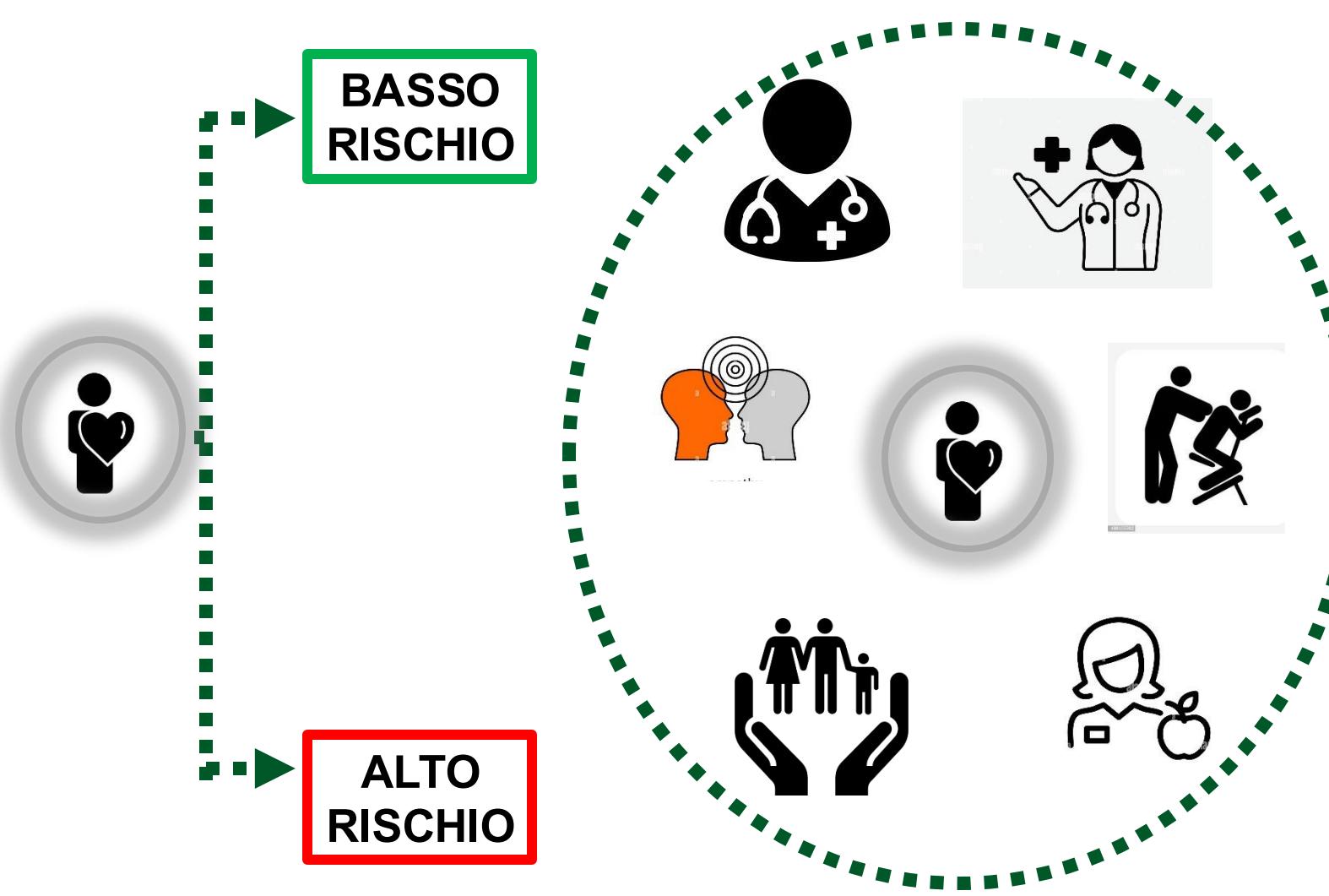
SCA
complessa
esiti severi

Comorbilità
Multimorbilità

Condizioni non
cardiologiche a
rischio elevato

Percorso di
degenza
in acuto

Percorso appropriato di prevenzione secondaria alla dimissione



Personalizzare

Differenziare per età, cultura

Rappresentare rischio

Illustrare vantaggi cure

Spiegare possibile evoluzione

Indicazioni dettagliate

Prescrizioni sostenibili

Favorire aderenza

Verificare supporto socio-familiare