

La terapia anticoagulante orale nella fibrillazione atriale non valvolare: quale approccio in Medicina Generale?

Oral anticoagulant therapy in non-valvular atrial fibrillation: which approach in General Medicine?

Carlo Fabris, Mattia Merlo, Lucia Casatta, Marina Pellegrini, Stefano Celotto
SIMG Udine



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

La terapia anticoagulante orale nella fibrillazione atriale non valvolare: quale approccio in Medicina Generale? 32 (03):34-40.

© 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>

ABSTRACT La terapia anticoagulante nella fibrillazione atriale non valvolare è un challenge di straordinaria importanza e complessità nelle cure primarie. Scopo di questo lavoro è stato indagare i fattori potenzialmente influenzanti l'approccio prescrittivo dei medici del Friuli-Venezia Giulia. Ai 325 medici dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), a 120 dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), a 200 dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isoncina (ASUGI) è stata inviata una e-mail contenente il link di accesso ad un questionario che verteva su: ruolo, anagrafica, azienda e distretto di appartenenza, presenza dell'ECG in studio, approccio prescrittivo (autonomo, confronto con lo specialista, visita cardiologica), motivazioni concernenti il confronto e la visita, approccio prescrittivo nel follow-up. Hanno risposto 138 medici (21.4%): 83 di ASUFC, 41 di ASFO, 14 di ASUGI; 64 (46.4%) erano maschi e 74 (53.6%) femmine, 45 (32.6%) con età >60 anni. In 102 casi il medico evidenziava autonomia prescrittiva ed in 36 volontà di confronto/visita cardiologica. Alla regressione logistica l'appartenere ad ASUGI (O.R. 8.64, 95% I.C. 2.50-29.9, $p=0.001$) ed età >60 anni (O.R. 2.72, 95% I.C. 1.15-6.41, $p=0.020$) si sono associati ad un atteggiamento prescrittivo non autonomo che è risultato crescere dai medici di ASUFC/ASFO con età ≤ 60 anni (54/64), ai medici di ASUFC/ASFO con età >60 anni (43/60), ai medici di ASUGI indipendentemente dall'età (5/14, $p=0.0004$). In conclusione, la facile fruibilità di una consulenza cardiologica pare un elemento condizionante l'iniziale atteggiamento prescrittivo. Anche il MMG alla fine del suo mandato assistenziale pare affidarsi preferenzialmente al cardiologo.

Anticoagulant therapy in non-valvular atrial fibrillation is a challenge of extraordinary importance and complexity in primary care. The aim of this work was to investigate the factors potentially influencing the prescribing approach of doctors in Friuli-Venezia Giulia. An e-mail containing the access link to a questionnaire on role, personal details, local health care authority membership, presence of ECG in the office, prescribing approach (autonomous, discussion or visit with the specialist), motivations concerning discussion or visit, prescribing approach in the follow-up was sent to 325 doctors from the Friuli Centrale University Health Authority (ASUFC), 120 from the Friuli Occidentale Health Authority (ASFO), and 200 from the Giuliano-Isoncina University Health Authority (ASUGI). One hundred thirty-eight doctors responded (21.4%): 83 from ASUFC, 41 from ASFO, 14 from ASUGI; 64 (46.4%) were males and 74 (53.6%) females, 45 (32.6%) aging >60 years. In 102 cases they highlighted prescribing autonomy and in 36 cases the desire for a comparison/cardiological visit. In logistic regression, belonging to ASUGI (OR 8.64, 95% CI 2.50-29.9, $p=0.001$) and an age >60 years (OR 2.72, 95% CI 1.15-6.41, $p=0.020$) were associated with a non-autonomous prescribing attitude that increased from ASUFC/ASFO doctors aged ≤ 60 years (54/64), to ASUFC/ASFO doctors aged >60 years (43/60), to ASUGI doctors regardless of age (5/14, $p=0.0004$). In conclusion, the easy usability of a cardiological consultation seems to be an element influencing the initial prescriptive attitude. Even GPs at the end of his care mandate seem to preferentially rely on the cardiologist.

Parole chiave/Key words: FANV, DOAC, TAO

INTRODUZIONE

La terapia anticoagulante orale (TAO) nella fibrillazione atriale non valvolare (FANV) è un challenge di straordinaria importanza, oltreché di complessità, nel contesto delle cure primarie. L'introduzione della Nota AIFA 97 non ha fatto altro che accelerare una evoluzione prescrittiva che forse poteva richiedere più tempo. I quesiti sono tanti, le opzioni multiple: ha il paziente una FANV o no? Va anticoagulato o no? Ha un rischio emorragico importante o no? Che categoria di farmaco usare, anti-vitamina

K (AVK) o anticoagulante orale diretto (DOAC)? Che specifico farmaco usare?

Vi sono studi in letteratura che hanno valutato l'approccio dei medici di famiglia alla TAO ma sono di piccole dimensioni e comunque eseguiti in contesti sanitari molto diversi e molto lontani dal nostro.¹⁻³

Il presente lavoro è stato intrapreso allo scopo di indagare i fattori potenzialmente influenzanti l'approccio prescrittivo dei medici di medicina generale (MMG) e dei medici in formazione con assistiti (MMF) del Friuli - Venezia Giulia in tema di TAO sia

in sede di prima prescrizione che, successivamente, in fase di follow-up.

METODI

Popolazione oggetto dello studio

Il presente studio ha inteso coinvolgere la maggior parte dei medici del Friuli Venezia-Giulia operanti nel contesto delle cure primarie, sia MMG che MMF, ossia tutti i 325 dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale (ASUFC), 120/169 dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) e 200/204 dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI).

Ai medici è stata inviata una mail con il link di accesso al questionario.

Questionario

Ad ogni medico è stato proposto un questionario a risposta multipla composto da nove sezioni (Tabella 1), ciascuna con più sotto-quesiti concernente vari aspetti pertinenti l'approccio prescrittivo nella TAO nei pazienti con FANV.

Analisi statistica

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata tramite i software BMDP e MEDCALC. Le variabili categoriche sono state espresse come numeri assoluti e frequenze (%).

L'associazione fra variabili categoriche è stata effettuata tramite il test del *chi* quadrato, per trend lineare quando richiesto. Le variabili predittive in modo indipendente di una variabile categorica binaria sono state individuate tramite la regressione logistica per step.

RISULTATI

Risposte

Sono stati analizzati 138 questionari su 645 invii (21.4%). Per quanto riguarda ASUFC, si sono ottenute 83 risposte su 325 invii (25.5%). In 41 (29.7%) ed in 14 (10.1%) casi le risposte sono arrivate da ASFO e da ASUGI.

Caratteristiche dei medici rispondenti

I medici, 64 (46.4%) maschi e 74 (53.6%) femmine, sono rappresentati in sei classi di età con le numerosità di seguito riportate: ≤30 anni n=11, 31-40 anni n=46, 41-50 anni n=15, 51-60 anni n=21, 61-70 anni n=44, ≥71 anni N=1. I MMG erano 117 (84.8%, 58 maschi, 59 femmine), i MMF erano 21 (15.2%, 6 maschi, 15 femmine).

Nella Tabella 2 è riportato il numero di partecipanti allo studio suddivisi per ASL e distretto di appartenenza, distin-

guendo MMG e MMF. In ASUFC/ASFO la prevalenza di MMF sul totale dei rispondenti era significativamente più bassa rispetto ad ASUGI (6/14 vs 15/124, 42.9% vs 12.1%, p=0.002). Inoltre, in ASUGI, rispetto ad ASUFC/ASFO, vi era una maggior prevalenza di medici frequentanti il CEFORMED (6/14 vs 18/124, 42.9% vs 14.5%, p=0.008). Pertanto, nella successiva analisi dei dati, ASUFC ed ASFO sono state considerate congiuntamente e confrontate con ASUGI. Nella Tabella 3 è riportata la casistica suddividendo i medici in base all'età ed al genere. Si nota come le donne siano significativamente più giovani. Dei 20 medici (2 MMF) con ECG presente in studio, 15 (75%) erano disponibili ad utilizzarlo per diagnosticare una FANV al fine della prescrizione di anticoagulanti orali, mentre 5 (25%) negavano tale disponibilità.

Approccio prescrittivo

In 102 casi (73.9%) il medico evidenziava una autonomia prescrittiva ed in 36 (26.1%) la volontà di un confronto (n=28, 20.3%) o visita (n=8, 5.8%) con il cardiologo. Nei 28 medici con volontà di confronto, 22 (78.6%) lo facevano per condividere il caso e 4 (14.3%) al fine di avere

Tabella 1 - Sezioni del questionario

1	Ruolo professionale svolto: MMG o MMF
2	Fascia di età, genere, anni di attività nel settore delle cure primarie, numero di assistiti in carico suddivisi per fasce di numerosità, azienda e distretto di appartenenza, avvenuto conseguimento del diploma del Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie (CEFORMED), eventuale iscrizione al CEFORMED
3	Presenza e utilizzo in studio dell'ECG: non presente, presente ma non utilizzato per la diagnosi e la TAO della FANV, presente ed utilizzato per la diagnosi e la TAO della FANV
4	Riportare, in caso di diagnosi all'ECG di FANV ed in presenza di indicazione alla TAO, l'approccio prescrittivo: iniziare tale terapia in autonomia piuttosto che in seguito a consiglio specialistico, sia semplice confronto senza visita che visita cardiologica vera e propria
5	Indicare, nel caso di prescrizione non autonoma ma condizionata al confronto con lo specialista, le motivazioni sottese a tale decisione: necessità di condivisione del caso, necessità di consulto preliminare, altro
6	Riportare, nel caso di prescrizione non autonoma e subordinata alla visita specialistica, le motivazioni sottese a tale decisione: impostare la TAO non è compito del MMG, mi rifiuto di compilare il piano terapeutico, altro
7	Riportare l'approccio prescrittivo in sede di follow-up, se autonomo o condizionato dal consiglio dello specialista, sia semplice confronto senza visita che visita cardiologica vera e propria
8	Indicare nel caso di prescrizione non autonoma in sede di follow-up, ma limitata ad un confronto con lo specialista, le motivazioni sottese a tale decisione: necessità di condivisione del caso, necessità di consulto preliminare, altro
9	Indicare in caso di prescrizione non autonoma in sede di follow-up e con richiesta di visita specialistica, le motivazioni sottese a tale decisione: impostare la TAO non è compito del MMG, mi rifiuto di compilare il piano terapeutico, altro

Associazione Azienda vs Autonomia Prescrittiva

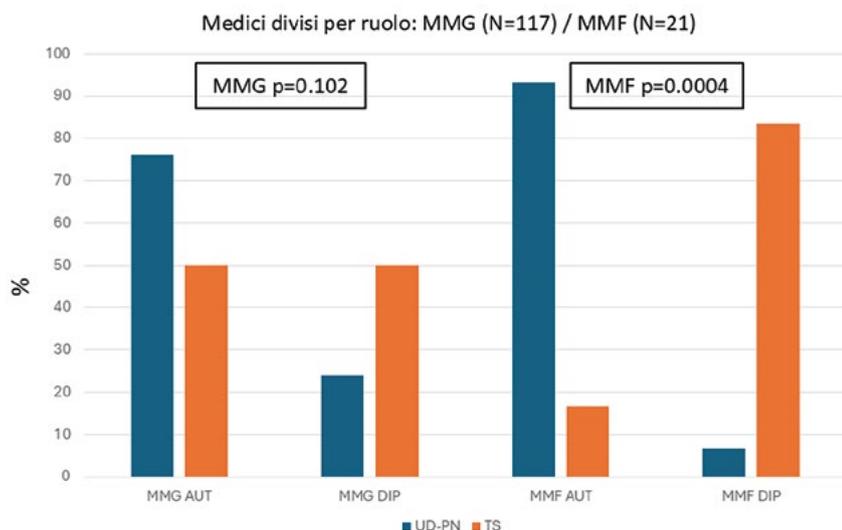


Figura 1 - Associazione fra l'approccio prescrittivo del medico (autonomo vs coinvolgimento dello specialista cardiologo) e l'Azienda Sanitaria di appartenenza UD-PN (ASUFC/ASFO) vs TS (ASUGI). La popolazione è stata divisa nei due gruppi identificativi del ruolo medico: medici di medicina generale (MMG, n=117) e medici in formazione con assistiti (MMF, n=21). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato

un consulto specialistico preliminare alla prescrizione.

Solo in 2 casi (7.1%) erano presenti altre motivazioni. Negli 8 richiedenti visita, 4 ritenevano compito del cardiologo impostare la TAO, 2 si rifiutavano di compilare il piano terapeutico e 2 si dichiaravano incapaci di impostare la TAO.

Nella **Tabella 4** sono riportate le associazioni tra approccio prescrittivo e variabili caratterizzanti i medici prescrittori. I sanitari appartenenti ad ASUGI tendevano a richiedere più frequentemente l'assistenza dello specialista rispetto a quelli delle altre due aziende. Alla regressione logistica per step l'appartenere ad ASUGI (O.R. 8.64, 95% I.C. 2.50-29.9, $p=0.001$) ed una età >60 anni (O.R. 2.72, 95% I.C. 1.15-6.41, $p=0.020$) si sono associati in modo indipendente ad un approccio prescrittivo non autonomo. Emerge una differenza sostanziale nell'approccio prescrittivo dei sanitari di ASUGI rispetto ai restanti colleghi della Regione. Mentre solo 1/15 (6.7%) dei MMF udinesi e pordenonesi si appoggiava al cardiologo, al contrario ciò si verificava in 5/6 (83.3%) dei medici giuliano isontini ($p=0.0004$,

Tabella 2 - Medici operanti nelle cure primarie oggetto dello studio (n=138), suddivisi per ASL e distretto di appartenenza, distinguendo MMG e MMF (MMG: medico di medicina generale, MMF: medico in formazione con assistiti).

Azienda	Distretto	Totali	%	MMG	%	MMF	%
ASUFC n=83 (60.1%)	Udine	39	28.3	37	94.9	2	5.1
	San Daniele del Friuli	7	5.1	6	85.7	1	14.3
	Cividale del Friuli	8	5.8	6	75.0	2	25.0
	Palmanova	5	3.6	3	60.0	2	40.0
	Latisana	3	2.2	2	66.7	1	33.3
	Codroipo	5	3.6	3	60.0	2	40.0
	Tarcento	5	3.6	5	100	0	0.0
	Gemona del Friuli	8	5.8	7	87.5	1	12.5
	Tolmezzo	3	2.2	2	66.7	1	33.3
ASFO n=41 (29.7%)	Pordenone	9	6.5	8	88.9	1	11.1
	Sacile	9	6.5	8	88.9	1	11.1
	Azzano X	10	7.2	10	100	0	0.0
	San Vito al Tagliamento	8	5.8	7	87.5	1	12.5
	Maniago	5	3.6	5	100	0	0.0
ASUGI n=14 (10.1%)	Distretto 1 TS	3	2.2	2	66.7	1	33.3
	Distretto 3 TS	4	2.9	4	100	0	0.0
	Distretto 4 TS	3	2.2	2	66.7	1	33.3
	Alto Isontino	1	0.7	0	0.0	1	100
	Basso Isontino	3	2.2	0	0.0	3	100

Dati espressi come frequenze (numeri assoluti e percentuali).

ASUFC: Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale; ASFO: Azienda Sanitaria Friuli Occidentale; ASUGI: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Figura 1). Inoltre, in ASUFC/ASFO si è riscontrata una associazione tra età ed un approccio prescrittivo autonomo (≤ 60 anni 69/81, 85.2% vs >60 anni 28/43, 65.1%, $p=0.010$), mentre questo non si è riscontrato in ASUGI.

L'autonomia prescrittiva è risultata decrescere significativamente dai medici di ASUFC/ASFO con età ≤ 60 anni (54/64, 84.4%), a quelli di ASUFC/ASFO con età >60 anni (43/60, 71.7%), ai medici di ASUGI indipendentemente dall'età (5/14, 35.7%), ($p=0.0004$, **Figura 2**). Infine, si è osservata una associazione fra l'età >60 anni ed il grado di dipendenza prescrittiva: 29/102 (28.4% autonomia) vs 10/28 (35.7% confronto) vs 6/8 (75% visita, $p=0.016$); come pure tra l'età >60 anni ed il grado di utilizzo dell'ECG in studio: 34/118 (28.8% no EEG) vs 2/5 (40.0% sì ECG no utilizzo) vs 9/15 (60% sì ECG sì utilizzo, $p=0.014$) (**Figura 3**).

Follow up

La quasi totalità dei medici ($n=135$) ha manifestato la volontà di agire in autonomia rispetto al cardiologo nella gestione del follow-up. Solo 3 medici (confronto in 2 casi e visita in 1) hanno espresso la propensione a condividere in qualche modo con lo specialista la gestione nel tempo di questa terapia.

DISCUSSIONE

La TAO in generale e quella della FANV in particolare rappresenta una fondamentale sfida terapeutica nel campo della medicina generale.⁴⁻⁸ Considerando la FANV, quella che poteva essere quarant'anni fa una controindicazione (età più avanzata) adesso è divenuta una maggior indicazione terapeutica.^{9,10}

Ma appare evidente come all'allargarsi della platea dei potenziali beneficiari, specialmente con la disponibilità dei DOAC, dovesse necessariamente ampliarsi anche la categoria dei pazienti con fattori di rischio più marcati per questa terapia.¹¹ Il MMG, che fin dall'inizio si è trovato profondamente coinvolto negli aspetti scientifici e pratici della TAO, con l'avvento dei DOAC, da una parte più maneggevoli ma dall'altra meno conosciuti, si è trovato, dopo l'introduzione della nota 97, in un dilemma professionale: prescrivere in autonomia o demando in tutto o in parte la decisione allo specialista? Ambedue gli approcci hanno pro e contro: il primo è più rapido e richiede una profonda riflessione del MMG ma comporta per lui dei rischi maggiori in caso di successive problematiche.

Associazione Azienda/Età vs Autonomia Prescrittiva

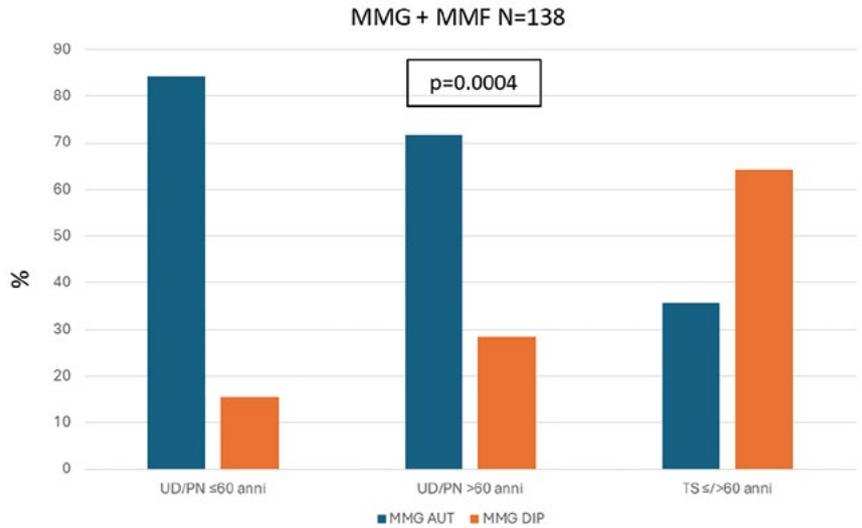


Figura 2 - Associazione fra l'approccio prescrittivo del medico (autonomo vs coinvolgimento dello specialista cardiologo) e la combinazione di età ed azienda di appartenenza: ASUFC/ASFO (UD/PN) ≤ 60 anni ($n=64$), ASUFC/ASFO (UD/PN) >60 anni ($n=60$), ASUGI (TS) indipendentemente dall'età ($n=14$). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato per trend lineare

Associazione A) Età vs Autonomia Prescrittiva – B) Età vs Presenza/Usò ECG

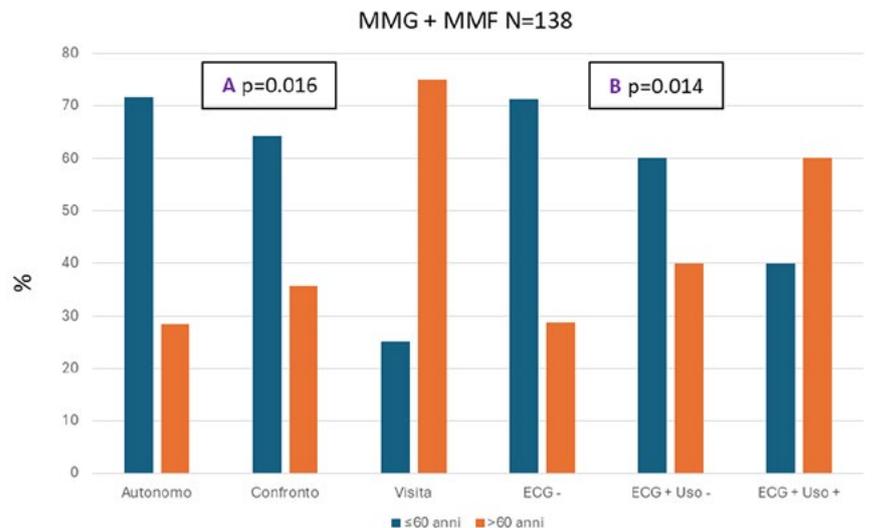


Figura 3 - Associazione fra l'età $\leq 60 / > 60$ anni e A) grado di dipendenza prescrittiva (autonomia vs confronto vs visita specialistica cardiologica), B) grado di utilizzo dell'ECG nella diagnosi della FANV (ECG non presente vs ECG presente ma non utilizzato vs ECG presente ed utilizzato). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato per trend lineare

Tabella 3 - Medici operanti nelle cure primarie oggetto dello studio (N=138), divisi per età (≤/ >50 anni) e per genere (maschile/femminile).

	Età ≤50 anni N=72 (52.2%)	Età >50 anni N=66 (47.8%)	P	Maschi N=64 (46.4%)	Femmine N=74 (53.6%)	P
Età ≤50 anni				22 (34.4%)	50 (67.6%)	0.0001
Genere femminile	50 (69.4%)	24 (36.4%)	0.0001			
MMF	21 (29.2%)	0 (0.0%)	<0.0001	6 (9.4%)	15 (20.3%)	0.076
Iscritto al CEFORMED	23 (31.9%)	1 (1.5%)	<0.0001	7 (10.9%)	17 (23.0%)	0.063
Diplomato CEFORMED	47 (65.3%)	20 (30.3%)	<0.0001	23 (35.9%)	44 (59.5%)	0.006
Anni professione >10	5 (6.9%)	64 (97.0%)	<0.0001	42 (65.6%)	27 (36.5%)	0.0006
Assistiti >1000	57 (79.2%)	66 (100%)	0.0001	57 (89.1%)	66 (89.2%)	0.981
Appartenere ad ASUGI	8 (11.1%)	6 (9.1%)	0.695	6 (9.4%)	8 (10.8%)	0.781
ECC in studio	7 (9.7%)	13 (19.7%)	0.096	17 (26.6%)	3 (4.1%)	0.0002

Le frequenze sono espresse come numeri assoluti e percentuali. MMF: medico in formazione con assistiti; CEFORMED: Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie; ASUGI: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Il secondo è più sicuro per il MMG ma più lento. In questo contesto abbiamo cercato di individuare qualche elemento che potesse, almeno in parte, rendere conto della decisione del MMG: procedo autonomamente o mi appoggio al cardiologo? Fra le variabili analizzate, è emersa una forte associazione fra l'area geografica di esercizio della professione medica e l'attitudine prescrittiva; in particolare questa associazione si estrinsecava specialmente tenendo in considerazione il contesto formativo e professionale del medico. Ed in effetti è verosimile che in ASUGI, dotata di un'ampia offerta cardiologica facilmente fruibile, il MMF chiaramente meno esperto dei colleghi MMG, ricorra frequentemente allo specialista per impostare la TAO. Questo non si verifica in ASUFC, dove l'offerta cardiologica è verosimilmente minore e specialmente non sempre di prossimità e facilmente accessibile. Inoltre, è verosimile che il medico più anziano, sul finire della carriera, potrebbe rivolgersi preferibilmente allo specialista, meglio tramite una visita cardiologica piuttosto che utilizzando un semplice confronto con il cardiologo. Modesti e limitati sono i dati della letteratura concernenti l'attitudine prescrittiva, da parte del MMG, della TAO

nei pazienti con FANV. In particolare, i pochi studi dedicati all'argomento concernono esperienze del Nord America¹ e dell'Estremo Oriente.^{2,3} Un recente studio canadese riporta come la maggior parte dei MMG inizi prescrivendo un DOAC in quanto esperti; tuttavia, sono state identificate alcune lacune conoscitive. Pertanto, una formazione mirata in queste aree potrebbe essere consigliabile.¹ Interessante è inoltre rilevare quanto emerge da uno studio condotto fra alcuni MMG di Singapore i quali, nella prescrizione della TAO, erano influenzati dalla formazione personale ed esperienza, dal comprendere la stratificazione del rischio del paziente, dalla rilevazione della FANV durante la pratica clinica, dal costo dei farmaci e dai servizi di supporto clinico per il monitoraggio degli anticoagulanti. I colleghi singaporiani preferivano chiedere consiglio ai cardiologi nei casi di nuova diagnosi e tentavano di coinvolgere i loro pazienti nel processo decisionale riguardante la TAO. Alcuni MMG, inoltre, percepivano gli ambulatori di assistenza primaria sub-specializzati focalizzati sulla co-gestione della FANV con i cardiologi come un ambiente ideale per l'inizio e il mantenimento della TAO.² In un altro studio è evidenziato come fra i

medici pratici, fra cui i MMG, alcuni di loro possedessero una buona conoscenza nella valutazione del rischio di ictus nei pazienti con FANV, ma tale conoscenza non si traduceva in misure efficaci per la prevenzione dell'ictus. Alcuni medici, infatti, soprattutto quelli non cardiologi, non prescrivevano la TAO ai pazienti con FANV quando indicato. Sebbene i DOAC fossero delle alternative più sicure rispetto agli AVK, i non cardiologi erano meno propensi a usarli per la prevenzione dell'ictus. Tutti i medici interessati dallo studio hanno ritenuto che la creazione di reparti specifici e la collaborazione con i farmacisti fossero strategie utili per ottimizzare la gestione della FANV.³ Ma anche aspetti legati più a questioni tecniche e specifiche relative alla diagnosi di FANV ed alla TAO potrebbero essere rilevanti. Un ulteriore punto fondamentale è rappresentato dalla disponibilità di risorse sanitarie, concernenti in particolare l'aspetto specialistico cardiologico. Questa dimensione è risultata particolarmente importante in questo studio. Infine, l'aspetto relazionale con il paziente ed il suo ambiente potrebbero essere elementi da non sottovalutare.¹²⁻¹⁴ In ogni caso, tutti gli studi presenti in letteratura sottolineano come la prescrizione della TAO,

Tabella 4 - Associazione fra l'approccio prescrittivo dei medici (autonomo o dopo consulto/visita specialistica) e le variabili demografiche e professionali caratterizzanti i medici (n=138).

	Autonomo N=102 (73.9%)	Specialistico N=36 (26.1%)	P
Età >60 anni	29 (28.4%)	16 (44.4%)	0.078
Genere femminile	54 (52.9%)	20 (55.6%)	0.787
MMF	15 (14.7%)	6 (16.7%)	0.778
Iscritto al CEFORMED	17 (16.7%)	7 (19.4%)	0.705
Diplomato al CEFORMED	52 (51.0%)	15 (41.7%)	0.336
Anni professione ≤10	54 (52.9%)	15 (41.7%)	0.245
Assistiti in carico >1000	90 (88.2%)	33 (91.7%)	0.569
Appartenere ad ASUGI	5 (4.9%)	9 (25.0%)	0.0006
ECG disponibile in studio	17 (16.7%)	3 (8.3%)	0.222

Le frequenze sono riportate come numeri assoluti e percentuali. L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del χ^2 quadrato. MMF: medico in formazione con assistiti; CEFORMED: Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie; ASUGI: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

nel set delle cure primarie, da parte dei MMG non sia adeguata rispetto ai livelli necessari.¹⁵⁻¹⁷

Tre punti meritano di essere approfonditi: a) come si pone il nostro risultato concernente l'autonomia prescrittiva rispetto alla letteratura?

b) l'approccio prescrittivo è equivalente a reale prescrizione?

c) quale l'utilità di avere a disposizione l'ECG in studio?

In merito al primo punto i nostri dati sembrano essere assolutamente sovrapponibili a quelli di Carlin et al.¹ al riportanti una autonomia prescrittiva dei medici canadesi nei 2/3 dei casi.

Tuttavia, nello studio di Ye et al.,¹⁷ condotto su 462 MMG cinesi, l'attitudine prescrittiva della TAO è risultata ottima (quasi il 90%) ma la prescrizione pratica è risultata inferiore, in particolare inadeguata nel 20% dei casi. Il questionario da noi proposto non conteneva domande utili ad evidenziare la reale practice del medico sul tema; verosimilmente però i dati da noi ottenuti sono più ottimistici della realtà quotidiana. La presenza dell'ECG in studio non pare aver incrementato l'attitudine dei medici a gestire in autonomia la TAO nella FANV. Escludendo i medici che, pur avendolo, non

utilizzavano l'ECG in questo contesto clinico, emerge che il 20% di quelli serventisi dell'ECG (3/15), alla fine, si appoggiava al cardiologo. Vale la pena di sottolineare come tutti e tre i medici in questione avessero più di 60 anni. In questo contesto parrebbe che il vantaggio ottenibile dall'utilizzo dell'ECG possa essere annullato dalla complessità clinica, percepita maggiormente nei medici più anziani, collegabile alla TAO nella FANV.

Questo studio presenta alcuni limiti: il primo riguarda l'entità del campione rispondente. Purtroppo, la mancanza di una mailing list in due aziende su tre ha limitato la capacità di contattare in modo certo tutti i colleghi.

Tuttavia, almeno per quanto attiene ai dati ottenuti in ASUFC, il campione statistico è sufficientemente rappresentativo. Per avere un margine di errore del 5% si sarebbero dovute ottenere 148 risposte al questionario. Avendone ottenute 83 l'errore sale al 7.8%, valore meno buono ma pur sempre non disprezzabile. Il secondo concerne la tipologia delle domande presenti nel questionario. Probabilmente alcune potevano essere formulate sia in merito alla practice clinica della specifica zona dove operava il sanitario, sia alla sua attitudine alla TAO utilizzando i vecchi e

nuovi farmaci.¹⁸ In ogni caso questo lavoro ha il pregio di evidenziare come la pratica clinica, all'interno delle cure primarie, subisca importanti modulazioni ed interferenze, in seguito a interrelazioni sia medico-paziente che medico-territorio di riferimento.

Bibliografia

1. Carlin S, et al. Initiation of anticoagulation in atrial fibrillation by primary care physicians: Results of a telephone survey. *Thromb Res* 2021; 202: 176-181.
2. Chaterji S, et al. Factors influencing primary care physicians' prescribing behavior of anticoagulant therapy for the management of patients with non-valvular atrial fibrillation in Singapore: a qualitative research study. *BMC Fam Pract* 2021; 22: 101.
3. Woo BFJ, et al. The Translation of Knowledge Into Practice in the Management of Atrial Fibrillation in Singapore. *Heart Lung Circ* 2019; 28: 605-614.
4. Jame S, et al. Stroke and thromboembolism prevention in atrial fibrillation. *Heart* 2020; 106: 10-17.
5. Thibert MJ, et al. Clinical decision support for atrial fibrillation in primary care: Steps forward. *Am Heart J* 2020; 224: 54-56.

6. Karlsson LO, et al. Clinical decision support for stroke prevention in atrial fibrillation (CDS-AF): Rationale and design of a cluster randomized trial in the primary care setting. *Am Heart J* 2017; 187: 45-52.
7. Karlsson LO, et al. A clinical decision support tool for improving adherence to guidelines on anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation at risk of stroke: A cluster-randomized trial in a Swedish primary care setting (the CDS-AF study). *PLoS Med* 2018; 15: e1002528.
8. Cox JL, et al. Integrated Management Program Advancing Community Treatment of Atrial Fibrillation (IMPACT-AF): A cluster randomized trial of a computerized clinical decision support tool. *Am Heart J* 2020; 224: 35-46.
9. Sebastian JL, et al. Use of oral anticoagulants in older patients. *Drugs Aging* 2000; 16: 409-35.
10. Schafer A, et al. Anticoagulants for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation in Elderly Patients. *Cardiovasc Drugs Ther* 2020; 34: 555-568.
11. Chen A, et al. Direct Oral Anticoagulant Use: A Practical Guide to Common Clinical Challenges. *J Am Heart Assoc* 2020; 9: e017559.
12. Atkins L, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci* 2017; 12: 77.
13. Osasu YM, et al. Patients' and clinicians' perceptions of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic narrative review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2021; 22: 254.
14. Mas Dalmau G, et al. Patients' and physicians' perceptions and attitudes about oral anticoagulation and atrial fibrillation: a qualitative systematic review. *BMC Fam Pract* 2017; 18: 3.
15. Saeed H, et al. National Physician Survey for Nonvalvular Atrial Fibrillation (NVAf) Anticoagulation Comparing Knowledge, Attitudes and Practice of Cardiologist to PCPs. *Clin Appl Thromb Hemost* 2020; 26: 1076029620952550.
16. Martinez KA, et al. Prescribing of anticoagulation for atrial fibrillation in primary care. *J Thromb Thrombolysis* 2022; 54: 616-624.
17. Ye S, et al. A study of knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians toward anticoagulant therapy in patients with non-valvular atrial fibrillation in Shanghai, China. *BMC Fam Pract* 2020; 21: 165.
18. Generalova D, et al. A systematic review of clinicians' views and experiences of direct-acting oral anticoagulants in the management of nonvalvular atrial fibrillation. *Br J Clin Pharmacol* 2018; 84: 2692-2703.