

Conoscenze e attitudini dei medici di medicina generale nei confronti della terapia anticoagulante orale

Andrea Montonati, Marcello Parenti, Silvia Dubini, Massimo Monti, Giovanna Scienza, Gianni Clerici, Aurelio Sessa

SIMG Varese e Como

Cooperativa Medici Insubria Appiano Gentile (Como)

Summary

Anticoagulation therapy is recommended for preventing thromboembolism and stroke in patients with atrial fibrillation. Direct oral anticoagulants are first line agents for eligible patients with non-valvular atrial fibrillation. Vitamin K antagonists are recommended for those with mechanical valves, valvular atrial fibrillation and patients with glomerular filtration rate (GFR) < 15 ml/min. Since August 2020 Italian Drug Agency (AIFA) issued a prescription of these drugs introducing a therapeutic plan (*Piano Terapeutico*) in which doctors must report clinical data and scores aimed at prescribing appropriately. Until then only cardiologists, internists and neurologists, but not primary care physicians, could prescribe direct oral anticoagulants. This survey suggests that a training period was missed to enable primary care physicians to correctly and appropriately prescribe these drugs. The possibility of prescribing direct oral anticoagulants gives to primary care physicians the long desired autonomy to manage such drug molecules although it highlights some critical issues.

Introduzione

Le cardiopatie rientrano nel novero delle patologie croniche nell'ambito del Piano Nazionale della Cronicità¹ e, in particolare, le cardiopatie aritmiche nella Presa in Carico della Cronicità messo in atto dalla Regione Lombardia². Fra queste la fibrillazione atriale (FA) è la più frequente^{3,4}. Gli antagonisti della vitamina K (AVK) e gli anticoagulanti orali diretti (DOACs) sono comunemente usati per la prevenzione del tromboembolismo associato alla FA: infatti la FA aumenta il rischio di ictus trombotico di cinque volte⁴. L'introduzione della nota AIFA 97 (agosto 2020) permette al medico di medicina generale (MMG) di prescrivere oltre agli AVK (ace-

nocumarolo e warfarin) anche i DOACs (dabigatran [inibitore della trombina], apixaban, edoxaban e rivaroxaban [inibitori del fattore Xa]) nei pazienti con FA non valvolare (FANV). Dopo circa un anno dall'introduzione della nota AIFA, l'ATS Insubria ha avviato in forma sperimentale l'informatizzazione della scheda del piano terapeutico affinché i medici, volontariamente, provassero a prendere confidenza con la compilazione della stessa (portale *PTonline*) alla luce della comunicazione di Aifa del 26 giugno 2020 in cui dava avviso dell'informatizzazione della scheda.

Scopo dello studio

Lo studio si è posto l'obiettivo di esplorare le conoscenze e le attitudini dei MMG nei

confronti dei DOACs e le criticità percepite nell'attività quotidiana nell'applicazione della nota AIFA 97.

Metodologia

È stato formulato un questionario a risposta multipla a cui era possibile rispondere in forma anonima. L'insieme delle domande è scaturito da due eventi formativi svoltisi in primavera-estate 2021, dopo circa 6 mesi dall'emanazione della nota 97, in cui sono stati raccolti spunti e suggestioni durante la discussione e riuniti in una serie di e-mail inviate dai partecipanti. Il questionario è stato inviato a 250 MMG appartenenti alla Cooperativa Medici Insubria che parteci-

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Montonati A, Parenti M, Dubini S, et al. Conoscenze e attitudini dei medici di medicina generale nei confronti della terapia anticoagulante orale. Rivista SIMG 2022;29(2):15-19.

© Copyright by Società Italiana 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>

TABELLA 1.

Questionario.

1. Quale pensi sia attualmente la tua capacità relativa alla nota 97 sull'utilizzo degli anticoagulanti diretti (DOACs)?	<ul style="list-style-type: none"> a. Continuo a demandare allo specialista la prescrizione di questi farmaci b. Non mi sento ancora sufficientemente pronto alla prescrizione di questi farmaci c. Mi limito alla compilazione della scheda solo per il rinnovo della prescrizione d. Sono in grado di procedere sia alla prima prescrizione che al rinnovo della prescrizione
2. Ritieni di aver bisogno di ulteriori incontri di approfondimento riguardo la terapia con DOACs?	<ul style="list-style-type: none"> a. Sì b. No c. Se possibile un confronto a piccoli gruppi
3. Quale vantaggio percepisci nell'utilizzo dei DOACs?	<ul style="list-style-type: none"> a. Efficacia b. Sicurezza c. Maggior aderenza d. Minori problemi logistici (controlli periodici di INR) e. Tutti i precedenti
4. Quanti pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV) hai in terapia con antagonisti della vitamina K?	<ul style="list-style-type: none"> a. 0-5 b. 6-10 c. 11-15 d. 16-20 e. > 21 f. Non saprei
5. Quanti pazienti con FANV hai in terapia con antiaggreganti piastrinici?	<ul style="list-style-type: none"> a. Nessuno b. 1-3 c. 3-5 d. > 5 e. Non saprei
6. Quanti pazienti con FANV hai in terapia con DOACs?	<ul style="list-style-type: none"> a. 0-5 b. 6-10 c. 11-15 d. 16-20 e. Oltre 20 f. Non saprei
7. Quale delle seguenti caratteristiche ritieni più significative nella scelta di un DOAC? (possibilità di più risposte)	<ul style="list-style-type: none"> a. Monosomministrazione giornaliera b. Sicurezza c. Minori eventi emorragici d. Somministrazione anche in pazienti con funzionalità renale deteriorata
8. Ti ritieni in grado di operare un passaggio dalla terapia con AVK alla terapia con DOACs?	<ul style="list-style-type: none"> a. Sì, ma non saprei come b. Sì, ma ho il timore di non assegnare una DOAC corretto c. Sì, mi piacerebbe confrontarmi con altri colleghi MMG d. Sì, mi sentirei più sicuro confrontarmi con un collega Cardiologo e. No, perché la terapia con AVK ormai è consolidata f. No, perché comunque devo far eseguire periodicamente gli esami ematochimici
9. Hai necessità di consolidare il rapporto con il collega Cardiologo?	<ul style="list-style-type: none"> a. Sì, mi piacerebbe avere una modalità diretta (e-mail, numero verde del reparto, teleconsulto, televisita) b. No, ho già il collega Cardiologo di riferimento c. Posso continuare come sto facendo ora d. Richiedo una visita cardiologica quando ne ho bisogno
10. Tra le modalità dirette, quali preferiresti?	<ul style="list-style-type: none"> a. E-mail diretta b. Numero verde del reparto c. Teleconsulto d. Televisita
11. Ritieni che l'attuale rapporto con lo specialista di riferimento sia soddisfacente?	<ul style="list-style-type: none"> a. Assolutamente sì b. Sì ma potrebbe migliorare c. Ritengo il rapporto mediocre d. Sono più gli aspetti negativi che quelli positivi e. Per nulla soddisfacente



<p>12. Conosci il portale dell'ATS POnline per la compilazione del piano terapeutico per la nota 97?</p>	<p>a. Sì e l'ho già usato b. Sì ma non l'ho ancora usato c. Sì, ma non ho intenzione di usarlo perché lo ritengo un ulteriore carico burocratico d. Non ne sono a conoscenza</p>
<p>13. Utilizzi un elettrocardiografo nel tuo studio?</p>	<p>a. Sì, lo uso regolarmente b. Non ho l'ECG c. Ho la possibilità di fare un ECG in telemedicina</p>
<p>14. Se non hai un elettrocardiografo, quali sono i motivi</p>	<p>a. Costi b. Non saprei come farlo pagare all'assistito c. Mi piacerebbe fare un corso ECG di base d. Ho il timore di non essere in grado di utilizzarlo e ammortizzarlo economicamente e. Ho il timore degli aspetti medico-legali conseguentemente all'interpretazione</p>

pano alla Presa in Carico della Cronicità di Regione Lombardia. Oltre ai dati personali (età e sesso) e inerenti alla propria attività lavorativa (modalità di lavoro e numero di assistiti in carico) sono state formulate 14 domande (Tab. I) con la finalità di esplorare le attuali conoscenze, attitudini e criticità nella gestione del paziente con FA e in particolare nell'applicazione della nota 97 (terapia anticoagulante orale nella FA non-valvolare). L'invio del questionario è avvenuto in due tornate (un recall) nel periodo autunnale del 2021.

Risultati

Hanno risposto al questionario 153 MMG su 250 invitati pari al 61,2%.

Nella Tabella II sono riportati i risultati delle caratteristiche anagrafiche e le modalità di lavoro dei MMG che hanno risposto al questionario.

Dopo poco più di un anno dall'emanazione della nota 97 solo il 22,2% (34/153) dei MMG dichiara di essere in grado di prescrivere autonomamente i DOACs (dalla prima prescrizione al rinnovo del piano terapeutico) (**domanda 1**); il 13,7% (21/153) continua a demandare totalmente allo specialista Cardiologo la prescrizione dei farmaci. Un terzo degli intervistati si limita alla compilazione della scheda di rinnovo.

Infatti il 70,6% (108/153) degli intervistati ritiene di necessitare di ulteriori incontri di approfondimento (**domanda 2**). Il 22,9% (35/153) auspicherebbe un confronto anche a piccoli gruppi magari con casi clinici che provengono dalla pratica quotidiana o con casi simulati.

Il maggior vantaggio percepito dall'utilizzo dei DOACs è principalmente clinico (efficacia, sicurezza, maggiore compliance) riportato nel 71,9% dei casi (110/153) (**domanda 3**) e in secondo luogo logistico (il fatto di evitare il dosaggio periodico di INR come avviene per gli AVK) (13,7%).

Ogni medico ha in carico più della metà dei propri pazienti con FANV con AVK (**domanda 4**), mentre il 26,0% (40/153) non ha nessun paziente con FANV in terapia con antiaggreganti piastrinici (**domanda 5**). Un terzo dei pazienti con FANV in carico (35,3%) (54/153) è in terapia con DOACs; solo il 12,4% dei medici intervistati ne ha fino a 10 in terapia. Il 21,2% (32/153) ne ha oltre 20 in carico (**domanda 6**).

Nella scelta di un DOAC (**domanda 7**), i MMG intervistati pongono primariamente l'importanza alla protezione tromboembolica (36,6%), alla possibilità di una monosomministrazione (24,8%), i possibili minori eventi emorragici (20,9%) e le possibili alternative in caso di pazienti con deterioramento della funzionalità renale (17,6%).

Nel caso di dover decidere il passaggio da una terapia con AVK a un DOACs (**domanda 8**) il 41,2% (63/153) dei medici preferirebbe comunque confrontarsi con un collega Cardiologo mentre il 21,6% (33/153) vorrebbe farlo con un collega MMG che ha già esperienza in questo. Il 18,3% (28/153) dichiara di temere, nel momento di scelta di un DOAC, di non scegliere la molecola più appropriata.

Per il 75,2% (115/153) degli intervistati c'è il bisogno di consolidare ulteriormente il rapporto con il collega Cardiologo con la

possibilità di un rapporto diretto (e-mail, teleconsulto o un numero verde di reparto). Tra queste modalità dirette, quella dell'e-mail sarebbe la preferita (42,5%) (**domanda 9 e 10**).

Nella metà dei casi (47%) i MMG ritengono il rapporto con il Cardiologo soddisfacente mentre solo il 15,7% non si ritiene soddisfatto (**domanda 11**).

Al momento dell'invio del questionario (ottobre-dicembre 2021) solo il 9,2% (14/153) dei MMG ha usato il portale POnline per la compilazione del piano terapeutico, mentre il 44,4% (68/153) non è a conoscenza del portale. Il 35,9% (55/153) invece conosce l'esistenza, ma non l'ha ancora usato (**domanda 12**).

Il 76,5% (117/153) degli intervistati dichiara di non avere un ECG in studio (**domanda 13**), mentre il restante 27,4% lo usa regolarmente anche in modalità in telemedicina. Tra coloro che hanno risposto di non avere un ECG (**domanda 14**) 59/135 (38,5%) adducono come principale ragione il timore degli aspetti medico-legali legati alla referenziazione, al 23,1% piacerebbe fare un corso base di elettrocardiografia. Gli aspetti economici che limitano l'acquisto sono principalmente dovuti al costo del bene (15,4%), al timore di non riuscire ad ammortizzarlo (13,7%) e al fatto di non sapere come far pagare al paziente la prestazione (9,4%).

Nel ricercare una possibile correlazione tra alcuni comportamenti e l'età dei MMG che hanno risposto, non è stata riscontrata alcuna differenza staticamente significativa (confronto di proporzioni in campioni indipendenti – test chi quadro) tra le fasce di età di chi

TABELLA II.

Dati generali del campione di MMG che hanno risposto al questionario.

N	%								
153	100,0								
Sesso									
Maschi	87 (56,9)								
Femmine	66 (43,1)								
Età (anni)									
25-34	9 (5,9)								
35-44	17 (11,1)								
45-54	18 (11,8)								
55-64	66 (43,1)								
≥ 65	43 (28,1)								
Anni di attività									
1-5	21 (13,7)								
6-10	9 (5,9)								
11-20	13 (8,5)								
21-30	42 (27,5)								
≥ 31	68 (44,4)								
Modalità di lavoro (n = 153)									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalità</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>solo</td> <td>21,6%</td> </tr> <tr> <td>rete</td> <td>49,7%</td> </tr> <tr> <td>gruppo</td> <td>28,8%</td> </tr> </tbody> </table>		Modalità	%	solo	21,6%	rete	49,7%	gruppo	28,8%
Modalità	%								
solo	21,6%								
rete	49,7%								
gruppo	28,8%								
Numero assistiti									
< 500	3 (1,9)								
501-1000	2 (1,4)								
1001-1500 o oltre	148 (96,7)								

è in grado di procedere autonomamente alla prescrizione dei DOACs (domanda 1d) e chi continua a demandare allo specialista per la prescrizione (domanda 1a); ciò vale anche per la domanda 12a (Conosco l'esistenza del portale dell'ATS [PTonline] e lo uso) e la domanda 12d (Non ne sono a conoscenza). Per questa domanda non c'è una differenza statisticamente significativa tra i MMG che lavorano da soli in studio (n = 33) e chi lavora in gruppo (n = 44). La differenza è significativa per la domanda 1a e 1d tra chi lavora in singolo e in gruppo (18,2% [6/33] vs 36,4%

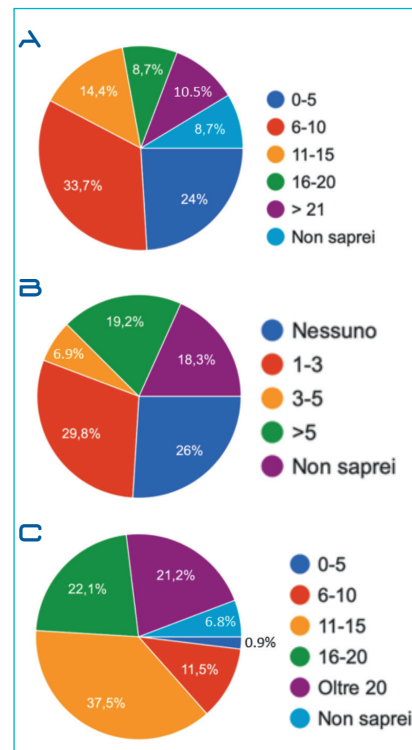
[16/44] (p = 0,047 χ^2 3,66). Confrontando anche le diverse tipologie di organizzazione del lavoro (singolo, rete e gruppo) in relazione al fatto di possedere e usare l'elettrocardiografo nel proprio studio, la percentuale d'uso nelle medicine di gruppo è statisticamente significativo rispetto a chi lavora in rete o da solo (Tab. III).

Discussione

Dalle risposte del questionario emerge un bisogno formativo non ancora completa-

FIGURA 1.

Range di pazienti con FANV in terapia con AVK (1a) (domanda 4), con antiaggreganti piastrinici (1b) (domanda 5) e con DOACs (1c) (domanda 6) per ogni medico intervistato.



mente colmato in cui le conoscenze e le competenze per una piena presa in carico del paziente con FANV non sono state ancora raggiunte, specialmente di fronte ad una prima diagnosi, e nella corretta applicazione della nota 97.

Avere mediamente ancora più della metà dei pazienti con FANV ancora in terapia con AVK sta a indicare che ci può essere un margine di intervento in questi pazienti per un passaggio dalla terapia tradizionale ai DOACs. Molti studi hanno dimostrato la non inferiorità dei DOACs rispetto agli AVK ⁶ e in alcuni anche la superiorità nella prevenzione dell'ictus ⁷. Anche sul versante degli eventi avversi emorragici i DOACs hanno dimostrato minor rischio di emorragie intracraniche rispetto agli AVK ⁸. Ci si dovrebbe chiedere se la coorte di pazienti con FANV in terapia con antiaggreganti siano appropriatamente trattati o se non dovrebbero essere in base ad un CHA²DS²-VASc score basso oppure dovrebbero essere trattati

TABELLA III.

Utilizzo dell'elettrocardiografo in relazione alla tipologia organizzativa.

Domanda 13. Utilizzi un elettrocardiografo nel tuo studio?				
	Lavoro in gruppo (a)	Lavoro in rete (b)	Lavoro da solo (c)	Totale
Sì, lo uso regolarmente/Ho la possibilità di fare un ECG in telemedicina	20 (41,7%)	12 (15,7%)	4 (13,7%)	36 (23,5%)
Non ho l'elettrocardiografo	28	61	25	117
Totale	48	76	29	153

(a) *versus* (b): $p = 0,018 \chi^2 5,184$. (a) *versus* (c): $p = 0,0058 \chi^2 8,14$

con DOACs e invece non lo sono. Il 18,3% (28/153) dei MMG intervistati non è in grado di riportare quanti sono i pazienti con FANV in terapia con antiaggreganti, l'8,7% (13/153) in terapia con AVK e il 6,8% (10/153) in terapia con DOACs: emerge il problema della qualità dei dati che si vanno a registrare in cartella e il loro utilizzo. Il rapporto con gli specialisti, in questo caso i Cardiologi, può essere e deve essere ulteriormente migliorato per una maggiore integrazione e bi-direzionalità delle cure anche per altre patologie croniche in ambito cardiologico. Sarebbe utile anche conoscere il parere di colleghi Cardiologi relativamente al rapporto con i MMG proprio per valutare le criticità di gestione viste dall'altro fronte. La diagnosi di FA è relativamente facile e di basso costo: la palpazione del polso radiale ha un'alta sensibilità (87-97%) e specificità (70-81%)¹⁰. Il rapporto costo/efficacia della manovra semeiologica è altamente favorevole visti i costi altissimi delle complicanze cerebrovascolari legate alla FA non nota⁹. La FA deve essere sempre confermata da un elettrocardiogramma a 12 derivazioni o un tracciato di almeno 30 secondi anche con uno strumento a una sola derivazione o, in aggiunta, anche un ECG dinamico delle 24 ore per cogliere eventuali FA parossistiche⁵. L'elettrocardiografo dovrebbe far parte della attrezzatura tecnologica di base di ogni studio di Cure Primarie con la principale finalità di supportare il MMG nel sospetto diagnostico e di una diagnosi tempestiva, come in questo caso, della FA. Non solo aumenterebbero le competenze del MMG ma si sgraverebbero gli ambulatori cardiologici di una indagine che universalmente viene considerata di primo livello.

La significativa differenza sull'utilizzo dell'elettrocardiografo nelle medicine di gruppo rispetto alle medicine in rete e ai colleghi che lavorano in singolo, possa essere spiegato non solo da una economia di scala relativa ai costi d'acquisto ma anche al personale infermieristico che collabora all'esecuzione dell'esame e a luoghi dedicati per poterlo fare.

Conclusioni

La possibilità di prescrizione dei DOACs, auspicata da molto tempo da parte della medicina generale, da un lato dà la possibilità di aumentare le proprie competenze nel campo della gestione del paziente con FANV, ma dall'altro mette in risalto alcune criticità gestionali. È necessario riproporre e ripetere eventi formativi con l'obiettivo di rendere sempre più confidente il MMG con queste terapie, eventi che sono stati fortemente limitati dal periodo della pandemia COVID-19 coincidente con l'uscita della nota AIFA 97. Questo questionario ha permesso inoltre di appurare che non è tanto l'età anagrafica del MMG a far la differenza tra l'autonomia prescrittiva o il demandare allo specialista ma la struttura organizzativa del lavoro, in particolare le forme di aggregazione in gruppo, favoriscono l'abilità gestionale dei pazienti con FA e i supporti tecnologici per la diagnosi. Ciò può essere spiegato dal fatto che lo scambio delle informazioni e la prossimità di lavoro tra i colleghi così come avviene nelle medicine di gruppo permette di acquisire più abilità e competenza nella gestione di queste terapie. Ciò può essere anche di buon auspicio per le altre terapie che prevedo-

no la compilazione dei Piani terapeutici che pur, essendo considerati primariamente un atto burocratico amministrativo, richiedono conoscenze e abilità.

Bibliografia

- 1 www.salute.gov.it
- 2 Governo della domanda: avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili (DGR n. X/6164 30.01.2017)
- 3 Gutierrez C, Blanchard DG. Diagnosis and treatment of atrial fibrillation. *Am Fam Physician* 2016;94:442-452.
- 4 Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, et al. AHA council of epidemiology and prevention statistical committee heart disease and stroke statistics. 2019 update: a report from the AHA. *Circulation* 2019;139:e56-e528.
- 5 Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed with the european association for cardio-thoracic surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2020;42:373-498.
- 6 Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *NEJM* 2011;365:883-891.
- 7 Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Eng J Med* 2011;365:981-992.
- 8 Chatterjee S, Sardar P, Biondi-Zoccai G, et al. New oral anticoagulants and the risk of intracranial hemorrhage: traditional and Bayesian meta-analysis and mixed treatment comparison of randomized trials of new oral anticoagulants in atrial fibrillation. *JAMA Neurol* 2013;70:1486-1490.
- 9 Harris K, Edwards D, Mant J. How can we best detect atrial fibrillation? *J Royal Coll Physician Edinb* 2012;42 (Suppl 18):5-22.
- 10 Miller PS, Andersson FL, Kalra L. Are cost benefits of anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation underestimated? *Stroke* 2005;36:360-366.