



CENTRO NAZIONALE
ECCellenza CLINICA,
QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE



LINEA GUIDA PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC), 2021

DRAFT SCOPE

1. Titolo esteso

Linea guida per la diagnosi e il trattamento dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC).

2. Mandato

La presente Linea Guida rientra nel programma prioritario stabilito dal Comitato Strategico del Sistema Nazionale Linee guida (SNLG) e sarà sviluppata dal Centro Nazionale di Eccellenza Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure (CNEC) nel rispetto degli standard metodologici e di processo definiti da questo Istituto.

3. Obiettivi

L'obiettivo della presente Linea Guida è valutare l'efficacia clinica e il rapporto costo/efficacia delle diverse strategie per la diagnosi e il trattamento dello SCC negli adulti al fine di sviluppare raccomandazioni per la pratica clinica. La linea guida mira a prolungare la durata e a migliorare la qualità della vita delle persone con insufficienza cardiaca.

4. Quesiti per le Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC).

QC1. Quali competenze dovrebbero essere presenti nei team multidisciplinari coinvolti nell'assistenza ambulatoriale o territoriale delle persone con insufficienza cardiaca?

Nell'ambito del trattamento dello SC esiste una grande varietà di modelli di cura, estremamente eterogenei. L'efficacia di modelli di gestione dello scompenso cardiaco con team multidisciplinare versus "usual care" è stata testata da vari studi, in pazienti con diverso profilo di rischio, in casistiche di numerosità molto variabile, con intervalli di tempo d'intervento differente (breve, medio, lungo), con valutazione di outcome diversi. Il livello di evidenza della maggior parte degli studi disponibili è basso, alcuni studi sono molto datati. E' necessario definire le competenze che dovrebbero essere presenti in un team multidisciplinare per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti con insufficienza cardiaca e indicare il ruolo dei singoli attori, le adeguate modalità e gli strumenti di interazione.

QC2. Quali sono le esperienze/preferenze del personale sanitario e dei pazienti nel passaggio tra i diversi setting assistenziali (continuità assistenziale, incluse cure primarie, secondarie e di comunità) per l'insufficienza cardiaca?

La storia del paziente con SC è caratterizzata dalla alternanza di fasi di stabilità e fasi di riacutizzazione. La transizione tra la gestione di team diversi, in particolare tra ospedale e territorio, è particolarmente delicata e complessa e può condizionare la qualità delle cure. E' importante analizzare

le esperienze disponibili e le preferenze di pazienti e staff clinici per identificare le barriere tra i diversi setting di cura.

QC3. Qual è l'efficacia clinica e la costo-efficacia della rivascolarizzazione coronarica con bypass aortocoronarico rispetto all'angioplastica nelle persone con insufficienza cardiaca?

La cardiopatia ischemica è la più frequente causa di insufficienza cardiaca. Non sempre la diagnosi avviene durante un episodio di sindrome coronarica acuta; può esserci un riscontro di malattia coronarica dopo diagnosi primaria di scompenso cardiaco. Potrebbe sembrare logico, se fattibile tecnicamente, rivascolarizzare questi pazienti chirurgicamente o per via percutanea. Tuttavia la presenza di insufficienza ventricolare sinistra aumenta il rischio della procedura fino, in condizioni di severa disfunzione, a controindicare la chirurgia. La letteratura disponibile non ci fornisce prove chiare sul fatto che il paziente con SC a funzione sistolica ridotta e malattia coronarica debba sempre essere sottoposto a rivascolarizzazione. Un tema rilevante è la definizione del rapporto costo-efficacia della rivascolarizzazione coronarica chirurgica o per via percutanea di questi pazienti.

5. Metodi

- Quesiti clinici strutturati secondo l'acronimo PICO (population, intervention, comparator, outcome) adattato per quesiti di intervento, diagnosi ecc.
- Applicazione della metodologia GRADE, come delineato nel Manuale Metodologico ISS-CNEC di produzione di Linee Guida.

6. Setting

SSN, cure primarie e secondarie.

7. Outcome

Di seguito sono riportati i **principali** esiti che verranno considerati nella Linea Guida come potenzialmente rilevanti per la definizione della qualità delle prove e la formulazione delle raccomandazioni.

Per QC1

Esiti a 12 mesi (eccetto punto "c")

- a. Mortalità (tutte le cause)
- b. Qualità della vita correlata alla salute
- c. Ricovero non pianificato (per tutte le cause) durante lo studio
- d. Ottimizzazione della terapia e aderenza al trattamento
- e. Luogo di morte preferito dal paziente in cure palliative
- f. Eventi avversi (ipotensione, iperkaliemia e funzionalità renale).
- g. Esiti riportati dai pazienti.

Per QC2

- a. Fattori facilitanti (buone pratiche) e ostacoli alla continuità dell'assistenza durante la transizione tra i setting di cura dello SCC.

Per QC3

Esiti a 12 mesi (eccetto punto "a" e "d")

- a. Mortalità per tutte le cause a 30 giorni

- b. Qualità della vita correlata alla salute
- c. Ospedalizzazione non pianificata
- d. Eventi di rivascolarizzazione aggiuntivi a 24 mesi
- e. Miglioramento della classe NYHA
- f. Miglioramento della frazione di eiezione
- g. Eventi avversi – ictus.

Prospettiva economica:

- a. analisi costo efficacia/costo utilità (se disponibili)
- b. prospettiva public payer SSN.

8. Professionalità coinvolte

Cardiologi, internisti, geriatri, medici di medicina generale, infermieri, rappresentanti dei pazienti.

Bibliografia

NICE guideline [NG106]. Chronic Heart Failure in Adults: Diagnosis and Management. 2018.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng106>

Iannone P, Coclite D, Napoletano A, Fauci AJ. Manuale metodologico per la produzione delle linee guida di pratica clinica: Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure dell'Istituto Superiore di Sanità. 2018 Disponibile al seguente indirizzo:
http://snlg.iss.it/wpcontent/uploads/2019/04/MM_v1.3.2_apr_2019.pdf. Accessed 30.03.2021