

SOMMARIO

1. Modalità operative
 - 1.1 Valutazione clinica
 - 1.2 Trattamento
 - 1.3 Follow up
2. Riferimenti

Redazione

Firma

[Signature]

data

10/11/25

Verifica

Firma

[Signature]

data

18/11/25

Approvazione

Firma

[Signature]

data

24/11/25

1. MODALITA' OPERATIVE

La prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione generale è stata stimata tra lo 0,4 e il 2%. Essa tende rapidamente ad aumentare con l'età; l'incremento della proporzione dei soggetti anziani nella popolazione rende inoltre ragione della frequenza crescente di scompenso cardiaco.

La prognosi dello scompenso cardiaco risulta essenzialmente sfavorevole qualora la causa sottostante non sia correggibile. In circa la metà dei pazienti in cui sia stata posta diagnosi di scompenso cardiaco, l'exitus si verifica entro 4 anni, mentre in metà di quelli affetti da scompenso cardiaco grave il decesso avviene entro 1 anno.

Dal momento che la cardiopatia ischemica rappresenta la principale causa di scompenso cardiaco, esso è nella maggior parte dei casi associato a disfunzione sistolica del ventricolo sinistro; una disfunzione diastolica è spesso concomitante e questa diagnosi viene posta in presenza di sintomi e segni di scompenso se la frazione di eiezione a riposo è nella normalità.

Una disfunzione diastolica predominante è relativamente rara nei pazienti giovani; è più frequente negli anziani, nei quali la presenza di ipertensione arteriosa, ipertrofia miocardica e fibrosi svolgono un ruolo fondamentale nel determinismo della disfunzione ventricolare.

1.1 VALUTAZIONE CLINICA

La diagnosi di scompenso cardiaco è basata sulla valutazione clinica che si fonda sulla storia clinica, l'esame fisico e su appropriate indagini strumentali.

I sintomi ed i segni che caratterizzano lo scompenso derivano sia da sovraccarico di volume intravascolare ed interstiziale sia dall'inadeguata perfusione tissutale conseguente a bassa portata circolatoria.

I sintomi e segni fisici conseguenti a sovraccarico di volume intravascolare e interstiziale (congestione) sono i seguenti:

- dispnea da sforzo
- ortopnea
- dispnea parossistica notturna
- rumori da stasi polmonare
- nicturia
- oliguria
- disturbi addominali (dolore, nausea, tensione)

- edemi declivi
- turgore giugulare
- fegato da stasi
- versamento pleurico trasudatizio
- ascite

I sintomi e segni fisici conseguenti a non adeguata perfusione tissutale (bassa portata circolatoria) sono i seguenti:

- stanchezza e facile affaticabilità
- confusione mentale (specie negli anziani)
- dimagrimento (fino alla cachessia cardiogena)
- pallore e segni di ipoperfusione cutanea

La componente soggettiva dell'esame clinico e l'impossibilità di registrare adeguatamente informazioni atte a convincere altri (che non abbiano visto il paziente) della esistenza di uno scompenso cardiaco, costituiscono il punto di maggior debolezza di una diagnosi basata sui soli criteri clinici. In conclusione i sintomi e i segni fisici sono importanti per suggerire all'osservatore la possibile esistenza di uno scompenso; il sospetto clinico deve essere suffragato da dati più obiettivi.

Esami di laboratorio: da eseguire nei pazienti con sintomi o segni di scompenso cardiaco:

- Emocromo
- Creatinemia ed azotemia
- Na K
- Quadro proteico
- Funzionalità epatica
- Coagulazione
- Funzionalità tiroidea
- PRO BNP
- Esame urine

Indagini strumentali

- ECG
- Rx Torace
- Prove di funzionalità polmonare
- Ecocardiografia

Una volta che sia stata fatta diagnosi di scompenso cardiaco i sintomi possono essere usati per stabilire la severità della sindrome e per monitorare gli effetti della terapia.

La *classificazione della New York Heart Association (NYHA)* è largamente utilizzata:

<i>Classe I</i>	<i>Nessuna limitazione:</i> l'attività fisica abituale non provoca astenia, dispnea, ne' palpitazioni
<i>Classe II</i>	<i>Lieve limitazione dell'attività fisica:</i> benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina.
<i>Classe III</i>	<i>Grave limitazione dell'attività fisica:</i> benessere a riposo, ma attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi
<i>Classe IV</i>	<i>Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza disturbi:</i> sintomi di scompenso sono presenti a a riposo, con aumento di disturbi ad ogni minima attività
N.B.: i pazienti in classe NYHA I devono avere segni obiettivi di disfunzione cardiaca, avere nell'anamnesi sintomi di scompenso ed essere in terapia con farmaci utili per lo scompenso cardiaco.	

1.2 TRATTAMENTO

Nell'ultimo decennio l'approccio terapeutico allo scompenso cardiaco ha subito delle considerevoli variazioni. L'approccio attuale è diretto non soltanto a correggere i sintomi ma anche a ritardare la progressione dello scompenso cardiaco e a modulare la progressione della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica verso lo scompenso cardiaco sintomatico.

La terapia allo stato attuale permette nella maggior parte dei casi una riduzione completa o parziale dei sintomi. In aggiunta alla riduzione della morbidità, si è ottenuta una significativa diminuzione della mortalità. L'eliminazione della causa, nei casi in

cui ciò è possibile, può normalizzare la disfunzione cardiaca, mentre il trapianto cardiaco costituisce un'alternativa per una ristretta minoranza di pazienti.

Scopi del trattamento dello scompenso cardiaco

- A. Prevenire l'insorgenza dello scompenso cardiaco e la sua progressione;
- B. eliminare la causa dello scompenso cardiaco;
- C. alleviare i sintomi e migliorare la qualità della vita;
- D. aumentare la sopravvivenza.

Tipi di trattamento dello scompenso cardiaco cronico

Strategie terapeutiche attualmente percorribili:

I.	<i>Educazione sanitaria</i> a. Consigli generali b. Consigli dietologici c. Riposo ed esercizio
II.	<i>Terapia farmacologica</i> a. Diuretici b. ACE inibitori c. Glicosidi cardiaci d. Vasodilatatori e. Beta-bloccanti f. Antialdosteronici g. ARNI h. GLIFLOZINE i. Ossigeno
	Gli inibitori recettoriali dell'AGII in casi particolari sembrano dare un maggior beneficio se associati agli ACE inibitori. Negli ultimi anni il trattamento con beta-bloccanti ha dato risultati positivi e ne andrebbe incrementato l'uso.
III.	<i>Device e chirurgia</i> - Ultrafiltrazione - Pacemaker - Cardiovertitore/defibrillatore impiantabile e procedure antiaritmiche di

	ablazione elettrica
	Rivascolarizzazione miocardia
	Trapianto cardiaco

Farmaci utili nello scompenso cardiaco a disposizione nell'armadio farmaceutico della Casa di Cura

1. Diuretici: CLORTALIDONE, FUROSEMIDE, SPIRONOLATTONE, CANREONATO DI POTASSIO
2. ACE-inibitori: ENALAPRIL, PERINDOPRIL, QUINAPRIL, ENALAPRIL + IDROCLOROTIAZIDE, QUINAPRIL + IDROCLOROTIAZIDE.
3. Glicosidi cardiaci: DIGOSSINA, METILDIGOSSINA
4. Vasodilatatori: NITROGLICERINA, ISORBIDE MONOIDRATO
5. -bloccanti: PROPANOLOLO, ATENOLOLO, NEBIVOLOLO, LABETALOLO
6. Antialdosteronici
SPIRONOLATTONE, POTASSIO CANREONATO
7. ARNI: SACUBITRIL/VALSARTAN
8. GLIFLOZINE: DAPAGLIFLOZIN, EMPAGLIFLOZIN

1.3 FOLLOW UP

La gestione più idonea del paziente con scompenso cardiaco cronico passa attraverso l'identificazione della cura a lungo termine come una rete di percorsi, legati all'età del paziente, all'eziologia, ed alla gravità della malattia. Questi percorsi dovrebbero essere funzionalmente interconnessi e quindi facilmente transitabili dai pazienti. Perché ciò avvenga è indispensabile creare consenso e interazione fra gli operatori sul territorio e gli ospedalieri.

Si può schematizzare e teorizzare che il percorso del paziente inizi con il riconoscimento dello scompenso cardiaco e la prima valutazione clinica di gravità; quest'ultima, l'età e l'eziologia guideranno il medico referente nella decisione se avviare o meno il paziente ad una struttura ospedaliera per la diagnosi eziologica e la valutazione cardiologica. In ospedale verrà quindi impostato il trattamento, specifico se indicato e, in caso di scompenso lieve, il paziente verrà avviato nuovamente al medico referente. Il paziente con scompenso moderato/severo completerà direttamente nella struttura ospedaliera l'approccio terapeutico farmacologico, non farmacologico e multidisciplinare.

Nel caso di scompenso refrattario in pazienti candidabili o candidati al trapianto di cuore, si avvierà il percorso verso un ospedale dotato di cardiocirurgia trapiantologica per il trattamento e la conseguente valutazione cardiologica.

Gli interventi di follow up (controllo clinico, controllo dell'efficacia e della tollerabilità della terapia impostata, della aderenza del paziente alle strategie terapeutiche, educazione sanitaria e prevenzione delle instabilizzazioni) sono un preciso compito di entrambe le strutture ospedaliere ed extraospedaliere. Questo compito verrà svolto prevalentemente sul territorio nel caso di scompenso lieve/moderato, con periodici controlli di verifica specialistica in ambiente ospedaliero. Nel caso di scompenso moderato/severo il follow up sarà prevalentemente ospedaliero.

La cadenza dei controlli deve essere flessibile, in rapporto alle necessità del singolo paziente.

La modalità di follow up dovrà sempre tenere conto della continuità assistenziale.

Gli interventi potrebbero essere schematizzati come segue:

Interventi durante il follow up dei pazienti con scompenso cardiaco.

A LIVELLO AMBULATORIALE:

- iniziale riconoscimento dello scompenso e prima valutazione di gravità
- avvio ad una struttura ospedaliera per eventuale accertamento eziologico, se ancora mancante, e per quantificazione clinico strumentale
- controllo di efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali della terapia impostata
- verifica e stimolo dell'aderenza del paziente verso le prescrizioni terapeutiche (farmacologiche e non)
- prevenzione delle cause di instabilizzazione
- verifica della stabilità clinica e precoce riconoscimento di instabilizzazione in paziente già noto; riconoscimento del fattore precipitante, se possibile, e, se non si tratta di instabilizzazione grave, suo trattamento
- valutazione di opportunità di avvio ad altro percorso di tipo valutativo e/o terapeutico

A LIVELLO OSPEDALIERO:

- diagnosi eziologia, valutazione clinico-strumentale
- impostazione terapeutica
- monitoraggio di efficacia, tollerabilità e effetti collaterali della terapia nei casi di

scompenso cardiaco moderato e severo

- indicazione ad interventi cardiocirurgici conservativi nei pazienti con scompenso lieve e moderato, e nei centri con esperienza specifica, nei pazienti con scompenso grave
- stratificazione prognostica
- valutazione di idoneità a intervento chirurgico sostitutivo d'organo, da effettuarsi nei centri trapianto
- sostegno al paziente e ai suoi familiari da parte di psicologi
- intervento fisioterapico, dall'intervento passivo al letto al ricondizionamento muscolare
- supporto nutrizionale
- educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari
- facile accesso a controllo periodico, ambulatoriale o in regime di ricovero, dei pazienti in follow up in collaborazione con il medico referente
- facile accesso al ricovero ospedaliero ogni qual volta sia necessario.

Nelle visite ambulatoriali di follow up il medico esprimerà un giudizio di stabilità valutando i seguenti parametri:

- assenza di sintomi di scompenso a riposo
- assenza di peggioramento di tolleranza fisica
- assenza di angina
- assenza di aritmie ventricolari sintomatiche
- esame obiettivo invariato rispetto ala precedente controllo
- peso corporeo stabile (variazioni inferiori a 3 Kg)
- pressione sistolica invariata e > 90 mmHg
- creatininemia invariata
- azotemia invariata
- sodiemia > 134 mEq/l
- assenza di effetti collaterali da farmaci

2. RIFERIMENTI

Linee Guida ESC 2021 per la Diagnosi e il Trattamento dello Scompenso Cardiaco Acuto e Cronico. G ITAL CARDIOL 2022; 23 (4 suppl 1) e1-e127