

## **I 10 punti importanti del Documento di Consenso intra-societario sul percorso del paziente con Scompeso Cardiaco dal domicilio alla dimissione dal PS/ DEA**

*A cura della Dott.ssa Manuela Benvenuto e del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompeso Cardiaco*

Lo scompeso cardiaco acuto è una condizione clinica potenzialmente letale la cui gestione presenta diversi punti critici, dalla eterogeneità della presentazione clinica, alla molteplicità dei professionisti sanitari coinvolti e sino alla complessità del percorso diagnostico-terapeutico del paziente dal proprio domicilio, al PS/DEA, all'eventuale ricovero ordinario.

È proprio dall'esigenza di disegnare un percorso assistenziale quanto più possibile condiviso, del paziente affetto da scompeso acuto, che l'Area Scompeso Cardiaco dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri ha promosso in collaborazione con FADOI, SIAARTI, SIC, SIMG, SIMI e SIMEU un documento di consenso intersocietario, recentemente pubblicato dal Giornale Italiano di Cardiologia.

Il lavoro congiunto delle diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente affetto da scompeso, è apparso fondamentale per gli autori, per condividere strategie e percorsi volti a garantire sia i livelli assistenziali di qualità che esiti migliori sul territorio nazionale.

Il documento tratta diversi punti e snodi fondamentali per una corretta gestione del paziente affetto da scompeso acuto dal domicilio fino alla dimissione dal PS/DEA.

Abbiamo chiesto al Dott. Andrea Mortara, past-Chairperson dell'Area Scompeso Cardiaco e primo autore del documento di Consenso, di sintetizzare gli argomenti più rilevanti presenti nel documento. I 10 punti importanti possono essere così riassunti:

- 1) Valorizzazione della **fase pre-ospedaliera** dal domicilio alle modalità di trasporto. Come fare una diagnosi corretta, quali farmaci possono essere somministrati, quando accelerare il trasporto, e come dotare le ambulanze dei presidi necessari.
- 2) Il paziente entra in PS/DEA con segni e sintomi di Scompeso Cardiaco. **Il ruolo del triage e delle valutazioni cliniche e strumentali nei primi 15 minuti.** Quali parametri vitali misurare e quali accertamenti eseguire. Il ruolo del Medico di Medicina d'urgenza, quando potrebbe essere opportuno chiamare lo specialista cardiologo. Cosa fare se il malato è incosciente.
- 3) Nei primi 15-30 minuti deve essere completata la prima importante azione del Medico di Medicina d'Urgenza: definire se il paziente è **"CRITICO"** cioè se i segni e sintomi di scompeso cardiaco si associano ad una di queste 5 severe patologie: a) Shock, b) STEMI o nSTEMI ad alto rischio, c) distress respiratorio, d) severa alterazione del circolo, e) bradi- o tachi-aritmie gravi.
- 4) Per ognuna delle **5 patologie gravi è descritta una flow-chart operativa**, con la segnalazione accurata delle terapie farmacologiche e non farmacologiche che sono necessarie. Importante in questa sezione del documento è stata la collaborazione fra le società di medicina d'urgenza (SIMEU e SIAARTI) e le società dei cardiologi (ANMCO e SIC).
- 5) Come viene dimesso dal PS/DEA il paziente con SC critico? Quando ricoverare nei reparti di rianimazione, e quando in UTIC o reparto di cardiologia. Tuttavia molti aspetti vanno considerati compreso l'età e la fragilità del malato con uno sguardo attento alle possibili **scelte di medicina palliativa**.

- 6) Se il paziente con scompenso cardiaco non presenta quegli aspetti di gravità il documento suggerisce che venga definito **“non CRITICO”**. Per questi malati diventano importanti alcuni aspetti operativi che si svolgono in PS/DEA: a) la formulazione di una corretta diagnosi (il ruolo dell’ecocardiografia fast e delle altre procedure strumentali), b) il riconoscimento delle comorbidità, e c) la definizione dei fattori precipitanti.
- 7) In relazione alla presenza proprio delle comorbidità, in accordo con le società di medicina interna SIMI e FADOI viene proposto che il paziente con scompenso non Critico sia diviso in 2 gruppi principali: **a) Scompenso Cardiaco Prevalente, b) Scompenso Cardiaco a comorbidità prevalente**. Questo potrebbe aiutare nel coinvolgimento in PS/DEA o dello specialista cardiologo o dell’internista e nella scelta del reparto per il successivo ricovero.
- 8) Particolare attenzione viene posta nel paziente con scompenso cardiaco non Critico, alla **stratificazione del rischio** in base alle caratteristiche della sua cardiopatia, alla severità delle comorbidità e dei fattori precipitanti. Nel manoscritto sono rivisti questi criteri di stratificazione e soprattutto gli score oggi disponibili per aiutare in questo difficile processo.
- 9) La stratificazione del rischio diventa molto importante per la scelta del medico di ricoverare o dimettere il paziente non Critico. In alternativa viene descritta nelle sue finalità anche il reparto di **osservazione breve intensiva (OBI)** che si sta diffondendo in molti PS/DEA. Un ricovero temporaneo di 24-48H con la possibilità poi di dimettere senza iniziare la procedura di ricovero.
- 10) Il malato non viene ricoverato ma affidato nuovamente alle cure del **Medico di Medicina Generale e dell’Ambulatorio Scompenso**. Insieme alla società della Medicina generale SIMG, sono stati rivisti i principali compiti del medico di famiglia e gli interventi possibili in questa delicata fase dopo l’accesso in PS/DEA. Il documento si collega idealmente a quanto pubblicato nel 2016 sul ruolo degli ambulatori scompenso e sui percorsi di rete, ridisegnando il lungo viaggio del malato che ha una fase di instabilizzazione.

Invitiamo tutti ad approfondire questo decalogo consultando il documento:  
[http://www.giornaledicardiologia.it/articoli.php?archivio=yes&vol\\_id=3151&id=31321](http://www.giornaledicardiologia.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3151&id=31321)