



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**LO SCOMPENSO CARDIACO:  
GESTIONE INTEGRATA E FOLLOW-UP**

Relatore:  
**Illuminati Maria Teresa**  
**FIRMA**

Tesi di Laurea di:  
**Sciarresi Alessio**  
**FIRMA**

A.A. 2020/2021

Sede di Fermo

## INDICE

1. Introduzione .....	1
2. Epidemiologia .....	6
3. Assistenza infermieristica.....	10
4. Obiettivo .....	13
5. Materiali e metodi .....	14
Risultati .....	32
Bibliografia e Sitografia.....	34
Allegati.....	35

## **ABSTRACT**

L'insufficienza cardiaca è una patologia nella quale il cuore non riesce a pompare la quantità adeguata di sangue necessaria all'organismo. Questo è il risultato di una riduzione della gittata cardiaca, le cui cause più comuni sono: sindromi coronariche, diabete mellito, ipertensione, obesità o cardiopatia. Lo scompenso cardiaco è generalmente classificabile in SC con frazione di eiezione ridotta (HFrEF) oppure in SC con frazione di eiezione preservata (HFpEF). Sono state progettate due tipologie di stadiazioni per differenziare la gravità dell'insufficienza cardiaca: la New York Heart Association (NYHA) con quattro classi di limitazioni fisiche e l'American College of Cardiology insieme all'American Heart Association (ACC/AHA) con quattro stadi della sindrome. Per arrivare a diagnosticare lo scompenso cardiaco è necessario eseguire alcuni esami ematici, indagini strumentali specifiche ed una visita cardiologica. A livello epidemiologico, l'insufficienza cardiaca è la principale causa dei ricoveri per la popolazione di età superiore a 65 anni. Nello specifico, la prevalenza dello SC può essere stimata nell' 1-2% nel mondo occidentale mentre l'incidenza si avvicina a 5-10 per 1000 persone all'anno. Nella gestione dello scompenso, l'infermiere ha il ruolo fondamentale di educazione, gestione e mantenimento della cura di sé del paziente. Per mantenerla, è necessario garantire al paziente una continuità assistenziale basata su monitoraggi ambulatoriali e telefonici. L'elaborato documenta il PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) utilizzato nella Regione Marche per la gestione del paziente con scompenso cardiaco ed implementato all'interno della U.O.C. Cardiologia dell'Ospedale A. Murri di Fermo. E' stato mappato, tramite la creazione di flow-chart, il nuovo percorso clinico-assistenziale che il paziente affetto da SC dovrà seguire, ottenendo come risultati garanzia ed equità di accesso agli strumenti di gestione della fase acuta e cronica. Per quanto riguarda l'ambulatorio dello scompenso della U.O.C. Cardiologia dell'Ospedale A. Murri, si è voluto far luce sulla continuità assistenziale erogata dalla gestione medico-infermieristica. Sono state visualizzate ed argomentate le schede impiegate per il monitoraggio sia ambulatoriale che domiciliare. Questo sistema di follow-up ha raggiunto ottimi risultati, come una bassa percentuale di riospedalizzazione, l'abbassamento dei costi sanitari e l'ottima reattività nella gestione delle riacutizzazioni.

## 1. INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) è una complessa sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici: dispnea, ortopnea, gonfiore degli arti inferiori e affaticamento. Tali sintomi sono accompagnati da segni come un'elevata pressione giugulare, crepitii polmonari ed edema periferico. Entrambi sono causati da un'anomalia cardiaca di carattere strutturale e/o funzionale, con una conseguente riduzione della gittata cardiaca e/o un aumento delle pressioni intracardiache a riposo o sotto sforzo. In quanto entità patologica, lo SC ha implicazioni di vasta portata non solo in termini di mortalità e morbilità per gli individui affetti, ma anche per le infrastrutture necessarie per fornire assistenza a questi pazienti. Nel Regno Unito si spendono circa 980 milioni di sterline all'anno per la gestione dei pazienti con SC mentre la Banca mondiale stima il costo economico globale a 108 miliardi di dollari l'anno (Kurmani, S., & Squire, I., 2017).

L'anomalia cardiaca sopra citata fa arrivare una insufficiente quantità di sangue all'organismo percependo come conseguenza un affaticamento muscolare. Inoltre, la ridotta circolazione sanguigna genera, attraverso complessi meccanismi, un accumulo di liquidi nel corpo che si traduce in un aumento del volume circolante del sangue. Questi liquidi tendono rapidamente ad ammassarsi soprattutto al livello dei polmoni, limitando l'assorbimento di ossigeno nel sangue e causando dispnea. Il sovraccarico di liquidi può provocare edemi declivi, gonfiore al livello del fegato e degli organi digestivi causando come risultato la diminuzione dell'appetito. In aggiunta tutti questi liquidi aumentano il peso corporeo, limitando alcune attività.

L'insufficienza cardiaca si verifica quando il cuore non è più in grado di soddisfare i bisogni fisiologici del nostro organismo. Lo SC è caratterizzato da una diminuzione della gittata cardiaca le cui cause più comuni comprendono sindromi coronariche, diabete mellito, ipertensione, obesità e cardiomiopatia.

Nella malattia coronarica, le placche aterosclerotiche si depositano lungo le arterie coronarie. Nel tempo, queste placche impediscono o ostruiscono il flusso sanguigno nell'area distale del deposito. Pertanto il sangue ricco di ossigeno, che è necessario per garantire una giusta perfusione al muscolo cardiaco, non arriva nella giusta quantità. Questa ipossia può portare a danno e morte cellulare. Quando le cellule muoiono non

vengono sostituite, dunque i cardiomiociti restanti devono allungarsi sempre di più come meccanismo di compensazione, portando ad un cuore ipertrofico e malfunzionante. Questi cambiamenti indeboliscono il miocardio, causando una ridotta gittata cardiaca che non è in grado di soddisfare le richieste metaboliche del corpo. Quest'ultime vengono compensate a loro volta dall'aumento della pressione arteriosa. Successivamente l'ipertensione arteriosa porta ad un sovraccarico di lavoro del cuore che nel tempo può danneggiarlo ed indebolirlo. Tutti questi meccanismi di compensazione possono indurre allo scompenso cardiaco.

Nel paziente con diabete mellito, alti livelli di zucchero nel sangue e alterazioni del metabolismo lipidico causano danni ai vasi che forniscono sangue al cuore. Tali danni inducono una diminuzione del flusso sanguigno, che a sua volta ha come risultato una riduzione della funzione miocardica e potenziale morte delle cellule. Come in precedenza tutti i meccanismi di compensazione che vengono messi in atto indurranno probabilmente ad insufficienza cardiaca.

Esistono molte altre cause fisiologiche di scompenso cardiaco, tra cui malattie delle valvole cardiache e aritmie. Ad esempio, quando la valvola mitrale non si chiude correttamente, il sangue refluisce nell'atrio mentre si contrae il ventricolo. Ciò comporta ad una riduzione della quantità di sangue che scorre nel resto del corpo. Pertanto il cuore, come meccanismo di compensazione, creerà una pressione maggiore per espellere la quantità adeguata di sangue. Tale processo, come illustrato in precedenza, può indurre a SC (Bush, N., & Rogers, C., 2015).

## 1.1 Classificazioni

L'insufficienza cardiaca è generalmente una condizione cronica (CHF = "chronic heart failure" in inglese) nella quale possono verificarsi riacutizzazioni dei sintomi e dei segni che richiedono il ricovero in ospedale o visite mediche più frequenti (scompenso di CHF). In alternativa, l'insufficienza cardiaca acuta è detta "de novo" perché si manifesta per la prima volta nel paziente con insorgenza di sintomi e segni gravi entro 24 ore. Lo SC è spesso una condizione potenzialmente pericolosa per la vita e presuppone un trattamento di emergenza, finalizzato alla gestione del sovraccarico di liquidi e della compromissione emodinamica della persona (Kurmani, S., & Squire, I., 2017).

Attraverso l'ecografia cardiaca viene valutata in percentuale la frazione volumetrica del sangue espulso dal ventricolo sinistro (frazione di eiezione=FE). Una frazione di eiezione nella norma è compresa tra il 50% e il 70%. Quando il valore scende al di sotto del 50% sta ad indicare una funzione sistolica ventricolare sinistra compromessa (Hoes, A.W, & Mosterd, A., 2007). Detto ciò, è possibile fare la distinzione tra le due sottocategorie di scompenso cardiaco: SC con frazione di eiezione ridotta (HF<sub>r</sub>EF) e SC con frazione di eiezione preservata (HF<sub>p</sub>EF). Nel HF<sub>r</sub>EF avremo un'insufficiente sistolia ventricolare sinistra che si traduce in una frazione di eiezione ridotta (< del 45% - 50%). Nel HF<sub>p</sub>EF la frazione di eiezione è nella norma (<50%) ma sono necessarie pressioni di riempimento più elevate per ottenere un'adeguata quantità di sangue espulsa dal ventricolo sinistro. Nel HF<sub>p</sub>EF avremo sicuramente una disfunzione a livello diastolico del ventricolo sinistro (Bridges, C., Coats, A. JS, Dalal, H., Davies, E. J, Long, L., Mordi, I. R et al., 2019).

## 1.2 Stadiazioni

La New York Heart Association (NYHA) ha progettato una classificazione che tradizionalmente viene utilizzata per indicare la gravità dell'insufficienza cardiaca in base al grado di limitazione dell'attività fisica (tabella n.1). Le classi di gravità vanno da I a IV in base ai sintomi manifestati durante l'esercizio dell'attività fisica.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Classe I</b> – Il paziente è asintomatico e l'attività fisica abituale non provoca dispnea né affaticamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Classe II</b> – Scompenso cardiaco lieve: il paziente non presenta sintomi a riposo ma l'attività fisica moderata provoca dispnea o affaticamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Classe III</b> – Scompenso cardiaco moderato: il paziente non appena intraprende una minima attività fisica avverte dispnea o affaticamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Classe IV</b> – Scompenso cardiaco grave: spossatezza, dispnea o affaticamento sono presenti anche a riposo.</li> </ul>

**Tabella 1.** *Classificazione dello scompenso cardiaco secondo la New York Heart Association (NYHA)*

L'American College of Cardiology (ACC) e l'American Heart Association (AHA) hanno invece sviluppato una classificazione dell'insufficienza cardiaca basata sugli stadi della sindrome (tabella n.2). Questa classificazione riconosce che lo scompenso cardiaco è ampiamente prevedibile attraverso il monitoraggio della pressione arteriosa ed altri fattori di rischio come il diabete o la coronaropatia. Oltre a ciò, lo SC è normalmente preceduto da anomalie cardiovascolari strutturali e funzionali asintomatiche che, quando presenti, generalmente progrediscono.

<b>Stadio</b>	<b>Descrizione</b>
A. Alto rischio sviluppo scompenso cardiaco	Ipertensione arteriosa, diabete mellito, coronaropatia, familiarità per cardiomiopatia, ma senza malattia cardiaca strutturale o sintomi di scompenso
B. Scompenso cardiaco asintomatico	Pazienti con malattia cardiaca strutturale (infarto miocardico pregresso, disfunzione del ventricolo sinistro, valvulopatia) ma senza sintomi di scompenso
C. Scompenso cardiaco sintomatico	Malattia cardiaca strutturale, con sintomi presenti o passati di scompenso (dispnea e astenia, intolleranza all'esercizio)
D. Scompenso cardiaco refrattario	Gravi sintomi a riposo, nonostante la terapia medica massimale

**Tabella 2.** *Classificazione dello scompenso cardiaco secondo l'American College of Cardiology–American Heart Association*

Sebbene la classificazione ACC/AHA enfatizzi l'importanza di riconoscere i pazienti ad alto rischio di sviluppare HF e di correggere/trattare i fattori di rischio per la condizione, la categorizzazione per alcuni fattori di rischio potrebbe essere fuorviante. Ad esempio diabete o ipertensione non sono criteri sufficienti per parlare di SC come da definizione (Hoes, A.W, & Mosterd, A., 2007).

### 1.3 Diagnosi

La diagnosi di scompenso cardiaco è basata su una valutazione clinica che comprende: l'anamnesi del paziente (raccolta notizie), l'esame obiettivo (ricerca dei segni corporei),

indagini di laboratorio ed indagini strumentali. Le indagini di laboratorio includono: emocromo completo, elettroliti sierici, azotemia, creatininemia, glicemia, livelli di lipidi a digiuno, livelli del peptide natriuretico di tipo B (BNP), test di funzionalità epatica, test di funzionalità dell'ormone stimolante la tiroide ed analisi delle urine. Le indagini strumentali includono: elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni, test da sforzo, ecocardiogramma e radiografia del torace. In alcuni casi si rende necessario effettuare esami invasivi come cateterismo cardiaco e coronarografia (Adamczak, D.M, Kaluzna-Oleksy, M., & Kepinska, K., 2019).

Per fare una precisazione su ciò che è stato argomentato precedentemente, i peptidi natriuretici svolgono funzione vasodilatatrice, antiproliferativa e natriuretica (aumento di eliminazione del sodio attraverso le urine). Nello specifico il BNP è prodotto e secreto, nel miocardio ventricolare in maggioranza, in pazienti che presentano ipertrofia miocardica, ischemia e rimodellamento, ma anche in processi infiammatori acuti o cronici. Il BNP può essere pertanto considerato un biomarcatore che risponde all'attivazione di processi patologici specifici, localizzati nel miocardio (miocardite, ischemia, farmaci cardiotossici). I BNP possono essere attivati anche come conseguenza a stress generalizzato (sepsi, ipossia, anemia, ipertiroidismo, diabete o obesità) o a processi patologici di altri organi o apparati (malattie renali, polmonari o epatiche). La concentrazione dei BNP è direttamente proporzionale alla severità dell'insufficienza cardiaca. Purtroppo il loro dosaggio non consente di differenziare con esattezza il tipo di disfunzione alla base dello SC.

L'esclusione di altre patologie, spesso reversibili, è di vitale importanza prima di fare una diagnosi definitiva di HF. Le condizioni che più comunemente imitano i segni ed i sintomi dell'HF includono: disfunzioni renali, disfunzioni polmonari e disfunzioni del fegato. Ad esempio, la cirrosi epatica può evocare sintomi di ritenzione idrica come ascite, edema di estremità ed affaticamento che possono confondersi con la diagnosi di HF (Adamczak, D.M, Kaluzna-Oleksy, M., & Kepinska, K., 2019).

## 2. EPIDEMIOLOGIA

Lo scompenso cardiaco è la principale causa di ricoveri ospedalieri per le persone di età superiore ai 65 anni e contribuisce all'aumento dei costi sanitari in Europa e nel mondo. Le cause più comuni di ospedalizzazione nei pazienti con HF sono la mancata osservanza dei farmaci, della dieta, delle routine di attività e della segnalazione di peggioramento dei sintomi. A causa dell'invecchiamento della popolazione e della convenienza di trattamenti efficaci per prolungare la sopravvivenza nei pazienti con sindromi coronariche acute (SCA), il numero di pazienti con SC aumenterà decisamente negli anni (Bush, N., & Rogers, C., 2015).

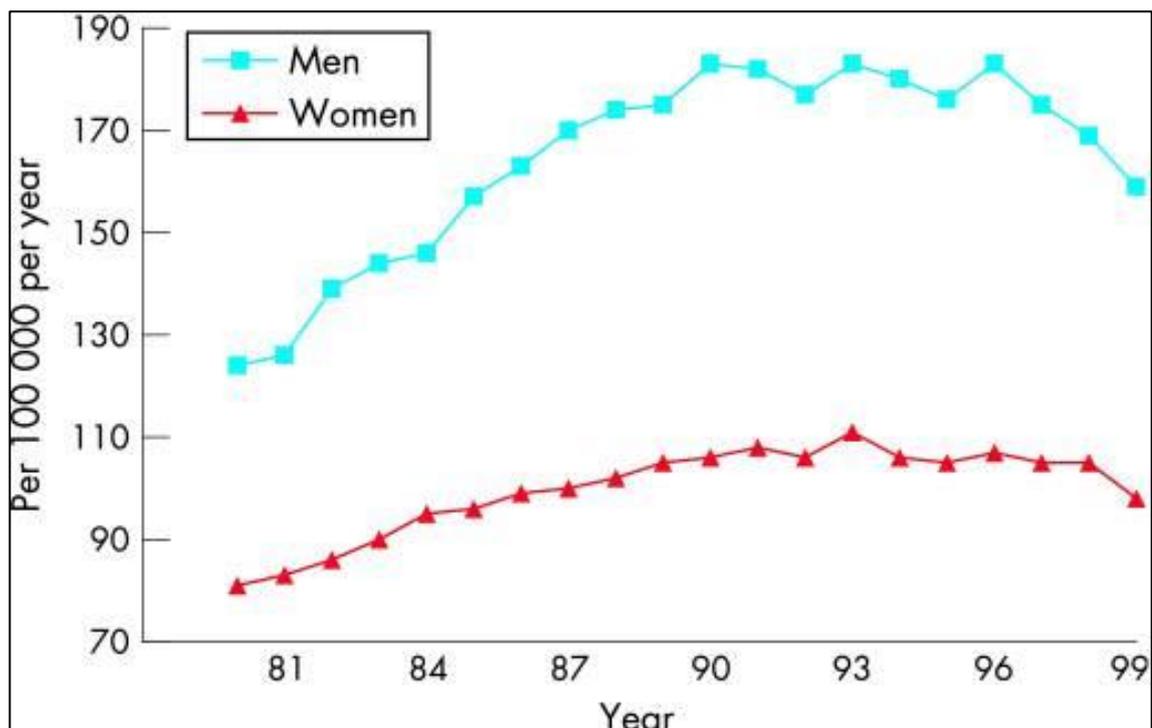
In generale, la prevalenza dell'insufficienza cardiaca può essere stimata nell' 1-2% nel mondo occidentale mentre l'incidenza si avvicina a 5-10 per 1000 persone all'anno. Le stime sull'insorgenza dell'HF nei paesi in via di sviluppo sono in gran parte assenti. Per prevalenza si intende il numero di persone che soffrono di SC in un determinato momento (generalmente espresso in percentuale). L'incidenza è invece il numero di persone con nuova diagnosi di SC durante un certo lasso di tempo (generalmente espresso come numero di nuovi casi di SC su 1000 persone all'anno).

Lo SC non viene quasi mai riscontrato nelle persone di età inferiore ai 50 mentre in quelle con età superiore ai 50 anni la prevalenza e l'incidenza aumentano progressivamente con l'aumentare dell'età. In un recente studio sulla popolazione statunitense, la prevalenza dell'insufficienza cardiaca era del 2,2%. Nello specifico si passava dallo 0,7% nelle persone di età compresa tra 45 e 54 all'8,4% per quelle di età pari o superiore a 75 anni. Queste cifre sono molto paragonabili ad uno studio di Rotterdam. In esso la prevalenza dell'HF era dell'1% nella fascia di età 55-64 anni, 3% nella fascia di età 65-74 anni, 7% nella fascia di età 75-84 anni ed oltre il 10% nei soggetti con età maggiore a 85 anni.

La stima dell'incidenza di SC è resa disponibile in uno studio svolto ad Hillingdon. In esso viene calcolato che l'incidenza di SC è di 0,2 per 1000 persone all'anno nella popolazione di età compresa tra 45 e 55 anni. Nelle persone di età maggiore ad 85 anni l'incidenza di SC aumenta decisamente a 12,4 per 1000 persone all'anno. Lo scompenso

cardiaco si verifica più frequentemente negli uomini che nelle donne, con una incidenza di 15 per 1000 persone all'anno nel sesso maschile e 12 per 1000 persone all'anno nel sesso femminile.

Il numero di ricoveri per scompenso cardiaco (normalmente espresso come un numero per 1000 pazienti all'anno) e la variazione di tale misura forniscono utili indicazioni sull'epidemia di SC. Va sottolineato, tuttavia, che i tassi di ospedalizzazione derivano da una complessa interazione di molteplici determinanti. Di queste fanno parte la prevalenza, l'incidenza, la sopravvivenza alla malattia, il trattamento del paziente e la diagnosi di dimissione. I tassi di ospedalizzazione adeguati all'età sono aumentati considerevolmente in tutto il mondo occidentale negli anni '80 e nei primi anni '90, come documentato dal rapporto proveniente dai Paesi Bassi. Quest'ultimo ha suggerito che i numeri di ammissione ha raggiunto il picco negli anni '90 e che la prognosi di pazienti con insufficienza cardiaca è migliorata (grafico n.1)



**Grafico numero 1.** Ricoveri per scompenso cardiaco negli ospedali olandesi, 1980-1990

Nei Paesi Bassi il numero totale di ricoveri per insufficienza cardiaca è aumentato del 72% tra il 1980 (14.441) e il 1999 (24.868). Parte di questo aumento è spiegato dall'invecchiamento della popolazione. L'età media dei pazienti ricoverati con insufficienza cardiaca è passata da 71,2 a 72,9 anni negli uomini e da 75,0 a 77,7 anni nelle donne nello stesso periodo. Dopo aver raggiunto un picco nel 1993 (sia per gli uomini che per le donne), i tassi di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca aggiustati per età hanno iniziato a diminuire dell'1,0-1,5% all'anno. Contemporaneamente, la durata media del ricovero è diminuita da 21,1 giorni nel 1980 a 12,9 giorni nel 1999. La mortalità in ospedale è scesa dal 18,6% al 13,5% (Hoes, A.W, & Mosterd, A., 2007).

L'ipertensione arteriosa e la malattia coronarica rimangono le principali eziologie di scompenso cardiaco. Ad esse si sono ormai aggiunte il diabete mellito e l'obesità. La presenza ed il contributo di diverse eziologie allo sviluppo dello SC possono variare a seconda della popolazione e dei gruppi razziali/etnici. Tuttavia è importante sottolineare che il paziente contemporaneo con SC avrà molteplici fattori di rischio ed il peso di questi aumenteranno nel tempo (Albert, N. M, Jaarsma, T., Lee, C. S, Piano, M. R, Prasun, M., & Stamp, K. D, 2018).

Vari studi (basati sulla popolazione) hanno affrontato i fattori di rischio per l'insorgenza di HF. La malattia coronarica aumenta notevolmente la possibilità di sviluppare insufficienza cardiaca; nei 7-8 anni successivi all'infarto del miocardio fino al 36% dei pazienti svilupperà insufficienza cardiaca. Il rischio di insufficienza cardiaca associato all'ipertensione (pressione arteriosa sistolica >140 mm Hg, o pressione arteriosa diastolica >90 mm Hg), se pur in percentuali minori, contribuisce notevolmente al carico di insufficienza cardiaca. Anomalie valvolari, fattori indicativi di malattia cardiaca (ipertrofia ventricolare sinistra e/o dilatazione del ventricolo sinistro), anamnesi parentale di insufficienza cardiaca, fattori di rischio convenzionali (fumo, diabete, obesità), nonché condizioni extracardiache (disfunzione renale, malattia polmonare ostruttiva) incrementano il rischio di insufficienza cardiaca.

Lo scompenso cardiaco, essendo una malattia comune negli anziani, non deve essere considerato isolatamente: anemia, cachessia, insufficienza renale, apnea ostruttiva del sonno, malattia polmonare cronica (come BPCO) e diabete mellito sono condizioni

frequentemente osservate nei pazienti con SC. Le comorbilità in questi pazienti sono spesso presenti e contribuiscono alla loro scarsa qualità della vita. A tal proposito, viene sempre più riconosciuta la complessa interazione tra malattie precedentemente percepite come entità indipendenti e lo SC. Ad esempio, i pazienti con malattia renale cronica costituiscono un gruppo di alto rischio di avere o sviluppare malattie cardiovascolari, inclusa l'insufficienza cardiaca. Analogamente, l'insufficienza cardiaca sembra essere frequentemente presente nei pazienti con malattia polmonare cronica; in uno studio olandese su 405 pazienti di età superiore ai 65 anni con diagnosi di BPCO, è stato riscontrato che il 20,5% aveva un'insufficienza cardiaca precedentemente non riconosciuta (Hoes, A.W, & Mosterd, A., 2007).

### **3.ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

L'insufficienza cardiaca influenza quasi ogni aspetto importante della vita quotidiana e i pazienti sono responsabilizzati al rispetto del programma giornaliero di gestione della malattia. Sfortunatamente, molti pazienti con SC non riescono ad aderire alle complesse richieste di routine. Alcune aree di inosservanza sono state identificate: scarsa comunicazione con il personale sanitario, insufficiente istruzione sulla malattia ed inadempienza all'utilizzo di farmaci. I pazienti affrontano anche molte difficoltà emotive e sociali oltre ai complessi problemi medici. La conoscenza dello SC è di importanza fondamentale per il professionista di cura perché è una delle cause di mortalità più comuni in ospedale per pazienti con problematiche cardiache. La frequenza dello SC sta aumentando vistosamente nell'intero globo a causa dell'aumento della popolazione anziana. Pertanto, la necessità di educazione e comprensione del problema è essenziale per l'assistenza infermieristica nella lotta al crescente numero di vittime di HF (Bush, N., & Rogers, C., 2015).

Gli infermieri che assistono i pazienti con scompenso cardiaco sono in una posizione perfetta per migliorarne la loro qualità di vita. Il compito principale della professione infermieristica è quello di educare il paziente ad implementare il più possibile la cura di sé. Quest'ultima comporta un processo di mantenimento della stabilità fisiologica monitorando i sintomi, aderendo al regime di trattamento (mantenimento della cura di sé), nonché identificando e rispondendo prontamente ai sintomi (gestione della cura di sé). Tuttavia i pazienti con insufficienza cardiaca sperimentano grandi difficoltà nel seguire in modalità corretta il processo di mantenimento. Il 61% dei pazienti con HF sono in grado di mantenere un'adeguata cura di sé mentre il 44% la mantengono in maniera non ottimale. La gestione della cura di sé potrebbe essere migliorata se i pazienti con HF fossero in grado di monitorare i propri sintomi regolarmente. Così facendo, i tassi di riospedalizzazione potrebbero ridursi. I pazienti con scarsa cura di sé e bassa fiducia sulla propria persona hanno invece un tasso più elevato di riospedalizzazione. Gli studi sullo scompenso cardiaco riportano che i programmi educativi e di follow-up (controllo periodico programmato) condotti sotto la supervisione degli infermieri sono fondamentali per: migliorare il comportamento di auto-cura dei pazienti, la loro capacità di eseguire il

proprio follow-up, adattarsi al trattamento terapeutico, la loro qualità di vita, la conoscenza della malattia e la riduzione del tasso di riospedalizzazione (Akdeniz, B., Mert, H., Ozpelit, E., & Sezgin, D., 2017).

Gli infermieri possono aiutare il paziente con SC fornendo istruzioni scritte, implementando programmi di telemonitoraggio e lavorando in programmi di miglioramento della qualità della vita. L'educazione del paziente è una chiave per gestire con successo l'HF. Molti argomenti dovrebbero essere inclusi nel campo dell'istruzione del paziente con HF. Esso deve essere incoraggiato a seguire una dieta sana per il cuore, con un limitato apporto di sodio nella dieta visto che tale elettrolita può comportare ritenzione idrica, edema, stanchezza e mancanza d'aria. Tali effetti provocano una riduzione dell'ossigenazione, ulteriore danno cellulare e peggioramento dello scompenso cardiaco. Il paziente con HF inoltre dovrebbe essere incoraggiato a ridurre il contenuto complessivo di grassi, dello zucchero e dei cereali raffinati dalla loro dieta, facendo sempre attenzione al consumo delle bevande. Vanno quindi gestiti correttamente alimenti come le patate dolci, verdure, banane e frutta secca.

L'assistenza infermieristica svolge un ruolo primario nella valutazione del paziente con SC, che è basata sulle necessità soggettive. Lo stato dei liquidi, ad esempio, deve essere valutato regolarmente. Infatti, sono state identificate cinque valutazioni chiave che indicano alterazioni dello stato dei fluidi: ortopnea, edema periferico, aumento di peso, necessità di aumentare la dose di diuretico e la distensione delle vene giugulari. Inoltre, ad ogni interazione con il paziente dovrebbero essere valutati i cambiamenti nel comportamento alimentare, il livello di attività fisica, la preparazione del cibo, la sete nuova o in peggioramento, l'assunzione di liquidi e l'aderenza al regime farmacologico. Un'iniziativa che ha preso piede è il telemonitoraggio. È stato suggerito che la maggior parte delle riammissioni per HF sono il risultato di una non conformità durante la chiamata controllo. Durante l'interazione telefonica verrà valutato il peso del paziente, segni e sintomi di esacerbazione, regime dietetico, aderenza a farmaci, attività fisica e supporti sociali. Questa interazione telefonica dovrebbe inoltre sottolineare ai pazienti l'importanza del rispetto del regime farmacologico, del mantenimento del loro livello di attività fisica, e del supporto sociale (Bush, N., & Rogers, C., 2015).

### 3.1 Riabilitazione cardiaca

L'allenamento con esercizi supervisionati è consigliato per le persone con insufficienza cardiaca stabile, indipendentemente dalla frazione di eiezione del ventricolo sinistro. La formazione specifica progettata per i pazienti con HF può essere incorporata all'interno di un programma di riabilitazione cardiaca. Quest'ultimo di solito è fornito da infermieri specializzati o fisioterapisti, supervisionato da un medico esperto con uno speciale interesse per la riabilitazione cardiaca. Le lezioni in genere prevedono una frequenza settimanale a sessioni di gruppo per 8 settimane. Esercizio fisico supervisionato, supporto psicologico ed educazione sono componenti fondamentali dei completi programmi di riabilitazione. Questi piani si concentrano sull'ottimizzazione della riduzione del rischio cardiovascolare, promuovendo sani comportamenti ed uno stile di vita attivo. L'allenamento volto alla riabilitazione cardiaca spesso include intensità, frequenza e durata in vista della progressione. I benefici della riabilitazione cardiaca basata sull'esercizio sono stati ampiamente riconosciuti, con risultati evidenti per i pazienti sottoposti al trattamento. La riduzione dei ricoveri ospedalieri, il miglioramento della tolleranza all'esercizio, della capacità funzionale e della qualità di vita sono aspetti che hanno sicuramente incrementato la validità della riabilitazione cardiaca.

I programmi di riabilitazione cardiaca possono anche aiutare a ridurre l'incertezza e l'ansia del paziente legate all'insufficienza cardiaca. Tutto ciò facilitando una migliore gestione della patologia, fornendo informazioni sulla sindrome e incoraggiando i cambiamenti dello stile di vita per ridurre i rischi di ulteriori problemi cardiaci.

Buoni canali di comunicazione tra cure secondarie e cure primarie post-dimissione possono aiutare il paziente a seguire la riabilitazione cardiaca e ottimizzare la prevenzione secondaria. È di vitale importanza che le persone abbiano l'opportunità di beneficiare di programmi con esercizi strutturati e, come tali, offerti a tutti i pazienti con scompenso cardiaco idonei (Brennan, E. J, 2018).

## **4.OBIETTIVO**

Con il seguente elaborato si vuole documentare il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) stilato da un gruppo di ricerca per la gestione, a livello della Regione Marche, del paziente con insufficienza cardiaca. Nello specifico si vuole descrivere l'esperienza da me vissuta presso l'unità operativa complessa (U.O.C.) Cardiologia, dell'Ospedale A. Murri di Fermo. L'U.O.C. infatti ha istituito un ambulatorio dello scompenso cardiaco a gestione medico-infermieristica, le cui pratiche assistenziali seguono come modello il PDTA sopra citato. La descrizione dell'ambulatorio dello scompenso passa per la visualizzazione delle schede utilizzate per il monitoraggio. Tutta la documentazione illustrata all'interno dell'elaborato viene inserita successivamente all'autorizzazione accettata dai direttori dell'Area Vasta 4 (allegato n.1).

## **5.MATERIALI E METODI**

### 5.1 Il PDTA per la gestione del paziente con scompenso cardiaco

Il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale. Esso prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso) al fine di realizzare diagnosi, terapia e assistenza adeguata a una specifica situazione patologica. Il PDTA permette inoltre di delineare all'Azienda Sanitaria il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Ha come scopo definire sul territorio un itinerario omogeneo, strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia venendo incontro alle esigenze dei pazienti, garantendo la continuità assistenziale. L'accesso al servizio è gratuito e viene erogato dal personale sanitario.

L'unità operativa complessa presa in esempio per l'esecuzione dell'elaborato è la Cardiologia. Essa rientra nel dipartimento delle discipline mediche all'interno del presidio ospedaliero di Fermo. L'U.O.C. fa parte dell'Azienda Sanitaria unica regionale situata nell'Area Vasta 4 della Regione Marche.

L'U.O.C. Cardiologia, in cui ho svolto una parte del tirocinio clinico, ha ricevuto l'aggiornamento del PDTA per la gestione del paziente con scompenso cardiaco il 14 Luglio 2021. Il Percorso, valido per la Regione Marche, segue le linee guida ESC (European Society of Cardiology) del 20/05/2016 per il trattamento e la diagnosi dell'insufficienza cardiaca acuta e cronica. Le linee guida, elaborate mediante un processo di revisione sistemica della letteratura, offrono un'ampia definizione della buona pratica professionale, essendo basate su analisi, valutazioni e interpretazioni sistemiche delle prove scientifiche. Esse hanno come obiettivo quello di fornire, per i professionisti sanitari e gli utenti, le modalità assistenziali più appropriate nelle singole situazioni cliniche. L'ESC, tramite la Task Force per la diagnosi e il trattamento dell'insufficienza cardiaca acuta e cronica (in collaborazione con l'Heart Failure Association), ha revisionato ed aggiornato le linee guida del 20/05/2016 (utilizzate per il

PDTA preso in considerazione) pubblicandone sulla propria piattaforma l'aggiornamento in data 27/08/2021.

E' stato mappato, tramite la creazione di flow-chart, il nuovo percorso clinico-assistenziale che il paziente affetto da SC dovrà seguire (figura n.1,2 & 3). La mappatura svolta attraverso i vari collocamenti assistenziali funge da guida per il contesto locale e da rilevatore di eventuali criticità da superare.

Il PDTA per la gestione del paziente con scompenso cardiaco stilato è contestualizzato all'interno di una gestione territoriale molto più ampia rispetto alla semplice gestione del paziente scompensato acuto o cronico. La rete territoriale si basa sul supporto al paziente e alla sua famiglia nella gestione della cronicità. Crea delle integrazioni tra le attività cliniche ed assistenziali, programmando degli interventi di follow-up sulla base del profilo di rischio del paziente. Vengono, come già citato, utilizzate le linee guida dell'ESC basate su evidenze scientifiche, mirate a fornire al paziente l'assistenza ottimale. Forma un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati. Sviluppa politiche orientate al miglioramento della salute, alla creazione di ambienti di vita salutari e sicuri, all'individuazione di obiettivi prioritari per la tutela del paziente, all'incremento della salute della comunità.

Lo SC cronico è una sindrome complessa, caratterizzata da fasi acute, che necessitano di diagnostica avanzata e terapia intensiva. Nella fase cronica, di relativa stabilità, lo SC richiede terapie adeguate al fine di mantenere uno stato di compenso con una discreta qualità della vita, prevenendo le eventuali riacutizzazioni. Il numero crescente di pazienti con SC consente alle strutture ospedaliere di farsi carico dei casi più gravi, generalmente con percorsi o procedure di elevata complessità. Detto ciò, il sistema di cure extraospedaliere dovrebbero accogliere i pazienti anziani complessi con SC in un percorso strutturato, conciliando le proprie offerte assistenziali con i bisogni legati alle loro cronicità. Questo sistema intra ed extraospedaliero è volto alla minimizzazione della discontinuità delle cure e degli errori gestionali.

Un modello ottimale di gestione dello SC, in particolar modo per il paziente cronico di età avanzata, con comorbilità e basso stato funzionale dovrebbe pertanto prevedere una

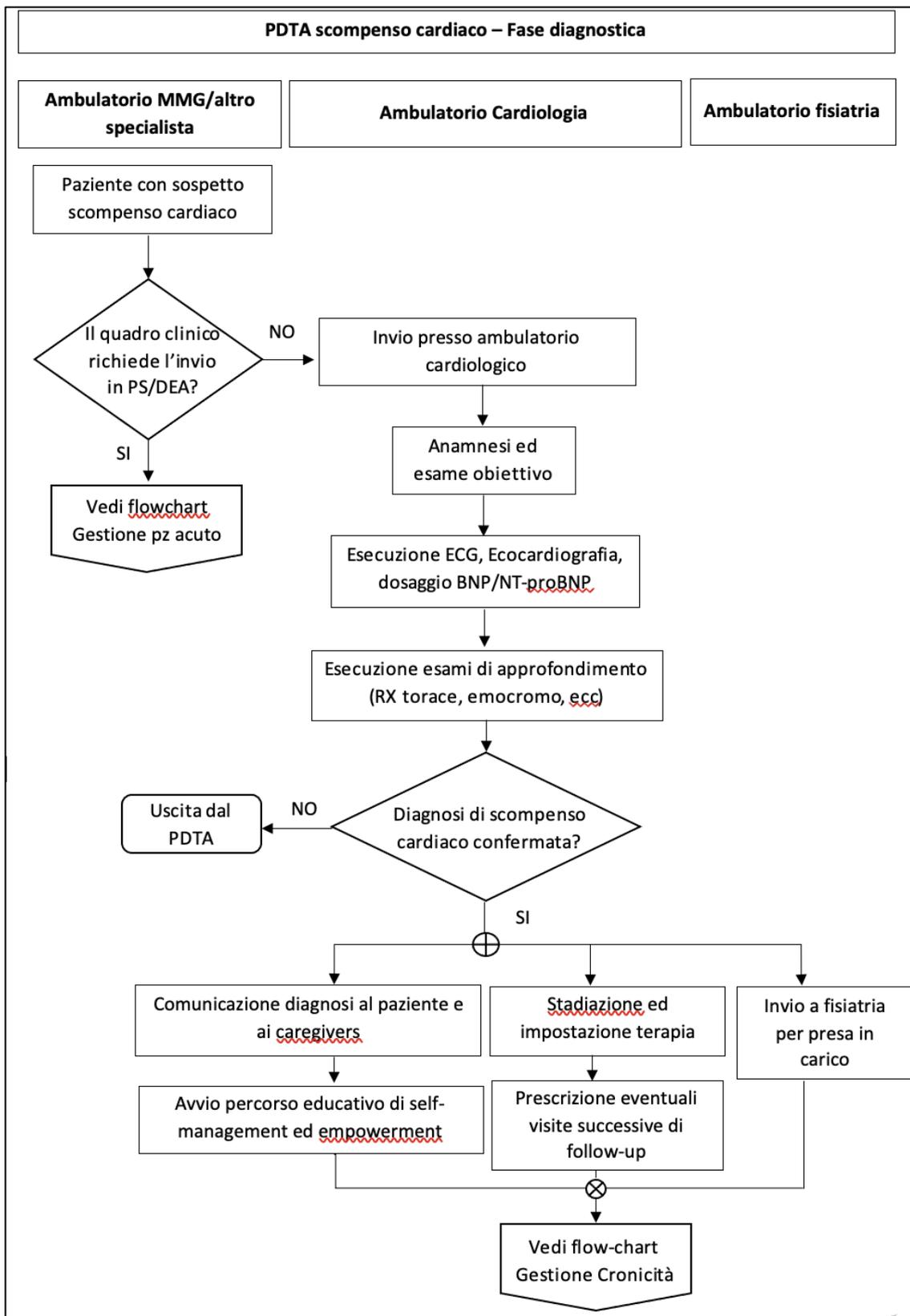
rete organizzativa che: raccordi la terapia in acuto con quella a lungo termine, assicuri il follow-up, la rivalutazione ed avvii programmi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'importanza imprescindibile del livello territoriale dipende dalla realizzazione di una rete territoriale tra medici di famiglia e specialisti ambulatoriali di riferimento (cardiologi, geriatri, ecc.), che lavori intercettando tutte le afferenze sanitarie extraospedaliere e costituisca il cardine per la realizzazione della cosiddetta continuità assistenziale.

A livello della Regione Marche, i bisogni assistenziali in relazione alla realtà epidemiologica della popolazione con SC e alle dotazioni strutturali ospedaliere impongono che nell'organizzazione della rete vengano definiti profili organizzativi specifici in grado di rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti nelle diverse fasi della malattia. All'interno della suddetta rete assistenziale, articolata in diversi livelli organizzativi, strutturali e professionali, sono previste le seguenti modalità di erogazione assistenziale: 1° livello: medicina generale attraverso il MMG (medico di medicina generale); 2° livello: ambulatori/centri SC territoriali attraverso ambulatori ASUR (Azienda Sanitaria Unica Locale) della Specialistica Ambulatoriale; 3° livello: ambulatori/centri SC ospedalieri attraverso ambulatori divisionali ASUR localizzati nei presidi ospedalieri delle 5 Aree Vaste; 4° livello: ambulatori/centri SC avanzati come l'UTIC (unità terapia intensiva cardiologica).

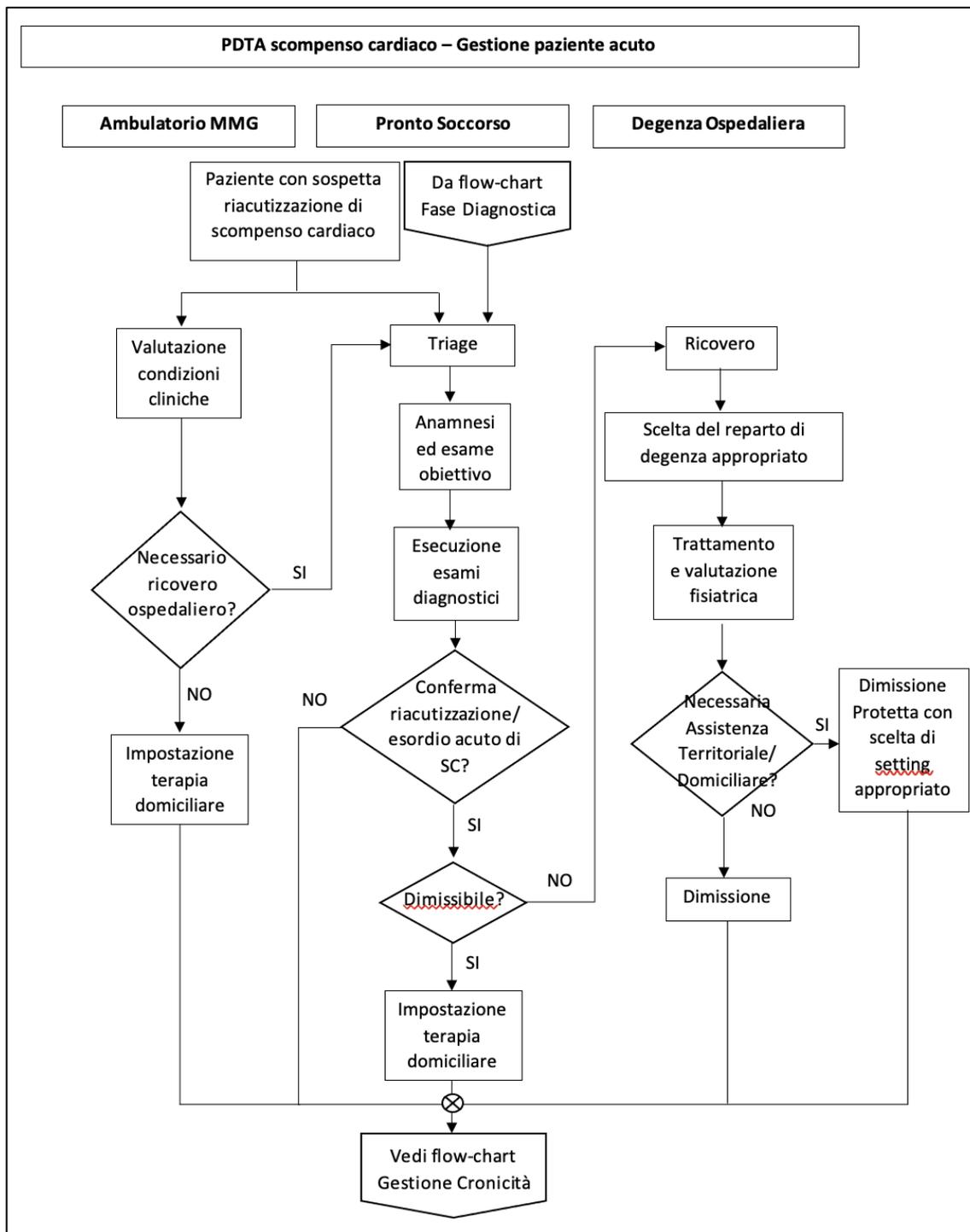
L'assistenza territoriale, comprendente i MMG ed i centri di SC territoriali, devono farsi carico del paziente stabile a rischio medio-basso, nonché dell'anziano fragile con polipatologia. In presenza di destabilizzazioni o per approfondimento diagnostico di casi di prima diagnosi, l'assistenza territoriale predispone l'invio all'ambulatorio ospedaliero di riferimento per prossimità geografica. Le cardiologie di riferimento ricevono, per l'implementazione di opzioni terapeutiche avanzate, pazienti con scompenso ad alto rischio e clinicamente labili. Tutti i nodi dell'assistenza cardiologica devono attivare relazioni con la rete delle cure palliative per la presa in carico in congiunta dei pazienti con scompenso terminale.

Un paziente con sintomi suggestivi di SC può entrare in vari modi all'interno della rete del sistema di cure. Come descritto dalla flowchart "fase diagnostica" (figura n.1): un

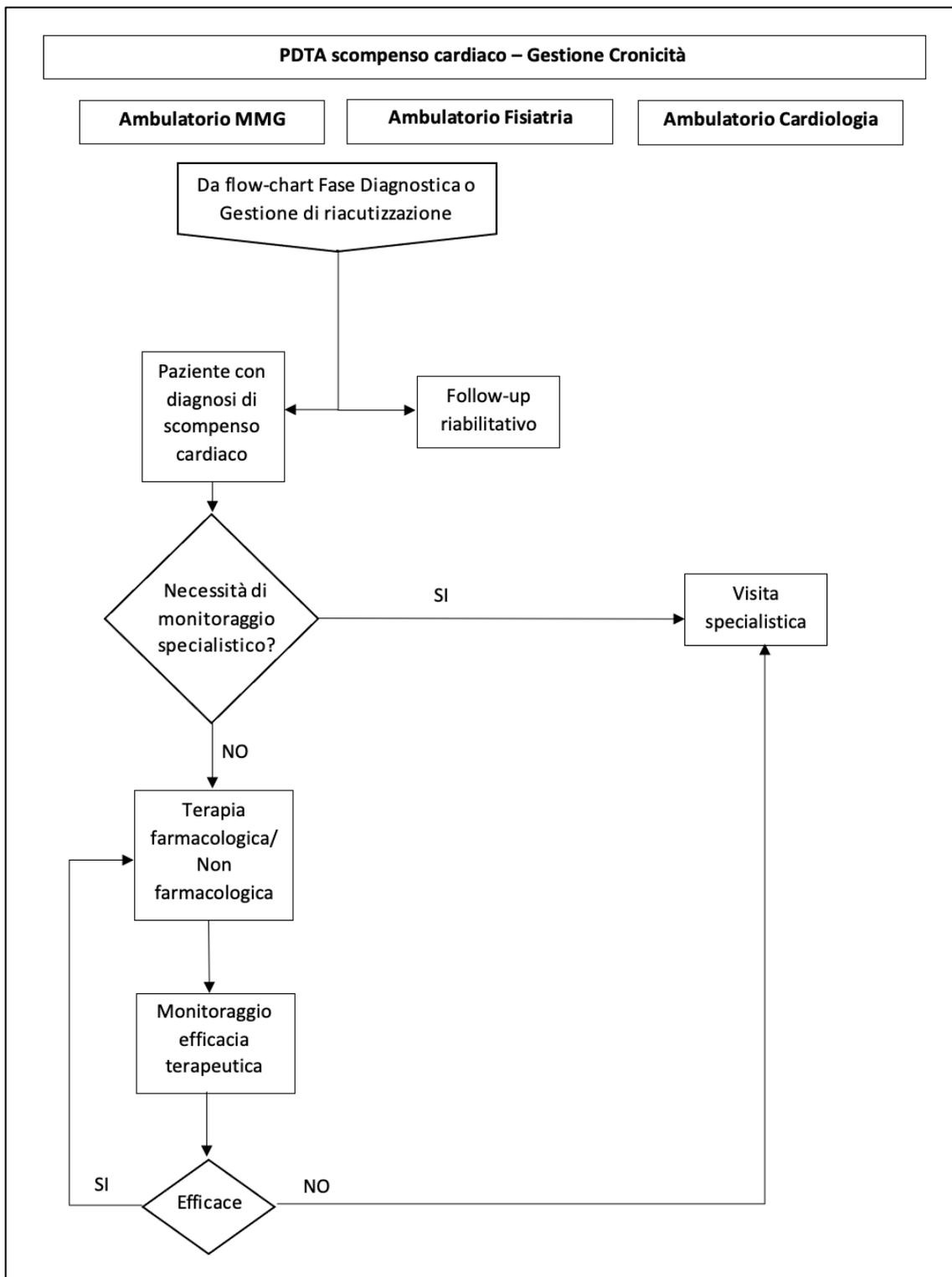
paziente con sospetto SC formulato dal MMG o da un altro specialista, se in condizioni stabili viene inviato all'ambulatorio cardiologico. Il controllo avviene tramite prescrizione di prima visita cardiologica con classe di priorità adeguata al quadro clinico del paziente. Se lo specialista conferma il sospetto diagnostico, è proprio nel momento della prima visita cardiologica che si realizza la presa in carico del paziente. Sarà quindi lo specialista a stabilire il livello di complessità clinica del paziente. Egli, dunque, potrà essere reindirizzato al MMG, ad un altro ambulatorio della rete con livello di complessità adeguato oppure rivalutato prescrivendo visite specialistiche di controllo. Le prestazioni per successivi controlli riguardano i pazienti per i quali è già stata formulata una diagnosi. Esse sono erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche. Nel caso di assenza di storia di malattia, una rapida evoluzione verso una forma acuta (figura n.2) può indurre ad un accesso diretto al PS/DEA (pronto soccorso/dipartimento di emergenza e accettazione) oppure a consultare il proprio MMG. In quest'ultimo caso sarà il MMG che, riscontrando un quadro clinico instabile, invierà il paziente in PS/DEA. Nella flowchart "gestione cronicità" (figura n.3) il paziente, con nuova diagnosi di SC o con una sua riacutizzazione, se necessita di monitoraggio specialistico svolgerà la visita con il cardiologo. In altro caso, al paziente vengono valutate le terapie farmacologiche e non farmacologiche. Se quest'ultime saranno efficaci, il paziente continuerà il percorso di assistenza territoriale/domiciliare. Al contrario, se le terapie non rispondono correttamente, il paziente scompensato verrà inviato alla visita specialistica.



**Figura numero 1.** Flow-chart fase diagnostica



**Figura numero 2.** Flow-chart gestione paziente acuto



**Figura numero 3.** Flow-chart gestione paziente cronico

## 5.2 Ambulatorio dello scompenso a gestione medico-infermieristica

Nel novembre del 2015 è stato inaugurato all'interno dell'ospedale civile A. Murri di Fermo (Area Vasta 4) l'ambulatorio dello scompenso cardiaco. Nato per semplificare le prestazioni di riabilitazione cardiaca e dare una continuità assistenziale post-ricovero, si è notato come l'ambulatorio, nel tempo, funga anche da ottimo precursore per le riacutizzazioni dello SC. La gestione di esso è medico-infermieristica, con le due figure che svolgono ruoli differenti ma complementari per la riuscita della continuità assistenziale del paziente.

I criteri per essere inclusi nell'ambulatorio sono due: il paziente deve esser stato ricoverato e dimesso dall'U.O.C. Cardiologia di Fermo. Il paziente deve appartenere alla II, III o IV classe di gravità nella stadiazione NYHA (vedi tabella n.1).

Coloro che hanno rispettato i criteri di ammissione inizieranno il percorso assistenziale con la prima visita ambulatoriale. In essa il paziente viene esaminato a livello globale: misurazione dei PV (parametri vitali), ECG (elettrocardiogramma) a 12 derivazioni, rilevazione del peso, esami ematici di routine, esame obiettivo, controllo terapia in atto, anamnesi storica e consenso informato al trattamento. Oltre a ciò, l'infermiere insegna al paziente le tecniche per la rilevazione dei PV e le eventuali alterazioni dei segni e sintomi dello SC, integrando alla spiegazione l'"opuscolo informativo" (allegato n.2). In esso viene descritto lo SC in generale, le varie abitudini alimentari che il paziente deve tenere e i consigli per implementare il più possibile la qualità della vita. Al termine della prima visita, vengono programmate le chiamate telefoniche per il controllo (settimanali, bimensili o mensili) a seconda della stabilità del quadro clinico del paziente.

Nel monitoraggio da casa sono inclusi alcuni strumenti che aiutano a controllare l'andamento giornaliero del paziente con SC cronico e le eventuali alterazioni fisiopatologiche che possono inficiare sulla qualità della vita. Al paziente viene rilasciata la "scheda di monitoraggio a domicilio" (figura n.4) mentre all'interno della struttura ambulatoriale vengono conservati: il "report dei controlli effettuati dal paziente" (figura n.5), la "scheda medica di arruolamento del paziente" (figura n.6), la "scheda infermieristica di arruolamento ambulatoriale" (figura n.7a+7b), la "scheda medica di

follow-up del paziente” (figura n.8), la “scheda infermieristica di follow-up del paziente” (figura n.9) e la “scheda infermieristica di follow-up telefonico” (figura n.10).

La “scheda di monitoraggio a domicilio” (figura n.4) viene compilata a casa dal paziente per scrivere, giorno per giorno, tutti i dati utili all’ambulatorio per monitorare l’andamento nel tempo. Nello specifico: peso, FC (frequenza cardiaca), PA (pressione arteriosa), gonfiore alle gambe (scala da 0 a 4), perdita di appetito (scala da 0 a 4), respiro difficoltoso (scala da 0 a 4), quantità di liquidi assunti e quantità di urine al giorno. La scala numerica utilizzata per alcuni segni e sintomi all’interno della scheda è stata introdotta per uniformare l’approccio che il paziente ha durante la compilazione e per evitare incomprensioni.

Il “report dei controlli effettuati dal paziente” (figura n.5) raccoglie l’insieme di tutte le prestazioni erogate in modo tale da aver un quadro visivo completo di ciò che il paziente con SC ha svolto. Vi è stato dedicato uno spazio per le eventuali note da aggiungere.

La “scheda medica di arruolamento del paziente” (figura n.6) è stilata dal cardiologo nella prima visita ambulatoriale per fare un punto sulla situazione generale del paziente. All’interno di essa troviamo: la data di arruolamento del paziente, la stadiazione dello SC secondo la classificazione NYHA, le date dei follow-up, il risultato dell’ecocardiogramma (per quanto riguarda la disfunzione del ventricolo sinistro), il risultato dell’ECG (per quanto riguarda il ritmo e le varie aritmie) ed i valori degli esami ematici che sono stati svolti.

La “scheda infermieristica di arruolamento paziente” (figura n.7a+7b) viene compilata dall’infermiere. Nella prima parte (figura n.7a) vanno inserite le generalità del paziente, il MMG, i nominativi ed i numeri dei caregiver, la diagnosi medica, la classe NYHA, il peso, l’altezza, se diabetico o no, le terapie svolte a domicilio e le eventuali allergie. Nella seconda parte (figura n.7b) viene eseguita dall’infermiere una indagine sulla situazione abituale domiciliare del paziente: la qualità del respiro, l’alimentazione, la cura di sé, la mobilitazione, l’idratazione, sonno e riposo, l’eliminazione delle urine e se sono pazienti con PaceMaker o I.C.D.(defibrillatore cardiaco impiantabile). Al termine dell’indagine viene fatto firmare al paziente il consenso al trattamento dei dati personali.

La “scheda medica di follow-up del paziente” (figura n.8) viene redatta dal cardiologo ad ogni visita ambulatoriale programmata, specificando le date del prossimo follow-up ambulatoriale ed infermieristico telefonico. Al suo interno troviamo gli stessi dati che vanno inseriti nella “scheda medica di arruolamento paziente”.

La “scheda infermieristica di follow-up del paziente” (figura n.9) viene stilata dall’infermiere durante la visita ambulatoriale. In essa va scritta la PA, la FC, il peso, se ha eseguito l’ECG, la visita cardiologica e l’ecocardiografia. Inoltre sono fornite delle domande che l’operatore dovrà fare al paziente sulla qualità del respiro, sulla qualità della vita, sull’assunzione di liquidi, sull’eliminazione di urina e sulla corretta assunzione dei farmaci prescritti.

La “scheda infermieristica di follow-up telefonico” (figura n.10) viene compilata dall’infermiere durante una intervista telefonica con il paziente che si trova a domicilio. Ad esso vengono rivolte le stesse domande fatte durante il riempimento della “scheda infermieristica di follow-up del paziente”. Il follow-up telefonico ha una valenza fondamentale nel controllo dell’andamento patologico. Viene effettuato, previa programmazione, in base alla stabilità del quadro clinico del paziente ed alla classe di appartenenza NYHA. Durante l’intervista, l’infermiere ha il compito di rispondere agli eventuali dubbi che il paziente si pone, dando consigli utili per implementare al massimo la sua qualità di vita. Se vengono riscontrate anomalie fisiopatologiche, l’infermiere avrà il compito di comunicarle al medico per accordare una eventuale visita ambulatoriale. La rilevazione tempestiva da parte dell’infermiere di eventuali instabilità nel paziente è la chiave per ridurre al minimo gli effetti collaterali.





Regione Marche <b>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE</b> AREA VASTA N. 4 PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE U.O.C. CARDIOLOGIA	<b>AMBULATORIO</b> <b>SCOMPENSO CARDIACO</b> <b>Medico-Infermieristico</b>																														
<b>SCHEDA MEDICA DI ARRUOLAMENTO PAZIENTE</b>																															
Cognome e Nome _____ età _____																															
Data Arruolamento..... <u>      </u>																															
<b>Classe NYHA.....</b> <u>      </u>																															
Follow-up ambulatoriale previsto il.....																															
Follow-up infermieristico telefonico previsto..... <u>      </u>																															
<b>ECOCARDIOGRAMMA</b> DISFUNZIONE SISTOLICA VS <input type="checkbox"/> <u>assente</u> <input type="checkbox"/> <u>lieve</u> (FE 40-50%) <input type="checkbox"/> <u>moderata</u> (FE 30-40%) <input type="checkbox"/> <u>severa</u> (FE <30%)	DISFUNZIONE DIASTOLICA VS <input type="checkbox"/> <u>assente</u> <input type="checkbox"/> <u>GRADO I</u> (alterato rilasciamento) <input type="checkbox"/> <u>GRADO II</u> (pattern <u>pseudonormale</u> ) <input type="checkbox"/> <u>GRADO III</u> (pattern restrittivo)	<b>E.C.G.</b> <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusale <input type="checkbox"/> <u>Fibrillaz. Atriale</u> <input type="checkbox"/> BBS <input type="checkbox"/> Pacemaker																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">DATA</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><b>Emocromo</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Sodiemia</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Potassiemia</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Creatininemia</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Azoremia</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>BNP</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DATA				<b>Emocromo</b>				<u>Sodiemia</u>				<u>Potassiemia</u>				<u>Creatininemia</u>				<u>Azoremia</u>				<b>BNP</b>				Firma del medico _____		
DATA																															
<b>Emocromo</b>																															
<u>Sodiemia</u>																															
<u>Potassiemia</u>																															
<u>Creatininemia</u>																															
<u>Azoremia</u>																															
<b>BNP</b>																															

*Figura numero 6. Scheda medica di arruolamento del paziente*

<b>Regione Marche</b> <b>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE</b> <b>AREA VASTA N. 4</b> PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE U.O.C. CARDIOLOGIA	<b>AMBULATORIO</b> <b>SCOMPENSO CARDIACO</b> <b>Medico-Infermieristico</b>
---	--

**SCHEDA INFERMIERISTICA DI ARRUOLAMENTO AMBULATORIALE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Data/Luogo di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

vive solo  
  vive in famiglia  
  vive in istituto \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici

**CARE GIVER** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lingua \_\_\_\_\_ conoscenza lingua italiana  si    scarsa    no

**Data arruolamento**

 Medico Arruolante : \_\_\_\_\_

Provenienza:  post ricovero    post visita ambulatoriale    post visita privata

Diagnosi medica di arruolamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Classe NYHA   **I**   II   **III**   **IV**

Peso Kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

Diabete:  no    si   terapia domiciliare:  dieta    terapia os    terapia insulinica

Allergie:  accertate    presunte \_\_\_\_\_

Informazioni ricevute da: \_\_\_\_\_ FIRMA Infermiere compilatore \_\_\_\_\_

**Figura numero 7a.** Scheda infermieristica di arruolamento ambulatoriale

<b>Cognome e Nome</b>	
<b>INDAGINE INFERMIERISTICA DELLA SITUAZIONE ABITUALE A DOMICILIO</b>	
<b>RESPIRAZIONE</b> 1. Paziente eupnoico 2. Presenza di dispnea 3. Liberazione inefficace delle vie aeree 4. Modello di respiro inefficace a. Pause respiratorie b. <u>Ossigeno terapia</u> 5. <u>Tracheostomia</u>	<b>MOBILIZZAZIONE</b> 1. Paziente autosufficiente 2. Compromissione della deambulazione - Uso di ausili _____ 3. Compromissione della mobilizzazione a letto 4. Compromissione capacità di trasferimento 5. Paziente allettato
<b>ALIMENTAZIONE</b> 1. Capacità di alimentarsi autonomamente e con adeguato apporto calorico 2. Alterato apporto calorico a. Inferiore al fabbisogno b. Superiore al fabbisogno 3. Difficoltà nel realizzare le attività relative all'alimentazione a. Necessità di moderato aiuto b. Paziente da imboccare 4. Nausea e vomito 5. Disfagia	<b>IDRATAZIONE</b> 1. Idratazione regolare 2. Deficit di liquidi 3. Eccesso di liquidi
	<b>SONNO E RIPOSO</b> 1. Regolare ritmo del sonno/veglia 2. Necessità di dormire con più di un cuscino <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> <u>no</u>
<b>CURA DI SE'</b> 1. Paziente autosufficiente 2. Incapacità parziale di eseguire l'igiene personale 3. Incapacità totale di eseguire l'igiene personale	<b>ELIMINAZIONE URINE</b> 1. Paziente continente con diuresi regolare 2. Alterazione della quantità e/o qualità <u>dell'urina</u> 3. Controllo Diuresi a domicilio <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> <u>no</u> 4. Alterata emissione dell'urina a. Incontinenza b. Ritenzione c. Pollachiuria d. <u>Stomia</u> e. Catetere vescicale (____/____/____)
<b>ALTRE INFORMAZIONI</b> <input type="checkbox"/> <u>portatore</u> di <u>PaceMaker</u> dal _____ <input type="checkbox"/> <u>portatore</u> di I.C.D. dal _____	
Data	Firma <u>dell'infermiere</u> compilatore
<b>Consenso al trattamento dei dati personali</b>	
lo sottoscritto _____ Nato a _____ il _____ Ricevuta l'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03 e preso atto dei diritti a me riconosciuti dall'art.7 del suddetto decreto, consapevole che i trattamenti riguarderanno anche i dati sensibili ed idonei a rilevare lo stato di salute, e che il consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato	
<b>Presto il consenso</b>	
Al trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni e alla loro comunicazione a terzi ai fini di studi e statistiche.	
Firma dell'interessato	Firma dell'operatore che ha ricevuto il consenso
_____	_____

**Figura numero 7b.** Scheda infermieristica di arruolamento ambulatoriale

<b>Regione Marche</b> <b>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE</b> <b>AREA VASTA N. 4</b> PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE U.O.C. CARDIOLOGIA	<b>AMBULATORIO</b> <b>SCOMPENSO CARDIACO</b> <b>Medico-Infermieristico</b>		
<b>SCHEDA MEDICA DI FOLLOW-UP PAZIENTE</b>			
<b>Cognome e Nome</b>			
+ Data Follow-up			
<b>Classe NYHA</b> .....			
Follow-up ambulatoriale previsto il.....			
Follow-up infermieristico telefonico previsto .....			
<b>ECOCARDIOGRAMMA</b> DISFUNZIONE SISTOLICA VS <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> lieve (FE 40-50%) <input type="checkbox"/> moderata (FE 30-40%) <input type="checkbox"/> severa (FE <30%)	DISFUNZIONE DIASTOLICA VS <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> GRADO I (alterato rilasciamento) <input type="checkbox"/> GRADO II (pattern <u>pseudonormale</u> ) <input type="checkbox"/> GRADO III (pattern restrittivo)	<b>E.C.G.</b> <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusale <input type="checkbox"/> <u>Fibrillaz. Atriale</u> <input type="checkbox"/> BBS <input type="checkbox"/> Pacemaker	
<b>DATA</b>			
<b>Emocromo</b>			
<b><u>Sodiemia</u></b>			
<b>Potassiemia</b>			
<b><u>Creatininemia</u></b>			
<b>Azotemia</b>			
<b>BNP</b>			
Firma del medico _____			

*Figura numero 8. Scheda medica di follow-up del paziente*

<b>Regione Marche</b> <b>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE</b> <b>AREA VASTA N. 4</b> PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE U.O.C. CARDIOLOGIA	<b>AMBULATORIO</b> <b>SCOMPENSO CARDIACO</b> <b>Medico-Infermieristico</b>																																																																																				
<b>Cognome e Nome</b>																																																																																					
<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI FOLLOW-UP PAZIENTE</b>																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>DATA</b></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>P.A. <del>mmHg</del></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>F.C. <del>batt/min</del></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Peso Kg</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Eseguito ECG <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Eseguito visita Cardiologica <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Eseguito ecocardiogramma <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Ha avuto mancanza d'aria?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>- A riposo?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>- Durante sforzo?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Quale?</td> </tr> <tr> <td>Ha dovuto dormire con più di un cuscino?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Quanti?</td> </tr> <tr> <td>Si è mai dovuto svegliare di notte con difficoltà respiratoria?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto necessità di dormire seduto</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto le gambe gonfie?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto nausea o inappetenza?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto vomitato?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto palpitazioni prolungate?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto vertigini?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?</td> </tr> <tr> <td>Ha avuto dolore al petto?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?</td> </tr> <tr> <td>Quanto beve circa al giorno?</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Quanto urina circa al giorno?</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Durante questo periodo ha assunto la terapia medica come prescritto?</td> <td colspan="2">ANNOTAZIONI:</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Firma <del>Inf</del></td> </tr> </table>		<b>DATA</b>			P.A. <del>mmHg</del>			F.C. <del>batt/min</del>			Peso Kg			Eseguito ECG <input type="checkbox"/>			Eseguito visita Cardiologica <input type="checkbox"/>			Eseguito ecocardiogramma <input type="checkbox"/>			Ha avuto mancanza d'aria?	SI	NO	- A riposo?	SI	NO	- Durante sforzo?	SI	NO			Quale?	Ha dovuto dormire con più di un cuscino?	SI	NO			Quanti?	Si è mai dovuto svegliare di notte con difficoltà respiratoria?	SI	NO	Ha avuto necessità di dormire seduto	SI	NO	Ha avuto le gambe gonfie?	SI	NO	Ha avuto nausea o inappetenza?	SI	NO	Ha avuto vomitato?	SI	NO	Ha avuto palpitazioni prolungate?	SI	NO			Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?	Ha avuto vertigini?	SI	NO			Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?	Ha avuto dolore al petto?	SI	NO			Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?	Quanto beve circa al giorno?			Quanto urina circa al giorno?			Durante questo periodo ha assunto la terapia medica come prescritto?	ANNOTAZIONI:			Firma <del>Inf</del>	
<b>DATA</b>																																																																																					
P.A. <del>mmHg</del>																																																																																					
F.C. <del>batt/min</del>																																																																																					
Peso Kg																																																																																					
Eseguito ECG <input type="checkbox"/>																																																																																					
Eseguito visita Cardiologica <input type="checkbox"/>																																																																																					
Eseguito ecocardiogramma <input type="checkbox"/>																																																																																					
Ha avuto mancanza d'aria?	SI	NO																																																																																			
- A riposo?	SI	NO																																																																																			
- Durante sforzo?	SI	NO																																																																																			
		Quale?																																																																																			
Ha dovuto dormire con più di un cuscino?	SI	NO																																																																																			
		Quanti?																																																																																			
Si è mai dovuto svegliare di notte con difficoltà respiratoria?	SI	NO																																																																																			
Ha avuto necessità di dormire seduto	SI	NO																																																																																			
Ha avuto le gambe gonfie?	SI	NO																																																																																			
Ha avuto nausea o inappetenza?	SI	NO																																																																																			
Ha avuto vomitato?	SI	NO																																																																																			
Ha avuto palpitazioni prolungate?	SI	NO																																																																																			
		Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?																																																																																			
Ha avuto vertigini?	SI	NO																																																																																			
		Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?																																																																																			
Ha avuto dolore al petto?	SI	NO																																																																																			
		Cosa stava facendo e quanti minuti è durato?																																																																																			
Quanto beve circa al giorno?																																																																																					
Quanto urina circa al giorno?																																																																																					
Durante questo periodo ha assunto la terapia medica come prescritto?	ANNOTAZIONI:																																																																																				
	Firma <del>Inf</del>																																																																																				

*Figura numero 9. Scheda infermieristica di follow-up del paziente*

<b>Regione Marche</b> <b>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE</b> <b>AREA VASTA N. 4</b> PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE U.O.C. CARDIOLOGIA	<b>AMBULATORIO</b> <b>SCOMPENSO CARDIACO</b> <b>Medico-Infermieristico</b>
<b>Cognome e Nome</b>	
<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI <u>FOLLOW-UP TELEFONICO</u></b>	
<b>DATA</b>	<b>DATA</b>
<i>P.A. mmHg.</i>	<i>P.A. mmHg.</i>
<i>F.C. batt/mia.</i>	<i>F.C. batt/min.</i>
<i>Peso Kg.</i>	<i>Peso Kg.</i>
Ha avuto mancanza d'aria?	Ha avuto mancanza d'aria?
- A riposo?	- A riposo?
- Durante sforzo?	- Durante sforzo?
Quale?	Quale?
Ha dovuto dormire con più di un cuscino?	Ha dovuto dormire con più di un cuscino?
Si è mai dovuto svegliare di notte con difficoltà respiratoria?	Si è mai dovuto svegliare di notte con difficoltà respiratoria?
Ha avuto necessità di dormire seduto	Ha avuto necessità di dormire seduto
Ha avuto le gambe gonfie?	Ha avuto le gambe gonfie?
Ha avuto nausea o inappetenza?	Ha avuto nausea o inappetenza?
Ha vomitato?	Ha vomitato?
Ha avuto palpitazioni prolungate?	Ha avuto palpitazioni prolungate?
- Mentre faceva?	- Mentre faceva?
Per quanti minuti?	Per quanti minuti?
Ha avuto vertigini?	Ha avuto vertigini?
Quando?	Quando?
Ha avuto dolore al petto?	Ha avuto dolore al petto?
Mentre faceva?	Mentre faceva?
Per quanti minuti?	Per quanti minuti?
Quanto beve circa al giorno?	Quanto beve circa al giorno?
Quanto urina circa al giorno?	Quanto urina circa al giorno?
Durante questo periodo ha assunto la terapia medica come prescritto?	Durante questo periodo ha assunto la terapia medica come prescritto?
ANNOTAZIONI:	ANNOTAZIONI:
Firma <i>Inf.</i>	Firma <i>Inf.</i>

**Figura numero 10.** Scheda infermieristica di follow-up telefonico

## RISULTATI

Nell'intero sistema di gestione del paziente con SC, sia a livello acuto che a livello cronico, un risultato ottenuto è l'Empowerment (potenziamento) del paziente. Con potenziamento si vuole intendere il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità del paziente, durante tutto il processo di cura della sua malattia. Per arrivare a ciò, l'infermiere (in collaborazione con il medico), ha dovuto educare ed affiancare la persona e tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) nel percorso assistenziale ed esistenziale. Questo tiene in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente che resta sempre l'attore fondamentale in tutto il processo di cura. A questo deve seguire un vero e proprio "patto di cura", tra paziente e sanitari, che vede un coinvolgimento estremamente più profondo rispetto alla semplice "adesione alle cure".

I risultati raggiunti tramite l'attuazione del nuovo PDTA per la gestione del paziente con insufficienza cardiaca sono molteplici. Garanzia ed equità di accesso agli strumenti di gestione della fase acuta e cronica dei pazienti con SC nella regione Marche, nel rispetto di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate. Crescita professionale dell'èquipe di lavoro al fine di migliorare gli esiti e ridurre la disabilità che la patologia implica. Lo sviluppo di una migliore conoscenza della patologia cardiologica. L'aumento progressivo di un'adeguata informazione e comunicazione con i cittadini.

Per quanto riguarda l'ambulatorio dello scorporo dell'ospedale A. Murri di Fermo, il risultato ottenuto dai molteplici interventi a gestione medico-infermieristica è un "paziente con patologia cronica in salute". Con tale formula si vuole intendere non soltanto l'assenza di complicanze e di malessere, ma anche una modalità quanto più "salutare" possibile di convivenza con il proprio stato patologico. Perciò una migliore qualità della vita auspicabile, seguendo sempre l'andamento della patologia. La continuità assistenziale erogata dall'ambulatorio, tramite i vari follow-up, rileva tempestivamente l'eventuale peggioramento o progressione del quadro clinico del paziente in modo da essere trattato quanto prima possibile. A livello statistico, si sono raggiunti ottimi risultati. La collaborazione tra medico ed infermiere ha dato la possibilità all'ambulatorio di

arruolare 77 pazienti nel 2015, con 5 decessi e 3 uscite dal follow-up. Nel 2016 sono stati aggiunti 37 pazienti, con 3 decessi e 6 uscite dal follow-up. Nel 2017 i pazienti aggiunti sono stati 44, con 9 decessi e 6 uscite dal follow-up. Nel 2018, i pazienti inseriti ulteriormente sono 35, con 4 decessi e 8 uscite dal follow-up. Nel 2019 sono stati arruolati altri 44 pazienti, con 2 decessi e 6 uscite dal follow-up. Al termine del 2019 si è stimato un tasso di riospedalizzazione del 6,5%. Purtroppo, nel 2020, con l'emergenza Covid-19 si sono dovute sospendere le attività riguardanti l'ambulatorio dello scompenso. Fortunatamente, nel maggio del 2021, l'attività ambulatoriale ha ripreso la sua attività. Inizialmente sono stati richiamati tutti i pazienti arruolati negli anni precedenti, con l'obiettivo di ampliare il più possibile il bacino di utenza dei pazienti con SC. Tutti i dati statistici elencati precedentemente, si sono ripercossi nei costi aziendali. Si è notato infatti che da quando è stato istituito l'ambulatorio dello scompenso, la degenza media per un ricovero si è abbassata a 7 giorni. Grazie a questo dato, la media dei costi per la degenza del paziente con insufficienza cardiaca è notevolmente diminuita.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Kurmani, S., & Squire, I., (2017). *Insufficienza cardiaca acuta: definizione, classificazione ed epidemiologia*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28785969/>
- Bush, N., & Rogers, C., (2015). *Insufficienza cardiaca: fisiopatologia, diagnosi, linee guida per il trattamento medico e gestione infermieristica*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26596665/>
- Hoes, A.W, & Mosterd, A., (2007). *Epidemiologia clinica dello scompenso cardiaco*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17699180/>
- Bridges, C., Coats, A. JS, Dalal, H., Davies, E. J, Long, L., Mordi, I. R et al., (2019). *Riabilitazione cardiaca basata sull'esercizio per adulti con insufficienza cardiaca*. Disponibile in: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003331.pub5/full?highlightAbstract=failur%7Cfailure%7Cheart>
- Adamczak, D.M, Kaluzna-Oleksy, M., & Kepinska, K., (2019). *Insufficienza cardiaca avanzata: una revisione*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835972/>
- Albert, N. M, Jaarsma, T., Lee, C. S, Piano, M. R, Prasun, M., & Stamp, K. D, (2018). *Ricerca infermieristica nella cura dello scompenso cardiaco: una presa di posizione dell'American Association of Heart Failure (AAHFN)*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29397988/>
- (Akdeniz, B., Mert, H., Ozpelit, E., & Sezgin, D., (2017). *L'effetto sugli esiti dei pazienti di un programma di assistenza infermieristica e di follow-up per i pazienti con insufficienza cardiaca: uno studio controllato randomizzato*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28214615/>
- Brennan, E. J, (2018). *Infermieristica per scompenso cardiaco cronico: assistenza multidisciplinare integrata*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29953279/>

# ALLEGATI

Fermo, li 14-10-21

**Al Direttore Medico Presidio Ospedaliero  
Area Vasta 4 – Fermo**

**Al Direttore U.O.C. Cardiologia  
Area Vasta 4 – Fermo**

**Al Direttore Area Inf.ca/ Ostetrica – SPS  
Area Vasta 4 – Fermo**

### Loro Sedi

**Oggetto:** autorizzazione per accedere ai dati dell'U.O.C. di cardiologia

Io sottoscritto SCIARRESI ALESSIO nato a ASCELINO il 03-10-99, residente a PORTO SAN GIOVANNI G. GAMBEL n. 34 studente del Corso di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo, chiedo, alle S.S.L.L. l'autorizzazione per accedere ai dati DELL'ANALISI DELLO SCOMPENSO.  
Tutti i dati, trattati rispettando la normativa sulla privacy, verranno sottoposti all'analisi statistica descrittiva che verrà inserita nella mia tesi di Laurea.

Cordiali saluti.

Firma studente Alessio Sciarresi  
(Alessio Sciarresi)

Visto

Direttore ADP: Dr. A. Santarelli



Si Autorizza

Regione Marche A.S.U.R.  
Area Vasta n.4 - Fermo  
Direttore I.f. Dr. Luca Polet  
Direzione Medica Ospedaliera  
Cod. Fisc. PLC XCU 63C13 E343E

Il Direttore Medico Presidio Ospedaliero F.F. \_\_\_\_\_  
Dr. L. Polci

Regione Marche A.S.U.R.  
Area Vasta n.4 - Fermo  
U.O.C. CARDIOLOGIA  
DIRETTORE I.F.  
Dr. Paolo PAOLONI  
Cod. Fisc.: PLNPLA 57P10 D542Z

Il Direttore F.F. U.O.C. Cardiologia \_\_\_\_\_  
Dr. P. Paoloni

Regione Marche A.S.U.R.  
Area Vasta n.4 - Fermo  
PROFESSIONI SANITARIE  
DIREZIONE Infermieristica - Ostetrica  
Direttore Dr. Renato ROCCHI  
Tel. 0734 649,2930 - Fax 0734.645.2806  
e-mail: renato.rocchi@sanita.marche.it

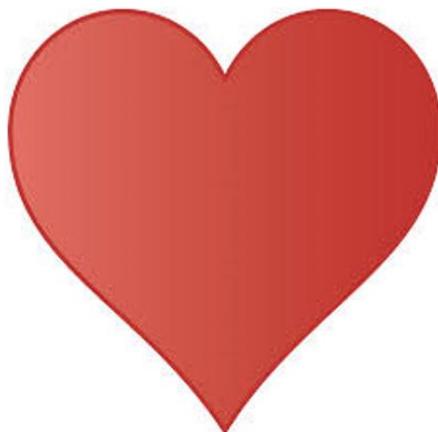
Il Direttore Area Inf.ca/ Ostetrica – SPS \_\_\_\_\_  
Dr. R. Rocchi

*Allegato numero 1. Autorizzazione trattamento dati della cardiologia*

**Regione Marche  
AZIENDA SANITARIA  
UNICA REGIONALE  
AREA VASTA N. 4**

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI FERMO  
DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE MEDICHE  
U.O.C. CARDIOLOGIA  
AMBULATORIO SCOMPENSO CARDACO  
Medico-Infermieristico**

# **OPUSCOLO INFORMATIVO SCOMPENSO CARDIACO**



**Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco  
Tel. 0734-6252437**

*Allegato numero 2 (pagina 1). Opuscolo informativo*

### **Introduzione:**

Gentile Signora/e, questa guida è stata pensata e realizzata con l'intenzione di fornire alle persone affette da **SCOMPENSO CARDIACO**, informazioni utili a migliorare la conoscenza e la gestione della malattia e di conseguenza avere un risvolto positivo sulla qualità della vita.

Sicuramente gli operatori sanitari che lei ha incontrato (medico di medicina generale, cardiologo, infermiere) hanno già discusso con lei di questa malattia cronica, dei sintomi che potrebbe avvertire.

Il primo passo per gestire al meglio lo **SCOMPENSO CARDIACO** e prevenire le complicanze, è la comprensione da parte Sua e dei Suoi familiari dell'importanza del riconoscere eventuali modificazioni del Suo stato di salute.

### **Cos'è lo Scompenso Cardiaco**

Lo Scompenso Cardiaco è una patologia molto frequente che si manifesta per lo più quando il muscolo del cuore è indebolito e non riesce a pompare con sufficiente forza il sangue.

### **Quali sono le cause dello Scompenso**

Lo Scompenso Cardiaco è spesso l'evoluzione finale comune a molte malattie.

Le cause più frequenti sono:

- Malattie coronariche (infarto del miocardio)
- Malattie delle valvole cardiache
- Ipertensione arteriosa cardiomiopatie
- Malattie metaboliche (diabete mellito)
- Abuso di alcool e sostanze stupefacenti
- Infezioni virali che colpiscono il cuore (miocarditi)



## **Abitudini alimentari**

Sarebbe opportuno seguire un regime dietetico controllato, ipocalorico se si è in sovrappeso.

Ridurre l'apporto di sale, evitare l'uso di grassi animali prediligendo quelli vegetali.

Evitare le cotture complesse dei cibi preferendo la cottura a vapore o la bollitura.

Consumare molta frutta e verdura, pesce e carni bianche.

Non aggiungere sale alle pietanze (evitare salumi, insaccati, cibi conservati, dolci, alcool).

Non assumere più di 1-1,5 litri di liquidi al giorno (per sostanza liquida si intende: acqua, the, caffè, latte, alcolici, succhi di frutta, minestre, ecc. ecc.).

## **Consigli**

- La vaccinazione anti-influenzale non è obbligatoria ma consigliabile

soprattutto nei pazienti anziani.

- Eliminare totalmente il fumo.

- Evitare i soggiorni in luoghi molto caldi ed umidi (è consigliato il soggiorno in montagna ma non ad altitudini superiori ai 1.000-1500 metri).

Per ogni viaggio portarsi sempre i farmaci necessari e la tabella della terapia con i relativi orari.

- Compilare scrupolosamente il modulo di monitoraggio a domicilio facendo particolare attenzione alla rilevazione della Pressione Arteriosa, Peso corporeo, alla quantità dei liquidi assunti quotidianamente, alla quantità di urina prodotta.