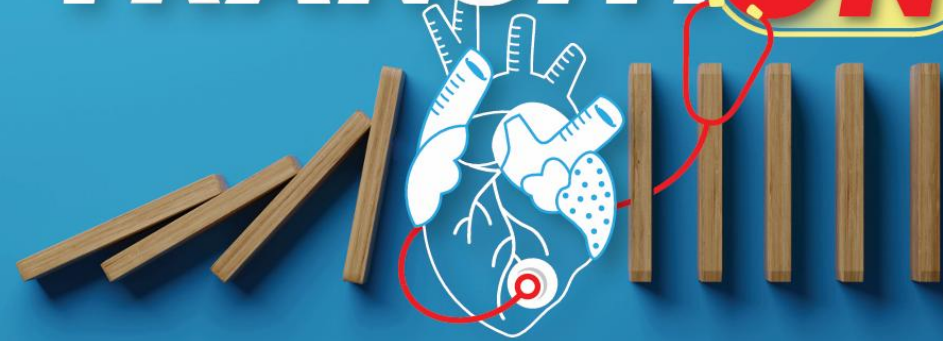


# TRANSITION



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

5 NOVEMBRE 2025 | COSMO HOTEL PALACE MILANO



## 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>

Focus sul paziente con malattia coronarica:  
ottimizzare i target farmacologici e dello stile di  
vita

**Roberto Turato**



## Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000

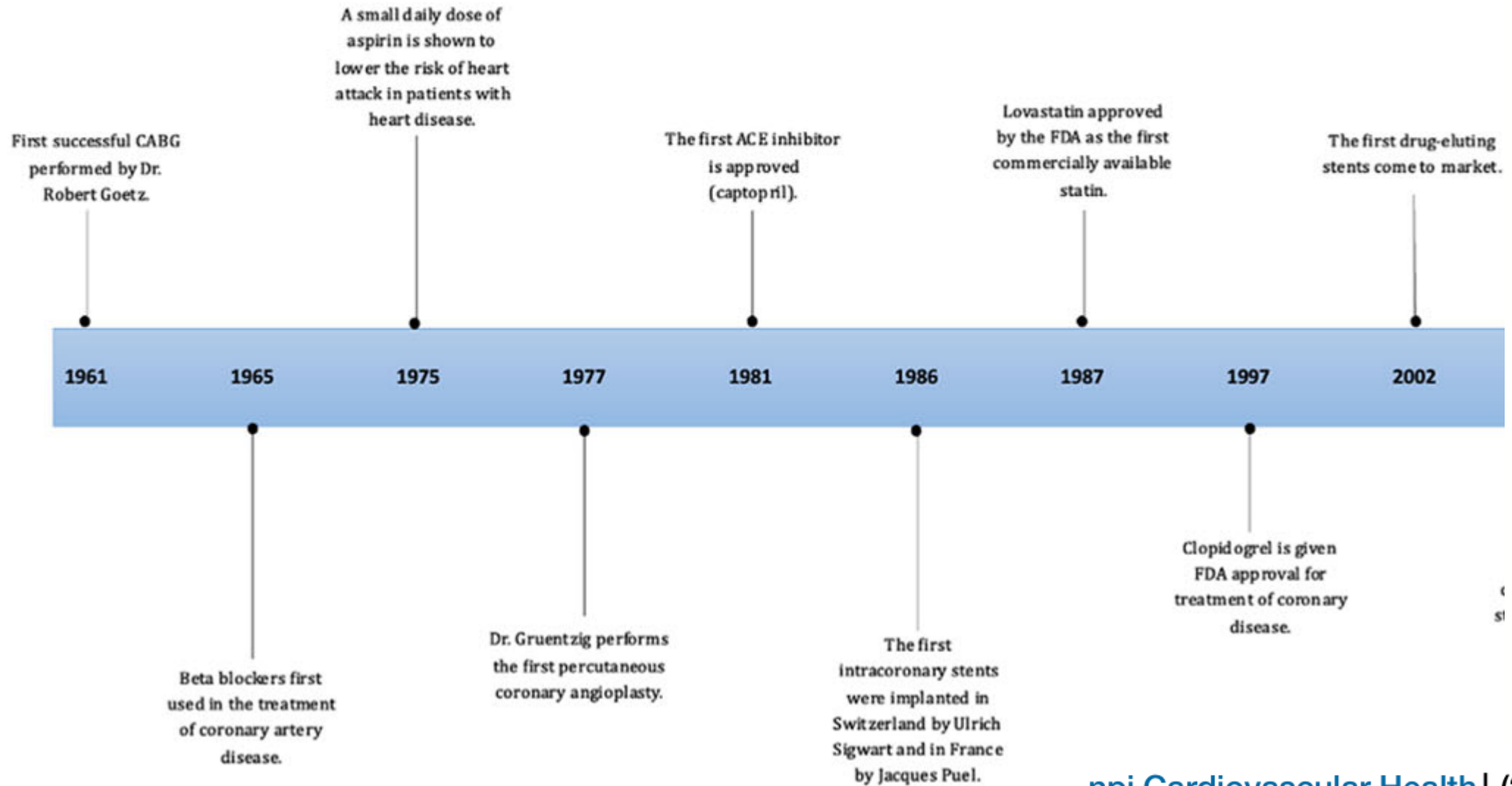
N Engl J Med 2007;356:2388-98.

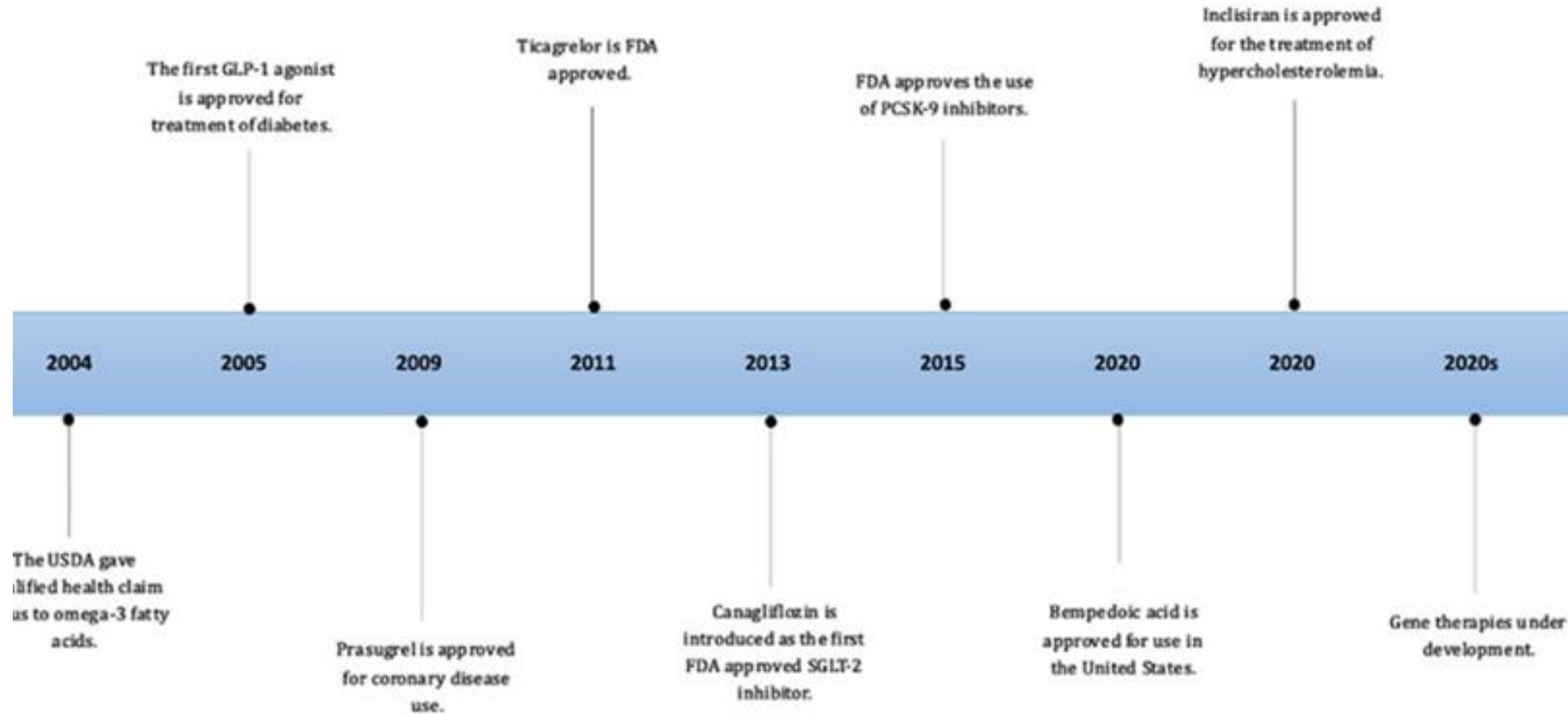
From 1980 through 2000, the age-adjusted death rate for coronary heart disease fell from 542.9 to 266.8 deaths per 100,000 population among men and from 263.3 to 134.4 deaths per 100,000 population among women, resulting in 341,745 fewer

deaths from coronary heart disease in 2000. Approximately 47% of this decrease was attributed to treatments, including secondary preventive therapies after myocardial infarction or revascularization (11%), initial treatments for acute myocardial infarction or unstable angina (10%), treatments for heart failure (9%), revascularization for chronic angina (5%), and other therapies (12%). Approximately 44% was attributed to changes in risk factors, including reductions in total cholesterol (24%), systolic blood pressure (20%), smoking prevalence (12%), and physical inactivity (5%), although these reductions were partially offset by increases in the body-mass index and the prevalence of diabetes, which accounted for an increased number of deaths (8% and 10%, respectively).

### CONCLUSIONS

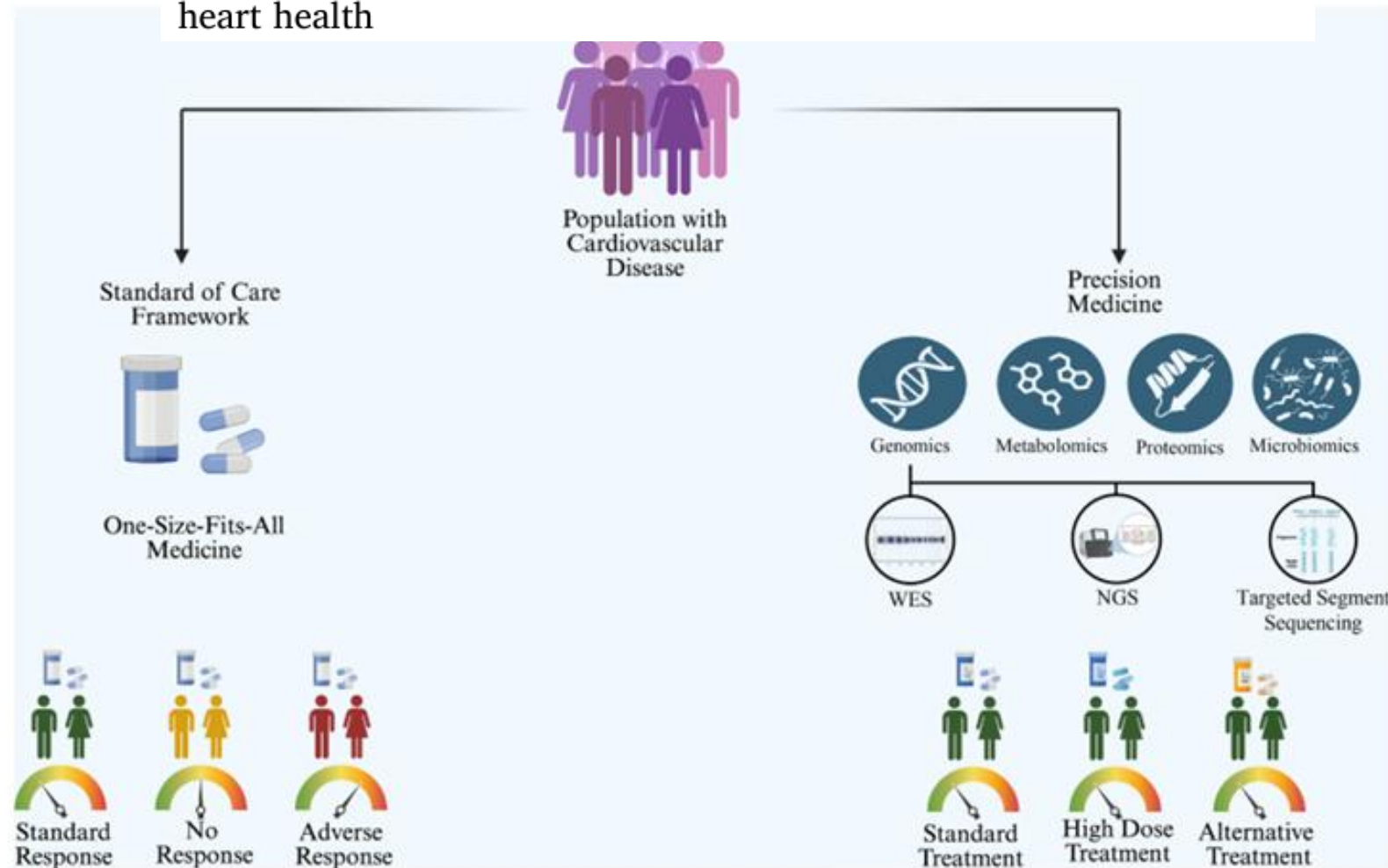
Approximately half the decline in U.S. deaths from coronary heart disease from 1980 through 2000 may be attributable to reductions in major risk factors and approximately half to evidence-based medical therapies.





## Pharmacogenomics in cardiac therapy: Personalizing treatment for heart health

Biomedicine & Pharmacotherapy 190 (2025) 118392

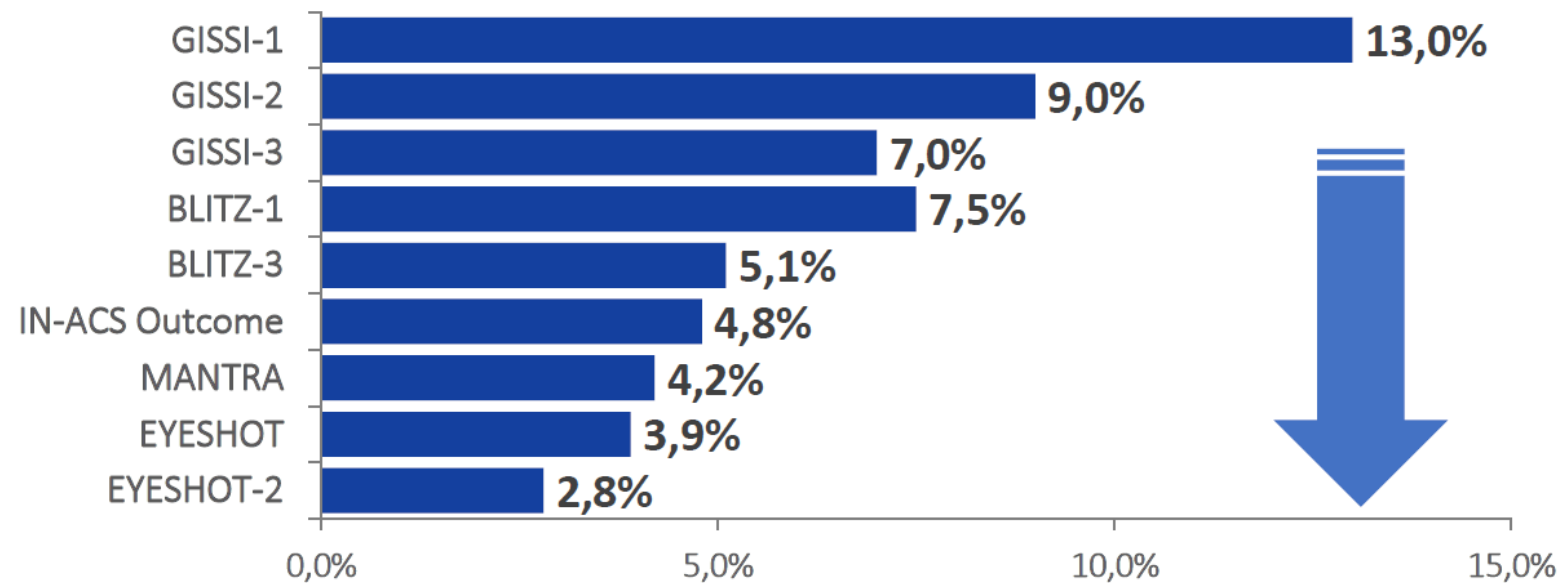


**Fig. 2.** This diagram contrasts two healthcare paradigms: the conventional one-size-fits-all medicine model and the emerging precision medicine approach. The image shows how both frameworks address a population with cardiovascular disease. Traditional medicine applies standardized treatments resulting in variable patient responses, while precision medicine utilizes molecular analysis technologies to tailor treatments to individual patient characteristics, potentially leading to more effective healthcare interventions.

## IMPATTO DELLA RICERCA SULLA MORTALITÀ CV



### In-hospital deaths for AMI in Italy: 1984 - 2023



Programma Nazionale Esiti  
Edizione 2024[Home](#)[Documentazione](#)[Assistenza Ospedaliera](#)[Assistenza Territoriale](#)[Equità](#)[Sperimentazione](#)[Audit](#)[Home](#) / [Assistenza Ospedaliera](#) / [Cardiovascolare](#) / [Infarto Miocardico Acuto \(IMA\)](#) / Dettaglio Indicatore

## Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni

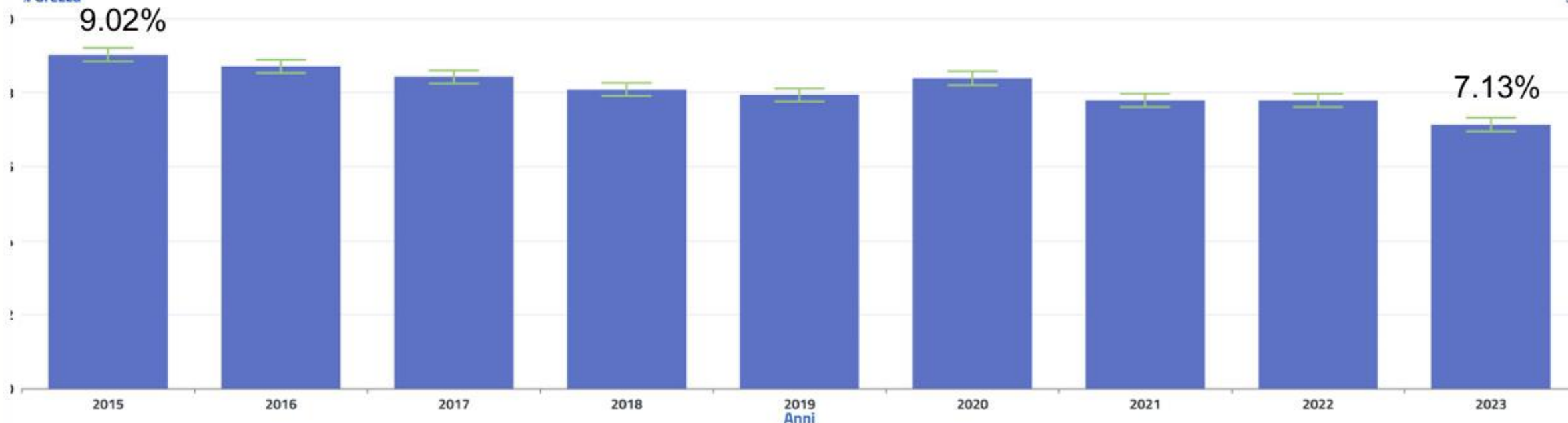
[Documentazione](#) [Condividi](#)

Italia

Strutture

Area di Residenza

% Grezza





# Programma Nazionale Esiti

Edizione 2024

- Home
- Documentazione
- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Equità
- Sperimentazione
- Audit

Home / Assistenza Territoriale / Cardiovascolare / Infarto Miocardico Acuto (IMA) / Dettaglio Indicatore

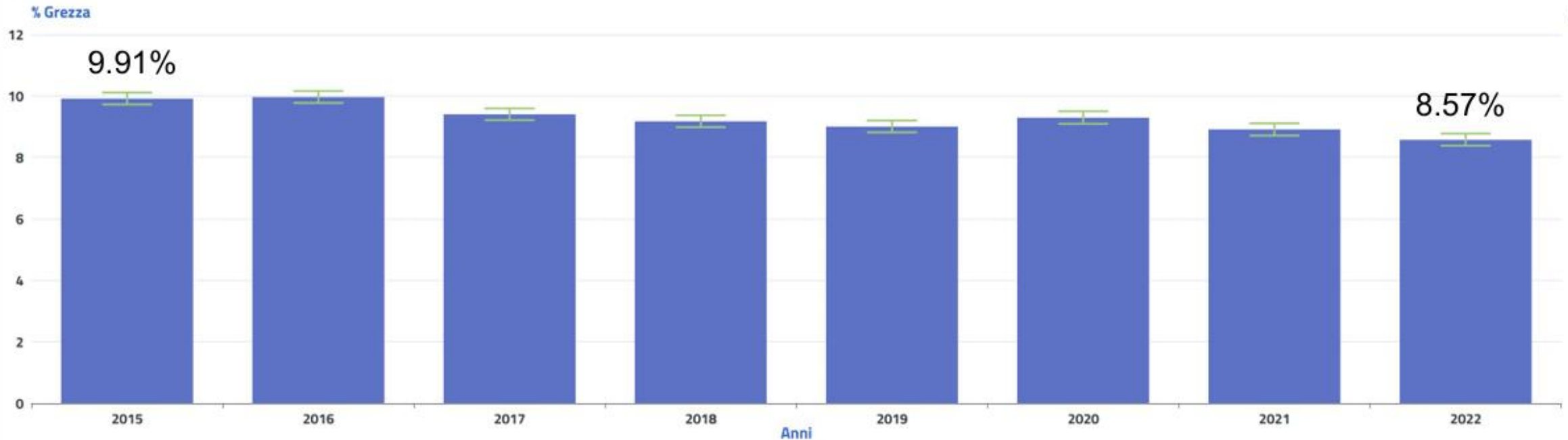
## Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno

Documentazione Condividi

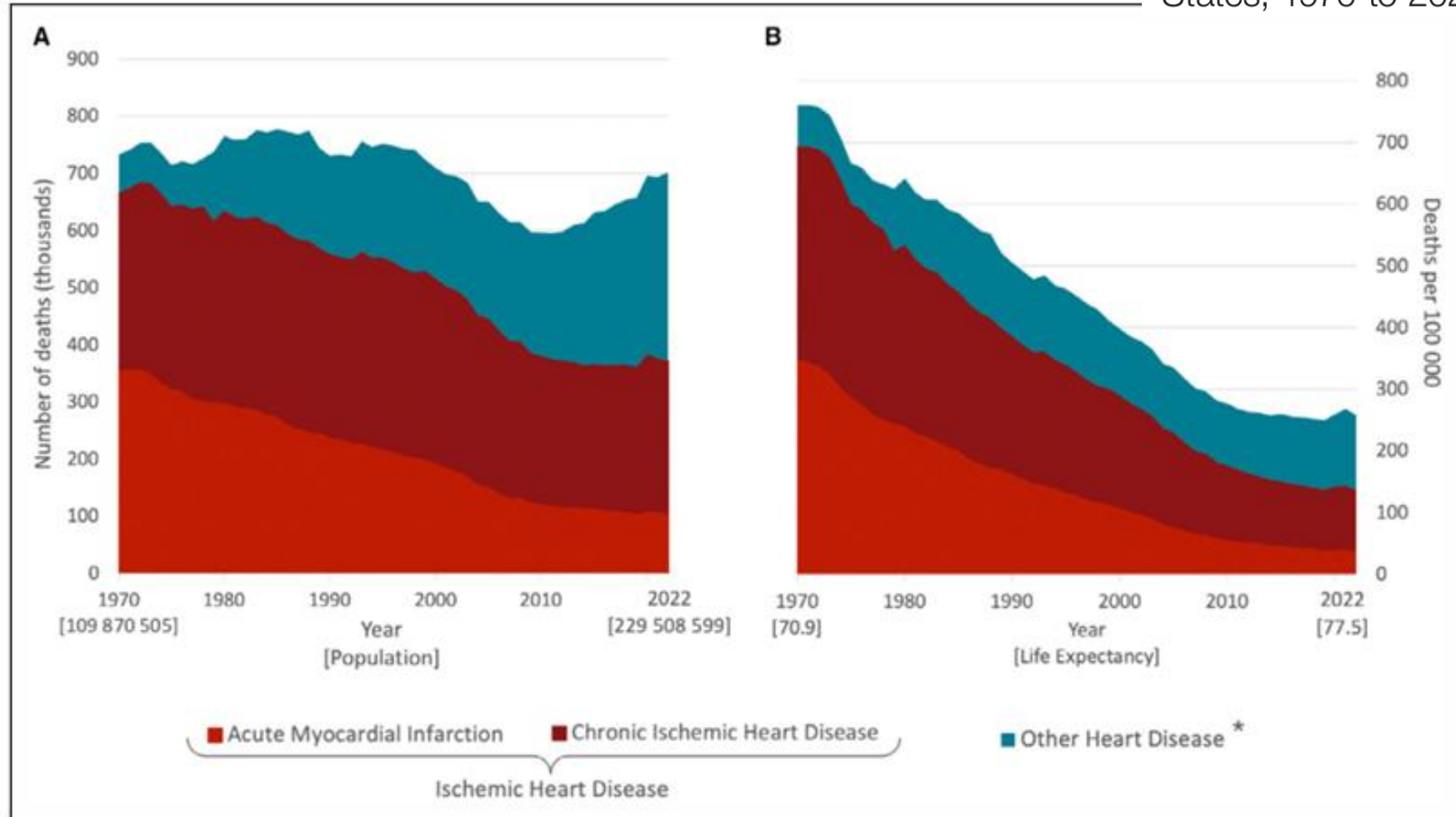
Italia

Strutture

Area di Residenza



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.

## How can we Improve Secondary Prevention of Cardiovascular Disease?

Jennifer Gill, Aurelio Miracolo, Konstantina Politopoulou, Sahan Jayawardana, Alex Carter, Efstratios Apostolou and Panos Kanavos • January 2024

London School of Economics and Political Science

### Results

Enhancing secondary prevention in France, Germany, Italy, Spain, Denmark, Poland and the UK could prevent 67,170 fatal cardiovascular (CV) events (heart attack and stroke) per year. This equates to 671,700 avoided fatal CV events over the next ten years via improved management of hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. Encouraging 70% of patients with CVD who smoke to quit could prevent an additional 27,189 fatal CV events per year (271,890 over the next ten years). Considering roughly 1.8 million deaths in 2019 in the seven countries were thought to be due to ASCVD, the prevention of almost 95 thousand (94,359) fatal CV events represents a 5% improvement per year. Across ten years this could mean the prevention of nearly a million deaths (943,590).

## 30/30 EU CVH Plan: Reducing CVD mortality by 30% in 2030

A New Cardiovascular Health Plan for Europe to Address Europe's Leading Cause of Death

APRIL 2025



**Brussels, 16 May 2022:** The European Alliance for Cardiovascular Health (EACH) – a unique European alliance bringing together patients, healthcare professionals, insurers, researchers and industry - presented its Cardiovascular Health Plan for Europe ([link](#)) to policymakers today.

The proposed Action Plan aims to reduce premature and preventable deaths in Europe by one third in 2030, improve access for all to high quality cardiovascular risk assessments, to set multi-disciplinary care pathways and pave the way for greater quality of life. To achieve this, focus will need to be on primary prevention at population level, improvements in secondary prevention through timely detection, equal access to high quality patient-centred healthcare and an increased uptake of rehabilitation.

## 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

Developed by the task force on the management of acute coronary  
syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)



Discharge on cardio-  
protective medications,  
start lifestyle management  
and refer to cardiac rehab

## Long term treatment after ACS

5

### Think secondary prevention



Antithrombotic  
therapy



Lipid lowering  
therapy



Smoking  
cessation



Cardiac  
rehabilitation



Risk factor  
management



Psychosocial  
considerations

Several studies have found  
that CR programmes after atherosclerotic cardiovascular disease  
(ASCVD) events or revascularization reduce CV hospitalizations, MI,  
CV mortality and, in some studies, all-cause mortality.<sup>720–725</sup> Despite

## CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI  
Guideline for the Management of Patients  
With Acute Coronary Syndromes: A Report of  
the American College of Cardiology/American  
Heart Association Joint Committee on Clinical  
Practice Guidelines

### 10.5.3. Cardiac Rehabilitation

#### Recommendations for CR

Referenced studies that support recommendations are summarized in the [Evidence Table](#).

COR	LOE	Recommendations
<b>1</b>	<b>A</b>	1. Patients with ACS should be referred to an outpatient CR program prior to hospital discharge to reduce death, MI, hospital readmissions, and improve functional status and QOL. <sup>1-4</sup>
<b>2a</b>	<b>B-R</b>	2. In patients with ACS, a home-based CR program is a reasonable alternative to a center-based CR program to improve functional status and QOL. <sup>5-9</sup>

Transition from the hospital to home is a critical period for patients with ACS because approximately 1 in 5 patients are readmitted within 30 days of discharge.<sup>1-6</sup>

JAMA March 2025

## Medical News

# 7 Takeaways for Primary Care Clinicians From the Updated Acute Coronary Syndromes Guideline

## Make a Stronger Push for Cardiac Rehabilitation

Cardiac rehabilitation is now a class 1 recommendation for all patients with ACS. In fact, the 2025 guideline suggests patients should be referred to outpatient cardiac rehabilitation before they're discharged from the hospital.

The benefits are clear. People who attend the recommended 36-session course can **cut their risk** of overall death and subsequent heart attacks by 47% and 31%, respectively, according to Million Hearts, the initiative co-led by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Centers for Medicare & Medicaid Services. It can reduce hospitalizations while improving quality of life and functional status too, the updated guideline stated.



# About Million Hearts® 2027

Million Hearts® is a national initiative co-led by the **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** and the **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)** [↗](#).

## The Challenge

**Every 34 seconds** in the United States, an adult dies from cardiovascular disease (CVD). These are mothers, fathers, sisters, brothers, and friends—all gone because of a disease that is largely preventable.

Million Hearts® exists for the sole purpose of **saving more of the lives taken and protecting more of the lives impacted by heart disease and stroke in the United States.**

## Our Vision

We believe in the real possibility of averting one million preventable CVD events in the next five years (January 2022–December 2026).

## Million Hearts<sup>®</sup> 2027 Priorities



Decrease Tobacco Use

---



Decrease Physical Inactivity

---



Decrease Particle Pollution Exposure



Improve Appropriate Aspirin or Anticoagulant Use

---



Improve Blood Pressure Control

---



Improve Cholesterol Management

---



Improve Smoking Cessation

---



Increase Use of Cardiac Rehabilitation



# 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.

Position paper ANMCO: Stati Generali ANMCO 2024 –  
Continuare a migliorare l'outcome del paziente  
con cardiopatia acuta

## Position paper ANMCO: Stati Generali ANMCO 2024 – Ruolo del cardiologo nella gestione della cronicità cardiovascolare

La rilevanza economica e sociale delle malattie cardiovascolari è tale che il tema è finalmente entrato come prioritario nell'Agenda della Presidenza di turno del Consiglio dell'Unione Europea e della Commissione Europea 2024-2029. In Italia l'ultimo Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2020-2025 inserisce la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle patologie non trasmissibili" fra le priorità, anche in ottica di raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030. La Commissione Affari Sociali della Camera ha approvato tre risoluzioni impegnando il Governo italiano ad elaborare un Piano nazionale per le malattie cardio-cerebrovascolari, in continuità con il PNP e il Piano Nazionale Cronicità (PNC).

## Studio BRING-UP Prevenzione: un modello di partecipazione nazionale volto al miglioramento delle strategie di prevenzione secondaria

### Utilizzo di statine

È stata evidenziata un'elevata persistenza di terapia statinica nel follow-up (il 95% dei pazienti ha mantenuto una terapia con statine anche dopo la visita di follow-up a 6 mesi) con una prevalenza di utilizzo di statine ad alta intensità. È stato discusso come le statine siano frequentemente

**Tabella 1.** Tasso di prescrizione dei farmaci non statinici: valutazione nei 4504 pazienti con dati sui trattamenti disponibili al basale e al follow-up.

Farmaco	Basale	Follow-up a 6 mesi	
		Pre-visita	Post-visita
Almeno un altro ipolipemizzante associato o meno a statina	3569 (79.2%)	3630 (80.6%)	3886 (86.3%)
Ezetimibe	3478 (77.2%)	3537 (78.5%)	3782 (84.0%)
Fibrati	33 (0.7%)	28 (0.6%)	32 (0.7%)
Evolocumab	141 (3.1%)	129 (2.9%)	159 (3.5%)
Alirocumab	157 (3.5%)	155 (3.4%)	187 (4.2%)
Inclisiran	68 (1.5%)	82 (1.8%)	104 (2.3%)
Acido bempedoico	194 (4.3%)	231 (5.1%)	390 (8.7%)

### Endpoint primario (6 mesi)

% pazienti a target per  
C-LDL <55 mg/dl

### Raggiungimento dei target di pressione arteriosa

Le percentuali di raggiungimento di target pressori al di sotto di 130/80 mmHg sono risultate insoddisfacenti nel registro (Figura 3).

### Riduzione del peso corporeo in pazienti sovrappeso/obesi

I pazienti sovrappeso o obesi che a 6 mesi hanno perso il 10% del peso rispetto al basale sono stati il 10%. Il dato deve essere contestualizzato considerando la breve durata del follow-up. Probabilmente il peso e l'indice di massa corporea non dovrebbero essere gli unici parametri da considerare (sarebbero utili degli indici di massa magra e massa grassa o la circonferenza vita), ma in discussione è emersa la sensazione che l'obesità non sia ancora presa in considerazione in maniera sistematica nell'ambito della gestione del paziente cardiologico. Fra le problematiche riportate, quelle

### Stile di vita: esercizio fisico e fumo

A 6 mesi di follow-up è stata osservata una riduzione assoluta del 9.5% e relativa del 42% dei fumatori, mentre la percentuale dei pazienti fisicamente inattivi è passata dal 36.1% al 28.2%. Questi risultati sono stati interpretati positivamente considerando che sono stati ottenuti senza alcuna strategia strutturata, salvo semplici raccomandazioni alla visita di ar-

### Rischio residuo: infiammazione e differenti obiettivi nella terapia ipolipemizzante

A fronte di evidenze consolidate sul beneficio di trattare l'infiammazione nei pazienti con cardiopatia ischemica, l'utilizzo di colchicina è stato molto limitato nello studio. È stata sot-

# Focus sul paziente con malattia coronarica : ottimizzare i target farmacologici e dello stile di vita



American Heart Association.

In June 2022, the American Heart Association updated the metrics for optimal cardiovascular health to include sleep - [Life's Essential 8](#). The tool measures 4 indicators related to cardiovascular and metabolic health status (blood pressure, cholesterol, blood sugar and body mass index); and 4 behavioral/lifestyle factors (smoking status, physical activity, sleep and diet).

**Life's Essential 8** are the key measures for improving and maintaining cardiovascular health, as defined by the American Heart Association. Better cardiovascular health helps lower the risk for heart disease, stroke and other major health problems.

## TRAINING

### FISICO

FREQUENZA

INTENSITA'

Consumo energetico (Watt/METS)

DURATA

TIPOLOGIA (Resistenza/Potenza)

SOGGETTIVO: SCALE

OGGETTIVO (CPET/FC)

### EDUCAZIONALE

PSICOLOGO

DIETISTA

COUNSELING

# TRAINING EDUCAZIONALE STILE DI VITA

## 13.2.1. Tobacco





Tobacco abstinence is associated with a reduced risk of re-infarction (30–40%) and death (35–45%) after ACS.<sup>763–765</sup> Measures to promote cessation of smoking are therefore a priority after ACS. Interventions for smoking cessation should begin during hospitalization using a combination of behavioural interventions, pharmacotherapy, and counselling.<sup>18,766</sup> Many patients continue or resume smoking after ACS, in particular patients with depression and environmental exposures.<sup>646</sup> During encounters with smokers, the ‘very brief advice’ evidence-based intervention should be used to facilitate dialogue between the patient and healthcare worker.<sup>646</sup> Drug interventions, including nicotine-replacement therapy (NRT), bupropion and varenicline, should be considered along with behavioural support. All forms of NRT are effective, and the anti-depressant bupropion aids in long-term smoking cessation with similar efficacy to NRT.<sup>646,766</sup> Varenicline is the most effective medical treatment to support smoking cessation and is safe to use in ACS patients.<sup>767–770</sup> An average weight gain of 5 kg can be expected

**2023 ESC Guidelines for the management  
of acute coronary syndromes**

# TRAINIG EDUCAZIONALE STILE DI VITA

Review

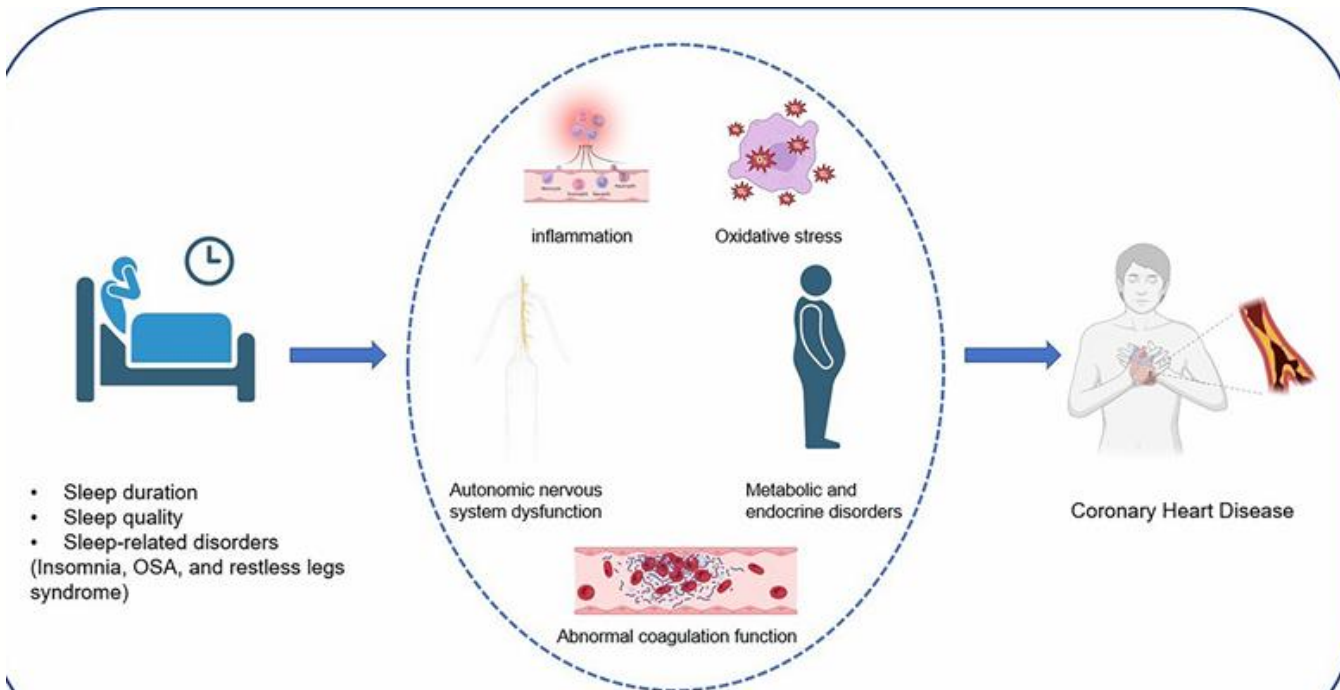
## The Correlation Between Sleep and Coronary Heart Disease: A Review

Qingbo Shi<sup>1</sup>, Yang Gao<sup>1,2</sup>, Zhuocheng Shi<sup>1</sup>, Muwei Li<sup>1,2,3,\*</sup> 18 July 2025



Reviews in  
Cardiovascular Medicine

Rev. Cardiovasc. Med. 2025; 26(7): 37252  
<https://doi.org/10.31083/RCM37252>



The American Heart Association guidelines indicate that the optimal sleep duration for adults is between 7 to 9 hours per night [11]. Another study suggests that the best time to sleep is between 10 and 11 PM [12]. However, with

### 2. The Correlation Between Sleep Duration and CHD

### 3. The Correlation Between Sleep Quality and CHD

### 4. The Common Sleep Disorders and Their Association With CHD

4.1 The Correlation Between Insomnia and CHD

4.2 The Correlation Between OSA and CHD

4.3 The Correlation Between RLS and CHD

# TRAINIG FISICO

## 4.2 Ottimizzazione dello stile di vita

### Raccomandazioni per l'attività fisica

Raccomandazioni	Classe <sup>a</sup>	Livello <sup>b</sup>
Agli adulti di qualsiasi età si raccomanda di cercare di praticare almeno 150-300 min alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità o 75-150 min alla settimana di attività fisica aerobica vigorosa o una combinazione equivalente delle due, al fine di ridurre la mortalità CV e da ogni causa e la morbilità.	I	A
Agli adulti che non sono in grado di praticare 150 min alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità si raccomanda di mantenersi attivi quanto più possibile a seconda delle loro capacità e del loro stato di salute.	I	B

©ESC

### Prevenzione delle MCV

Linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica





## Daily steps and health outcomes in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis

*Lancet Public Health* 2025;  
10: e668–81

Published Online

July 23, 2025

[https://doi.org/10.1016/](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00164-1)

[S2468-2667\(25\)00164-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00164-1)

\*Joint senior authors

**Interpretation** Although 10 000 steps per day can still be a viable target for those who are more active, 7000 steps per day is associated with clinically meaningful improvements in health outcomes and might be a more realistic and achievable target for some. The findings of the study should be interpreted in light of limitations, such as the small number of studies available for most outcomes, a lack of age-specific analysis and biases at the individual study level, including residual confounding.

# Linee guida Documento di Consenso della Task Force Multisocietaria

## La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico

(G Ital Cardiol 2007; 8 (11): 681-731)

**Tabella 16.** Esempi di calcolo della frequenza cardiaca (FC) e del consumo energetico di allenamento.

### FC

FC massima ottenuta dal paziente al test ergometrico massima: 130 b/min

#### Primo metodo

50% = 65 b/min; 80% = 104 b/min. Il range di FC entro il quale effettuare l'allenamento è tra 65 e 104 b/min

70% = 91 b/min; 85% = 111 b/min. Il range di FC è tra 91 e 111 b/min

#### Secondo metodo

FC basale 70 b/min

130 (FC massima) - 70 (basale) = 60 b/min

$60 \times 50\% = 30 + 70 = 100$  b/min

$60 \times 80\% = 48 + 70 = 118$  b/min

Il range di FC è tra 100 e 118 b/min

### Consumo energetico

Esempio: Uomo di 70 kg che ha raggiunto 100 W al test ergometrico (o il IV stadio del test di Bruce al treadmill) ha eseguito un esercizio dal costo in ossigeno pari a circa 22 ml/kg/min, corrispondente a 6 METS. L'intensità dell'allenamento può essere calcolata come percentuale dei METS (60-80% = 3.6-4.8 METS) corrispondenti ad un carico di lavoro al cicloergometro compreso tra 50 e 75 W

**Tabella 17.** Intensità dell'esercizio nei pazienti con cardiopatia ischemica.

### Training di resistenza

Assenza di ischemia residua e disfunzione di pompa: 70-85% della frequenza cardiaca massima.

Ischemia residua da sforzo: 10 b/min al di sotto della soglia ischemica.

Disfunzione di pompa: 50-70% della frequenza cardiaca massima.

### Training di potenza

Assenza di ischemia residua e disfunzione di pompa: allenamento di tipo intervallato o a circuito (a carico naturale o con sovraccarichi), sulla capacità del paziente e limitata dal raggiungimento del 70-85% della frequenza cardiaca massima, comunque 10 b/min al di sotto della soglia ischemica.

Ischemia residua: solo carico naturale; come per la classe precedente, l'intensità è limitata al raggiungimento del 70-85% della frequenza cardiaca massima.

Disfunzione di pompa: indicato un allenamento segmentario, o a carico naturale o con piccoli sovrappesi, con intensità al 50-70% della frequenza cardiaca massima.

Pazienti di età avanzata: allenamento a carico naturale o con sovraccarichi con intensità limitata al raggiungimento dell'85% della frequenza cardiaca massima.

Federazione Medico Sportiva Italiana (FMST)  
Società Italiana di Cardiologia dello Sport (SIC Sport)  
Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri (ANCE)  
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)  
Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa (GICR)  
Società Italiana di Cardiologia (SIC)

**Tabella 18.** Valutazione della progressione dello sforzo tramite la percezione soggettiva della fatica misurata con la scala di Borg.

Inizio del programma: attività ad intensità lieve (punteggio 9-11)

Progressione: attività ad intensità moderata (punteggio 12-13, pari al 60% della frequenza cardiaca massima)

Allenamento: attività ad intensità elevata (punteggio 13-15, pari a circa l'85% della frequenza cardiaca massima)

**Tabella 2.** Raccomandazioni chiave per la prescrizione dell'esercizio fisico in pazienti con cardiopatia.

	Target ottimali
Frequenza e durata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150-300 min/settimana di attività aerobica ad intensità moderata o 75-150 min/settimana ad intensità maggiore (in casi selezionati); 3-5 giorni a settimana.</li> <li>• Tutte le sedute devono essere precedute da una fase di riscaldamento e devono terminare con una di recupero, ciascuna della durata di circa 5 min.</li> <li>• Le attività muscolari di potenza che coinvolgono i principali gruppi muscolari devono essere eseguite 2 giorni a settimana ad intensità lieve-moderata.</li> <li>• Esercizi di flessibilità (es. stretching) dovrebbero essere eseguiti almeno 2-3 volte a settimana, 4 volte per ciascun gruppo muscolare.</li> </ul>
Intensità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensità moderata per attività aerobica, da aumentare in casi selezionati ad intensità maggiore.</li> <li>• Per le attività di forza l'intensità dovrebbe corrispondere al 40-70% di 1 RM, da adattare su base individuale.</li> </ul>
Progressione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniziare con 2 sedute/settimana ed introdurre la terza seduta quando il paziente si è adattato all'esercizio (frequenza ottimale: 3-5 volte/settimana).</li> <li>• Se il paziente è decondizionato, iniziare con 10-30 min di esercizi aerobici ed incrementare di 10 min ogni settimana per raggiungere un volume settimanale ottimale in 3-4 settimane.</li> <li>• Per le attività di forza il paziente dovrebbe iniziare gradualmente con 1-3 set di 8-10 esercizi, aumentando il volume ogni settimana in base all'adattamento.</li> <li>• Durante le prime 3-4 settimane, iniziare ad intensità inferiore, incrementando il volume e successivamente l'intensità. La progressione deve tener conto dell'adattamento all'esercizio del paziente, dell'età e delle caratteristiche cliniche.</li> </ul>
Principi specifici per il lavoro di forza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partire da esercizi multi-articolari che coinvolgano i gruppi muscolari maggiori (v. <i>chest press, shoulder press, squat, abdominal crunch...</i>), introducendo poi successivamente esercizio mono-articolari dopo quelli multi-articolari (v. <i>biceps curl, triceps extension, leg extension...</i>).</li> <li>• Ruotare gli esercizi (arti superiori ed arti inferiori a agonisti-antagonisti).</li> <li>• Evitare la manovra di Valsalva durante il sollevamento dei pesi.</li> <li>• Velocità di esecuzione degli esercizi con pesi: lenta-moderata (durata fase concentrica: 2 s, durata fase eccentrica: 2-4 s; durata della serie almeno 40 s)</li> </ul>

RM, repetition maximum.



## Standardised Exercise Prescription for Patients with Chronic Coronary Syndrome and/or Heart Failure: A Consensus Statement from the EXPERT Working Group

Sports Medicine (2023) 53:2013–2037  
<https://doi.org/10.1007/s40279-023-01909-x>

CONSENSUS STATEMENT



ESC

European Society  
of Cardiology

European Heart Journal (2023) 44, 452–469  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac747>

**META-ANALYSIS**

*Ischaemic heart disease*

## Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis

Circulation

**AHA SCIENTIFIC STATEMENT**

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



ESC

European Society  
of Cardiology

European Heart Journal (2025) 00, 1–24  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf408>

## Standards for cardiac telerehabilitation

**A scientific statement of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP) of the ESC, and the ESC Working Group on e-Cardiology**



Focus sul paziente con malattia coronarica:  
ottimizzare i target farmacologici e dello stile di  
vita



QUANTO DURA IN MEDIA UN RICOVERO PER SCA?

SULLA BASE DELLE CONSIDERAZIONI PRECEDENTI , E'  
QUESTO UN TEMPO SUFFICIENTE PER IMPOSTARE  
(GARANTIRE) UN ADEGUATO FOLLOW-UP?



# SINDROME CORONARICA ACUTA

CHI INVIARE IN RIABILITAZIONE ?

I PAZIENTI «RIABILITABILI»

In ambito degenziale o in ambito ambulatoriale o di telemedicina



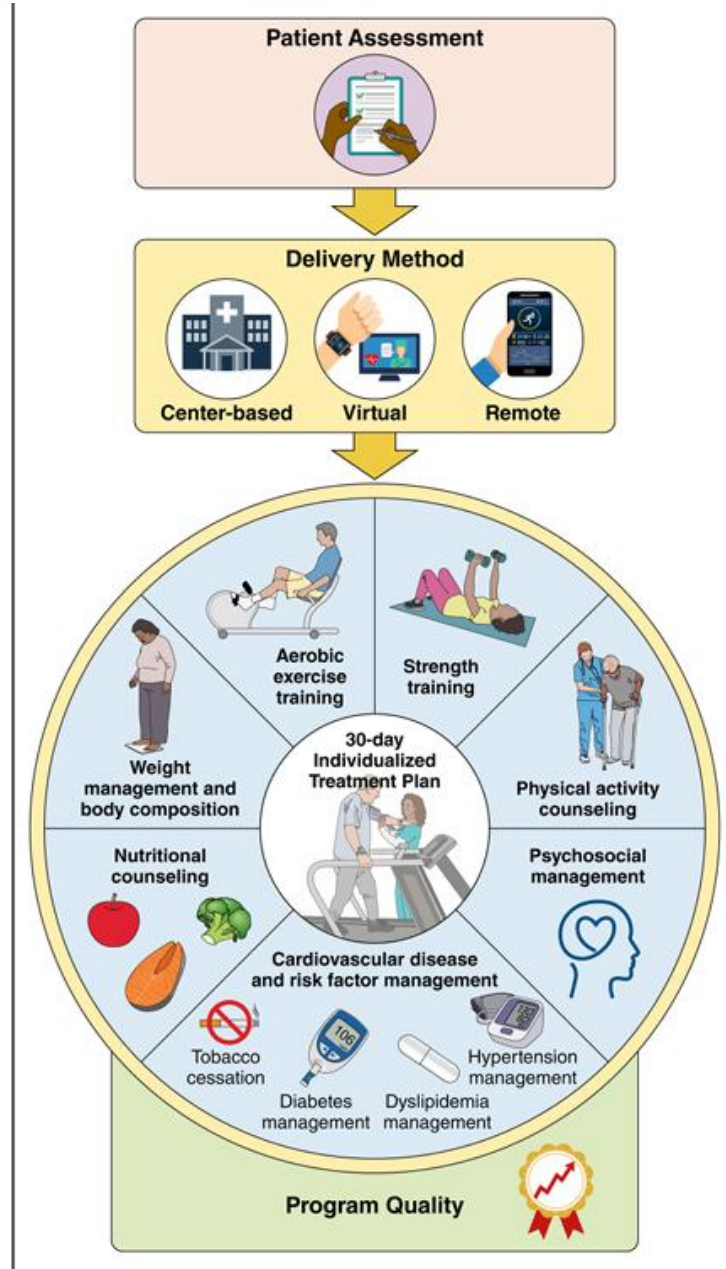
Circulation

October 29, 2024

AHA SCIENTIFIC STATEMENT

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

Endorsed by the American College of Cardiology



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>16</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>32</sup>, Massimo Grimaldi<sup>36</sup>, Fabrizio Oliva<sup>35,37,38</sup>

**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
<p>Esiti di sindrome coronarica acuta e/o angioplastica coronarica</p>	<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, rivascolarizzazione incompleta, mancata rivascolarizzazione/riperfusion, pregressa restenosi o trombosi di stent.</li> </ul>

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>16</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>32</sup>, Massimo Grimaldi<sup>36</sup>, Fabrizio Oliva<sup>35,37,38</sup>

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 asinerzia 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, rivascolarizzazione incompleta, mancata rivascolarizzazione/riperfusion, pregressa restenosi o trombosi di stent.</li> </ul>

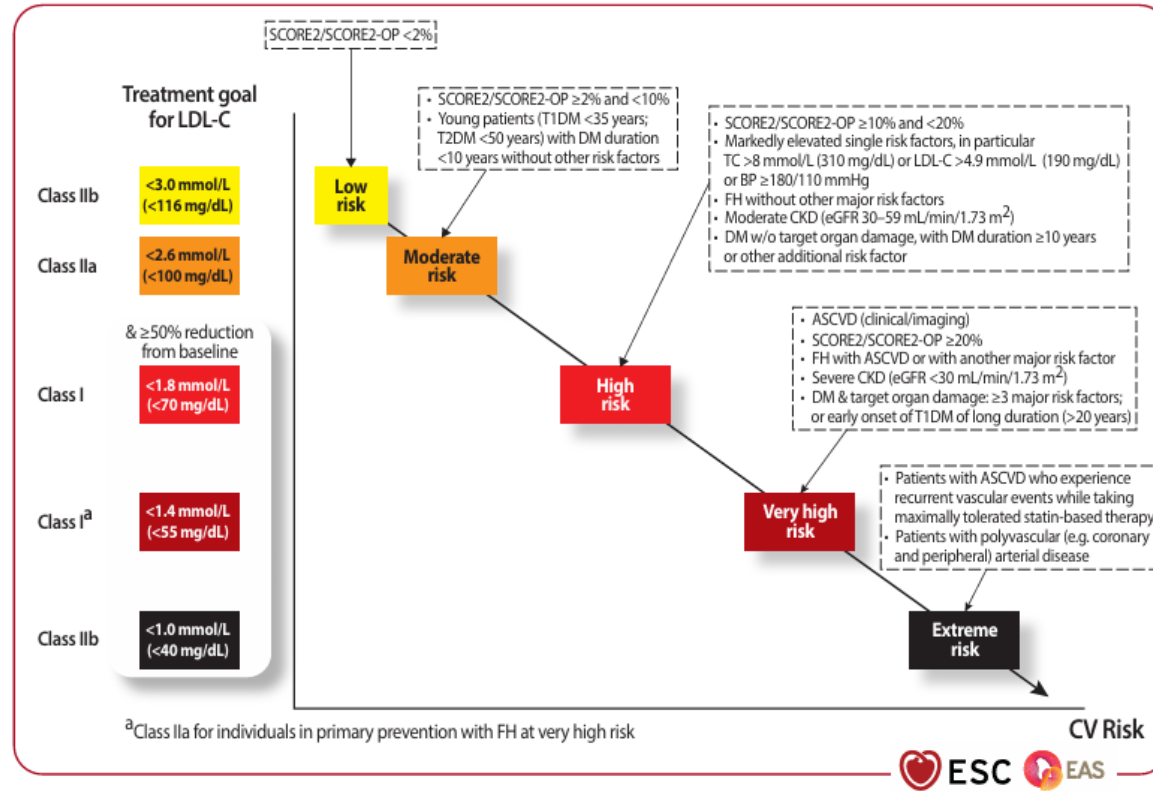


Figure 1 Treatment goals for low-density lipoprotein cholesterol across categories of total cardiovascular risk. ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; BP, blood pressure; CKD, chronic kidney disease; DM, diabetes mellitus; eGFR, estimated glomerular filtration rate; FH, familial hypercholesterolaemia; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; SCORE2, Systematic Coronary Risk Evaluation 2; SCORE2-OP, Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Older Persons; T1DM, type 1 DM; T2DM, type 2 DM; TC, total cholesterol.

Downloaded from https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/er



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

Carmine Riccio<sup>1</sup>, Francesco Fattoroli<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 Barisoni<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>16</sup>, Matteo Ruzzolini<sup>17</sup>, Simonetta Scalvini<sup>18</sup>, Pietro Scicchitano<sup>19</sup>, Elio Venturini<sup>20</sup>, Claudio Bilato<sup>21</sup>, Pasqualina Calisi<sup>22</sup>, Marco Corda<sup>23</sup>, Leonardo De Luca<sup>24</sup>, Massimo Di Marco<sup>25</sup>, Attilio Iacovoni<sup>26</sup>, Francesco Maranta<sup>27</sup>, Alessandro Navazio<sup>28</sup>, Vittorio Pascale<sup>29</sup>, Massimo Pistono<sup>30</sup>, Emanuele Tizzani<sup>31</sup>, Marika Werren<sup>32</sup>, Michele Massimo Gulizia<sup>33</sup>, Federico Nardi<sup>34</sup>, Domenico Gabrielli<sup>35</sup>, Furio Colivicchi<sup>36</sup>, Massimo Grimaldi<sup>37</sup>, Fabrizio Oliva<sup>38,39</sup>

# Multidomain Rehabilitation for Older Patients with Myocardial Infarction

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.

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 asineria 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 restenosi o trombosi di stent.</li> </ul>

## REHAB-HF

ESTABLISHED IN 1812

JULY 15, 2021

VOL. 385 NO. 3

### Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure



# ESPERIENZA ASST OVEST MILANESE

Ospedali Legnano - Magenta  
Cuggiono - Abbiategrasso

## IN DEGENZA RIABILITATIVA

-PAZIENTI INVIATI DA UTIC O CARDIOLOGIA CHE DEVONO OTTIMIZZARE TERAPIA O PROLUNGARE LA SORVEGLIANZA CLINICA CON DATA E PROGRAMMA DI FOLLOW-UP DA PARTE DEL CENTRO INVIANTE (DECISO PRIMA DELLA DIMISSIONE O DURANTE DEGENZA IN RIABILITAZIONE)

## IN PERCORSO MAC

- PAZIENTI ISCHEMICI CON COMPLICANZE CLINICHE, SOCIALI O PSICOLOGICHE ( ES.PAZIENTI GIOVANI, CON STEMI ESORDITO CON FV) AL TERMINE , TUTTI I PAZIENTI CON PROGRAMMA PRESTABILITO (AMBULATORI POST ANGIOPLASTICA, DELLO SCOMPENSO CARDICO) O FOLLOW-UP CLINICO CHE ESPLICITA NELLA LETTERA DI DIMISSIONE NUMERO E TIPO DI CONTROLLI ANNUALI ED ESAMI DA ESEGUIRE

## IN TELERIABILITAZIONE ?

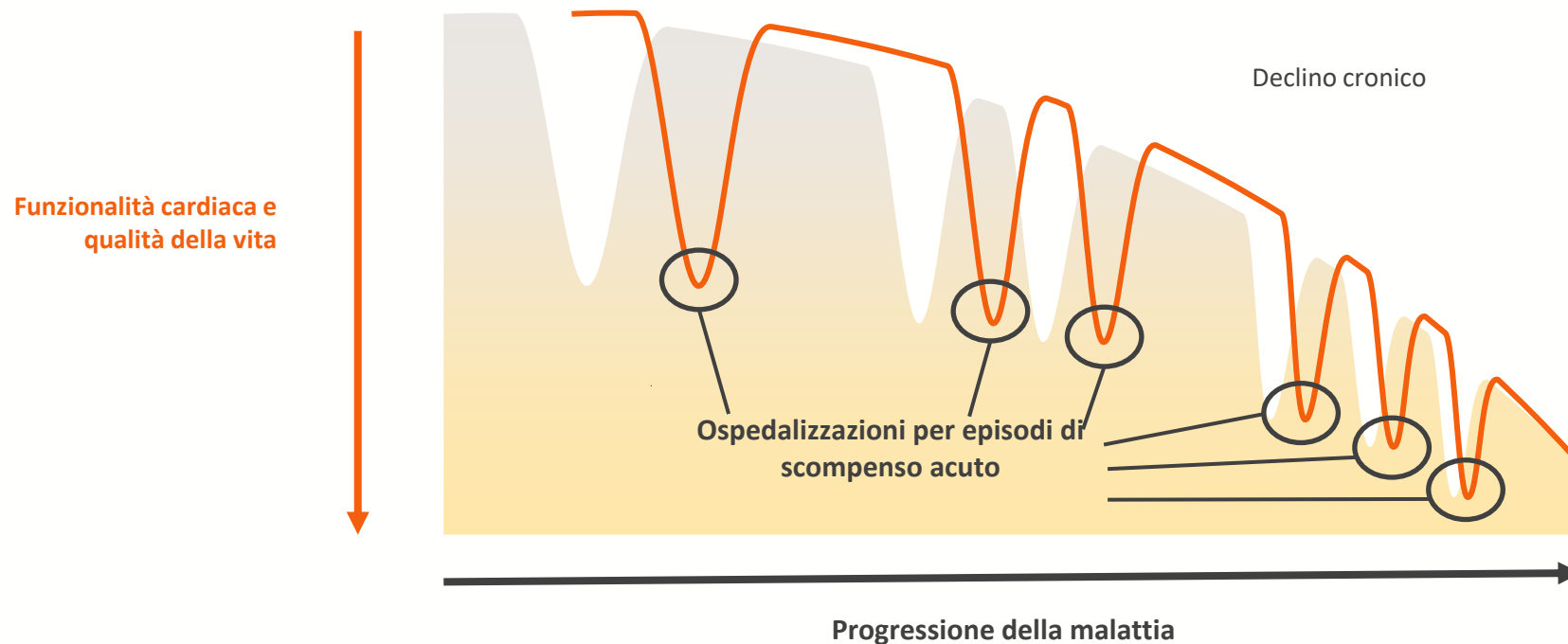
CONVEGNO DELLE CARDIOLOGIE DELL'ASST OVEST MILANESE

15 NOVEMBRE 2025 - Sala all'Annunciata, via Pontida 22 - Abbiategrasso (MI), 20081

# Conclusioni

La malattia coronarica e più in generale la malattia vascolare, è una sindrome cronica, inframmezzata da eventi acuti.

La gestione della fase post acuta puo' influenzare e indirizzare la traiettoria della fase cronica



## TRANSITION



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

5 NOVEMBRE 2025 | COSMO HOTEL PALACE MILANO



....grazie