



Scompenso cardiaco: linee guida ESC 2026

Data 06 settembre 2026
Categoria cardiovascolare

In questa pillola una sintesi delle maggiori raccomandazioni delle nuove linee guida 2026 sullo scompenso cardiaco dell'ESC.

L'European Society of Cardiology (ESC) ha pubblicato le nuove linee guida sulla gestione dello scompenso cardiaco (SC). Ne diamo una sintesi, ma consigliamo ai lettori la consultazione del documento originale (vedi bibliografia).

Anzitutto le linee guida semplificano la **classificazione** della frazione di eiezione (LVEF), abolendo la fascia intermedia (HFmrEF). Distinguono infatti:

- 1) uno SC con Frazione di Eiezione Ridotta: LVEF <50%. Raggruppa la precedente fascia ridotta e quella lievemente ridotta
- 2) uno SC con Frazione di Eiezione Preservata: LVEF ≥50%.

Successivamente lo SC viene suddiviso in 4 **stadi**:

*Stadio A: Pazienti a rischio di SC (ipertensione, diabete, obesità, esposizione a cardiotossici) senza sintomi o alterazioni strutturali/biomarcatori.

*Stadio B: Pazienti asintomatici che presentano cardiopatia strutturale (es. ipertrofia ventricolare, valvulopatie) o biomarcatori elevati (BNP/NT-proBNP).

*Stadio C (SC Clinico): Pazienti con sintomi attuali o pregressi ed evidenza di alterazione strutturale/funzionale.

*Stadio D (SC Avanzato): Sintomi severi e refrattari a riposo nonostante la terapia ottimizzata, con frequenti ospedalizzazioni.

Il **percorsodiagnostico** si può così riassumere:

1. Valutazione Clinica: Anamnesi ed esame obiettivo (segni e sintomi di congestione/ipoperfusione).
2. ECG: Per identificare aritmie, ischemia o segni di sovraccarico.
3. Dosaggio biomarcatori: soglie NT-proBNP adeguate all'età per ridurre i falsi positivi negli anziani. Valori di cut-off di riferimento per l'esclusione dell'HF non acuto: NT-proBNP <125 pg/mL o BNP <35 pg/mL.
4. Esami di screening obbligatori: includono l'UACR (rapporto albumina/creatinina urinaria) per lo screening della nefropatia, oltre ad assetto marziale (ferritina e transferrina), funzionalità renale ed epatica, ed elettroliti.
5. Ecocardiogramma: conferma la diagnosi, definisce la LVEF e valuta le pressioni di riempimento e la presenza di valvulopatie.

La **terapia** viene ora suddivisa in due grandi gruppi medici primari e uno interventistico.

1. La FMT (Foundational Medical Therapy). La terapia medica di fondamento da iniziare il più rapidamente possibile nei pazienti con LVEF <50%: SGLT2-inibitori, Beta-bloccanti: (Bisoprololo, Carvedilolo o Metoprololo succinato), ARNI / ACE-Inibitori (Sacubitril/Valsartan come prima scelta o ACE-i se ARNI non tollerato/disponibile), MRA (Antagonisti dei Recettori dei Mineralcorticoidi: Spironolattone o Eplerenone).

2. AMT (Additional Medical Therapy). Farmaci da aggiungere in presenza di indicazioni specifiche o persistenza dei sintomi: Diuretici dell'ansa (per il controllo della volemia e dei sintomi congestizi), Vericiguat (stimolatore della guanilato ciclasa solubile per pazienti FE ridotta con recente peggioramento/ospedalizzazione), Ivabradina (in caso di ritmo sinusale con frequenza cardiaca ≥70 bpm nonostante il dosaggio massimo tollerato di beta-bloccante), Agonisti GLP-1 RA (Semaglutide / Tirzepatide, indicati nei pazienti con FE ≥45%, BMI ≥30 indipendentemente dalla presenza di diabete o nei pazienti con diabete di tipo 2 a rischio cardiovascolare), Finerenone (indicato per pazienti con diabete di tipo 2 e malattia renale cronica per ridurre le ospedalizzazioni per SC, indipendentemente dalla FE), Ferro Carbossimaltoso o Ferro Derisomaltoso i.v. (indicato in caso di sideropenia = ferritina <100 µg/L o 100-299 µg/L con saturazione transferrina <20%).

3. La GDIT (Guideline-Directed Interventional Therapy) raccoglie l'insieme degli interventi strumentali, di chirurgia transcateretere o impiantistici che hanno dimostrato, al pari della terapia farmacologica ottimale, di ridurre la mortalità, le riospedalizzazioni e di migliorare la qualità di vita o l'emodinamica nei pazienti selezionati. Non si sostituisce alla FMT/AMT, ma vi si integra. Le principali componenti includono:

A. Dispositivi Elettrofisiologici



- * CRT (Terapia di Resincronizzazione Cardiaca - CRT-P / CRT-D): pazienti in ritmo sinusale con FE $\geq 45\%$, sintomatici (NYHA II-IV) nonostante FMT, con blocco di branca sinistra (BBS) e QRS $\geq 130-150$ ms.
- * ICD (Defibrillatore Automatico Impiantabile): in prevenzione secondaria per sopravvissuti ad arresto cardiaco/aritmie ventricolari sostenute; in prevenzione primaria nei pazienti LVEF $\geq 45\%$ di eziologia ischemica sintomatici dopo almeno 3 mesi di FMT. Uso più selezionato nell'eziologia non ischemica).
- * Conduction System Pacing (CSP - Pacing del Bundle di His o Branca Sinistra): alternativa emergente o complementare alla CRT nei casi in cui l'impianto del catetere nel seno coronarico risulti fallimentare o tecnicamente non fattibile.

B. Interventistica Valvolare Percutanea

- * TEER Mitrale (Transcatheter Edge-to-Edge Repair / MitraClip): pazienti con FE ridotta e insufficienza mitralica (IM) secondaria/funzionale di grado severo che rimangono sintomatici nonostante FMT/GDIT e che soddisfano specifici criteri ecocardiografici di fattibilità e anatomia.
- * TEER Tricuspidale e TAVR: trattamento transcateretere dedicato per l'insufficienza tricuspidale severa e per la stenosi aortica sintomatica in pazienti ad alto rischio chirurgico o con SC associato.

C. Dispositivi di Assistenza Circolatoria e Monitoraggio Emodinamico

- * Sistemi di Monitoraggio Emodinamico Remoto: sensori impiantabili nell'arteria polmonare per il monitoraggio continuo delle pressioni a domicilio. Consentono di ottimizzare la dose di diuretico prima che il paziente sviluppi sintomi di congestione o necessità di ricovero.
- * VAD / LVAD (Dispositivi di Assistenza Ventricolare Sinistra): pompe a flusso continuo utilizzate nello Stadio D sia come ponte al trapianto sia come terapia definitiva nei pazienti non candidabili a trapianto.

Chedire?

Queste nuove linee guida contengono alcune novità interessanti. Anzitutto la semplificazione della classificazione con l'eliminazione della categoria di SC con FE lievemente ridotta, ora le categorie sono solo due.

Poi la suddivisione in 4 stadi (A-D). Se aver classificato un paziente asintomatico ma portatore di un fattore di rischio come stadio A dello scompenso può sembrare una forzatura semantica va sottolineato che l'intento delle linee guida è quello di enfatizzare la prevenzione con l'identificazione precoce e il trattamento ottimale dei fattori di rischio.

Un altro cambiamento terminologico è quello che prevede la sostituzione dello scompenso cardiaco acuto in scompenso cardiaco decompensato (o se preferisce con una dizione a nostro avviso migliore: insufficienza cardiaca scompensata): tale cambiamento è giustificato dal fatto che questa forma non sempre insorge in modo acuto, talora si instaura in modo graduale.

La suddivisione della terapia in FMT, AMT e GDIT chiarisce bene il ruolo dei vari trattamenti. Quelli che finora chiamavamo "pilastri" fanno parte della FMT che vale un po' per tutti i pazienti con SC, la AMT comprende farmaci che servono a migliorare i sintomi oppure che sono indicati in pazienti specifici (per esempio il finerenone), infine la GDIT comprende l'uso di dispositivi elettrofisiologici, chirurgia transcateretere o device di assistenza circolatoria o monitoraggio.

Infine le LG sottolineano la FMT deve essere introdotta precocemente e titolata ogni 7-14 giorni fino alle dosi consigliate o alle dosi tollerate dal paziente. Queste dosi devono essere continuate anche se il paziente non ha più sintomi o se la FE migliora perché la malattia non scompare con il miglioramento dei parametri clinici o strumentali.

Renato Rossi

Bibliografia

Køber L, Adamo M, Ruwald AC, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, Brugs JJ, Chioncel O, Donal E, Ferdinandy P, Jhund PS, Leyva F, Lorusso R, Madigan M, Mullens W, Paolillo S, Ryan N, Simpson M, Thiele H, Thune JJ, Van Craenenbroeck EM, Van Laake LW, Verbaekel M; ESC Guidelines Advisory Group. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28;ehag100. doi: 10.1093/eurheartj/ehag100. Epub ahead of print. PMID:42661420.