

Linee Guida europee 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale: quali novità per il Medico di Medicina Generale?

European Guidelines 2024 on the management of atrial fibrillation: what's new for the general practitioner?

Chiara Villani, Gaetano D'Ambrosio
SIMG macroarea cronicità



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Linee Guida europee 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale: quali novità per il Medico di Medicina Generale?
Rivista SIMG 2025; 32 (02):16-21.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

La Società Europea di Cardiologia (ESC) ha recentemente pubblicato le nuove linee guida (LG) sulla gestione della fibrillazione atriale (FA)¹. Rispetto alle precedenti (2020) contengono nuove raccomandazioni su problematiche gestionali, in primis la prevenzione del tromboembolismo. Appaiono consolidati e superati gli approcci su cui si basavano le precedenti LG; ne viene proposto uno nuovo, denominato **AF-CARE (Figura 1)**, acronimo che indica una gestione multidisciplinare centrata sul paziente. La componente centrale e prioritaria è rappresentata dalla gestione delle comorbidità (C) e dei fattori di rischio, seguita dalla prevenzione del tromboembolismo arterioso (A) attraverso una attenta valutazione della terapia anticoagulante orale (TAO). Seguono il controllo del ritmo (R) e la valutazione individualizzata (E) con rivalutazione periodica, all'insegna di un approccio dinamico che considera la FA e le condizioni associate uno stato patologico in evoluzione.

L'alleanza terapeutica basata sull'empowerment e l'educazione del caregiver, oltre che del paziente stesso, a partire dai corretti stili di vita, può facilitare la scelta del trattamento e migliorare gli outcome.

Riteniamo che questo documento sia uno strumento di grande utilità per il MMG, figura professionale principale chiamata in causa per la messa in pratica delle più importanti raccomandazioni volte a modificare la storia naturale della FA. Riportiamo e commentiamo di seguito le novità di maggiore interesse per il MMG, al fine di facilitarne l'applicabilità nella pratica clinica quotidiana. Laddove possibile specifichiamo la classe della raccomandazione attribuita dalle LG (**Tabella 1**).

DIAGNOSI

Le LG raccomandano (classe I) la conferma diagnostica della FA mediante un ECG (**Figura 2**). Un eco-

cardiogramma transtoracico dovrebbe essere effettuato in tutti i pazienti nella fase di inquadramento iniziale o in caso di modifiche di segni/sintomi cardiovascolari in pazienti con FA già nota.

Tuttavia, anche se l'ecografia non è immediatamente disponibile, la TAO deve essere avviata, coerentemente con la nota AIFA 97².

L'APPROCCIO AF-CARE

I principi fondanti dell'approccio AF-CARE si basano su evidenze crescenti che dimostrano come tutti gli aspetti della gestione della FA siano più efficaci se viene adottato un approccio sartoriale a partire dalle comorbidità e fattori di rischio individuali. Pertanto, sarebbe auspicabile un approccio multidisciplinare (classe IIA) ed è raccomandata l'educazione di pazienti, familiari e caregiver per facilitare la condivisione delle decisioni terapeutiche (classe I).

A tale scopo, le LG suggeriscono la consultazione di un sito educazionale³ in lingua inglese ma dotato di immagini molto eloquenti. L'accesso alle cure basato sui principi dell'AF-CARE deve essere garantito a tutti i pazienti con FA, indipendentemente da genere, estrazione sociale ed etnia.

COMORBILITÀ E FATTORI DI RISCHIO

L'identificazione e gestione di comorbidità e fattori di rischio è l'elemento cardine dell'approccio AF-CARE ed ha dimostrato di ridurre la ricorrenza e la progressione della FA e di migliorare gli outcome. È un punto su cui il MMG in primis è chiamato a fare la differenza, in virtù del suo ruolo specifico nella gestione della cronicità. Infatti, alle già note raccomandazioni riguardo ai target pressori da perseguire (120-129/70-79 mmHg o i più bassi tollerati), all'attività fisica personalizzata e alla riduzione di alcol (< 3 drink/settimana), le LG introducono nuove importanti raccomandazioni:

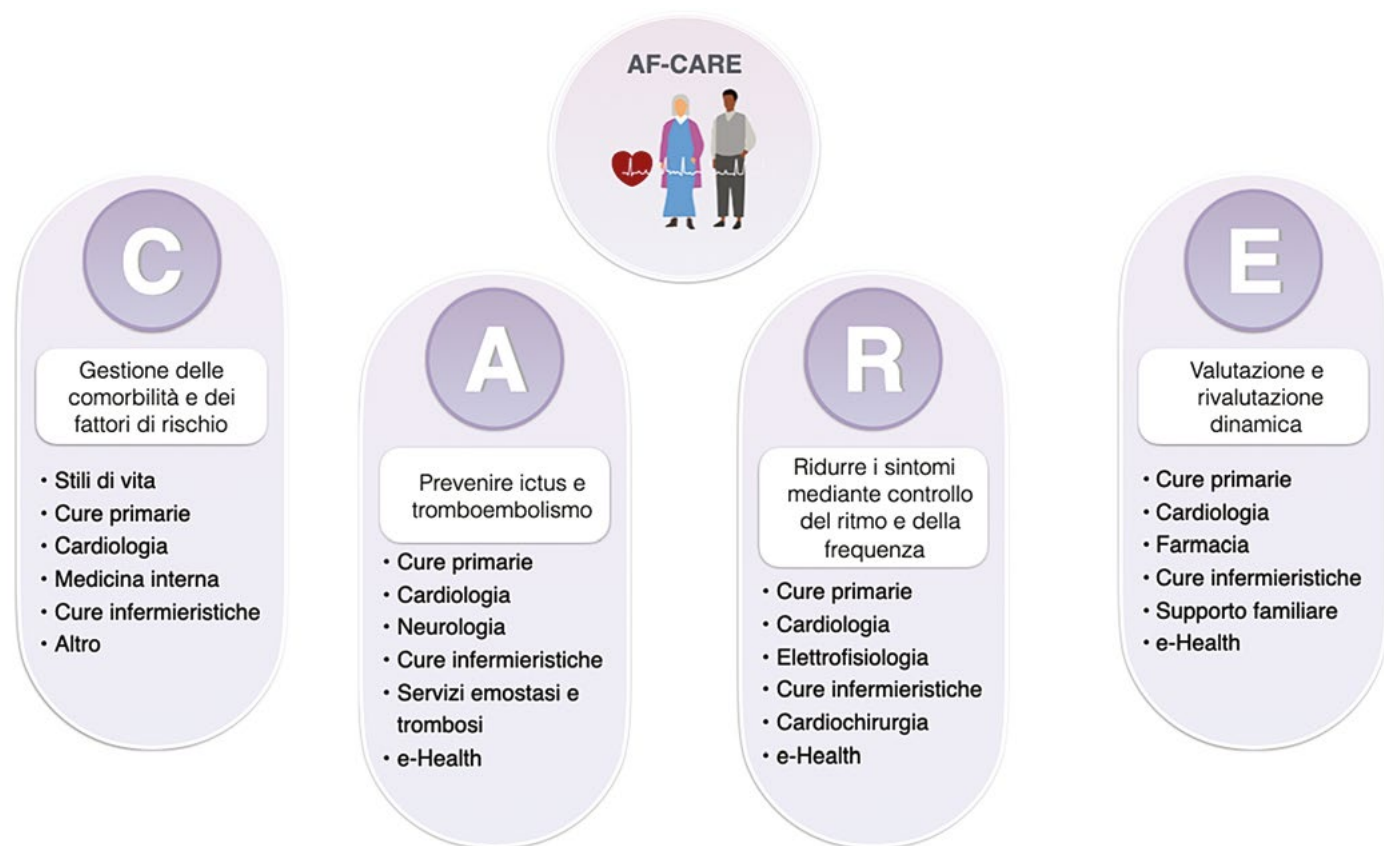


Figura 1 - Approccio multidisciplinare alla gestione della FA secondo le linee guida ESC 2024

- **scompenso cardiaco:** diuretici e SGLT2i raccomandati in tutti i pazienti indipendentemente dalla FE (classe I);
- **diabete:** controllo glicemico mandatorio (classe I);
- **obesità:** chirurgia bariatrica nei grandi obesi (BMI >40) insieme al cambiamento dello stile di vita e alla terapia farmacologica (classe IIb);
- **apnee notturne:** la gestione di tale patologia rientra in un'ottica di gestione globale dei fattori di rischio (classe IIb).

PREVENZIONE DEL TROMBOEMBOLISMO E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Qualunque sia la tipologia della FA (prima diagnosi, parossistica, persistente, permanente), il suo evento più temibile, ma potenzialmente evitabile, è il tromboembolismo (in particolare l'ictus), con un rischio, in pazienti non trattati, 5 volte più alto. È noto che circa un quinto degli stroke ischemici dipendono dalla FA.

Gli antiaggreganti da soli non sono raccomandati in prevenzione, mentre la TAO dovrebbe essere proposta a tutti i pazienti fibrillanti eleggibili (classe I), fatta eccezione per coloro che risultano a basso rischio di eventi tromboembolici.

Importante novità introdotta da queste LG e che segna un punto di rottura rispetto non solo alle precedenti raccomandazioni ma anche alle ultime LG americane (2024)^{4,5}, è aver rimosso il criterio sesso/genere dal calcolo del rischio, trasformando così il CHA₂DS₂-VASc, lo score di rischio tromboembolico più utilizzato, in CHA₂DS₂-VA (Tabella 2).

Il CHA₂DS₂-VASc, infatti, assegnando un punto in più alle donne,

costringeva ad adottare due soglie di intervento diverse e non era applicabile ai soggetti che non si identificano in modo binario, i transgender, quelli in trattamento con ormoni sessuali.

La TAO è raccomandata nei pazienti con un punteggio CHA₂DS₂-VA pari o superiore a 2 (classe I) e dovrebbe essere presa in considerazione nei soggetti con un punteggio pari a 1.

Le LG raccomandano di considerare anche altri fattori che possono modificare il rischio tromboembolico: neoplasie, nefropatia cronica, etnia (nera, ispanica, asiatica), valori elevati di troponina e BNP, dilatazione atriale, dislipidemia, fumo, obesità.

La TAO è sempre raccomandata nei pazienti con amiloidosi cardiaca o cardiomiopatia ipertrofica, indipendentemente dal valore del CHA₂DS₂-VA (classe I). Inoltre, può essere presa in considerazione nei pazienti con FA asintomatica documentata dai dispositivi (sia impiantabili che indossabili), purché il rischio tromboembolico sia elevato in assenza di fattori di rischio per emorragie maggiori (classe IIb). Infine, le LG ci ricordano che il rischio tromboembolico deve essere periodicamente rivalutato, perché può modificarsi nel tempo.

Quanto al rischio emorragico, gli autori ci ricordano che nella decisione di prescrivere la TAO devono essere considerati i fattori di rischio emorragico e che il punteggio HAS-BLED⁶ non è più raccomandato, in quanto si è rivelato poco predittivo. Bisogna individuare e possibilmente correggere i fattori modificabili (ipertensione non controllata, abuso di alcol, terapia antiaggregante o con FANS, altri farmaci potenzialmente interferenti, scarsa attenzione a terapia con AVK) e tener conto dei fattori di rischio non mo-

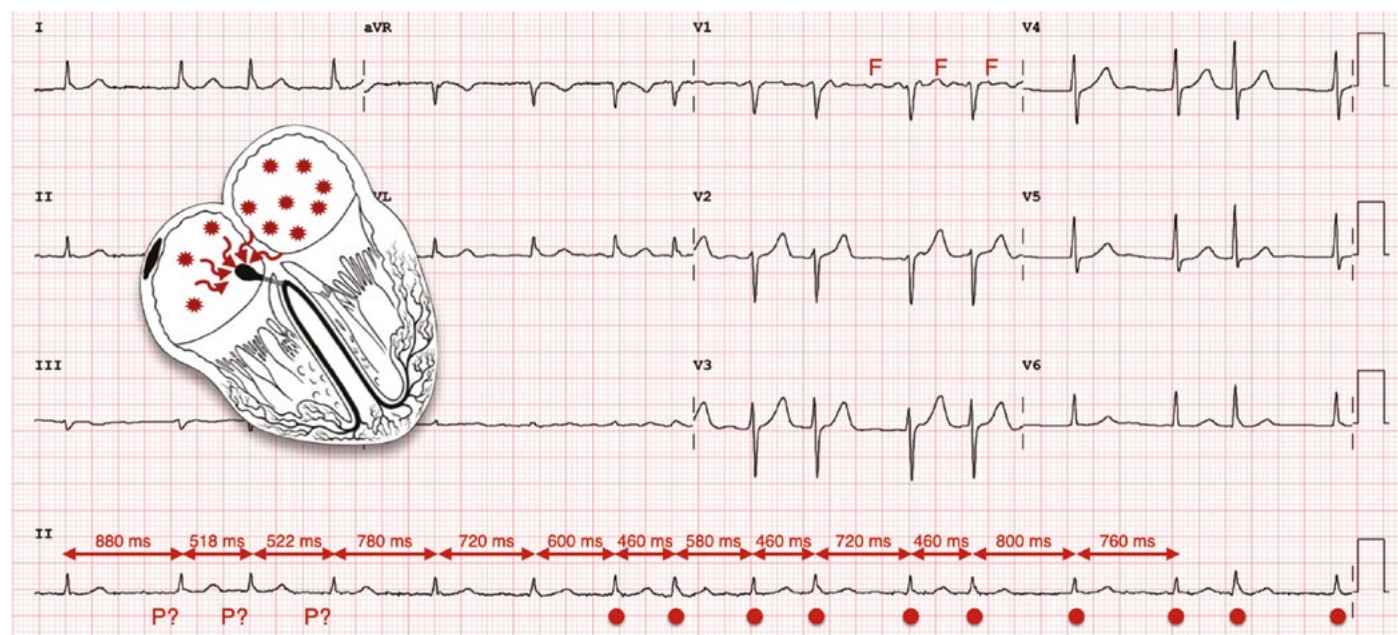


Figura 2 - Quadro elettrocardiografico di FA.

Si notino: l'assenza di onde P e la totale irregolarità degli intervalli RR, elementi chiave per la diagnosi di FA.

dificabili (Tabella 3). In ogni caso la presenza di fattori di rischio emorragico raramente conduce a non prescrivere o a sospendere la TAO in quanto il rischio di ictus in assenza di TAO spesso supera il rischio di emorragie maggiori. I pazienti con fattori non modificabili dovrebbero essere rivalutati più spesso.

TAO

Le LG confermano quanto stabilito dalla precedente edizione a proposito delle procedure per il controllo del ritmo e della frequenza, evidenziando l'importanza della ablazione transcateretere quale procedura di prima linea soprattutto nei pazienti con FA

parossistica. Vi sono invece nuove interessanti raccomandazioni sulla prevenzione delle complicanze tromboemboliche.

Gli anticoagulanti orali diretti (DOAC) hanno dimostrato di ridurre il rischio tromboembolico nella FA con efficacia almeno non inferiore rispetto a warfarin ma col vantaggio aggiuntivo di una riduzione del 50% delle emorragie intracraniche. I DOAC non sono indicati nei pazienti portatori di valvola meccanica o affetti da stenosi mitralica moderata e severa, nei quali il trattamento di scelta resta l'AVK².

La riduzione della dose di DOAC al fine di ridurre il rischio di sanguinamento o in presenza di emorragie minori è inappropriata

Tabella 1 - Classi delle raccomandazioni adottate dalle linee guida ESC

	DEFINIZIONE	TERMINOLOGIA
Classe I	Evidenze e/o consenso generale che un determinato trattamento o procedura è benefica, utile, efficace.	È raccomandato o è indicato
Classe II	Evidenze contrastati e/o divergenze di opinioni relative alla utilità/efficacia di un determinato trattamento o procedura	
Classe IIa	Il peso delle evidenze/opinioni è a favore dell'utilità/efficacia	Dovrebbe essere considerato
Classe IIb	Utilità/efficacia sono stabilite in modo meno rilevante dalle evidenze/opinioni	Potrebbe essere considerato
Classe III	Evidenze e/o consenso generale che un determinato trattamento o procedura non è utile/efficace e in alcuni casi potrebbe essere anche dannoso	Non è raccomandato

Tabella 2 - Definizione aggiornata del punteggio CHA₂DS₂-VA

	CHA ₂ DS ₂ -VA	DEFINIZIONE E COMMENTO	PUNTI
C	Chronic heart failure	Tutti i fenotipi compresa la disfunzione asintomatica del ventricolo sinistro (FE ≤ 40%)	1
H	Hypertension	PA > 140/90 in almeno due occasioni o terapia anti-ipertensiva in atto	1
A	Age 75 years or above		2
D	Diabetes mellitus	Tipo 1 o tipo 2, definiti secondo i criteri correntemente accettati, o terapia ipoglicemizzante.	1
S	Prior Stroke, TIA, or arterial thromboembolism		2
V	Vascular disease	Coronaropatia (pregresso infarto, angina, pregressa rivascolarizzazione) e coronaropatia significativa documentata dalla angiografia o dall'imaging cardiaco oppure Vasculopatia periferica (claudicatio intermittens, pregressa rivascolarizzazione, pregresso intervento percutaneo o chirurgico sull'aorta addominale, placche aortiche documentate mediante metodiche di imaging (motilità, ulcerazione, pedunculazione, o spessore ≥ 4 mm)	1
A	Age 64-75 years		1

e deve essere sempre scoraggiata in quanto non riduce il rischio emorragico bensì aumenta quello tromboembolico (classe III). Pertanto, la riduzione del dosaggio dei DOAC è consigliata solo nei casi previsti dalle schede tecniche di ciascun farmaco. Nonostante dalla commercializzazione dei DOAC l'utilizzo degli AVK si sia notevolmente ridimensionato e re-legato a specifiche condizioni cliniche, nei pazienti >75 anni in trattamento stabilizzato con AVK, in politerapia o con altri fattori di fragilità, si può non effettuare il passaggio a DOAC. Un trial recente⁷, infatti, ha evidenziato la possibilità non trascurabile di aumentare il rischio emorragico in questi pazienti (classe IIb).

TERAPIA ANTIAGGREGANTE IN ASSOCIAZIONE A TAO

Le LG chiariscono che l'aggiunta di un antiaggregante non è raccomandata nella prevenzione del tromboembolismo, in quanto associata ad un aumento degli eventi emorragici senza alcun beneficio in termini di prevenzione di stroke o morte. L'associazione dovrebbe essere riservata ai pazienti con vasculopatia acuta (es. sindrome coronarica acuta).

L'associazione di rivaroxaban a basse dosi con ASA a dosaggio antiaggregante è stata approvata per la coronaropatia e la vasculopatia periferica sulla scorta dei risultati dello studio COMPASS⁸, ma questo approccio non può essere generalizzato ai pazienti con FA che richiedono TAO a dosi piene (classe III).

Nei pazienti che hanno avuto uno stroke embolico non è indicata né l'aggiunta di un antiaggregante alla TAO né il passaggio ad un altro DOAC o ad un AVK (classe III).

ULTERIORI SPECIFICHE RELATIVE AGLI ANTICOAGULANTI

La durata della TAO nei pazienti sottoposti a procedura di ablazione è oggetto di studi ancora in corso. Le LG consigliano di proseguire la terapia basandosi sul rischio tromboembolico del paziente valutato

con CHA₂DS₂-VA, indipendentemente dal risultato della procedura. È inoltre raccomandato l'utilizzo a lungo termine nei pazienti con FA "trigger-induced", cioè quei casi di FA cosiddetta "secondaria" scatenata da fattori potenzialmente reversibili, tra i quali le infezioni (batteriche o virali), pericarditi, miocarditi, emergenze (ustioni, traumi, shock), eccesso di alcol, uso di droghe (metamfetamine, cocaina, oppiacei, cannabis), procedure diagnostiche o chirurgiche,

Tabella 3 - Principali fattori di rischio emorragico

MODIFICABILI	NON MODIFICABILI
Iperensione non controllata	Età
Terapia antiaggregante	Pregresse emorragie maggiori
Uso di FANS	Insufficienza renale grave, dialisi o trapianto
Abuso di alcol	Disfunzione epatica severa, cirrosi
INR instabile durante terapia con AVK	Neoplasie
Interazioni farmacologiche	Fattori genetici (es: polimorfismo CYP2C9)
Attività pericolose	Pregresso ictus
	Decadimento cognitivo / demenza
	Patologie intracerebrali

disturbi endocrini (tiroide, surrene, ipofisi, ecc.). La TAO è raccomandata in presenza di alto rischio tromboembolico e dopo aver corretto, se possibile, il fattore scatenante. Infatti, studi retrospettivi e osservazionali evidenziano che i pazienti con FA “trigger-induced” presentano lo stesso rischio tromboembolico dei pazienti affetti da FA “primaria”.

Infine, la TAO è raccomandata nei pazienti con flutter atriale e rischio tromboembolico elevato. Infatti, anche il flutter atriale è associato ad un aumentato rischio tromboembolico e coloro che ne sono affetti spesso sviluppano la FA. Per questo motivo le LG suggeriscono in questi pazienti le stesse raccomandazioni riguardanti la gestione dei fattori di rischio, le comorbilità e la prevenzione del tromboembolismo previste per la FA.

SCREENING

Recentemente sono stati immessi in commercio numerosi device che possono individuare aritmie (**Tabella 4**); tuttavia si raccomanda sempre che un tracciato ECG sia valutato da un medico per definire la diagnosi di FA (classe I).

Data l’alta prevalenza della FA, circa 1/3 degli anziani, una valutazione del ritmo cardiaco in occasione di un qualsiasi contatto con un operatore sanitario è raccomandata in tutti i soggetti ≥ 65 anni (classe I). Inoltre, gli autori raccomandano lo screening di popola-

zione con ECG prolungato in soggetti di età ≥ 75 anni o ≥ 65 anni se sono presenti fattori di rischio addizionali (classe IIa). A tal riguardo si può riflettere sull’enorme impatto che avrebbe, a livello individuale e di popolazione, oltre che sul SSN, la possibilità per ciascun MMG di registrare un ECG per effettuare uno screening nella popolazione anziana.

PREVENZIONE PRIMARIA

Queste LG danno ampio spazio alla prevenzione primaria, sottolineando come gli interventi sui fattori di rischio e le comorbilità possano ridurre il rischio di recidiva e di complicanze della FA ma anche evitare l’insorgenza dell’aritmia. È intuitivo pensare che prevenire l’insorgenza dell’aritmia impatti in modo rilevante non solo sulla salute degli assistiti ma anche sui costi sociali.

Interventi preventivi più utili:

- mantenere valori pressori ottimali usando ACEi o ARB come prima linea di terapia;
- effettuare una terapia appropriata dello scompenso cardiaco;
- mantenere un peso corporeo normale;
- ridurre il peso corporeo negli obesi;
- condurre una vita attiva (150-300 minuti a settimana di attività fisica di moderata intensità o 75-150 minuti di attività fisica vigorosa);

Tabella 4 - Varie modalità per individuare la FA

STRUMENTI PER LO SCREENING DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE	
1	Palpazione del polso
2	Algoritmi di intelligenza artificiale su tracciato ECG in ritmo sinusale
3	Dispositivi basati sul tracciato ECG
	<ul style="list-style-type: none"> • ECG a 12 derivazioni tradizionale • ECG Holter (da 24 ore a 1 settimana o oltre) • Telemetria cardiaca (durante ricovero ospedaliero) • Dispositivi portatili capaci di registrare una traccia ECG • Dispositivi adesivi (fino a 14 giorni) • Dispositivi indossabili (smart watch, fitness band, ecc.) (30 secondi) • Indumenti dotati di sensori biometrici (fino a 30 giorni) • Loop recorder impiantabili (3-5 anni)
4	Dispositivi non basati sul tracciato ECG ma su varie metodiche alternative
	<ul style="list-style-type: none"> • Fotopletismografia mediante rilevamento delle variazioni pulsatili di colore della cute: a contatto (smartphone, indossabili, strumenti applicabili al dito) o non di contatto (video pletismografia) • Oscillometria (sfigmomanometri automatici con rilevamento del ritmo) • Meccanocardiografia (rilevamento della attività cardiaca utilizzando gli accelerometri e/o i giroscopi di cui sono dotati gli smartphone poggiandoli sullo sterno)

- evitare l'abuso di alcolici;
- considerare l'uso di metformina o SGLT2i nei pazienti diabetici che necessitano di terapia farmacologica.

CONCLUSIONI

Oltre all'introduzione di alcune specifiche novità, prima fra tutte il punteggio CHA₂DS₂-VA al posto del CHA₂DS₂-Vasc per la stratificazione del rischio tromboembolico, le LG europee 2024 sulla gestione della FA segnano un vero e proprio cambio di passo nell'approccio alla patologia, spostando l'attenzione dal controllo del ritmo all'identificazione e trattamento di comorbidità e fattori di rischio, intesi come componenti iniziali e centrali della gestione del paziente.

È sempre più chiaro, infatti, che la FA spesso è conseguenza di fattori di rischio e comorbidità sottostanti, che non possono essere distinti dalla FA, non più mera anomalia del ritmo.

L'importanza di considerare tale patologia una malattia complessa richiede un approccio olistico e multidisciplinare, in cui appare chiaro ed evidente il ruolo chiave del MMG, meglio se all'interno di una équipe di cure primarie.

Siamo convinti che grazie al suo punto di vista privilegiato e al ruolo quotidianamente svolto nella gestione della cronicità possa fare la differenza.

Bibliografia

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2024;45:3314-3414.
2. <https://www.aifa.gov.it/nota-97>
3. <http://afibguide.com>
4. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2024;149:e1-e156
5. Fibrillazione atriale: cosa c'è di nuovo tra linee-guida e score di rischio? *Rivista SIMG* 2024;31(04):8-13.
6. Zhu W, et al. The HAS-BLED score for predicting major bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Clin Cardiol* 2015;38:555-61.
7. Joosten LPT, et al. Safety of switching from a vitamin K antagonist to a non-vitamin K antagonist oral anti-coagulant in frail older patients with atrial fibrillation: results of the FRAIL-AF randomized controlled trial. *Circulation* 2024;149:279-89.
8. Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017;377:1319-30.