

COSA FARE E COSA NON FARE DOPO UN INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Introduzione

“L’ho sentito arrivare che stavo a casa mia, pronto a recarmi a un incontro, dove mi attendevano molte persone. A discutere di cambiamenti sociali, culturali, religiosi. Mi ha fermato un dolore muto. Più che un dolore, un senso di oppressione al di sotto della bocca dello stomaco. [...] Sono rimasto lì ad ascoltare questo dolore muto, che non accendeva a diluire, a perdere intensità, nonostante l’attesa. Nonostante qualche palliativo. Non l’avevo mai provato. Non richiama il pericolo che tutti, alla mia età, temono. L’incombente, che ti aspetta all’angolo della strada, in qualsiasi momento della tua vita. Ti aggredisce. All’improvviso. Non avevo dolori al torace, alle spalle. Solo questa pressione allo stomaco, che si allargava e si acuire. Ma io sapevo, ne ero certo, che era lui. Stava arrivando. E non l’ho atteso”⁽¹⁾.

Sono le parole con cui Ilvo Diamanti, noto politologo ed editorialista di Repubblica, descrive l’infarto che lo ha colpito il 9 aprile 2011. E, per sua fortuna, una volta presa coscienza di quello che gli stava accadendo, non ha perso altro tempo e si è recato in ospedale dove è stato prontamente sottoposto alla terapia più efficace: l’angioplastica primaria (il famigerato *palloncino*) con impianto di stent. Grazie ai progressi terapeutici avvenuti negli ultimi 30 anni, tra cui l’angioplastica primaria, la prognosi delle persone colpite da un infarto miocardico acuto è molto migliorata e la maggior parte delle persone oggi sopravvivono all’episodio acuto e sono dimesse dall’ospedale in buone condizioni cliniche. *“Tutto passato. Il peggio. Mi hanno detto. E continuano a dirmi, via via che le mie condizioni migliorano. Tutto passato. Ma il*

presente è diverso. Sette giorni con me stesso. Accanto a me solo i medici, gli infermieri, le infermiere. Mia moglie. Sette giorni a guardarmi dentro. Ad ascoltarmi. A entrare dentro il mio cuore”⁽¹⁾. Anche questa fase immediata postangioplastica è descritta in modo perfetto da Diamanti. Rende conto dello smarrimento iniziale e della solitudine dell’uomo di fronte alla malattia improvvisa. Del bisogno delle persone care che attenuino questo senso di solitudine (la moglie). È la fase in cui i pazienti iniziano a farsi numerose domande ed intorno a loro ci siamo noi, medici ed infermieri, da cui, ovviamente, aspettano risposte.

In questo articolo, cercheremo di dare risposta ad alcuni dei quesiti che più di frequente ci vengono sottoposti: “Cosa posso fare e cosa non potrò fare da oggi in poi?”.

Il ritorno a casa

La dimissione dall’ospedale è un momento delicato in cui si mescolano diverse sensazioni: il sollievo per il ritorno a casa ma anche la paura per non essere più in ambiente protetto. Sono giorni in cui bisogna prendersi ancora un po’ di convalescenza e riprendere gradualmente le attività abituali. E sono i giorni in cui si inizia a *toccare con mano* gli effetti fisici e psicologici dell’infarto, che possono essere molto variabili: assenti o lievi nei casi di infarti non complicati, piccoli o trattati molto tempestivamente, molto debilitanti in caso contrario. Può essere utile intraprendere un programma di riabilitazione cardiaca, soprattutto per coloro che hanno avuto un danno maggiore (semplicemente un infarto più gran-

de) e per le persone anziane. La riabilitazione è volta a ripristinare il paziente ad una vita il più piena possibile, compreso il ritorno al lavoro⁽²⁾, con obiettivi che vanno stabiliti quanto prima insieme al personale sanitario. È ai medici, infatti, coadiuvati dagli infermieri, che compete la stima del rischio successivo per ogni singolo paziente e la somministrazione di consigli sullo stile di vita da perseguire dopo la dimissione.

Il ritorno alla vita

Il livello di ritorno alla normalità, come già anticipato, dipende prevalentemente dall'entità del danno subito. Tuttavia, un miglioramento (ma anche un peggioramento) è possibile per tutti, quindi vanno intraprese tutte le misure riabilitative e di prevenzione possibili.

Il lavoro

L'80%-90% di persone colpite da infarto ritorna a lavorare entro 2/3 mesi, una buona percentuale anche nelle prime settimane, tenendo ovviamente in considerazione sia il danno cardiaco che il tipo di lavoro. La ripresa di un lavoro fisicamente impegnativo non è preclusa in modo assoluto, anche se va riservata a casi molto selezionati e fatta con gradualità (si veda anche il paragrafo successivo). I lavori più a rischio sono quelli che richiedono sforzi anaerobi, ovvero sollevamento di pesi o mantenimento di posizioni difficili per tempi prolungati, e quelli molto stressanti. Lo stress lavorativo produce sbalzi pressori, tachicardia, tensione muscolare, irrequietezza, tutte condizioni che aumentano il consumo di ossigeno del cuore e stimolano la produzione delle catecolamine (adrenalina e simili), ormoni che possono avere effetti cardiovascolari sfavorevoli. Bisogna quindi imparare a controllare il più possibile lo stress, evitando tensioni e cercando sempre delle soluzioni positive per superarle. Per il resto, la maggior parte dei lavori sono alla portata delle persone infartuate. Questo è un aspetto di fondamentale importanza perché ha importanti ripercussioni di tipo psicologico e socio-economico. La persona che ha avuto un infarto deve accettare la sua malattia ma non sentirsi un peso per se stesso, i suoi cari e la società.

L'esercizio fisico

Una delle domande in assoluto più frequenti è sull'atti-

vità fisica consentita. Ebbene qui le risposte sono già state date in parte nel paragrafo precedente. L'attività fisica può essere gradualmente ripresa con limitazioni che variano in base a diversi parametri (tra gli altri, età, entità del danno cardiaco, presenza o meno di ischemia residua, documentazione di aritmie, livello di attività pre-infarto). L'attività fisica può essere distinta in ricreazionale, cioè eseguita nel tempo libero sulla base di interessi o attitudini personali, o professionale, ovvero associata con le prestazioni lavorative. Inoltre, può essere classificata come aerobica o anaerobica a seconda delle vie metaboliche attivate per la produzione di energia. L'attività aerobica è quella che richiede uno sforzo prolungato nel tempo e consuma grandi quantità di ossigeno, come ad esempio il cammino, il cammino veloce (*brisk walking*), l'escursionismo, il trekking di bassa intensità, la corsa lenta, la cyclette o la bicicletta in pianura, la ginnastica respiratoria e a corpo libero, il nuoto, il ballo. Gli sport anaerobici richiedono l'impiego di una notevole quantità di forza ma per periodi brevi o brevissimi (secondi), come nel sollevamento pesi, nello squash, nel salto in lungo, nei 100 e 200 metri ecc. Esistono poi molti sport di tipo misto: il calcio, la pallacanestro, la pallavolo, il tennis, la pallanuoto. In linea generale l'attività anaerobica è sconsigliata, mentre un'attività aerobica eseguita con regolarità può e deve essere consigliata. Fare esercizi regolarmente migliora infatti la resistenza allo sforzo, allevia lo stress, migliora il controllo dei fattori di rischio e riduce la necessità di assumere farmaci (p.es. per l'ipertensione e il diabete mellito), e vi sono anche evidenze che possa tradursi in un aumento della sopravvivenza⁽³⁾. L'entità dell'esercizio permesso deve essere commisurata ai rischi connessi, secondo i criteri stabiliti dalla stratificazione del rischio eseguita dal personale sanitario (p.es. mediante un test da sforzo). Pazienti a basso rischio possono eseguire anche esercizi di entità moderata/importante, seguendo un percorso di *training* adeguato. Pazienti a rischio moderato-alto dovrebbero avere una prescrizione strettamente individualizzata e di minore intensità. Tuttavia, un minimo di attività fisica va consigliata anche ai pazienti più compromessi, perché utile al mantenimento di una vita indipendente ed al contrasto delle patologie ansioso-depressive.

L'alimentazione

Le Linee Guida delle principali società cardiologiche europee ed americane sottolineano come una corretta alimentazione sia importante nella prevenzione di nuovi eventi cardiovascolari^(2,4,5). I consigli dietetici possono essere riassunti così:

1. contenere l'apporto calorico per evitare il sovrappeso;
2. aumentare il consumo di frutta e verdura, cereali e pane integrale, e pesce (soprattutto pesce *azzurro*), carne magra, e prodotti lattiero-caseari a basso contenuto di grassi;
3. ridurre il consumo di grassi e colesterolo e sostituire il più possibile i grassi saturi (da fonte animale) con i grassi insaturi (da fonti vegetali);
4. ridurre l'assunzione di sale, soprattutto per i soggetti ipertesi.

L'adozione di una dieta di questo tipo, comunemente nota come *dieta Mediterranea*, è associata a numerosi effetti benefici, tra cui la riduzione del colesterolo, l'aumento del colesterolo HDL (colesterolo *buono*), riduzione dei trigliceridi, miglioramento della pressione sanguigna e del metabolismo del glucosio, minore prevalenza e più lenta progressione della sindrome metabolica^(6,7). Un cenno a parte merita l'assunzione di alcolici. In linea di massima, non ci sono motivi per consigliare l'astinenza dagli alcolici dopo un infarto. Al contrario, numerosi studi suggeriscono una riduzione degli eventi cardiaci nei pazienti che assumono modiche quantità di alcolici⁽⁸⁾, probabilmente attraverso diversi meccanismi: riduzione della pressione arteriosa, presenza di antiossidanti (p.s. i flavonoidi ed i tannini contenuti nel vino rosso), azione antitrombotica, aumento del colesterolo HDL. È molto difficile però stabilire a cosa corrisponda la giusta quantità nel singolo individuo (dipende da molti parametri) e va tenuto presente che un eccesso di alcolici, oltre ad avere effetti negativi su altri organi, può annullare gli effetti benefici sul cuore delle modiche quantità e, anzi, esercitare un effetto finale negativo attraverso altri meccanismi sfavorevoli, come l'aumento della pressione arteriosa e del peso corporeo (ricordiamo che l'alcool ha un elevato contenuto calorico). In sintesi, è necessario assumere alcolici *cum grano salis*, limitando le quantità, preferendo il vino rispetto ai superalcolici e il vino rosso rispetto al bianco (ma qui si entra più nel

campo delle ipotesi che delle prove). Infine, da buoni italiani, un cenno al caffè. Questo è un aspetto in cui i giudizi preconstituiti superano spesso l'evidenza. Sgombriamo subito il campo dai dubbi: non c'è alcuna controindicazione assoluta al caffè nei soggetti che hanno avuto un infarto miocardico. Un grande e recente studio italiano ha infatti documentato la sicurezza di 2-4 tazzine del nostro caffè al giorno in persone che avevano avuto un infarto nei 2-3 mesi precedenti⁽⁹⁾. Vi sono addirittura alcune ipotesi che bere caffè riduca i marcatori di infiammazione sistemica e lo stress ossidativo, aumentando al contempo livelli di colesterolo HDL. Altri studi però hanno avuto risultati discordanti, per cui anche qui va perseguita la politica della moderazione: sì a un buon caffè, evitando gli eccessi.

L'attività sessuale

"Ho fatto sesso tre giorni dopo aver avuto un attacco cardiaco e non sono morto... deve essere una specie di record!" Questa frase è pronunciata da Jack Nicholson, nei panni di Harry Sanborn, nel fim "Tutto può succedere" (Fig. 1). Tre giorni forse sono troppo pochi, ma l'attività sessuale può essere tranquillamente ripresa a breve distanza da un infarto miocardico. Molti dati indicano che ciò non avviene, nonostante si tratti di un aspetto con ricadute importanti sulla qualità di vita; questo è vero soprattutto per coloro che non ricevono consigli specifici su questo argomento dal personale sanitario. Vi è anche una disparità tra uomo e donna, con circa il 70% degli uomini sessualmente attivi ad un anno dall'infarto contro il 40% delle donne (anche se l'età più avanzata delle donne può in parte giustificare questo dato).



Figura 1.

Ovviamente, l'attività sessuale va commisurata allo *status* del paziente infartuato, al pari dell'attività fisica di altro tipo. In generale, essa può essere ripresa con sicurezza quando i soggetti sono in grado di eseguire un esercizio fisico moderato (come salire una rampa o due di scale) in assenza di sintomi. L'intervallo di tempo più spesso consigliato è di 2-4 settimane. È importante sottolineare come alcuni studi abbiano documentato un aumento del rischio di infarto dopo l'attività sessuale, sebbene il rischio assoluto sia molto piccolo. Tale rischio sarebbe, secondo opinioni esperte, da collegare al livello di sforzo eccessivo più che al sesso di per sé. Un discorso a parte meritano i pazienti con disfunzione erettile. L'infarto e l'assunzione di alcuni farmaci possono provocare o acuitizzare problemi di questo tipo. L'assunzione di farmaci come il sildenafil (Viagra®) o il tadalafil (Cialis®) è possibile e sicura^(10,11) e spesso aiuta a riprendere un'attività sessuale accettabile. È tuttavia raccomandata un'attenta valutazione individuale prima della prescrizione, preferibilmente completata da un test da sforzo. Quindi, il farmaco deve essere somministrato con cautela nei pazienti con ischemia coronarica inducibile e in pazienti con episodi di scompenso cardiaco. Il farmaco è invece assolutamente controindicato nei pazienti che assumono nitrati.

Altre attività

La guida di automobili può essere ripresa circa una settimana dopo un infarto con gradualità, sempre nel rispetto delle regole previste dalla legge italiana. Soprattutto nei primi tempi, sono sconsigliati tragitti a lunga percorrenza ed orari di traffico intenso. Per i pazienti che hanno subito un infarto complicato (p.es. con necessità di rianimazione o accompagnato da ipotensione o aritmie gravi), la ripresa della guida deve essere ritardata di 2-3 settimane⁽⁴⁾. La guida è vietata ai soggetti con gravi disturbi del ritmo cardiaco o con sintomi di angina pectoris a riposo. Il rinnovo della patente di guida, al candidato o conducente che sia stato colpito da infarto del miocardio, è subordinato al parere di un medico autorizzato. Non ci sono controindicazioni ad effettuare dei viaggi di lavoro o turistici. Basta seguire delle regole di buon senso: se il viaggio è particolarmente lungo, prevedere delle tappe intermedie; evitare situazioni estreme (caldo o freddo eccessivo); prestare attenzione alla dis-

idratazione; avere sempre con sé una scorta sufficiente di farmaci. Per viaggi in montagna fino a 1500 metri non ci sono problemi, mentre per altitudini superiori la rarefazione dell'ossigeno potrebbe creare problemi ad alcuni soggetti a rischio ma in generale fino ai 2500 metri è difficile che si abbiano problemi importanti. Tutte le attività fisiche ad altitudini elevate (passeggiate, sci) vanno riservate a persone adeguatamente preparate e dopo consultazione con il proprio cardiologo. Al mare, è meglio evitare le aree con tassi di umidità molto elevate o avere l'accortezza di evitare gli orari più caldi. Tutto ovviamente deve essere commisurato allo stato clinico del paziente. Similmente, non ci sono problemi maggiori a viaggiare in aereo ma bisogna tener presente che la maggior parte dei velivoli commerciali hanno una pressurizzazione massima equivalente a 2440 metri di altitudine. Quindi, nessun problema per la maggior parte dei soggetti, ma una certa cautela è necessaria per quelli con angina o dispnea a riposo⁽⁴⁾.

Lo stile di vita

Purtroppo, la malattia coronarica è una condizione cronica e i soggetti che hanno avuto un infarto presentano un rischio di nuovi eventi superiore a quello della popolazione generale. Le misure di prevenzione *secondaria* (che in termini medici indica quella prevenzione messa in atto dopo che si sia verificato un evento e non prima, quando si attua la prevenzione *primaria*) hanno pertanto un ruolo fondamentale nel contenere e possibilmente ridurre al minimo il rischio successivo. Tra esse si annoverano misure farmacologiche, trattate in maniera estesa nell'articolo successivo, e misure non farmacologiche, che attengono allo stile di vita in generale ed al controllo dei fattori di rischio in particolare. I fattori di rischio *modificabili* sono: colesterolo, fumo, ipertensione, diabete mellito, obesità/sovrappeso, stress. Molti di questi aspetti sono già stati discussi in precedenza. È raccomandabile la completa astensione dal fumo⁽²⁾: il concetto di *poche* sigarette non è razionale perché in qualsiasi quantità, ed in forma sia attiva che passiva, il fumo è associato ad un chiaro aumento delle malattie cardiovascolari e dei tumori. Smettere di fumare vuol dire ridurre la probabilità di morire ed è considerata tra le più efficaci misure di prevenzione secondaria. Dopo l'infarto, è

opportuno cercare di mantenere l'impegno a cambiare stile di vita, scegliendo comportamenti più sani ed evitando per quanto possibile gli eccessi di ogni tipo. Bisogna attenersi scrupolosamente alle terapie farmacologiche prescritte e alle raccomandazioni del personale sanitario, discutendo liberamente con loro qualsiasi aspetto poco chiaro ma abbandonando inutili e potenzialmente dannosi atteggiamenti negazionisti. Occorre inoltre sottoporsi a regolari controlli clinici la cui periodicità va stabilita sulla base delle condizioni individuali di ogni soggetto e che, nei casi più stabili, possono anche essere dilazionati nel tempo.

La cardiologia riabilitativa

È chiaro che il modo ideale per garantire a tutti i pazienti informazioni individualizzate sulle modalità di ritorno alle attività quotidiane sarebbe la gestione attraverso strutture dedicate di cardiologia riabilitativa. Le attuali Linee Guida raccomandano la riabilitazione cardiologica dopo la fase acuta dell'infarto con il massimo livello di evidenza. Ciononostante, esistono ancora importanti barriere all'accesso dei pazienti alle strutture di cardiolo-

gia riabilitativa, dovute in gran parte alla discrepanza tra pazienti candidati ed effettiva recettività. Un recente Documento di Consenso ANMCO/IACPR-GICR12 (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri/Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology-Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa) ha individuato dei criteri di priorità per l'accesso alle strutture di degenza riabilitativa cardiologica basati sul livello di rischio clinico del paziente al momento della dimissione (*Tab. 1*). Si tratta di una presa di posizione importante che pone l'accento sulla necessità di rafforzare i presidi che garantiscono la continuità assistenziale nella fase postacuta ai soggetti affetti da patologie cardiovascolari.

Conclusioni

L'infarto è senza dubbio una malattia seria che va affrontata con serietà, forza d'animo e razionalità. L'ottimismo deve e può essere il frutto della ragione e non dell'inconscienza. Speriamo con le nostre parole di aver risposto ai quesiti su cosa si possa fare e cosa no dopo un infarto miocardico. Speriamo anche di essere riusciti a trasmet-

TABELLA I

Indicazioni di priorità per l'invio dei pazienti a strutture riabilitative⁽¹²⁾

Tipologia di paziente	Livello di priorità per l'invio a strutture riabilitative
Pazienti per i quali l'invio a strutture riabilitative degenziali, dopo la fase acuta, è prioritario	Pazienti infartuati ad alto rischio clinico: <ul style="list-style-type: none"> • infarto miocardico con scompenso o con disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione <40%); • infarto miocardico con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o con comorbidità; • infarto miocardico in persone che svolgono vita estremamente sedentaria o anziani.
Pazienti per i quali è consigliato un ciclo riabilitativo preferibilmente ambulatoriale	Pazienti con alto rischio clinico-cardiovascolare caratterizzato da: <ul style="list-style-type: none"> • rivascolarizzazione incompleta, coronaropatia diffusa o critica, multipli fattori di rischio, resistenza a mutare lo stile di vita, specie se in pazienti giovani. Pazienti con sindromi ansioso-depressive reattive, specie se disponibile un consulente psicologo.
Pazienti che hanno indicazione ma non hanno priorità per un trattamento riabilitativo	Pazienti con rischio clinico basso (circa il 70% degli infartuati) e con rischio cardiovascolare medio-basso in base alle carte del rischio, per i quali va comunque garantita prima della dimissione una corretta informazione/educazione sulla propria malattia e sulle abitudini di vita da seguire.

tere fiducia nella potenzialità di riprendere una vita il più normale possibile, rinunciando non alle cose piacevoli che determinano la qualità e la bellezza della vita stessa ma agli inutili eccessi, ai vizi dannosi, al rifiuto di alcuni cambiamenti. *“L’infarto è un’occasione, se hai la fortuna di incontrarlo senza danni irreparabili. È un’occasione che ti è data. [...] L’infarto è un’occasione, se lo*

accogli senza fingere. Che nulla sia cambiato. Che tutto continuerà come prima. Se non ti fai prendere dal panico e dalla paura. Dalla paura della paura. L’infarto è l’occasione per ricominciare. Se ne sei capace. Per guardarti dentro e intorno. Perché domani, certo, è un altro giorno. Ma anch’io, oggi, sono un altro. Diverso da prima. E non sarò più lo stesso”⁽¹⁾. Parole sagge. Sarà un uomo migliore.

Bibliografia

1. http://www.repubblica.it/rubriche/bussole/2011/04/19/news/quando_il_cuore_si_ferma-15139972/ Consultato il 31/10/2011.
2. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29:2909-45.
3. Giannuzzi P, Mezzani A, Saner H, et al. Physical activity for primary and secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:319-27.
4. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44:E1-E21.
5. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007;28:2375-414.
6. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:1299-313.
7. Salas-Salvado J, Bullo M, Babio N, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care* 2010;34:14-9.
8. Mukamal KJ, Chen CM, Rao SR, Breslow RA. Alcohol consumption and cardiovascular mortality among U.S. adults, 1987 to 2002. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:1328-35.
9. Sillella MG, Marfisi R, Levantesi G, et al. Coffee consumption and risk of cardiovascular events after acute myocardial infarction: results from the GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell’Infarto miocardico)-Prevenzione trial. *Circulation* 2007;116:2944-51.
10. Arruda-Olson AM, Mahoney DW, Nehra A, Leckel M, Pellikka PA. Cardiovascular effects of sildenafil during exercise in men with known or probable coronary artery disease: a randomized crossover trial. *JAMA* 2002;287:719-25.
11. Cheitlin MD, Hutter AM, Jr., Brindis RG, Ganz P, Kaul S, Russell RO, Jr., Zusman RM. ACC/AHA expert consensus document. Use of sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. American College of Cardiology/American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 1999;33:273-82.
12. Greco C, Cacciatore G, Gulizia M, Martinelli L, Oliva F, Olivari Z, Seccareccia F, Temporelli PL, Urbinati S; Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa. Criteri per la selezione dei pazienti da inviare ai centri di cardiologia riabilitativa. *G Ital Cardiol* 2011;12:219-29.

Francesco Saia, Alessandra Berardini, Beatrice Magro*

*Istituto di Cardiologia, Università di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
Diagnostica e Interventistica Cardiovascolare, Ospedale Civile di Rovigo