



www.fcsa.it

FEDERAZIONE
CENTRI PER LA DIAGNOSI
DELLA TROMBOSI E LA
SORVEGLIANZA DELLE TERAPIE
ANTITROMBOTICHE (FCSA)

XXVIII Congresso Nazionale FCSA
Bologna, 5-7 Ottobre 2017
Savoia Hotel Regency

La gestione integrata dei trattamenti anticoagulanti: la collaborazione fra Centri Trombosi e MMG

Il Coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale

Damiano Parretti

SIMG, Responsabile Area Cardiovascolare

Evoluzione della terapia anticoagulante orale negli ultimi anni

Aumento prevalenza patologie con indicazioni specifiche

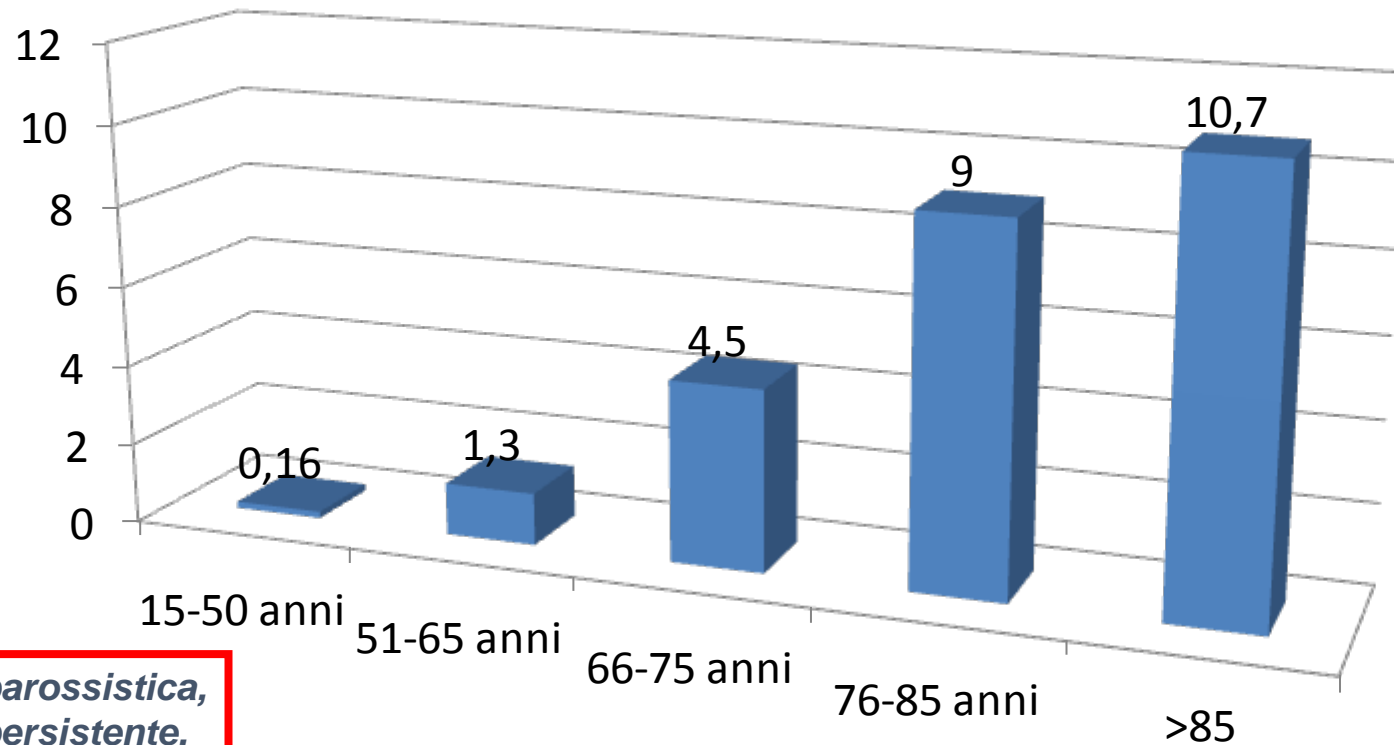
Aumento prevalenza pazienti trattati

Riduzione della diffidenza di medici e pazienti

Ingresso nuovi farmaci

Italian Survey of Atrial Fibrillation - ISAF Study

Prevalenza FA nelle Popolazione Generale Italiana: 2.04%



**20.2% parossistica,
24.3% persistente,
55.5% permanente**

Tromboembolismo venoso (TEV)

TVP/EP rappresentano la terza patologia CV per incidenza dopo l'infarto del miocardio e l'ictus ischemico cerebrale.

Sono causa importante di mortalità, morbidità e disabilità

Tromboembolismo venoso (TEV)

Incidenza - primo episodio: 1-2/1000/anno

Ricorrenza: 17% a 2 anni e 30% entro 8 anni

Prevalenza: 1/130 persone <65 anni

Carico di lavoro – terapia anticoagulante

AVK	Azioni	DOACs
Sì	Inquadramento clinico	Sì
Sì	Scelta del farmaco	Sì
Sì	Informazione/educazione paziente	Sì
12-15 volte/anno	Prelievi ematici	2-4 volte/anno
Sì	Aggiustamenti delle dosi	No
Controllo INR	Controllo compliance/aderenza	Sì
Sì	Gestione delle condizioni di rischio	Sì
Sì	Preparazione ad interventi chirurgici/manovre invasive	Sì
Sì	Gestione delle complicanze maggiori	Sì
Sì	Gestione delle complicanze minori	Sì
Sì	Rivalutazione clinico terapeutica per cambiamento stato di salute	Sì

I punti cardine della gestione quotidiana (MMG)

Individuare i pazienti eleggibili a DOACs: valutazione clinica e anamnestica, invio allo specialista (piano terapeutico e altro...)

Follow up del paziente anticoagulato anche in relazione alle comorbidità

Follow up del paziente anticoagulato in relazione alle situazioni intercorrenti

MilleDSS

test attivati nei soggetti con FA

Calcolo (semi)
automatico del
rischio

- embolico CHA₂DS₂-VASC
- emorragico HAS-BLED

Warning per
pazienti a rischio

- alto e medio ma senza terapia TAO-NAO e/o antiaggreganti
- basso ma in terapia TAO-NAO

A B 13-09-35 Età 80 < 0 esenzioni > AXXBXX66P13F205X - bb [NTN GRRD MD] - [Visita]

Paziente Medico Schede Cambia Stampa Test Linee guida Viste Scambio dati ACN Extended Altro ?

Principali Aperti Chiusi (0) Tutti **Contrai** Organizza

Nuovo problema

Diario

Procedure di prevenzione

- 16 FIBRILLAZIONE ATRIALE
- 15 IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE

Terapie

	Richieste	Vaccini	consigli	mBds	n°	Posologia	E	T	
06.04.16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							NM

Accertamenti

	Pressione	Certificati	Esenz.	Risultato						
06.04.16	<input checked="" type="checkbox"/>									

Follow-up

Controlla:

- BMI (Assente)
- PA (Assente)

Esami in scadenza o scaduti:

- LDL (Assente)

Appropriatezza

Diagnosi:

- CHA2DS2-VASc (Punteggio: 2 su 9)
- HAS-BLED (HAS-BLED Score)

Terapie:

- N.A.O. (eleggibile al trattamento con NAO)

Scadenze

- Fumo (Mai registrato)
- PA (Assente)
- Attività fisica (Assente)
- Sangue Occulto (Assente) 2 anni

Prevenzione

Dettagli prescrittivi

Economia

(zoom) Contatto per: [Visita ambulatoriale](#)

Timeline [Accertamenti](#) [Terapie](#)

Esenzioni attive: Nessuna

Registri: [1] Pazienti non ricevuti nell'ultimo allineamento

Autorizzazioni: Nessuna

01/04/2016 - [AIFA] FDA approva nuovo farmaco per la psoriasi a placche

A B 13-09-35 Età 80 < 0 esenzioni > AXXBXX66P13F205X - bb [NTN GRRD MD] (1,8/0,15)


HAS-Bled Precalcolo

HAS-BLED Score
✕

HAS-BLED score per il calcolo del rischio di sanguinamento nei soggetti eleggibili o in terapia anticoagulante orale

Caratteristica	Punti
Ipertensione? (non controllata, sistolica > 160mmHg)	<input type="checkbox"/> No
Alterazioni della funzione renale? (dialisi, trapianto, Cr > 2.6 mg/dL o > 200 mmol/L)	! <input type="checkbox"/> No
Alterazioni della funzione epatica? (cirrosi, bilirubina > 2x normale, AST/ALT/AP > 3x normale)	<input type="checkbox"/> No
Pregresso ictus? (almeno una diagnosi ICD9: 430*, 431*, 432*, 434*, 436*)	<input checked="" type="checkbox"/> Si (+1)
Precedente importante emorragia? (emorragia o predisposizione alle emorragie)	<input type="checkbox"/> No
INR labile? (instabili/alti, persistenza nel range terapeutico <60%)	<input type="checkbox"/> No
Età > 65 anni?	<input checked="" type="checkbox"/> Si (+1)
Utilizzo di farmaci che favoriscono le emorragie? (antiaggreganti - FANS)	<input type="checkbox"/> No
Storia di uso di sostanze stupefacenti o di alcool? (≥ 8 drinks* la settimana) <small>*nota un drink corrisponde a: • una lattina di birra (330 ml) • un aperitivo alcolico (80 ml) • un bicchiere di vino (125 ml) • un bicchierino di superalcolico (40 ml)</small>	<input type="checkbox"/> No

Score: 2



Il paziente ha un **basso rischio** di sanguinamento.
Il rischio di sanguinamento maggiore entro 1 anno nei pazienti con fibrillazione atriale arruolati nella Euro Heart Survey, espresso come sanguinamenti per 100 pazienti-anno: **1,88%**

■ Se 0-2 punti: basso rischio
■ Se 3 punti: rischio moderato
■ Se ≥ 4 punti: alto rischio

Riferimenti:
[The Euro Heart Survey.](#)
Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. "A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey." Chest. 2010 Mar 18.

Salva
✕ Annulla


Possibilità di correzione

HAS-BLED Score

HAS-BLED score per il calcolo del rischio di sanguinamento nei soggetti eleggibili o in terapia anticoagulante orale

Caratteristica	Punti
Iperensione? (non controllata, sistolica > 160mmHg)	<input type="checkbox"/> No
Alterazioni della funzione renale? (dialisi, trapianto, Cr > 2.6 mg/dL o > 200 mmol/L)	<input checked="" type="checkbox"/> No
Alterazioni della funzione epatica? (cirrosi, bilirubina > 2x normale, AST/ALT/AP > 3x normale)	<input type="checkbox"/> No
Pregresso ictus? (almeno una diagnosi ICD9: 430*, 431*, 432*, 434*, 436*)	<input checked="" type="checkbox"/> Si (+1)
Precedente importante emorragia? (emorragia o predisposizione alle emorragie)	<input type="checkbox"/> No
INR labile? (instabili/alti, persistenza nel range terapeutico <60%)	<input type="checkbox"/> No
Età > 65 anni?	<input checked="" type="checkbox"/> Si (+1)
Utilizzo di farmaci che favoriscono le emorragie? (antiaggreganti - FANS)	<input type="checkbox"/> No
Storia di uso di sostanze stupefacenti o di alcool? (≥ 8 drinks* la settimana) <small>*nota un drink corrisponde a: • una lattina di birra (330 ml) • un aperitivo alcolico (80 ml) • un bicchiere di vino (125 ml) • un bicchierino di superalcolico (40 ml)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> Si (+1)

Score: 3



Il paziente ha un **rischio moderato** di sanguinamento.
Il rischio di sanguinamento maggiore entro 1 anno nei pazienti con fibrillazione atriale arruolati nella Euro Heart Survey, espresso come sanguinamenti per 100 pazienti-anno: **3,74%**.
È necessaria una certa cautela e la revisione periodica del paziente dopo l'inizio della terapia antitrombotica, sia con terapia anticoagulante orale o aspirina.

■ Se 0-2 punti: basso rischio
■ Se 3 punti: rischio moderato
■ Se ≥ 4 punti: alto rischio

Riferimenti:
[The Euro Heart Survey.](#)
Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. "A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey." Chest. 2010 Mar 18.

Calcolo registrato in data odierna.

Salva Annulla

I nostri assistiti che assumono DOACs e che vediamo tutti i giorni



Per questo tipo di gestione è indispensabile conoscere bene i nuovi farmaci.
Per qual motivo non è possibile effettuare la prima prescrizione?

Rilevante prevalenza di pazienti anticoagulati da seguire longitudinalmente

Pazienti di diversa complessità

Pazienti di diverso livello di stabilità/instabilità (INR, funzione renale, condizioni cliniche)

Attuali limitazioni prescrittive

Diverse realtà territoriali per la gestione autonoma in MG della TAO

Diversa competenza dei MMG sulla gestione autonoma dell'anticoagulazione

FCSA e SIMG hanno ravvisato la necessità di elaborare un documento di consensus sulla gestione integrata dei pazienti anticoagulati

Il monitoraggio della TAO in Umbria

L'ESPERIENZA DELLA MEDICINA GENERALE
USL 1 UMBRIA

Modello assistenziale e gestionale costruito, proposto e realizzato
dal dott. Piero Grilli, presidente SIMG Perugia

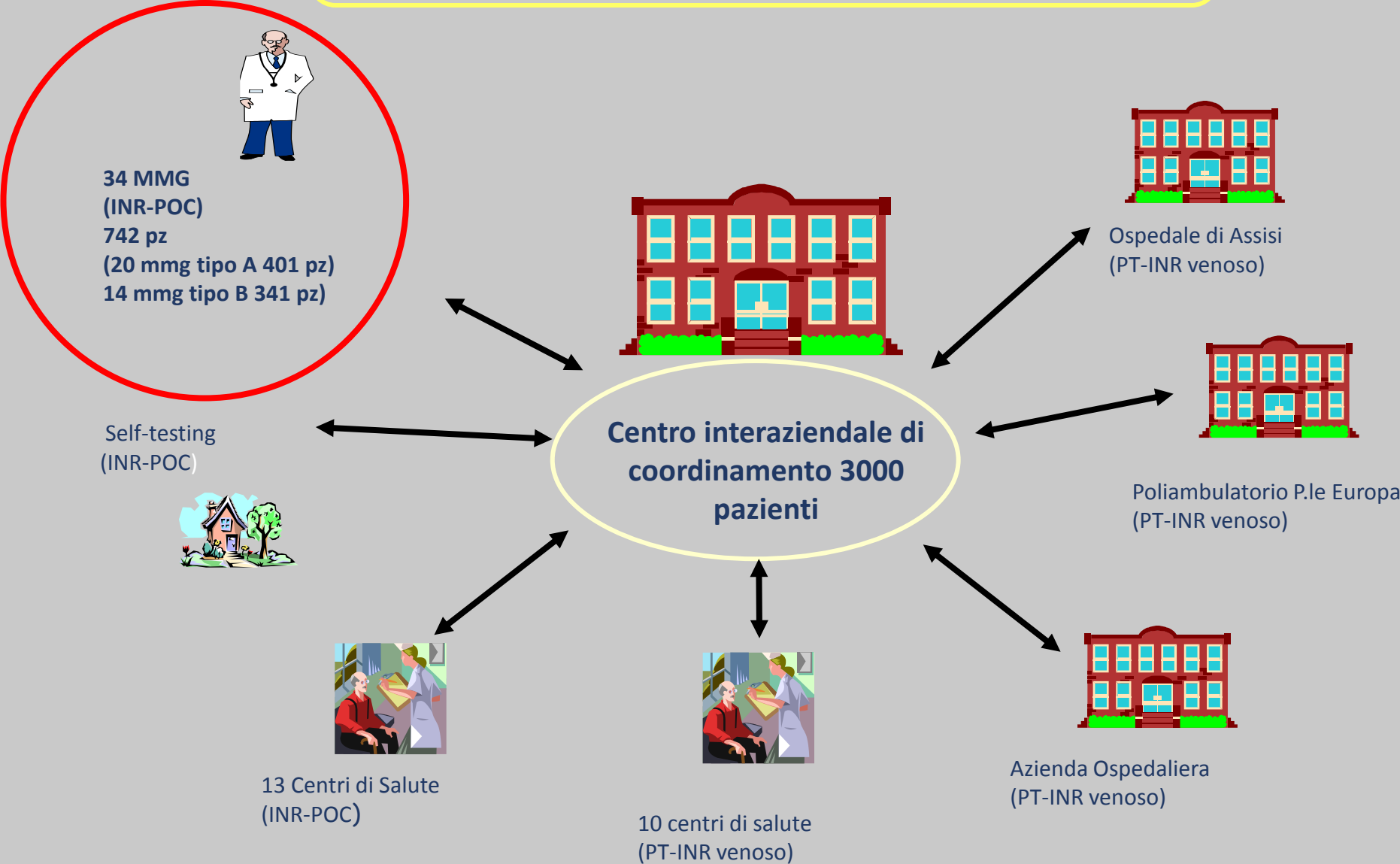
Identificazione dei MMG accreditati ad erogare il servizio

Partecipazione ai corsi di formazione alla TAO ed all'uso del POC

Periodo di training

Formazione continua obbligatoria (minimo 1 giornata ogni 2 anni)

Sistema integrato interaziendale per il monitoraggio della TAO



Situazione attuale: MMG formati

73 MMG hanno partecipato al primo seminario teorico nel 2009

Di questi, 33 hanno completato il tirocinio pratico e gestiscono autonomamente la TAO per i propri pazienti

Sistema di qualità



Qualità Terapeutica

Qualità Clinica

Qualità Strumentale





Sistema di qualità

Qualità Terapeutica

Qualità Clinica

Qualità Strumentale

Indicatori di qualità

-  **INR medio**
-  **N medio controlli/mese**
-  **Qualità media periodica (% INR range terapeutico)**
-  **TTR**

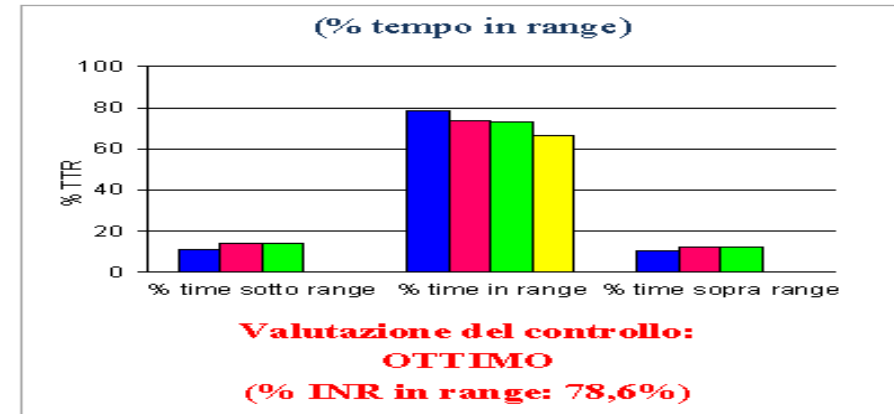
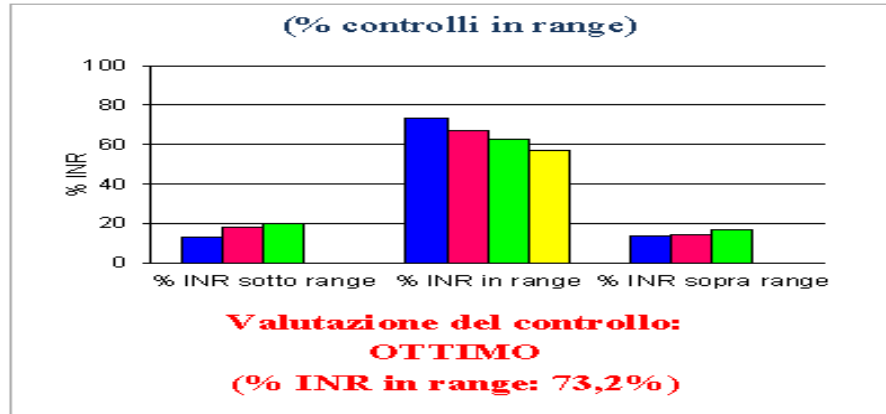
Gestione decentrata del Monitoraggio della terapia anticoagulante orale
Controllo di qualità terapeutica

4° TRIMESTRE 2016 (Ottobre-Dicembre)

MMG MEDICINA DI GRUPPO RIPA

	n° controlli	n° pazienti	Intervallo medio tra visite (gg)
Gruppo Ripa	410	87	18,8
CdS	6315	1174	17,5
MMG capillare	1524	381	23,2
MMG venoso	1381	293	20,6
Ospedali	3681	639	16,3
TUTTI	12901	2487	19,4

QUALITA' MEDIA PERIODICA



■ MMG Ripa ■ Tutti MMG escluso Ripa ■ Totale generale ■ Medie FCSA 2014

RIASSUNTO VALUTAZIONI ANNO 2016

	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre
% INR in range	O	O	O	O
TTR	B	B	O	O

I: Insufficiente

S: Sufficiente

B: Buono

O: Ottimo

Il responsabile dell'analisi di qualità
Dt.ssa Michela Basileo

Sistema di qualità

Qualità Terapeutica

Qualità Clinica

Qualità Strumentale

**GESTIONE DECENTRATA DEL MONITORAGGIO DELLA
TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE**

CONTROLLO DI QUALITA' STRUMENTALE

MMG GRUPPO RIPA

ULTIMO PERIODO DI UTILIZZO **DAL:** 16/07/2015

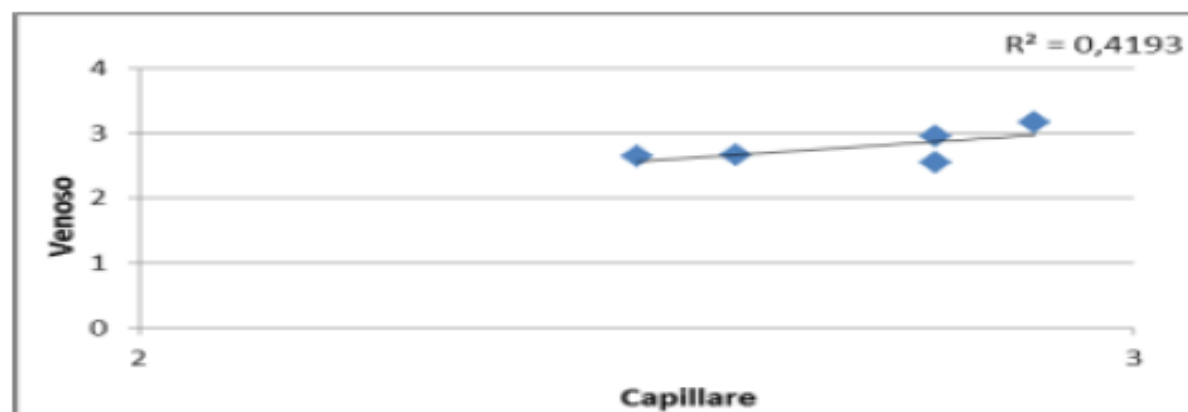
AL: 17/03/2016

CQ _1°/2016__

DATA CONTROLLO _17/03/2016__

CONTROLLO DI CORRELAZIONE INR CAPILLARE-VENOSO

Campione	Capillare	Venoso	Diff. Ven/Cap
1	2,9	3,17	0,27
2	2,6	2,67	0,07
3	2,5	2,64	0,14
4	2,8	2,55	-0,25
5	2,8	2,95	0,15
6			
7			
8			
9			
10			



Controllo di Correlazione Superato: SI

Sistema di qualità

Qualità Terapeutica

Qualità Clinica

Qualità Strumentale

Considerazioni di sintesi

Pazienti con età media avanzata, frequente comorbidità e politerapie, spesso con autonomia limitata

Il MMG è in una posizione privilegiata per la conoscenza olistica del paziente

È auspicabile che i pazienti, soprattutto se «stabili», possano essere seguiti in autonomia dal MMG (prevalenza crescente...)

Spesso i pazienti presentano situazioni cliniche complesse e instabili che richiedono interventi specialistici, ed è necessaria una integrazione gestionale

Le limitazioni prescrittive attuali per i NOACs richiedono comunque una prima valutazione specialistica (clinica e piano terapeutico)

È essenziale comunque una adeguata formazione del MMG, perché i pazienti anticoagulati devono essere seguiti e monitorati nella quotidianità