

# Rete provinciale TAO/NAO: ruolo del cardiologo

Dr. R. Mazzucco

20.05.2014

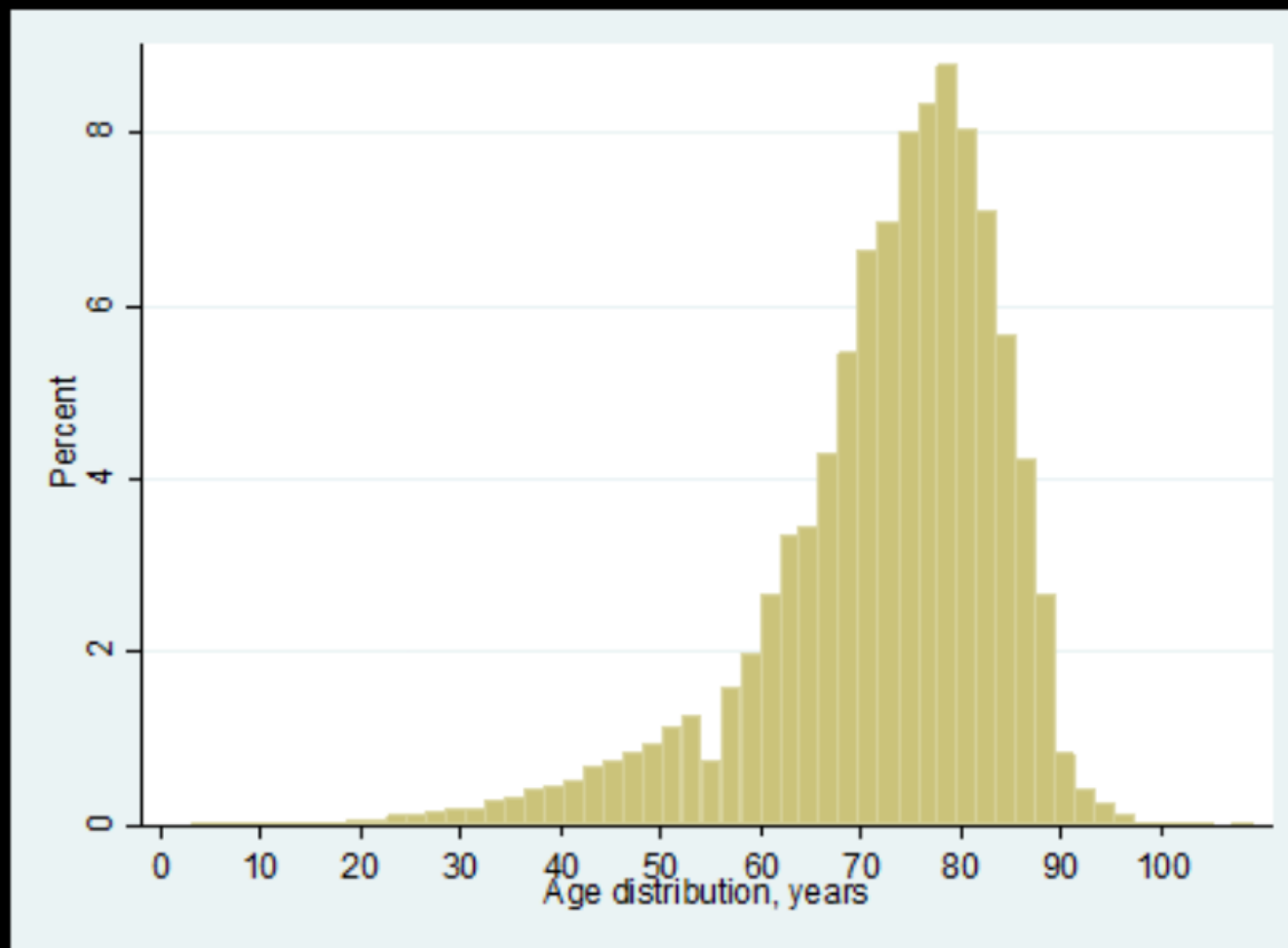


Perché il cardiologo?

Da oltre 50 anni il warfarin (e altri AVK) è l'anticoagulante standard per trattamenti cronici per la sua efficacia

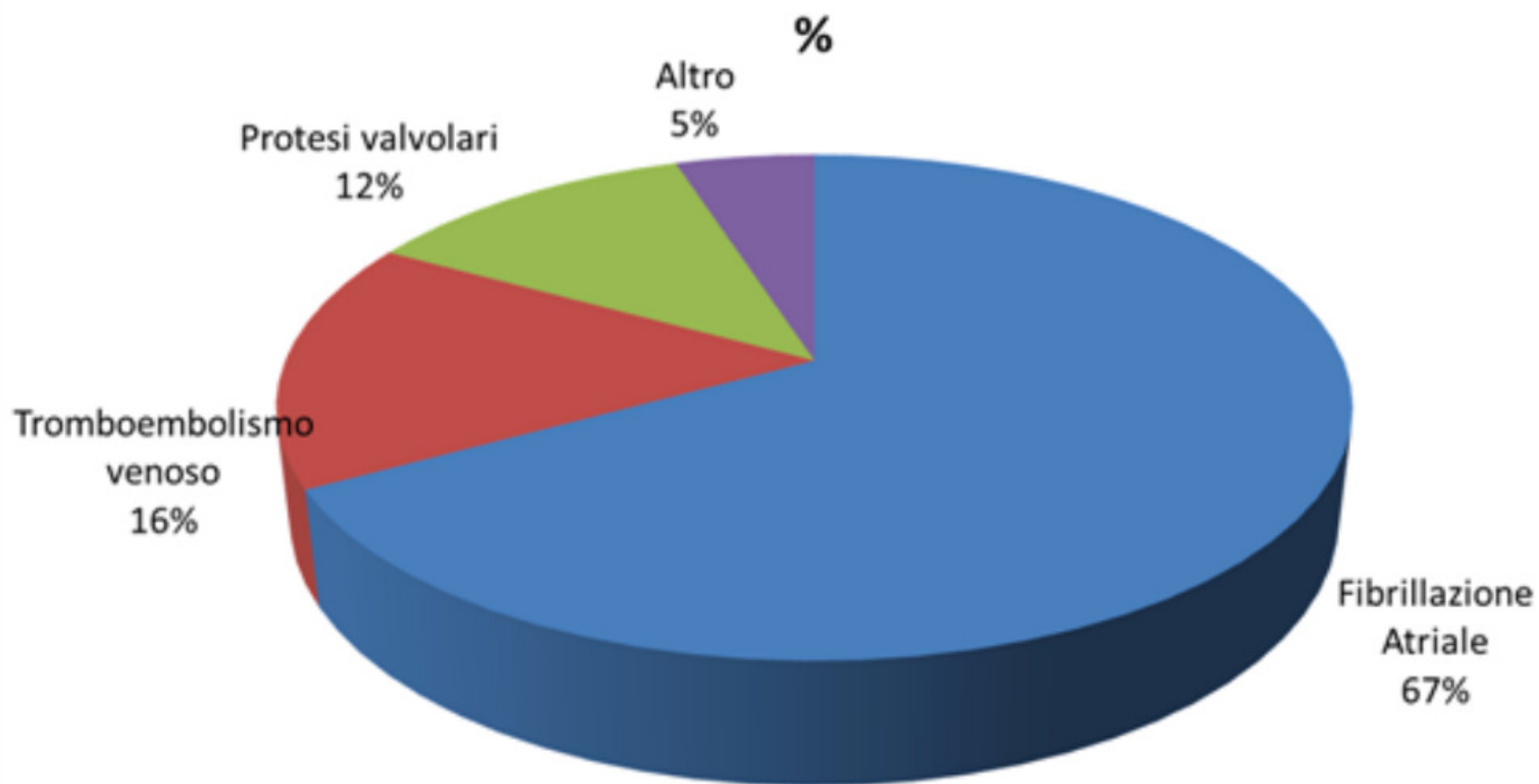
Nei paesi occidentali da 15 a 20 pazienti /1000 assumono AVK

**TAO: Expected in Italy  $\approx$  900.000 pts**  
**Prevalence= 1.58%**



*Fonte: Controllo Qualità FCSEA, 2011*

# Indicazioni terapeutiche in Italia



Fonte: Controllo Qualità FCSA, 2011

**30% dei pazienti sono seguiti  
da Centri FCSEA**

**70 % da:**

**Cardiologi**

**Medici di base**

***Self-management***

## **FA: la prevalenza aumenta con l'età**

<b>FA prevalenza</b>	<b>Età</b>
<b>0.1 %</b>	<b>&lt;55 anni</b>
<b>0.5 %</b>	<b>50-59 anni</b>
<b>1.8 %</b>	<b>60-69 anni</b>
<b>4.8 %</b>	<b>70-79 anni</b>
<b>8.8 %</b>	<b>80-89 anni</b>

**JAMA 2001;285:2370-75**

## Frequency, Patient Characteristics, Treatment Strategies, and Resource Usage of Atrial Fibrillation (from the Italian Survey of Atrial Fibrillation Management [ISAF] Study)

[Massimo Zoni-Berisso](#), MD , [Alessandro Filippi](#), MD, [Maurizio Landolina](#), MD, [Ovidio Brignoli](#), MD, [Gaetano D'Ambrosio](#), MD, [Giampiero Maqlia](#), MD, [Massimo Grimaldi](#), MD, [Giuliano Ermini](#), MD

Received 8 September 2012; received in revised form 14 November 2012; accepted 14 November 2012. published online 07 January 2013.

**Abstract** Full Text PDF Images References

Atrial fibrillation (AF) is 1 of the most important healthcare issues and an important cause of healthcare expenditure. AF care requires specific arrhythmologic skills and complex treatment. Therefore, it is crucial to know its real affect on healthcare systems to allocate resources and detect areas for improving the standards of care. The present nationwide, retrospective, observational study involved 233 general practitioners. Each general practitioner completed an electronic questionnaire to provide information on the clinical profile, treatment strategies, and resources consumed to care for their patients with AF. Of the 295,906 patients screened, representative of the Italian population, 6,036 (2.04%) had AF: 20.2% paroxysmal, 24.3% persistent, and 55.5% permanent AF. AF occurred in 0.16% of patients aged 16 to 50 years, 9.0% of those aged 76 to 85 years, and 10.7% of those aged  $\geq 85$  years. AF was symptomatic despite therapy in 74.6% of patients and was associated with heart disease in 75%. Among the patients with AF, 24.8% had heart failure, 26.8% renal failure, 18% stroke/transient ischemic attack, and 29.3% had  $\geq 3$  co-morbidities. The rate control treatment strategy was pursued in 55%. Of the 6,036 patients with AF, 46% received anticoagulants. The success rate of catheter ablation of the AF substrate was 50%. In conclusion, in our study, the frequency of AF was 2 times greater than previously reported (approximately 0.90%), rate control was the most pursued treatment strategy, anticoagulants were still underused, and the success rate of AF ablation was lower than reported by referral centers.



# Se prevalenza FA= 4.5 % circa tra 60 e 100 anni

Anno	60-100 anni (popolazione e prevalenza)	
2011	16.126.668	FA: 710.000 (4.5 %)
2016	17.086.215	FA: 865.000 (5.1 %)
2021	18.289.295	FA: 1.025.000 (5.6 %)

Circa 600.000 pazienti (67 %) con FA anticoagulati in Italia

**Incidenza/anno: 0.2 %, circa 32.000 nuovi casi**

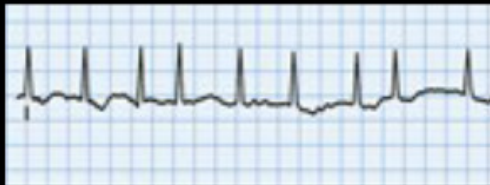
ESTIMATED RATES OF THROMBOEMBOLISM  
ASSOCIATED WITH VARIOUS INDICATIONS FOR ORAL  
ANTICOAGULATION, AND THE REDUCTION IN RISK  
DUE TO ANTICOAGULANT THERAPY.

---

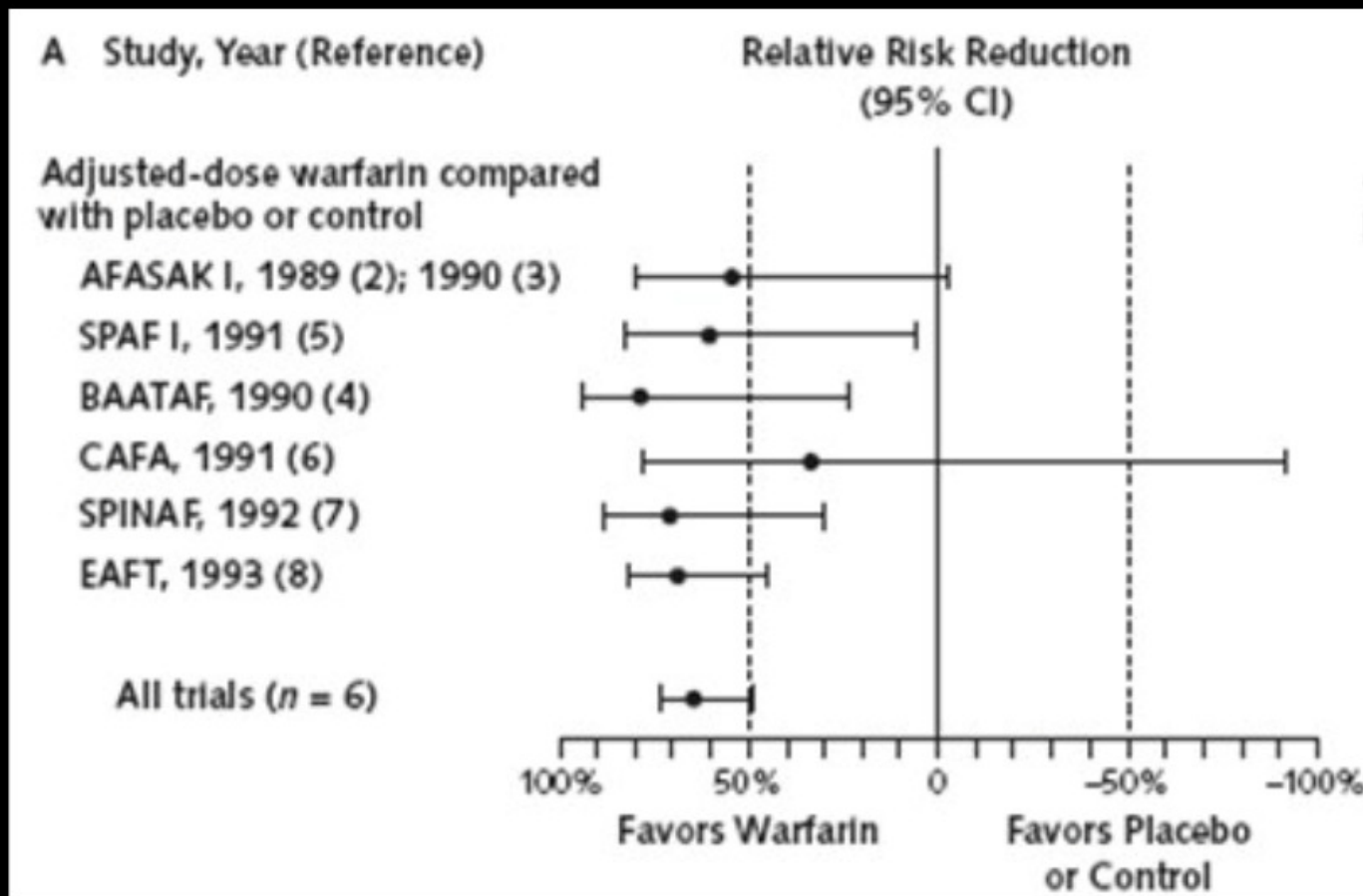
INDICATION	RATE WITHOUT THERAPY	RISK REDUCTION WITH THERAPY
		percent
Acute venous thrombo- embolism*		
Month 1	40	80
Months 2 and 3	10	80
Recurrent venous thrombo- embolism*†	15‡	80
Nonvalvular atrial fibrillation	4.5‡	66
Nonvalvular atrial fibrillation and previous embolism	12‡	66
Mechanical heart valve	8‡	75
Acute arterial embolism		
Month 1	15	66

Efficacy of VKA in  
different indications

Kearon & Hirsh  
NEJM 1997



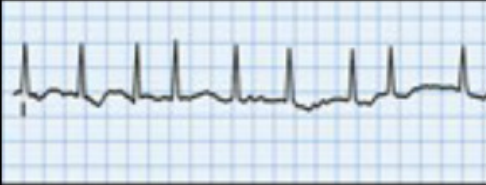
# Dicumarolici e Fibrillazione Atriale



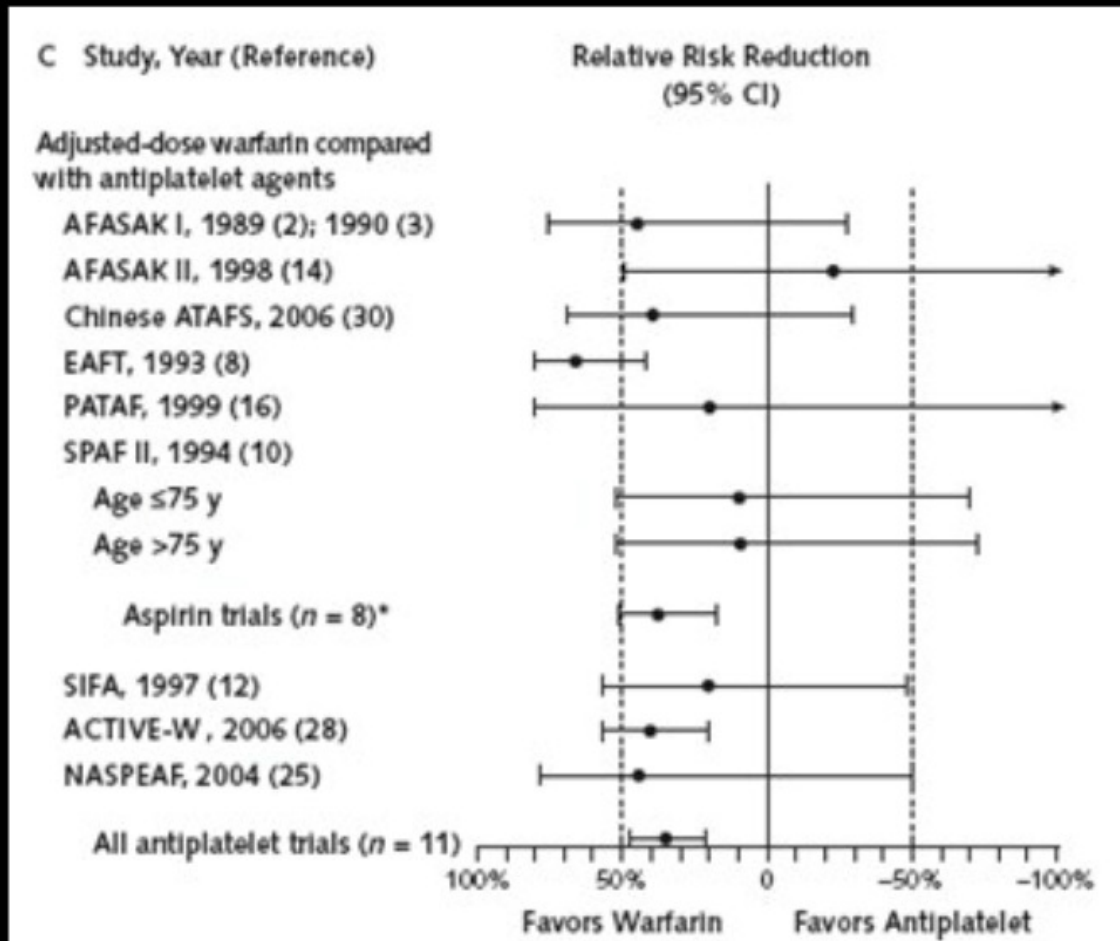
**RRA: 2.7 %  
Prevenzione  
Primaria**

**RRA: 8.4 %  
Prevenzione  
secondaria**

**RRR: 67 % (CI 54-77 %)**



# Dicumarolici e Fibrillazione Atriale

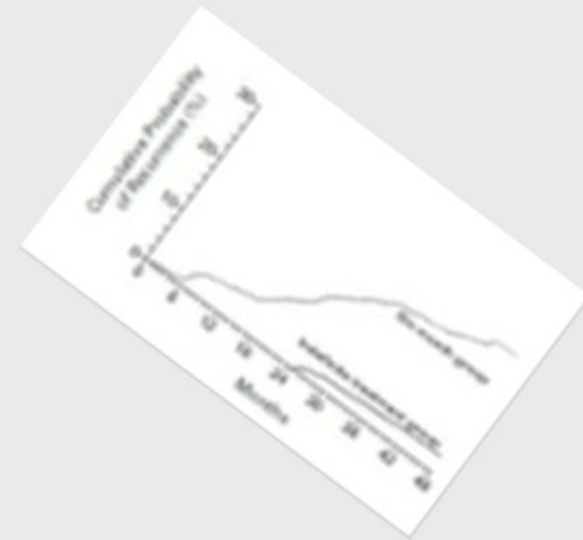
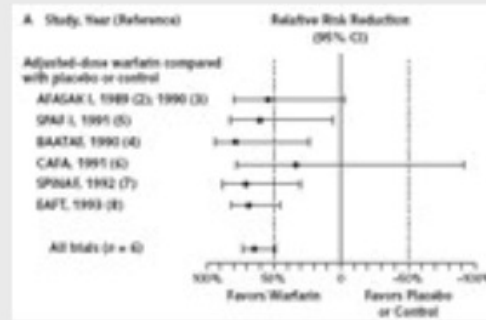
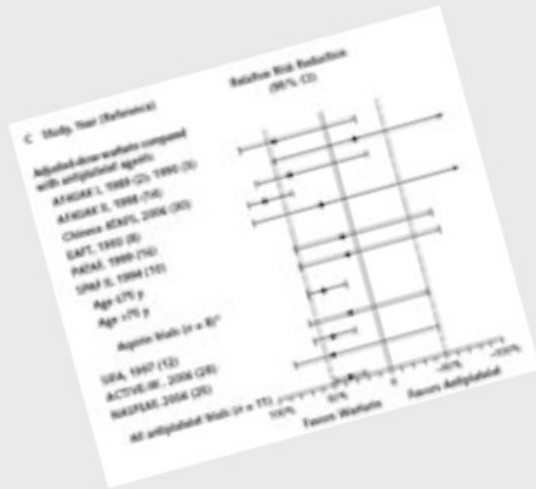


**RRA: 0.7 %  
Prevenzione  
primaria**

**RRA: 7 %  
Prevenzione  
secondaria**

**RRR: 38 % (18 to 52 %)**

*Ann Intern Med* 2007;146:857-867



**Questa è l'efficacia degli studi clinici ma nella realtà di tutti i giorni?**



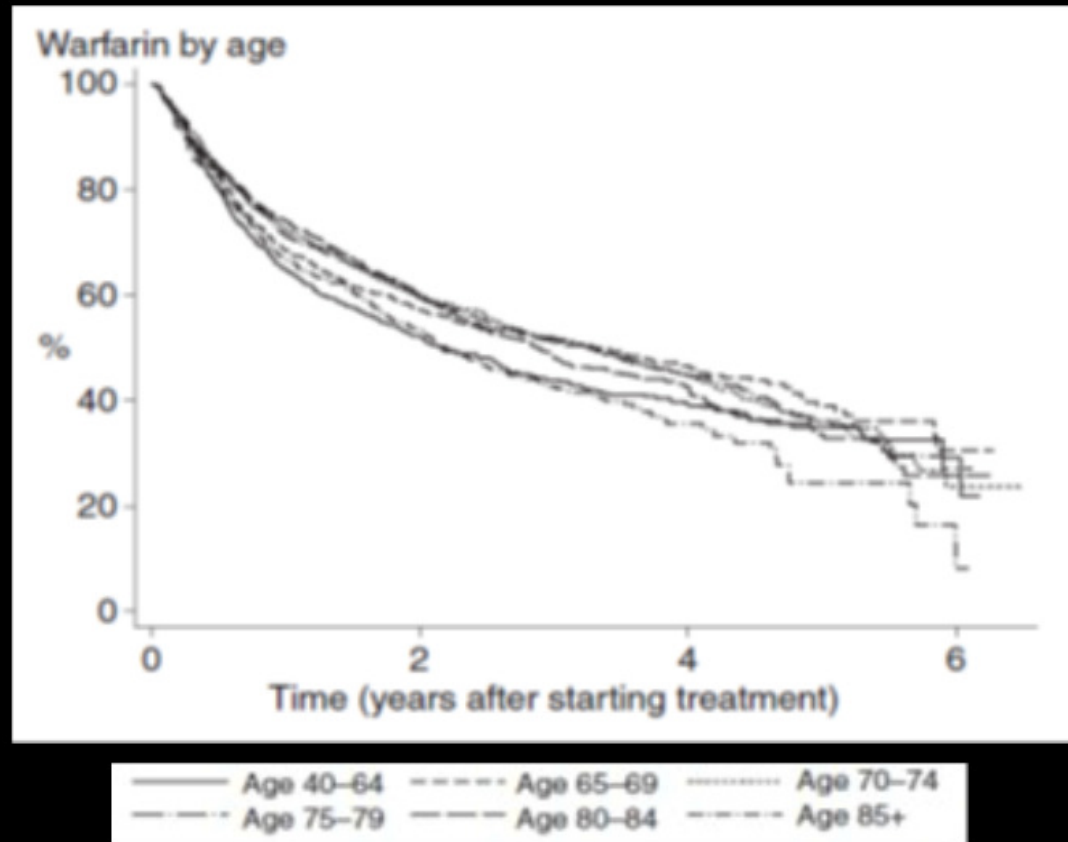
## Molti pazienti abbandonano la Terapia Anticoagulante Orale

Studi	Warfarin	Anti-aggreganti
BAFTA 2007	33 %	24 % (Aspirina)
ACTIVE W 06	7.8 %	13.8 % (Aspirina + Clopidogrel)

*Lancet.* 2007;370:493–503

*Lancet.* 2006;367:1903–1912

## Molti pazienti abbandonano la Terapia Anticoagulante Orale anche dopo un anno di trattamento

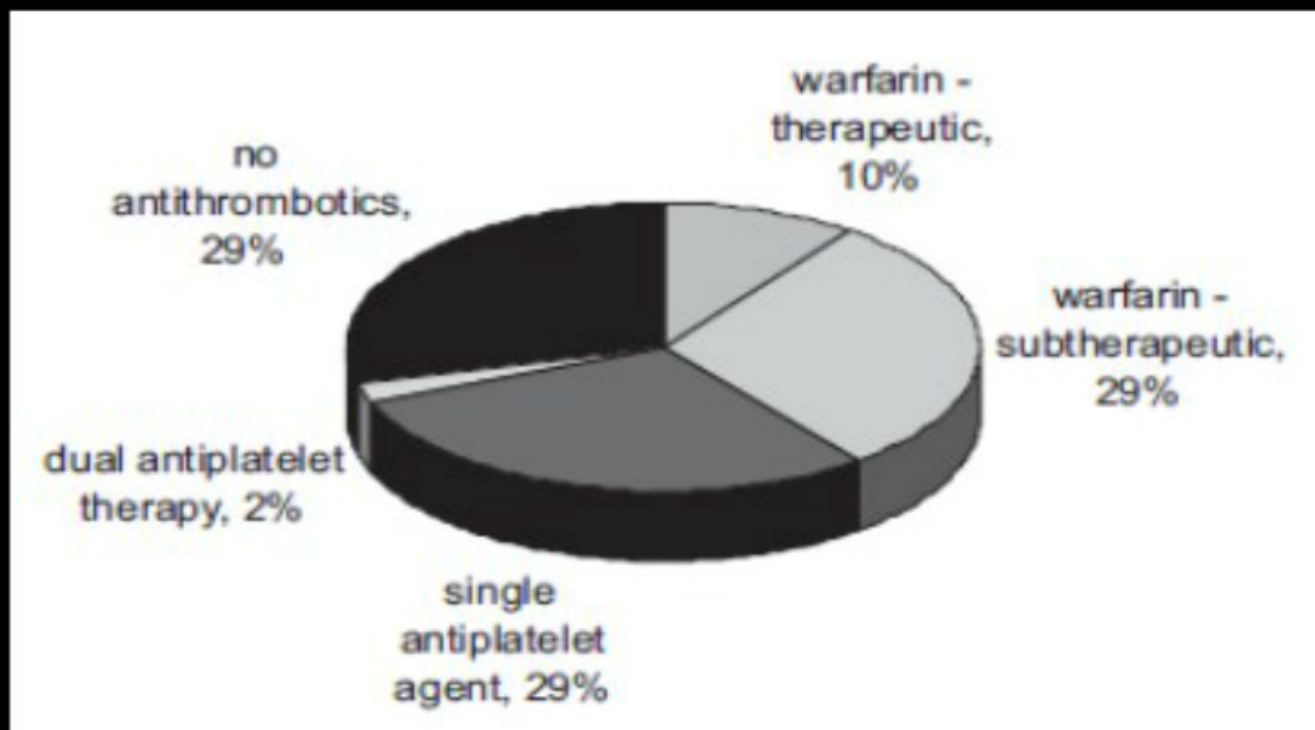


**41.910**  
**pazienti**  
**con FA**  
**cronica**

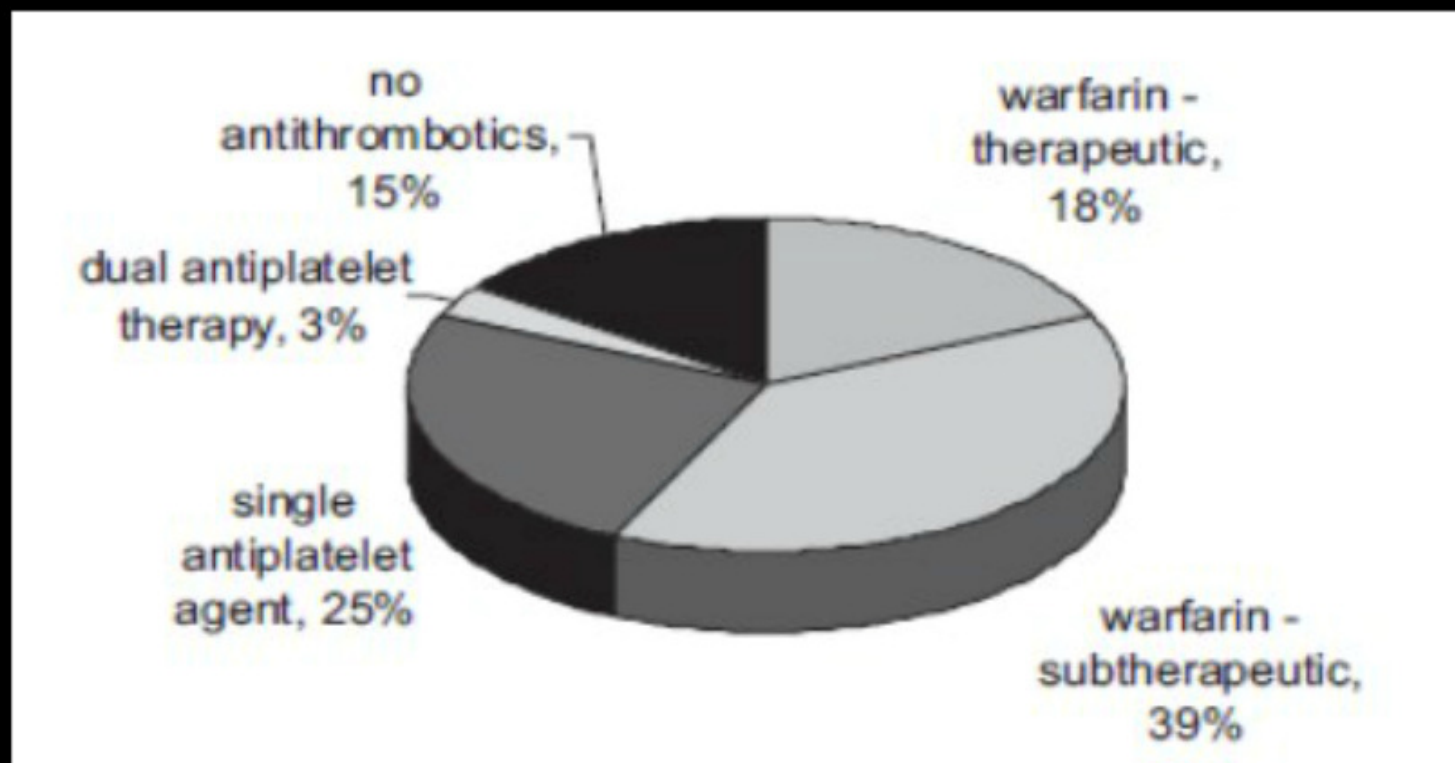
**Solo circa il 50 % dei pazienti  
con indicazione agli  
anticoagulanti orali  
viene trattato**



## 597 pazienti con fibrillazione atriale nota e primo ictus ischemico



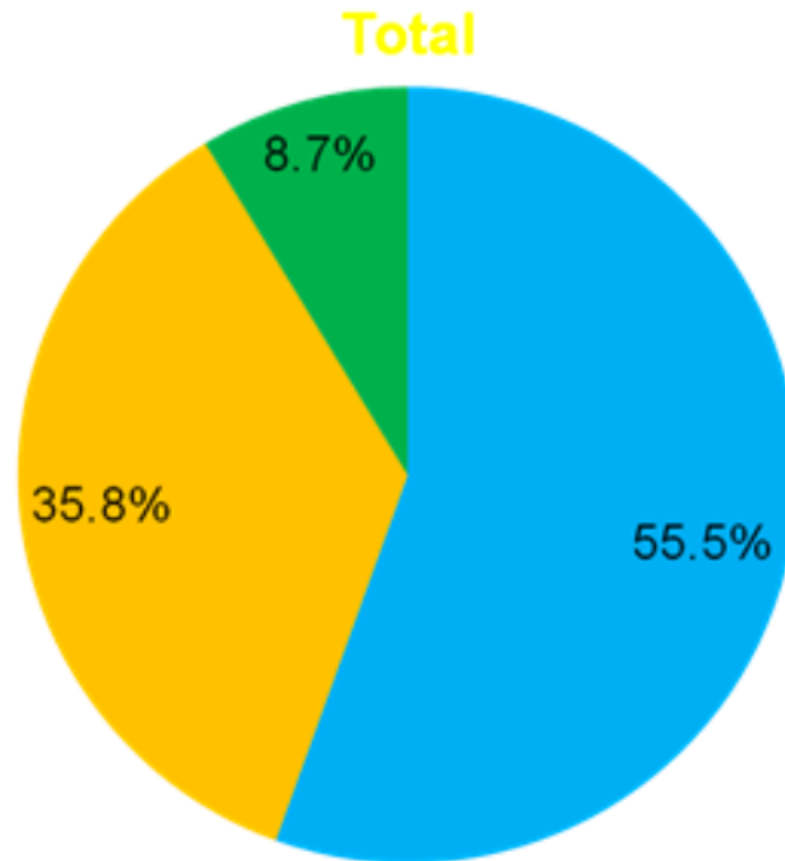
## 323 pazienti con fibrillazione atriale nota e precedente TIA o Ictus ischemico





# *Antithrombotic Treatments in non valvular AF (4.845 pts)*

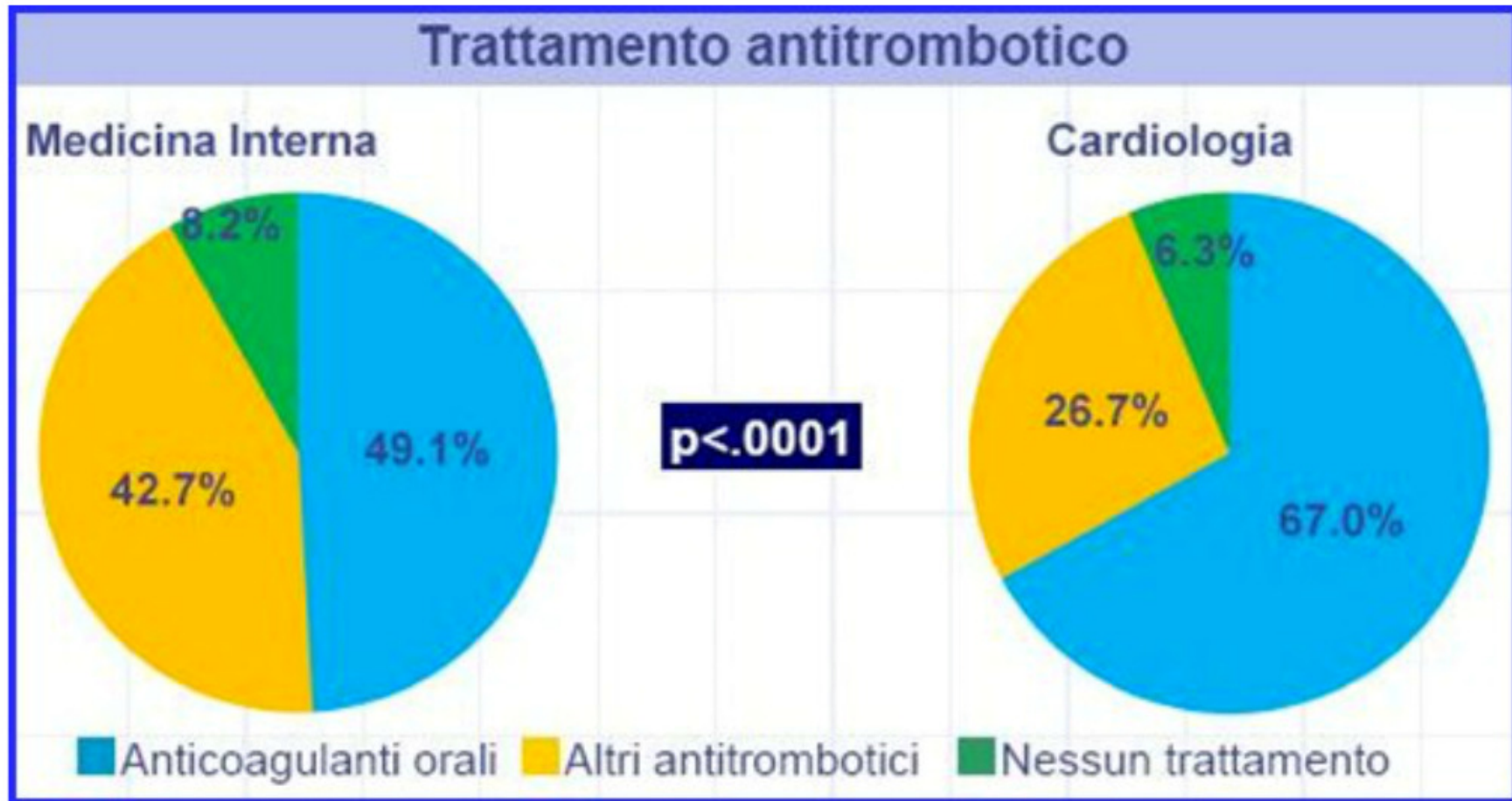
---



■ None    ■ Other ATT    ■ OAC

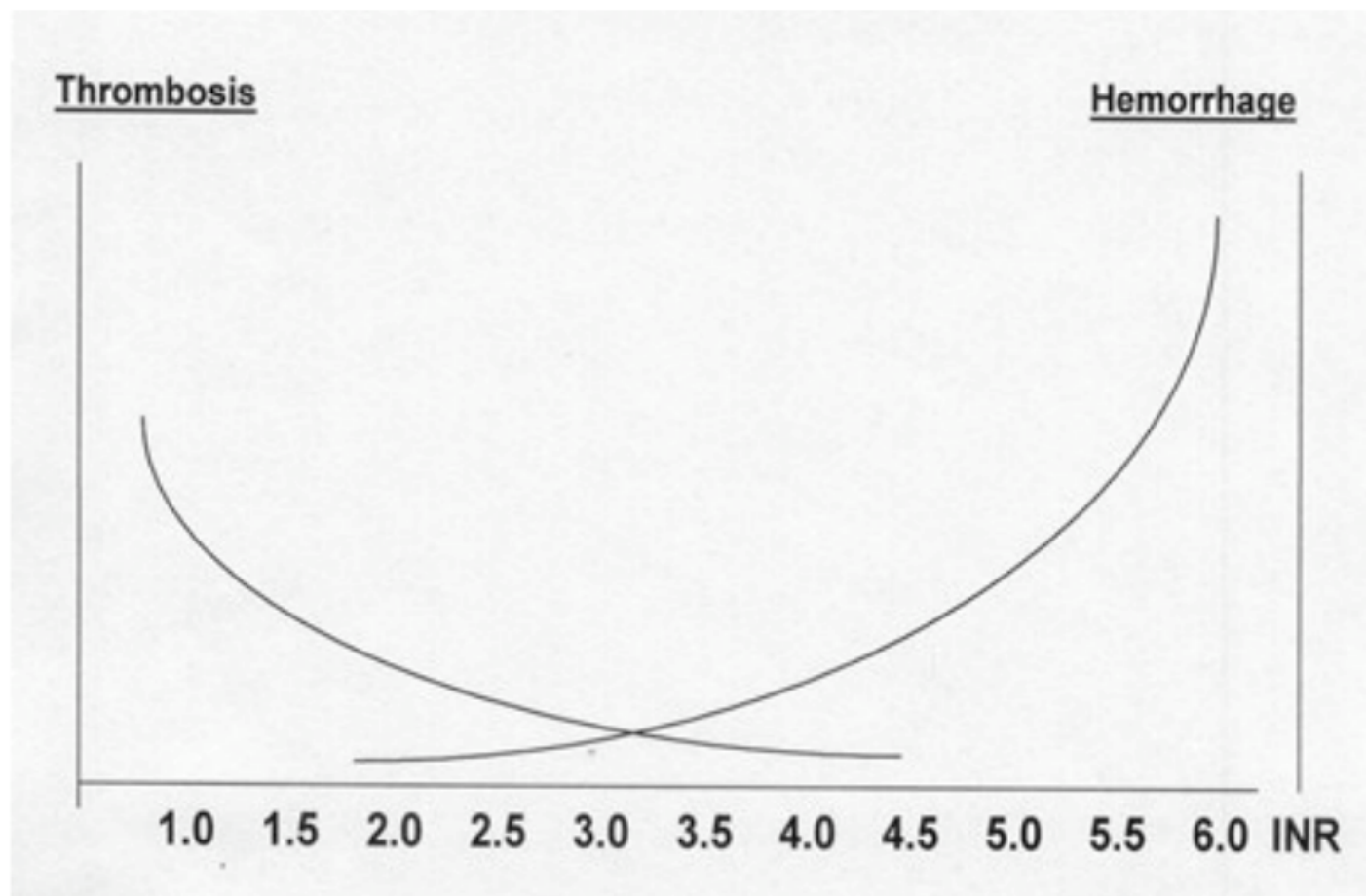


# Antithrombotic Treatments in non valvular AF (4.845 pts)



■ None ■ Other ATT ■ OAC

# Ma stretta finestra terapeutica

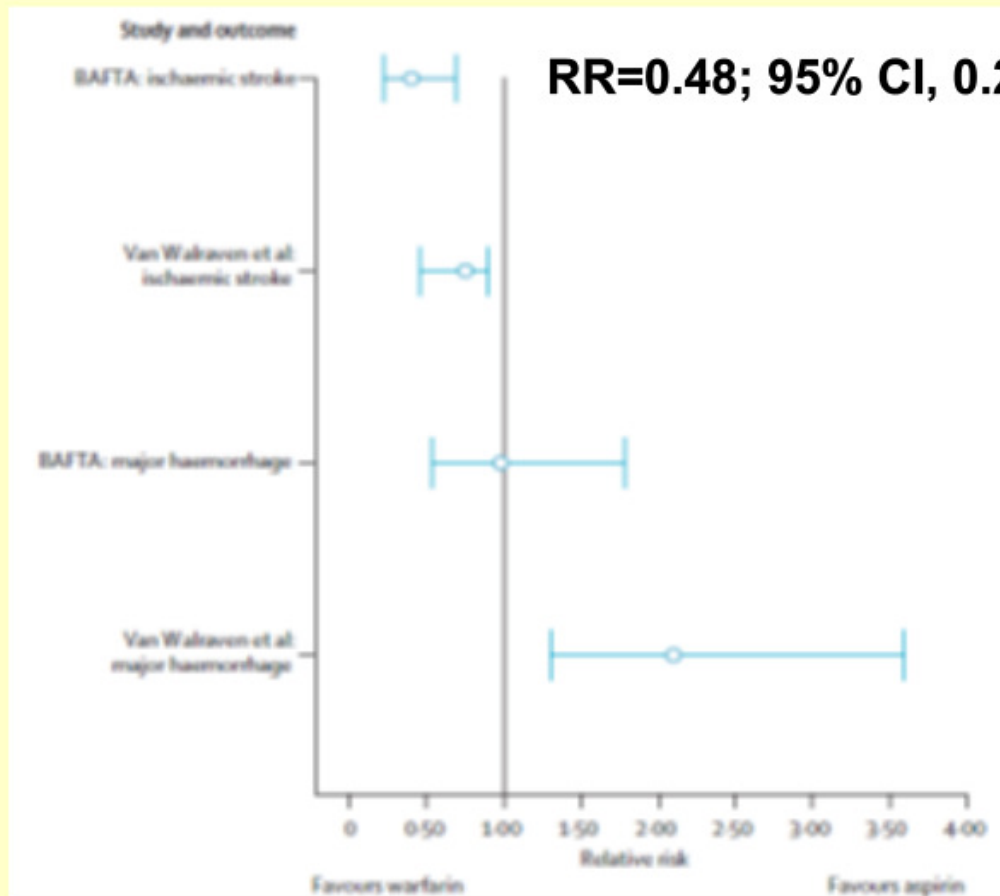


## Sanguinamento maggiore e fatale negli *Anticoagulation Clinics*

Anticoagulation Clinic	100 patient/yr	Major bleeding	Fatal Bleeding
Brigham and W. Hospital	3.684	0.32	0
ISCOAT	2.011	1.1	0.25
The Netherland A.C.	6.475	2.1	0.3
Univ. Virg. and California	1.950	1.6	0.2
Univ. of Florence	1.679	1.1	0.06
Univ. of Texas	123	1.6	0
Bergamo Hospital	669	1.0	0

Bleeding	Pooled estimate and 95 % CI
Major	1.6, 0.62-1.90
Fatal	0.114, 0.085-0.143

$I^2=99.7\%$



RR=0.48; 95% CI, 0.28 to 0.80

**973 pazienti**

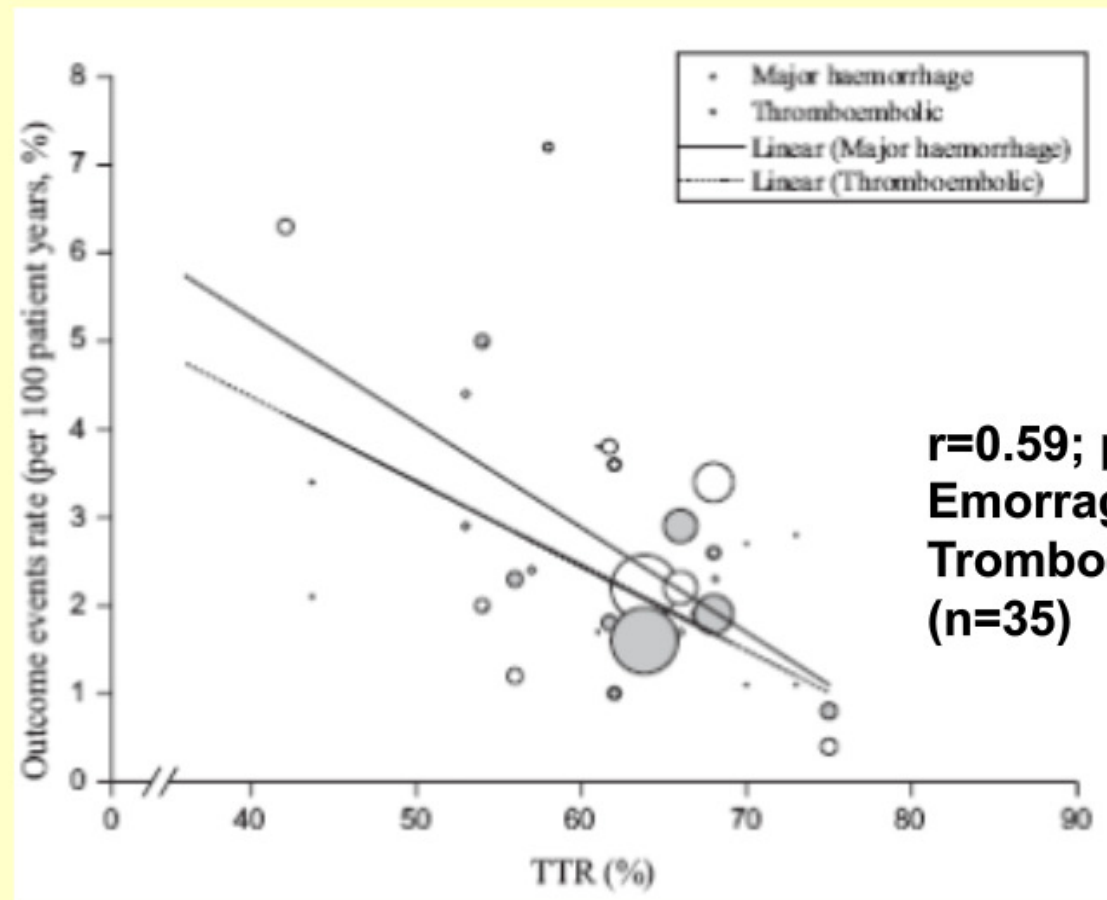
**Warfarin 2.0-3.0 INR  
versus  
ASA 75 mg**

**BAFTA**

**Non differenza nel sanguinamento maggiore tra warfarin (2.0 %) ed aspirina (2.1 %) nei pazienti con età >75 anni**

Lancet 2007; 370: 493-503

## Relazione inversa tra TTR ed eventi avversi (trombosi ed emorragie) (35 studi, retrospettivi e prospettici randomizzati)







## Costo medio annuale in Italia della terapia con VKA



circa **€ 943** per paziente (1)

### Costi diretti sanitari 56% (€ 525)

- Terapia farmacologica: **5%** (€25)
- Visite di monitoraggio: **44%** (€ 231)
- Test dell'INR: **18%** (€ 93)
- Ospedalizzazioni: **33%** (€ 176)

### Costi diretti non sanitari 23% (€ 220)

Trasporto da/a centro di  
anticoagulazione

### Costi indiretti 21% (€ 198)

perdita di produttività  
del paziente o caregiver  
a causa del  
monitoraggio

**€ 325** per paziente assumendo un controllo ogni 20 giorni,  
ma.....

# La gestione del rischio tromboembolico nei pazienti con fibrillazione atriale in Italia: dati al basale del Registro Europeo PREFER in AF

Raffaele De Caterina<sup>1</sup>, Giulia Renda<sup>1</sup>, Raffaele Sangiuolo<sup>2</sup>, Emilio Attena<sup>2</sup>, Livio Di Lecce<sup>3</sup>, Fabio Romeo<sup>3</sup>, a nome dello Steering Committee del Registro Europeo PREFER in AF (vedi Appendice 1)

<sup>1</sup>*Istituto di Cardiologia, Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti*

<sup>2</sup>*U.O.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli*

<sup>3</sup>*Direzione Medica, Daiichi-Sankyo Italia, Roma*

**Background.** Atrial fibrillation (AF) is a common heart rhythm disorder associated with an increased risk of stroke, heart failure and death. Although available evidence supports the administration of oral anticoagulants

## RIASSUNTO

**Razionale.** La fibrillazione atriale (FA) è un disturbo frequente del ritmo cardiaco associato ad un aumento del rischio di ictus ischemico, scompenso e morte. Gli anticoagulanti orali offrono la migliore opzione di prevenzione del tromboembolismo associato alla FA, ma l'implementazione di tale terapia è tuttora subottimale. Il Registro Europeo PREFER in AF ha valutato la realtà prescrittiva, le caratteristiche cliniche, la qualità di vita e il grado di soddisfazione al trattamento dei pazienti con FA.

**Materiali e metodi.** Nel registro sono stati arruolati tutti i pazienti consecutivi con FA afferenti a Centri ad alto volume, con documentazione di FA nei precedenti 12 mesi. I pazienti sono stati valutati all'arruolamento e a 12 mesi di follow-up. Vengono presentati i principali dati al basale italiani del registro, a confronto con quelli degli altri paesi europei partecipanti.

**Risultati.** Il registro ha arruolato 1888 pazienti italiani su un totale di 7243 pazienti europei, con un'età media di 70.9 anni. Comorbilità prevalenti erano rappresentate da ipertensione (73.5%), dislipidemie (38.7%) e obesità (21.9%). La valutazione del rischio tromboembolico, effettuata con il punteggio CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, ha evidenziato che solo il 4.7% dei pazienti italiani aveva un punteggio = 0, mentre l'11.3% e l'84% avevano rispettivamente un punteggio = 1 e ≥2. L'Italia è risultata il paese europeo con il minor utilizzo di antagonisti della vitamina K (71.6%; media europea: 78.3%) e il più alto valore medio di misurazioni dell'INR, a fronte di un tempo in range terapeutico (72.2%) superiore in Europa solo rispetto a quello della Spagna. Solamente il 36% dei pazienti italiani ha riportato di non avere difficoltà ad assumere la terapia rispetto al 70.3% dei pazienti europei.

**Conclusioni.** L'Italia si caratterizza per un minore utilizzo degli antagonisti della vitamina K e più frequenti misurazioni dell'INR. I pazienti italiani manifestano una maggiore insoddisfazione al trattamento e una difficoltà di gestione della terapia anticoagulante. L'impiego dei nuovi anticoagulanti orali, grazie a una più facile gestione della terapia, potrebbe contribuire a migliorare l'aderenza e la persistenza in terapia dei pazienti con FA, nonché avere un impatto positivo sulla qualità di vita.

# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

## Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation

Stuart J. Connolly, M.D., Michael D. Ezekowitz, M.B., Ch.B., D.Phil., Salim Yusuf, F.R.C.P.C., D.Phil., John Eikelboom, M.D., Jonas Oldgren, M.D., Ph.D., Amit Parekh, M.D., Janice Pogue, M.Sc., Paul A. Reilly, Ph.D., Ellison Themeles, B.A., Jeanne Varrone, M.D., Susan Wang, Ph.D., Marco Alings, M.D., Ph.D., Denis Xavier, M.D., Jun Zhu, M.D., Rafael Diaz, M.D., Basil S. Lewis, M.D., Harald Darius, M.D., Hans-Christoph Diener, M.D., Ph.D., Campbell D. Joyner, M.D., Lars Wallentin, M.D., Ph.D., and the RE-LY Steering Committee and Investigators\*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

## Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation

Christopher B. Granger, M.D., John H. Alexander, M.D., M.H.S., John J.V. McMurray, M.D., Renato D. Lopes, M.D., Ph.D., Elaine M. Hylek, M.D., M.P.H., Michael Hanna, M.D., Hussein R. Al-Khalidi, Ph.D., Jack Ansell, M.D., Dan Atar, M.D., Alvaro Avezum, M.D., Ph.D., M. Cecilia Bahit, M.D., Rafael Diaz, M.D., J. Donald Easton, M.D., Justin A. Ezekowitz, M.B., B.Ch., Greg Flaker, M.D., David Garcia, M.D., Margarida Geraldes, Ph.D., Bernard J. Gersh, M.D., Sergey Golitsyn, M.D., Ph.D., Shinya Goto, M.D., Antonio G. Hermosillo, M.D., Stefan H. Hohnloser, M.D., John Horowitz, M.D., Puneet Mohan, M.D., Ph.D., Petr Jansky, M.D., Basil S. Lewis, M.D., Jose Luis Lopez-Sendon, M.D., Prem Pais, M.D., Alexander Parkhomenko, M.D., Freek W.A. Verheugt, M.D., Ph.D., Jun Zhu, M.D., and Lars Wallentin, M.D., Ph.D., for the ARISTOTLE Committees and Investigators\*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

## Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation

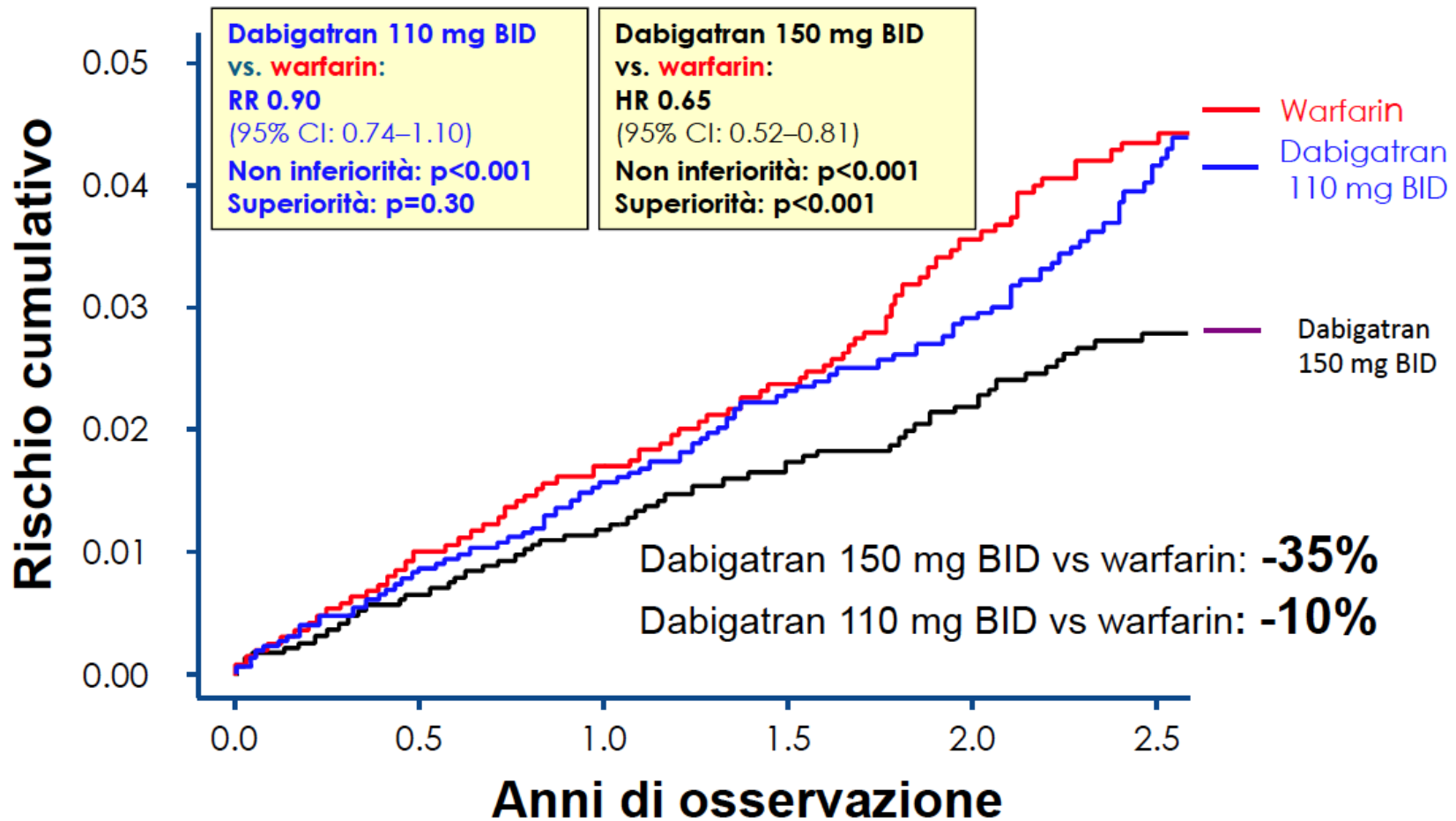
Manesh R. Patel, M.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Jyotsna Garg, M.S., Guohua Pan, Ph.D., Daniel E. Singer, M.D., Werner Hacke, M.D., Ph.D., Günter Breithardt, M.D., Jonathan L. Halperin, M.D., Graeme J. Hankey, M.D., Jonathan P. Piccini, M.D., Richard C. Becker, M.D., Christopher C. Nessel, M.D., John F. Paolini, M.D., Ph.D., Scott D. Berkowitz, M.D., Keith A.A. Fox, M.B., Ch.B., Robert M. Califf, M.D., and the ROCKET AF Steering Committee, for the ROCKET AF Investigators\*

# I Nuovi Anticoagulanti Orali

## Caratteristiche Principali

	Dabigatran	Apixaban	Rivaroxaban
Target	Ila (Thrombin)	Xa	Xa
Emivita	12-15	9-13	9-13
C <sub>max</sub> dopo ore	0.5-2.0	3.0-4.0	2.0-4.0
Eliminazione renale	80%	27%	33%
Interazioni	P-gp	P-gp and CYP3A4, CYP1A2, CYP2J2	P-gp and CYP3A4, CYP3A5, CYP2J2

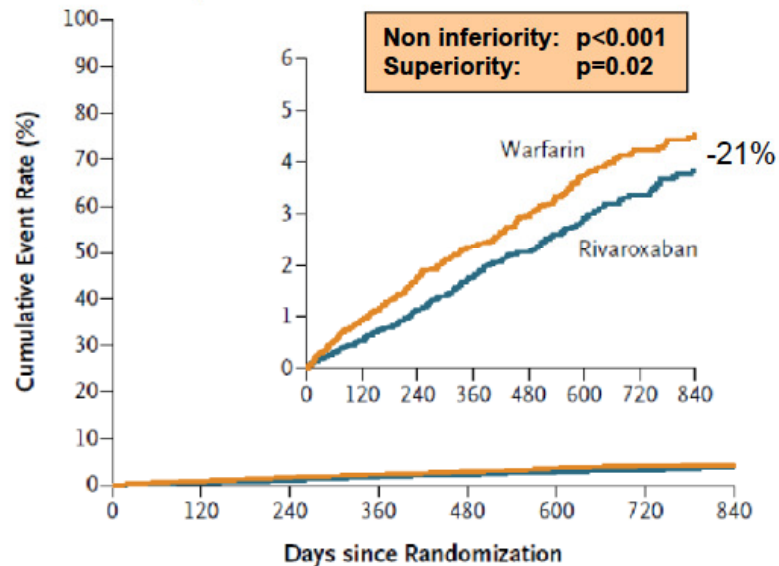
# RE-LY: stroke or systemic embolism



BID = 1 somministrazione ogni 12 ore

# ROCKET-AF: stroke or systemic embolism Per-Protocol and Intention-to-treat

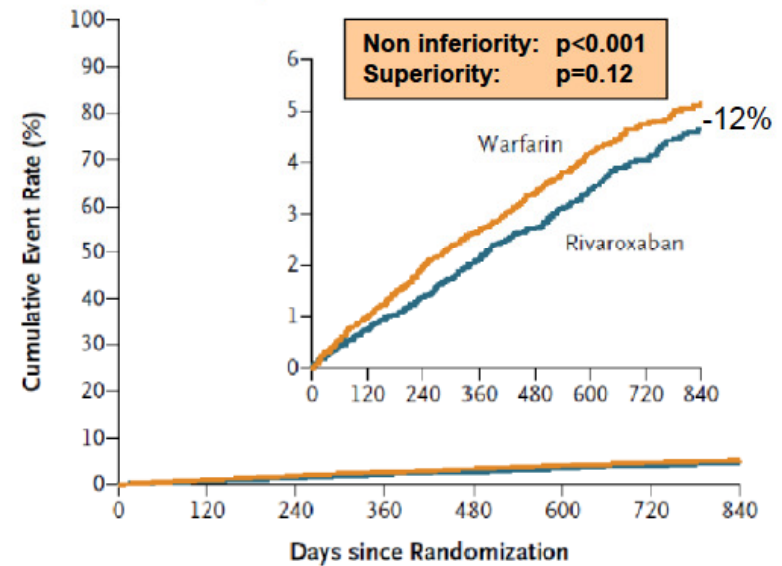
**A** Events in Per-Protocol Population



No. at Risk

Rivaroxaban	6958	6211	5786	5468	4406	3407	2472	1496
Warfarin	7004	6327	5911	5542	4461	3478	2539	1538

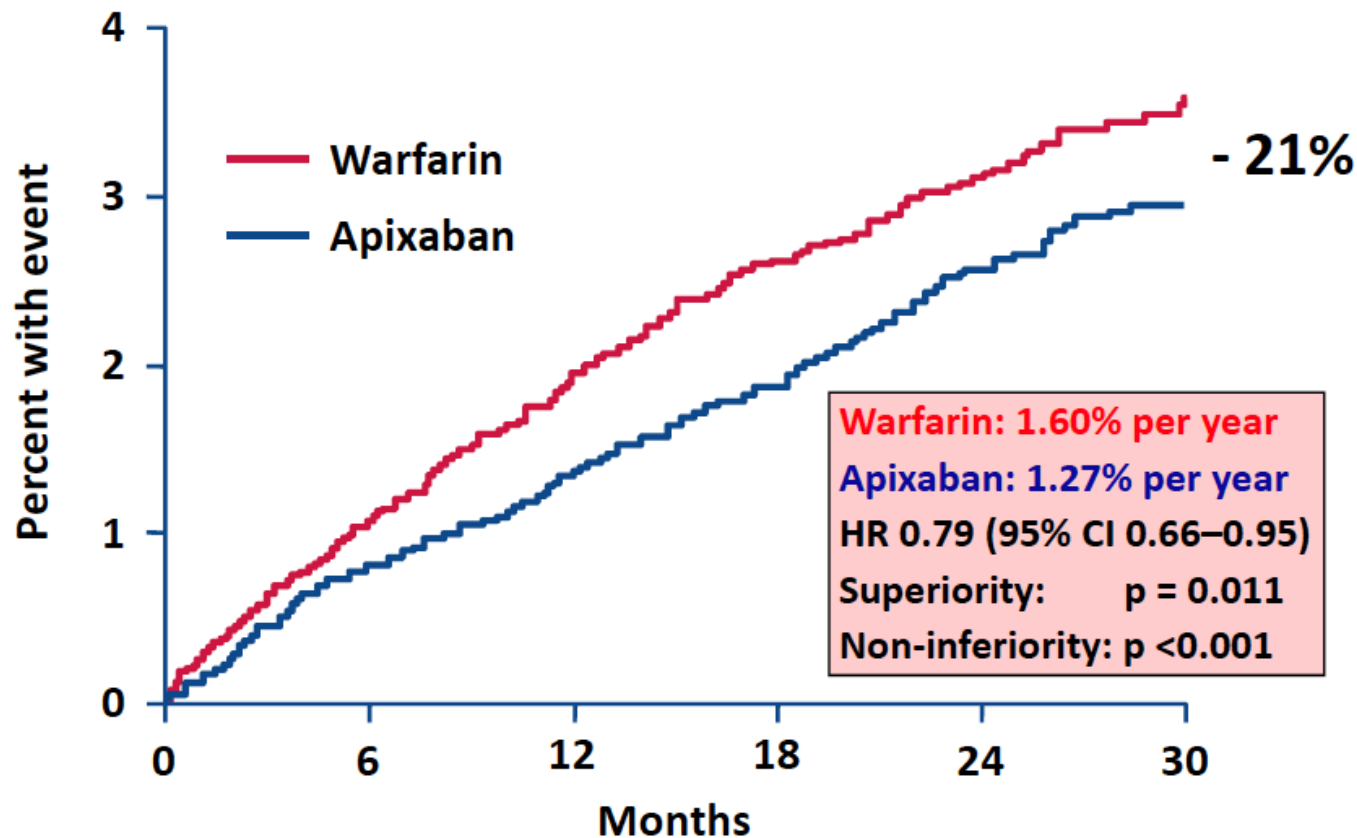
**B** Events in Intention-to-Treat Population



No. at Risk

Rivaroxaban	7081	6879	6683	6470	5264	4105	2951	1785
Warfarin	7090	6871	6656	6440	5225	4087	2944	1783

# ARISTOTLE: stroke or systemic embolism



No. at risk	0	6	12	18	24	30
Apixaban	9120	8726	8440	6051	3464	1754
Warfarin	9081	8620	8301	5972	3405	1768

<b>Parametro</b>	<b>RELY</b> N = 18 113	<b>ROCKET-AF</b> N = 14 264	<b>ARISTOTLE</b> N = 18 201
<b>Disegno dello studio:</b>	Multicentrico (951 centri), randomizzato, utilizzo di warfarin in aperto, dosaggi di dabigatran in doppia cecità (PROBE)	Multicentrico (1178 centri), randomizzato, doppia cecità, double dummy	Multicentrico (1030 centri), randomizzato, doppia cecità, double dummy
<b>Dose</b>	Dabigatran: 110 mg b.i.d. 150 mg b.i.d.	Rivaroxaban: 20 mg o.d. (15 mg o.d. se VFG 30-49 cc/min)	Apixaban: 5 mg b.i.d. (2.5 mg o.d. se età > 80, peso <60 o creatininemia > 1.5 mg/dl)
<b>Endpoint primario</b>	Composito di ictus (ischemico ed emorragico) ed embolia sistemica	Composito di ictus (ischemico ed emorragico) ed embolia sistemica	Composito di ictus (ischemico ed emorragico) ed embolia sistemica
<b>Durata del follow up (media anni)</b>	2.0	1.8	1.9
<b>Endpoint primario di sicurezza</b>	Sanguinamenti maggiori, inclusi i sanguinamenti pericolosi per la vita e quelli fatali	Composito di sanguinamenti maggiori e non maggiori clinicamente rilevanti	Sanguinamenti maggiori (criteri ISTH)
<b>Età (anni)</b>	71.5 (media)	73 (mediana)	70 (mediana)
<b>VFG (ml/min)</b>	68	67	Non riportato
<b>CHADS<sub>2</sub> Score medio</b>	<b>2.1</b>	<b>3.5</b>	<b>2.1</b>
<b>TTR (medio%)</b>	<b>64</b>	<b>55</b>	<b>62</b>
<b>Analisi statistica</b>	Intention to treat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Per protocol</b> (non-inferiority; superiority)</li> <li>• <b>Intention to treat</b> (post-hoc for superiority)</li> </ul>	Intention to treat



# RE-LY, ROCKET AF, ARISTOTLE

## Risultati Principali

Effetto su major end-points	Dabigatran 150 mg	Dabigatran 110 mg	Rivaroxaban	Apixaban
End-point primario: Non-inferiorità	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata
End-point primario: Superiorità	Dimostrata (Intention-to-treat)		Dimostrata (Safety as-treated population)	Dimostrata (Intention-to-treat)
Riduzione ictus emorragico	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata
Riduzione ictus ischemico	Dimostrata			
Riduzione mortalità totale	(Dimostrata) HR 0.88 [0.77-1.00]; p=0.051			Dimostrata HR 0.89 [0.90-0.998]; p=0.047
Riduzione emorragie maggiori		Dimostrata		Dimostrata
Riduzione emorragie intra-craniche	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata
Riduzione emorragie fatali		Dimostrata	Dimostrata	Dimostrata

Questo utile strumento di lavoro può essere trovato anche a questo indirizzo web [www.NOACforAF.it](http://www.NOACforAF.it)

Farmaco	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Atorvastatina	possibile	possibile	non studiata
Digossina	possibile	possibile	possibile
Verapamil	possibile con riduzione di dosaggio a 110 mg e assunzione simultanea	possibile con cautela	non studiata
Diltiazem	possibile	possibile con cautela	possibile con cautela
Chindina	possibile con cautela	possibile con cautela	non studiata
Amiodarone	possibile con cautela	possibile	non studiata
Dronedarone	no	no	non studiata
Itraconazolo	no	no	no
Fluconazolo	non studiata	possibile con cautela	non studiata
Ciclosporina, tacrolimus	no	possibile con cautela	non studiata
Claritromicina, eritromicina	possibile con cautela	possibile con cautela	non studiata
Inibitori proteasi HIV	no	no	no
Rifampicina, erba di S. Giovanni, carbamazepina, fenitoina, fenobarbital	no	possibile con cautela	no
Gastroprotettori (IPP e antiH2)	possibile	possibile	non studiata

## CONCLUSIONI

1. I VKA sono efficaci
1. I VKA sono sottoutilizzati e questo ha un costo sociale enorme
2. I NAO sono efficaci, sicuri e possono aumentare la quota di pazienti anticoagulati sostituendo la terapia antiaggregante e i non trattati, non tanto i VKA

## TTR per Centro

03/04/2014 13:47  
aslferrara , aslferrara

Centro TAO : ASL FERRARA  
 Includere gerarchia: Si  
 Dal giorno: 01/10/2013  
 Al giorno: 01/03/2014  
 Numero minimo di giorni per calcolare il TTR: 60  
 Numero massimo di giorni da considerare per calcolare il TTR: 180  
 Numero massimo di giorni fra due visite per non interrompere il calcolo: 56  
 Controlli da escludere dopo inizio TP: 0  
 Controlli da escludere dopo fine ricovero: 0  
 Controlli da escludere dopo evento clinico: 0  
 Controlli da escludere dopo farmaco interferente: 0  
 Escludere controlli eseguiti dopo N giorni dall'inizio del TP: 30  
 Escludere controlli eseguiti dopo N giorni dalla fine del ricovero: 0  
 Escludere controlli eseguiti N giorni dopo inizio evento clinico: 0  
 Escludere controlli eseguiti N giorni dopo inizio terapia con farmaco interferente: 0  
 Tipo di range: Range INR

Centro TAO	TTR (sotto, entro, sopra range)	Numero di pazienti	Numero di terapie	Giorni in terapia
Centro TAO Ferrara - FC SA 004	22% - 70% - 8%	2262	19866	323841
Centro Tao Argenta	20% - 71% - 10%	422	3876	60600
Centro Tao Cento	23% - 70% - 8%	70	613	8637
Centro Tao Delta	23% - 68% - 9%	1047	9224	149891
FC SA 004 - Domiciliari	28% - 62% - 10%	754	6819	107388
FC SA 004 - Pontelagoscuro	22% - 71% - 7%	153	1279	22343
centro Tao Bondeno	17% - 81% - 2%	4	32	540
centro Tao Bondeno Domiciliari	23% - 72% - 5%	2	19	303
centro Tao Cardiologia Cento	13% - 80% - 7%	399	3570	57264
centro Tao Casumaro	18% - 76% - 6%	8	71	1156

Centro TAO	TTR (sotto, entro, sopra range)	Numero di pazienti	Numero di terapie	Giorni in terapia
centro Tao Cento Domiciliari	17% - 73% - 11%	63	566	8490
centro Tao Comacchio	84% - 16% - 0%	1	13	151
centro Tao Longastrino	17% - 70% - 13%	60	544	8626
centro Tao Mirabello	18% - 78% - 5%	12	113	1800
centro Tao Mirabello Domiciliari	26% - 56% - 18%	7	80	1010
centro Tao Ostellato	22% - 68% - 10%	104	965	15162
centro Tao Poggio Ren. Domiciliari	13% - 76% - 11%	6	56	839
centro Tao Poggio Renatico	9% - 80% - 11%	2	17	302
centro Tao Portomaggiore	21% - 67% - 12%	415	3839	60556
centro Tao Renazzo	30% - 62% - 7%	4	39	605
centro Tao S.Agostino	8% - 84% - 8%	12	107	1809
centro Tao S.Agostino Domiciliari	16% - 75% - 8%	13	129	1960
centro Tao S.M.Codifiume	23% - 66% - 12%	31	296	4448
centro Tao Vigarano M. Domiciliari	21% - 66% - 13%	8	69	1017
centro Tao Vigarano Mainarda	0% - 100% - 0%	1	5	59
centro Tao Voghiera	18% - 72% - 10%	94	882	13843
<b>Totale</b>	<b>22% - 69% - 9%</b>	<b>5954</b>	<b>53089</b>	<b>852640</b>

## Centro di Sorveglianza TAO/NAO Delta

Passaggio del Centro Sorveglianza gestione terapie Antitrombotiche dal Laboratorio Analisi a gestione cardiologica dal 19.05.2014

Ambulatorio dedicato per visite di inserimento nuovi pazienti TAO e NAO il lunedì' ed il giovedì' dalle ore 8.30 alle 11

Colloqui e chiarimenti telefonici dal lunedì' al venerdì' dalle ore 11 alle ore 13 al 0533723177

## Centri prescrittori NAO provinciali

- Centro Emostasi e Trombosi Fisiopatologia della Coagulazione  
Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
- U.O. Cardiologia H. Cento
- U.O. Cardiologia H. Delta
- U.O. Medicina H. Argenta

## PROPOSTA DI PRESCRIZIONE TERAPIA CON NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO)

### INDICAZIONE

fibrillazione atriale nonvalvolare      trombosi venosa profonda      embolia polmonare

Medico proponente .....

Tel. .... mail .....

Paziente (nome e cognome) .....

Data di nascita ..... sesso M F      Peso Kg .....

Codice Fiscale .....

Residente a ..... Prov. ....

In Via ..... n. .... Tel. ....

#### ➤ Cardiopatia di base

#### ➤ Patologie associate

#### ➤ Documentazione da presentare il giorno della visita:

- Emocromo completo con bilirubina e 3 mesi consecutivi di emocromo, e analisi chimica (l'uso di NAO è controindicato se  $YFP < 30$   $\mu$ l/ml) e funzione epatica.
- Elenco dei farmaci che assume il paziente
- Ingegneria de Medico Durante per visita cardiologica

#### ➤ Modalità per prenotare visita presso Ambulatorio NAO:

Centro Emostasi e Trombosi Fisiopatologia della Coagulazione Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

- Recarsi presso ambulatori ex Arospedale S Anna (C.so Giovecca, 203 Ferrara) con la presente richiesta compilata ed impegnativa per visita i giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8 alle 10

#### U.O. Cardiologia H. CENTO:

- Tel. elonare al numero 051-5636251 dalle ore 12.30 alle ore 14.30 dal Lunedì al Venerdì
- Recarsi personalmente con la presente richiesta compilata ed impegnativa per visita presso Ambulatorio NAO in Via de' Cale' alle ore 12.30 alle ore 14.00

#### U.O. Cardiologia H. DELTA:

- Tel. elonare per prenotazione al numero 053 723177 - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 da Lunedì a Venerdì
- Recarsi personalmente con la presente richiesta compilata ed impegnativa per visita presso Ambulatorio Cardiologia I piano Ospedale Delta - Lunedì e Giovedì 8.30-10.30

#### U.O. Medicina H. Argenta:

- Inviare la presente richiesta compilata al FAX - 0532-317892 (sarà comunicato telefonicamente l'appuntamento al domicilio)

Appuntamento: giorno ..... ora .....

Al fini dell' eleggibilità bisogna rientrare in una delle seguenti condizioni

#### ♥ Paziente già in trattamento con anticoagulanti antagonisti della vitamina K (AVK)

paciente in terapia con AVK con percentuale di controlli INR in range terapeutico  $\geq 50\%$  negli ultimi 6 mesi  
 • fiducia oggettiva organizzativa  
 • necessità di dose di AVK  $< 6,25$  mg/week o warfarin  $< 6$  mg/week per mantenimento o  
 • progressa emorragia maggiore o in corso di INR sovra terapeutico  
 • progressa emorragia intracranica

#### ♥ Nuovo trattamento con anticoagulanti orali

paciente in FA trattata con aspirina  
 • fiducia oggettiva organizzativa  
 • condizioni cliniche non troppo gravose o non accettabili in terapia con AVK  
 • paziente ad alto rischio di infarto miocardico con AVK  
 • progressa emorragia intracranica  
 • FA di nuova acquisizione da sottoporre a cardioversione elettrica

#### Rischio cardioembolico ed emorragico

CHA2DS2-VASc Score	
Punteggio	
1	• Sospeso cardiaco/insufficienza ventricolare sinistra
1	• Ipertensione arteriosa
1	• Età $\geq 75$ anni
1	• Diabete mellito
1	• Progresso della malattia di TIA/ictus/ischemia trombotica con TIA
1	• Malattie vascolari precedenti: IM, malattia arteriosa periferica o placca asintomatica
1	• Età 65-74 anni
1	• Score femorale
<b>Totale:</b>	
HAS-BLED Score	
1	• Ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia (anteriore a visita) $\geq 140$ mmHg
1	• Alterata funzionalità renale (creatinina sierica $> 2,7$ mg/dl)
1	• Alterata funzionalità epatica (coefficiente di bilirubina di 2 volte superiori a norma, livelli di AST/ALT di 3 volte superiori a norma)
1	• Progresso letale emorragia
1	• Simile contemporaneo o recente emorragia o trauma
1	• Labile controllo del INR (INR instabile con tempo in range terapeutico $< 60\%$ )
1	• Età $> 85$ anni
1	• Terapia farmacologica (terapia concomitante con anticoagulanti parenterale, TPA, ANS)
1	• Alcolismo cronico
<b>Totale:</b>	

Il trattamento è consentito con punteggio CHA2DS2-VASc  $\geq 1$  (Dabigatran),  $\geq 2$  (Apixizan) oppure  $\geq 3$  (Rivaroxaban) ed un punteggio di HAS-BLED  $> 3$

oppure

Se il paziente è in terapia anticoagulante orale e presenta un tempo trascorso in range terapeutico (TTR)  $< 70\%$  (Dabigatran, Apixizan) oppure TTR  $< 60\%$  (Rivaroxaban)

Firma o timbro .....