

BIELLA CUORE
12-13 SETTEMBRE 2025

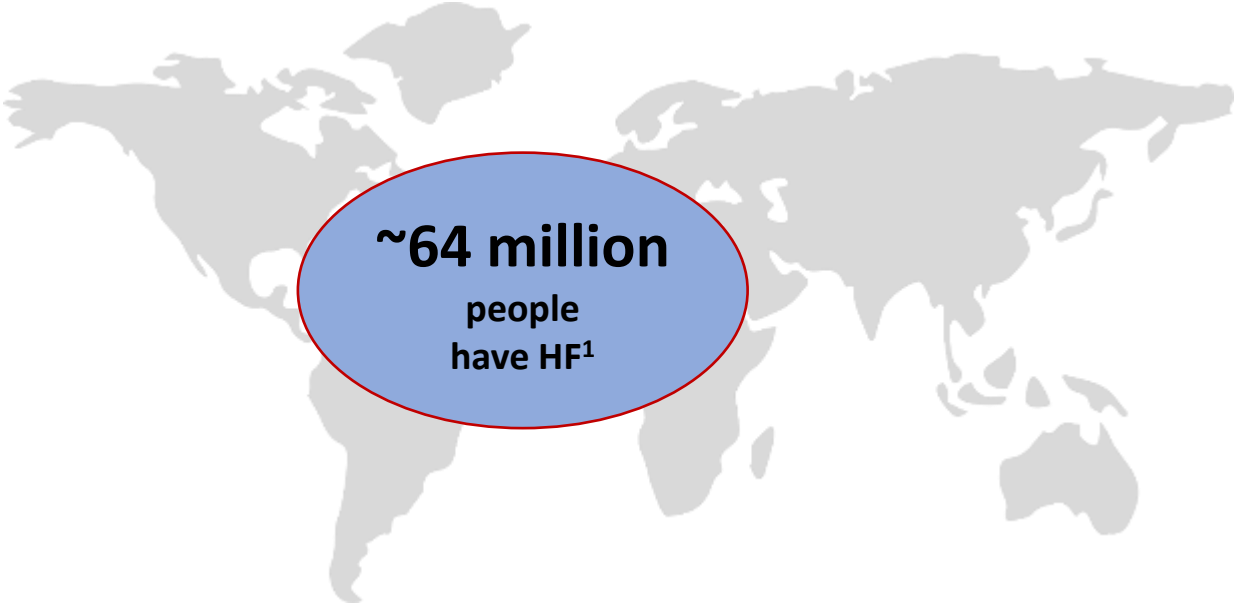


"Scompenso Cardiaco": il Valore dell'Ambulatorio Infermieristico

Alessandra Lavino Zona, Valeria Leo, Elena Tiso
Infermiere - S.C. Cardiologia ASL BI



Lo SCOMPENSO CARDIACO è un importante problema di sanità pubblica in tutto il mondo....



~64 million
people
have HF¹



Aumento previsto di casi dal 2012 al 2030 è di circa **24%**²



Tasso di mortalità a 5 anni è di circa **50%**³



Costo stimato è di circa **~350 miliardi di dollari US**²

HF = heart failure; HFpEF = heart failure with preserved ejection fraction; US = United States.

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Lancet*. 2018;392:1789-1858; 2. Lippi G et al. *AME Med J*. 2020;5:15; 3. Jones NR et al. *Eur J Heart Fail*. 2019;21:1306-1325; 4. Mamas AM et al. *Eur J Heart Fail*. 2017;19:1095-1104; 5. Omote K et al. Online ahead of print. *Annu Rev Med*. 2021.



Lo scompenso cardiaco è una delle principali cause di ospedalizzazione^{5,6} e la causa numero 1 di ospedalizzazione nei pazienti di età superiore a 65 anni⁷

La percentuale di riammissione in ospedale dopo HHF raggiunge il 30% entro 90 giorni⁸

Più di un terzo dei pazienti viene riammesso nei primi 6 mesi dopo la dimissione⁹

Ogni riammissione è associata a una più elevata probabilità di successive riospedalizzazioni, visite di emergenza e morte⁹

La mortalità intraospedaliera durante l'HHF raggiunge il 10%⁹

Circa il 25-30% dei pazienti ricoverati in ospedale per scompenso cardiaco muoiono entro 1 anno⁹

HF, heart failure; HHF, hospitalization for heart failure.

1. McMurray JJ et al. Eur Heart J. 2012;33:1787; 2. Yancy CW et al. Circulation. 2013;128:e240; 3. Roger VL et al. Circulation. 2012;125:e2; 4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Lancet. 2017;390:1211; 5. Blecker S et al. J Am Coll Cardiol. 2013;61:1259; 6. Ambrosy AP et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63:1123; 7. Azad N, Lemay G. J Geriatr Cardiol. 2014;11:329; 8. Fonarow GC et al. J Am Coll Cardiol. 2007;50:768; 9. Metra M et al. Eur J Heart Fail. 2023;25:1115.



COSA CI DICONO LE LINEE GUIDA

Definizione di scompenso cardiocircolatorio

- ➔ Non è una singola diagnosi patologica, ma una sindrome clinica costituita da **sintomi cardinali** (ad esempio: dispnea, edema agli arti inferiori e affaticamento) che possono essere accompagnati da **segni** (ad esempio: aumento della pressione venosa giugulare, rantoli polmonari e edema periferico).
- ➔ È dovuto a un'**anomalia** strutturale e/o funzionale del cuore che determina un **aumento** delle pressioni intracardiache e/o una **inadeguata** gittata cardiaca a riposo e/o durante l'esercizio.
- ➔ Nella sua diagnosi l'identificazione dell'eziologia della disfunzione cardiaca sottostante è **obbligatoria**, poiché la specifica patologia può determinare il trattamento successivo.
- ➔ Più comunemente è dovuto a **disfunzione miocardica**: sistolica, diastolica o entrambe. Tuttavia, anche la patologia delle valvole, del pericardio e dell'endocardio, così come le anomalie del ritmo e della conduzione cardiaca, possono causare o contribuire al scc.



COSA CI DICONO LE LINEE GUIDA

Terapia nello scompenso cardiocircolatorio



To reduce mortality - for all patients			
ACE-I/ARNI	BB	MRA	SGLT2i

To reduce HF hospitalization/mortality - for selected patients
Volume overload Diuretics

Le **linee guida** definiscono come fondamentale già nelle prime 4 settimane iniziare tutti questi farmaci, se possibile, per ottenere la massima efficacia clinica nel più breve tempo possibile, così da ridurre al minimo (entro 3 mesi) il periodo di attesa per una rivalutazione del paziente e quindi per un eventuale impianto di defibrillatore con o senza CRT.

Soluble guanylate cyclase stimulator

Vericiguat may be considered in patients in NYHA class II–IV who have had worsening HF despite treatment with an ACE-I (or ARNI), a beta-blocker and an MRA to reduce the risk of CV mortality or HF hospitalization.¹⁴¹

IIb

B



COSA CI DICONO LE LINEE GUIDA

Caratteristiche del trattamento per lo SCC

5.2.1 Goals of pharmacotherapy for patients with heart failure with reduced ejection fraction

Pharmacotherapy is the cornerstone of treatment for HFrEF and should be implemented before considering device therapy, and alongside non-pharmacological interventions.

There are **three major goals** of treatment for patients with HFrEF: (i) **reduction in mortality**, (ii) **prevention of recurrent hospitalizations due to worsening HF**, and (iii) **improvement in clinical status, functional capacity, and QOL**.^{100–102}

- RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ
- PREVENZIONE DELLE OSPEDALIZZAZIONI RICORRENTI PER PEGGIORAMENTO DELLO SCOMPENSO
- MIGLIORAMENTO DELLO STATO CLINICO, DELLA CAPACITÀ FUNZIONALE E DELLA QUALITÀ DI VITA



Timing valutazione paziente: dalla fase acuta alla fase cronica

Fase intermedia

- Identificare l'eziologia e le comorbidità rilevanti
- Titolare la terapia per controllare i sintomi, la congestione e ottimizzare la pressione arteriosa
- Iniziare e aumentare progressivamente la dose della terapia farmacologica modificante la malattia
- Considerare la terapia strumentale nei pazienti appropriati

Ambiente ospedaliero



Fase finale: pre-dimissione e gestione a lungo termine

- Sviluppare un piano accurato che preveda:
 - un programma per un aumento progressivo della dose e il monitoraggio della terapia farmacologica
 - necessità e tempi di revisione per una terapia strumentale
 - chi vedrà il paziente e quando
- Iscrivere al programma di gestione delle malattie, formare, apportare modifiche allo stile di vita
- Prevenire la riammissione anticipata
- Migliorare i sintomi, la QoL e la sopravvivenza

Le linee guida pongono l'attenzione, oltre che su una diagnosi rapida, una stratificazione del rischio e una gestione appropriata dei farmaci, anche su:

- **promozione dell'aderenza terapeutica**
- **implementazione dei percorsi di follow-up**
- **educazione dell'utente**
- **modifica dei fattori di rischio**

Figura 3. Obiettivi del trattamento dello scompenso cardiaco acuto.
QoL, qualità di vita.
Adattata da Ponikowski et al.¹⁵.



Il nostro Ambulatorio Infermieristico

A chi è rivolto:

pazienti dimessi dalla SC Cardiologia con diagnosi di scompenso cardiaco di nuova insorgenza o a rischio di instabilità repentina



Da chi è gestito:

- 3 infermieri della SC Cardiologia e UTIC
- Medico Cardiologo di riferimento

Com'è strutturato:

- Il venerdì vengono visitati un totale di 7 pazienti (uno all'ora) da un'infermiera dedicata in turno di giornata
- Documentazione creata ad hoc
- Cardiologo di riferimento presente in reparto per eventuale titolazione e/o modifica terapia



Presa in carico Ambulatorio infermieristico

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE



VISITA: valutazione infermieristica, esami ematici, eventuale variazione della terapia su indicazione medica



EDUCAZIONE TERAPEUTICA: segni e sintomi, peso, parametri vitali, empowerment, automonitoraggio, autocura

OBIETTIVI



Migliorare la qualità di vita del paziente



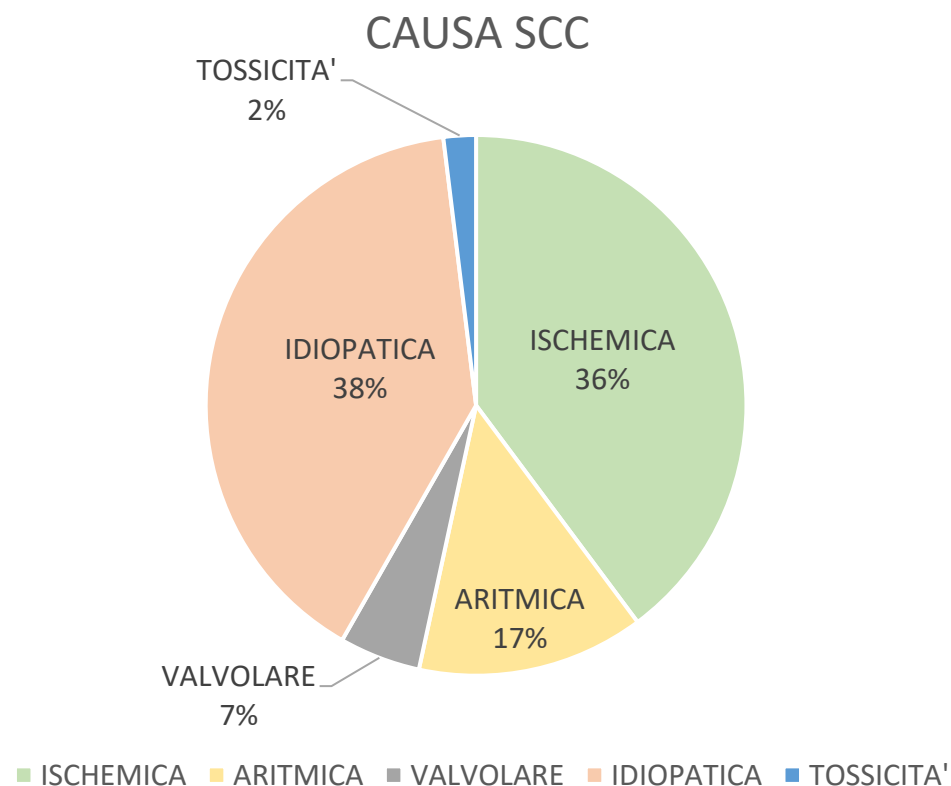
- titolazione terapia
- monitoraggio clinico
- mantenimento della stabilità clinica
- educazione terapeutica e counselling su corretti stili di vita
- eventuale contatto con gli infermieri del territorio



Risultati

I dati di seguito riportati sono relativi ai volumi di attività registrati dall'ambulatorio scompenso cardiaco dell'ASLBI negli ultimi due anni (Maggio 2023- Maggio 2025). Presi in carico 162 pazienti.

Pazienti (N)	N	%
SESSO:		
M	127	78%
F	35	22%
Età:		
<=64	42	26%
64><75	46	28%
>=75	74	46%





Parlando di numeri...

Risultati (N. tot pz 162)

61 pz portatori di LF dalla dimissione (5 l'hanno rifiutato in itinere)



70% dei pazienti ha recuperato la frazione di eiezione e prosegue follow up medici annuali/semestrali

Dopo 3 mesi:

- 31 pz → ICD (18%)
- 15 pz → ricovero per recidiva di SCC (8%)
- 7 pz → deceduti (3%)



Un caso clinico

SIG.RA LINA, 59 ANNI

LINFOMA, DIABETE,
IPERTENSIONE,
DISLIPIDEMIA E
ARTRITE REUMATOIDE

RICOVERO IL 27-11-24
PER DISPNEA AI
MINIMI SFORZI,
EDEMI - FE 22%

28-11 ESEGUIVA
CORONAROGRAFIA:
CORONARIE INDENNI

DIMESSA IL 4-12 IN
LIFE VEST - MRA,
BETA BLOCCANTE,
GLIFOZINA, ARNI

Si programma Follow-up infermieristico



Presa in carico ambulatoriale infermieristica

20-12: RIDOTTO
DIURETICO

17-01: TITOLATO ARNI

21-02: TITOLATO ARNI



12-03 VISITA MEDICA:
SOSPESO LIFE VEST -
FE 46%



Take home message

Importanza fondamentale di una presa in carico precoce post dimissione con necessità di follow up regolari e strutturati

Limiti:

pazienti provenienti
esclusivamente dalla
S.C. Cardiologia o
dall'Ambulatorio di
Cardiologia



Implicazioni future:

estensione ambulatorio
infermieristico e
maggior coinvolgimento
dei servizi territoriali



"L'ambulatorio dello scompenso cardiaco non è solo un luogo di cura, ma un punto di riferimento continuo per il paziente: perché nella gestione della cronicità, la presenza costante fa la differenza"