



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 146 DEL 19 AGO. 2014

OGGETTO: Indicazioni operative per la terapia con i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella Regione Veneto. Integrazione del Decreto n. 75 del 25 luglio 2013.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approvano le indicazioni operative per la terapia con NAO, ad integrazione delle "Linee di indirizzo per l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella Regione Veneto" di cui al Decreto n. 75 del 25 luglio 2013, in merito alla gestione delle modalità di accesso allo specialista prescrittore da parte dei pazienti da avviare alla terapia con NAO, alla gestione del follow-up dei pazienti in terapia con NAO da parte del Medico di Medicina Generale e alla gestione delle complicanze emorragiche.

IL DIRETTORE GENERALE
AREA SANITA' E SOCIALE

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario" convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, ed in particolare l'art. 15 "Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica" di razionalizzazione e riduzione del tetto di spesa farmaceutica con decorrenza dall'anno 2013;

VISTA la DGR 18 giugno 2013, n. 952 "Nuova disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione dei Prontuari Terapeutici Aziendali (PTA). Abrogazione DGR n. 1024/1976 e s.m.i" che attribuisce alla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) il compito di "redigere linee guida farmacologiche e percorsi diagnostico-terapeutici" e "attuare interventi finalizzati a migliorare l'appropriatezza e l'uso sicuro delle terapie farmacologiche", nonché al Direttore Generale Area Sanità e Sociale il compito di approvare le determinazioni assunte dalla CTRF;

VISTA la L.R. 29.06.2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-sanitario 2012-2016" che individua, tra altri, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) quali strumenti di assistenza ed appropriatezza utili agli operatori del Territorio e delle Strutture Ospedaliere per la presa in carico dei pazienti portatori di cronicità;

PRESO ATTO che la stessa L. R. 23/2012 individua quali obiettivi il rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci ed il potenziamento del monitoraggio dei consumi dei farmaci;

RICHIAMATO il proprio decreto n. 75 del 25.07.2013 di approvazione delle "Linee di indirizzo per l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella Regione Veneto" e di individuazione dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione del farmaco Pradaxa® (dabigatran) indicato per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare con uno più fattori di rischio;

PRESO ATTO delle comunicazioni di istituzione e nomina dei team aziendali multidisciplinari ai quali è stato affidato il compito di ottimizzare il percorso del paziente in terapia con i NAO inviate dai Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e IRCSS al Settore Farmaceutico Regionale e conservate agli atti presso lo stesso;

RITENUTO necessario provvedere alla integrazione delle "Linee di indirizzo per l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella Regione Veneto" fornendo indicazioni operative in merito alla gestione delle modalità di accesso allo specialista prescrittore da parte dei pazienti da avviare alla terapia con NAO, alla gestione del follow-up dei pazienti in terapia con NAO da parte del Medico di Medicina Generale e alla gestione delle complicanze emorragiche;

VISTI i documenti approvati dalla CTRF nella seduta del 6 marzo 2014;

DECRETA

1. di integrare l'Allegato 1 del Decreto n. 75 del 25.07.2013 "Linee di indirizzo per l'impiego dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella Regione Veneto" approvando le seguenti indicazioni operative:
 - a. **Allegato A** "Modalità di accesso allo specialista prescrittore per pazienti da avviare alla terapia con NAO";
 - b. **Allegato B** "Follow-up dei pazienti in terapia con NAO da parte del Medico di Medicina Generale";
 - c. **Allegato C** "Gestione delle complicanze emorragiche, traumi e manovre invasive o chirurgiche";
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
3. di comunicare il presente provvedimento alle Aziende ULSS, alle Aziende Ospedaliere del Veneto, IRCCS e alle Strutture private-accreditate;
4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan



Allegato A al Decreto n. 148 del 19 AGO. 2014

MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SPECIALISTA PRESCRITTORE PER PAZIENTI DA AVVIARE ALLA TERAPIA CON NAO

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA TERAPIA CON NAO

Integrazione del documento regionale “Linee Guida di indirizzo per l’impiego dei NAO nella Regione Veneto” di cui al Decreto n. 75 del 25 luglio 2013

Nonostante la prescrizione dei NAO sia stata limitata da AIFA solo ad alcune categorie di specialisti con un piano terapeutico da rinnovarsi ogni anno, il ruolo del MMG rimane centrale sia prima che dopo l’inizio della terapia e può essere così sintetizzato:

- proporre i pazienti da avviare ai NAO secondo le indicazioni AIFA;
- inviarli agli specialisti con adeguata documentazione;
- contribuire all’informazione/formazione del paziente e familiari;
- verificare periodicamente la comprensione delle informazioni;
- favorire la continuità/aderenza terapeutica;
- intervenire in caso di dubbi/problemi/effetti indesiderati;
- evitare le interazioni farmacologiche;
- verificare periodicamente l’assenza di controindicazioni all’uso dei farmaci.

Si ricorda che le **Linee di indirizzo per l’impiego dei NAO nella Regione Veneto** raccomandano che in un paziente stabile, ben controllato in TAO, senza difficoltà ai controlli venga mantenuta la terapia con AVK. In presenza invece di un paziente che presenti le indicazioni alla terapia con NAO, si propone che l’invio allo specialista per la valutazione e l’eventuale redazione del piano terapeutico avvenga mediante l’utilizzo di una scheda informativa standard, in accordo ai criteri AIFA (**Allegato “Scheda informativa per il prescrittore”**).

E’ auspicabile che ciascuna Azienda ULSS attraverso il sistema intranet aziendale metta a disposizione un portale specifico sulla TAO al quale i MMG possano accedere, previa autenticazione riservata, per:

- inviare la richiesta di valutazione da parte dello specialista;
- compilare la scheda per la presa in carico del paziente.

Le richieste pervenute verranno valutate nell’ambito dell’Azienda ULSS.

Ciascuna Azienda ULSS, in accordo con il coordinatore del team NAO, dovrà attivarsi, mettendo a disposizione le risorse umane/tecnologiche necessarie, al fine di garantire che le schede inviate vengano validate e, sulla base di quanto riportato, inoltrate al centro autorizzato più idoneo per la presa in carico del paziente.



ALLEGATO "Scheda informativa per il prescrittore"

da inviare solo in caso di: CHA2DS2-VASc ≥ 1 e HAS-BLED > 3 per Dabigatran (Pradaxa)
CHA2DS2-VASc > 3 e HAS-BLED > 3 per Rivaroxaban (Xarelto)
CHA2DS2-VASc ≥ 3 e HAS-BLED > 3 per Apixaban (Eliquis)

Egregio Collega,

ti invio..... per valutare l'opportunità di prescrivere terapia con NAO per FA non valvolare.

Finora il paziente è stato seguito dallo specialista del
Reparto di dell'Ospedale di
.....

Ti confermo che non è presente significativa valvulopatia.

Sotto riportati i valori di CHA2DS2-VASc e HAS-BLED

Emocromo ultimi 6 mesi
Creatinina sierica ultimi 6 mesi
Creatinina clearance (Cockcroft & Gault)
Transaminasi ultimi 6 mesi

Il paziente è in TAO sì no

Se sì:

Il paziente è seguito da un centro TAO sì no

TTR ultimi 6 mesi %
INR > 4 ultimi 6 mesi (n° test)
INR < 2 ultimi 6 mesi (n° test)
Valore massimo PT

Se no:

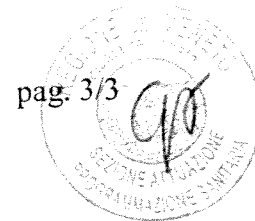
INR
PTT

Il paziente *NON* è in TAO perché i regolari controlli INR non sono possibili in quanto
.....

CHA2DS2-VASc

Lettera	Fattori di rischio	Punti
C	scompenso Cardiaco/disfunzione ventricolo an	1
H	(-ipertensione) ipertensione arteriosa	1
A	età ≥ 75 anni	2
D	Diabete mellito	1
S	Stroke/attacco ischemico transitorio/embolia sistemica	2
V	malattia Vascolare (pregresso infarto miocardico, arteriopatia ostruttiva cronica periferica, placca aortica)	1
A*	età 65-74 anni	1
Sc	Sesso categoria - femmina	1

TOTALE =



HAS-BLED

Lettera	Caratteristiche cliniche	Punti
H	(Hypertension) ipertensione arteriosa sistolica > 160 mmHg	1
A	funzione renale e/o epatica Anormali (1 punto ognuna)	1 o 2
S	Stroke precedente	1
B	(Bleeding) sanguinamento anamnestico o predisposizione (anemia)	1
L	INR labile (< 80% del tempo in range terapeutico TTR)	1
E	Eta > 65 anni	1
D	uso concomitante di FANS, antiaggreganti piastrinici (Drugs) o consumo di alcol (1 punto ognuno)	1 o 2

TOTALE =

N. telefono assistito.....

Adattata da: Serie editoriale Disease Management SIMG Fibrillazione Atriale in Medicina Generale SIMG
http://www.progettoasco.it/supporti/aree_cliniche/Cardiovascolare/supporti/fibrillazione_atriale/Guida_elettronica.pdf

**Allegato B al Decreto n. 146 del**

19 AGO. 2014

**FOLLOW-UP DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON NAO DA PARTE DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE****INDICAZIONI OPERATIVE PER LA TERAPIA CON NAO**

Integrazione del documento regionale "Linee Guida di indirizzo per l'impiego dei NAO nella Regione Veneto" di cui al Decreto n. 75 del 25 luglio 2013

Per i pazienti che iniziano la terapia con NAO, sia naive che dopo switch da AVK, è necessaria la programmazione del follow-up, su cui il paziente e/o i care-givers devono essere adeguatamente informati. La relazione di visita emessa dallo specialista prescrittore deve essere visionata quanto prima dal MMG e deve contenere informazioni per il curante su quali strutture contattare per quello specifico paziente, anche in urgenza, in caso di complicanze maggiori. E' altresì auspicabile che le UO autorizzate alla prescrizione forniscano al paziente un modulo specifico, denominato "Tessera dell'anticoagulato" (Allegato) che accompagni il paziente nel corso del follow-up.

In assenza di eventi maggiori, il follow-up comprende di norma quanto riportato di seguito.

Ad un mese dall'inizio della terapia

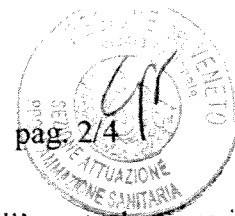
- Anamnesi clinica con particolare rilievo all'eventuale comparsa di eventi emorragici o tromboembolici
- Valutazione dell'aderenza/persistenza alla terapia del paziente, e gli eventuali co-trattamenti. Il paziente deve avere ben chiaro che:
 1. il farmaco antitrombotico è un farmaco salvavita
 2. il farmaco antitrombotico funziona solo se assunto quotidianamente nel modo prescritto dal medico
 3. ogni dubbio/problema va immediatamente comunicato al medico

Chi prescrive regolarmente il farmaco è nella posizione migliore per verificare l'aderenza alla terapia: ad ogni prescrizione dovrebbe controllare nella cartella clinica che il numero delle confezioni prescritte sia sufficiente a fornire le dosi necessarie per tutto il periodo di tempo fino al prossimo controllo, ed alla successiva prescrizione verificare che non sia trascorso un intervallo di tempo superiore alle dosi prescritte. In caso di possibile inadeguata aderenza, il problema dovrebbe essere immediatamente affrontato con il paziente.

Al paziente deve essere esplicitato che la dose dimenticata può essere assunta fino a 6 ore prima dell'assunzione della dose successiva. Non assumere la dose dimenticata a meno di 6 ore dalla dose successiva.

A tre mesi dall'inizio della terapia

- Anamnesi clinica
- Valutazione dell'aderenza/persistenza
- Valutazione laboratoristica di Hb, transaminasi, creatininemia. Il monitoraggio della funzionalità renale con la formula di Cockcroft-Gault (calcolo automatico in alcuni software di cartella clinica, inserendo peso e altezza del paziente e il valore della creatinina ematica) è essenziale specialmente



nei pazienti fragili, e soprattutto se in terapia con dabigatran, anche ai fini dell'eventuale necessità di adattamento del dosaggio del farmaco

Con frequenza annuale

- Anamnesi clinica
- Valutazione dell'aderenza/persistenza
- Valutazione laboratoristica di Hb, transaminasi, creatininemia
- Invio allo specialista prescrittore per il rinnovo del PT

Se la clearance della creatinina è < 60 ml/min o in presenza di un paziente con più di 75 anni o fragile, la valutazione della creatininemia deve essere semestrale.

Se la clearance della creatinina è < 30 ml/min, il paziente va rinviato quanto prima allo specialista prescrittore per rivalutare l'appropriatezza della terapia.

In caso di malattie intercorrenti che possono influenzare la funzionalità renale o epatica è necessaria la valutazione laboratoristica di creatininemia e transaminasi. E' essenziale che in caso di eventi avversi o complicazioni il MMG possa quanto prima contattare il medico prescrittore.



ALLEGATO Tessera dell'anticoagulato

TESSERA DELL'ANTICOAGULATO

Nome e cognome del paziente
Indirizzo
Farmaco prescritto, posologia, avvertenze
Indicazione
Inizio del trattamento
Nome e indirizzo del medico prescrittore
Numero di telefono del medico prescrittore

ISTRUZIONI PER IL PAZIENTE

Assumere sempre il farmaco secondo prescrizione medica (una o due volte al dì)

Non sospendere mai il trattamento senza prima aver chiesto al medico

Non assumere mai altri farmaci senza che il medico sia informato

Avvisare il dentista o altri medici dei farmaci che si assume prima di qualsiasi intervento

In caso di emorragia rivolgersi al medico curante o al Pronto Soccorso

FARMACI IN USO

Nome	Dose

PER EMERGENZE

Numero di telefono del familiare da contattare	
Gruppo sanguigno del paziente	



GESTIONE DELLE COMPLICANZE EMORRAGICHE, TRAUMI E MANOVRE INVASIVE O CHIRURGICHE

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA TERAPIA CON NAO

Integrazione del documento regionale "Linee Guida di indirizzo per l'impiego dei NAO nella Regione Veneto" di cui al Decreto n. 75 del 25 luglio 2013

Rispetto al trattamento con AVK, i NAO hanno il grande vantaggio di non richiedere il monitoraggio dell'INR; per contro, presentano una maggiore difficoltà della misura dell'effetto biologico e mancano di un antidoto specifico. Pertanto, se da un lato i NAO possono facilitare la gestione ordinaria della terapia, aumentando il numero di pazienti che potrebbero beneficiare dell'anticoagulazione, dall'altro rendono più complesso il caso del paziente con emergenze emorragiche o che necessiti di interventi di chirurgia d'urgenza.

La gestione delle complicanze derivanti dall'uso dei NAO richiede una collaborazione multidisciplinare che abbinati la conoscenza dei presidi terapeutici per il controllo delle complicanze emorragiche (incluso l'uso appropriato degli emoderivati e/o prodotti derivati dalla tecnologia ricombinante), la valutazione di test di laboratorio di secondo livello ed il know-how clinico per un corretto bilanciamento del rischio emorragico e trombotico individuale del paziente in ambito pre-operatorio e di urgenza/emergenza. Si conferma il ruolo fondamentale dei Centri per la sorveglianza della terapia anticoagulante (Centri CSA o TAO) e si auspica che a livello aziendale venga garantita, per quanto possibile, la presenza di medici esperti in emostasi e trombosi, integrandone l'attività sia nel team NAO che nelle strutture aziendali dedicate al settore, sia con gli specialisti prescrittori ed i MMG, al fine di migliorare la qualità di cura dei pazienti.

Presupposti fisiopatologici

L'emivita dei NAO varia da 9 a 12 ore, ma può essere significativamente più lunga nei pazienti con alterata funzione renale (es. il doppio se $CrCl < 30$ ml/min).

Sono disponibili **test calibrati per la misura plasmatica dei NAO** (ECT o dTT per dabigatran, antiXa per gli xabani). Si ritiene pertanto urgente che tali test debbano essere resi disponibili presso tutti i laboratori delle Aziende Sanitarie.

I test coagulativi di routine (PT o PTT) non sono sensibili a misurare concentrazioni di farmaco inferiori a 30 ng/mL ed inoltre non sono specifici, potendo risultare alterati a causa di comorbidità del paziente (es. epatopatia). Il PT, PTT e TT dovrebbero pertanto essere considerati complementari ai test calibrati nella gestione clinica del paziente, potendo solo identificare al più gli eccessi di anticoagulante¹. L'uso del PT nei pazienti in terapia con apixaban è fortemente sconsigliato, essendo questo test insensibile alla presenza di dosi non trascurabili di farmaco.

Non esistono al momento **antidoti specifici** per i NAO e non esiste una esperienza clinica sicura su come antagonizzare in vivo l'effetto di questi farmaci.



Gestione della chirurgia elettiva

Assumendo che le dosi di farmaco siano ragionevolmente ridotte dopo due tempi di dimezzamento, la chirurgia elettiva può richiedere un minimo di 24 ore di sospensione dei NAO, con l'opzione per tempi ancora maggiori in caso di procedure a rischio emorragico e/o ridotta funzione renale. La **Tabella 1** riporta i tempi di sospensione necessari (in giorni) come rilevati dalla registrazione EMA, in funzione della funzione renale e del rischio emorragico operatorio.

A fini pratici, nella chirurgia elettiva è raccomandabile in tutti i pazienti che assumono NAO una sospensione di almeno 2 giorni del farmaco, da estendere ad almeno 4 giorni se presente riduzione della funzione renale.

Tabella 1. Giorni di sospensione richiesti per la chirurgia elettiva

Funzione renale (CrCL ml/min)	Dabigatran		Rivaroxaban		Apixaban	
	Alto rischio emorragico	Basso rischio emorragico	Alto rischio emorragico	Basso rischio emorragico	Alto rischio emorragico	Basso rischio emorragico
≥ 80	2	1	2	1	2	1
50 – 80	2-3	1-2				
30 -50	4	2-3				
<30	6	4	4	2-3	ND	ND

Gestione delle complicanze emorragiche

La gestione delle complicanze emorragiche in corso di NAO risulta complessa alla luce delle difficoltà di misura del farmaco e dell'assenza di antidoti specifici. Dovranno essere pertanto adottate delle misure che bilancino le condizioni generali del paziente con la severità della complicanza emorragica in atto² (**Figura 1**).

Sanguinamento lieve

Si tratta di un sanguinamento minore, che non richiede una valutazione in ambiente protetto e non causa rischio per la vita del paziente (es. emorragia congiuntivale, rettorragia in paziente con emorroidi, gengivorragia da spazzolamento, epistassi che si autorisolve con la compressione dell'ala nasale). Occorre inoltre tenere presente che in questi pazienti la sospensione prolungata del farmaco può esporre a rischio di complicanze tromboemboliche. In questi casi, si consiglia pertanto solo il ritardo di 12 ore della somministrazione (o il salto della dose delle 12 ore seguenti per i farmaci somministrati b.i.d.).

Sanguinamento moderato

Si tratta di un sanguinamento che non può essere controllato da semplici manovre a domicilio o ambulatoriali, e che richiede pertanto un intervento medico. In questi casi, oltre alla sospensione della terapia con NAO, si dovranno attuare le seguenti misure:

- accertarsi sull'ora di assunzione dell'ultima compressa
- inviare il paziente in un Reparto di Medicina di urgenza
- valutare i livelli di attività anticoagulante dei NAO con test specifici, creatinina, funzione epatica ed emocromo

- attuare misure di contenimento specifiche (compressione meccanica, chirurgia/emostasi locale, reintegrazione dei liquidi ed eventuale trasfusione di emazie)
- assunzione orale di carbone (se assunzione di NAO avvenuta entro le 2 ore precedenti)

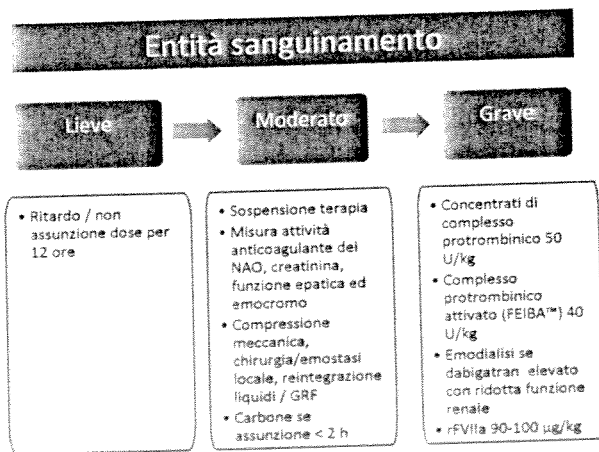
Sanguinamento maggiore (rischio di vita e/o compromissione emodinamica)

Verificata la presenza significativa di farmaco in circolo, oltre alle misure sopra dette dovrà essere considerato secondo l'ordine riportato^{3,4}:

- uso di concentrati di complesso protrombinico a 3 o a 4 fattori (50 U/kg peso corporeo), preferibilmente UMANCOMPLEX[®] da Piano Sangue;
- uso di complesso protrombinico attivato (FEIBA[®]) 40 U/kg peso corporeo;
- emodialisi in caso di elevati livelli di dabigatran associati a insufficienza renale (es. >200 ng/ml e ClCr<50 ml/min⁵);
- uso di FVIIa ricombinante 90-100 µg/kg peso corporeo da riservare alle emorragie potenzialmente mortali che non hanno risposto alle precedenti terapie.

Si precisa che gli utilizzi di cui ai punti a, b e d si configurano come off-label e, pertanto, andranno effettuati nel rispetto della normativa in vigore in materia. La DGR n. 685 del 13.05.2014 "Impiego di medicinali, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per indicazioni diverse da quelle autorizzate; revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 449/2007 e n. 4284/2004" prevede, in particolare, che ogni Azienda sanitaria definisca delle procedure operative interne che, nel rispetto della legge 94/1998, garantiscano l'erogazione di farmaci off-label in situazioni di emergenza.

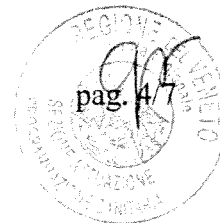
Figura 1: Test di laboratorio e misure di emergenza attualmente disponibili⁶



Gestione della chirurgia di urgenza

La gestione della chirurgia di urgenza/emergenza presenta difficoltà simili alla gestione delle complicanze emorragiche. In caso di chirurgia di urgenza/emergenza (non differibile, **Figura 2**) si dovrà:

- accertarsi sull'ora di assunzione dell'ultima compressa; assunzione orale di carbone se il NAO è stato assunto meno di 2 ore prima (se compatibile con l'anestesia);
- valutare i livelli di attività anticoagulante dei NAO con test specifici, creatinina, funzione epatica ed emocromo.



Verificata la presenza significativa di farmaco in circolo, si consideri:

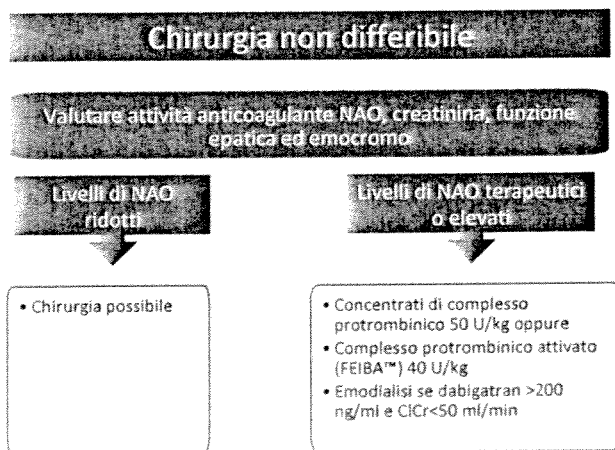
- uso di concentrati di complesso protrombinico a 3 o a 4 fattori (50 U/kg peso corporeo), preferibilmente UMANCOMPLEX[®] da Piano Sangue;
- uso di complesso protrombinico attivato (FEIBA[®]) 40 U/kg peso corporeo;
- emodialisi in caso di elevati livelli di dabigatran associati a insufficienza renale (es. >200 ng/ml e ClCr<50 ml/min⁷).

Vanno quindi monitorati i livelli di NAO dopo la chirurgia, considerando la risomministrazione di concentrati o di complesso protrombinico attivato (FEIBA[®]) in caso di sanguinamento eccessivo a giudizio del chirurgo, valutando anche in base ai risultati dei test di laboratorio il rapporto tra rischio emorragico e rischio tromboembolico.

L'uso di FVIIa ricombinante va riservato alle emorragie potenzialmente mortali.

Si precisa che gli utilizzi di cui ai punti a e b si configurano come off-label e, pertanto, andranno effettuati nel rispetto della normativa in vigore in materia. La DGR n. 685 del 13.05.2014 "Impiego di medicinali, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per indicazioni diverse da quelle autorizzate; revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 449/2007 e n. 4284/2004" prevede, in particolare, che ogni Azienda sanitaria definisca delle procedure operative interne che, nel rispetto della legge 94/1998, garantiscano l'erogazione di farmaci off-label in situazioni di emergenza.

Figura 2: Chirurgia non differibile



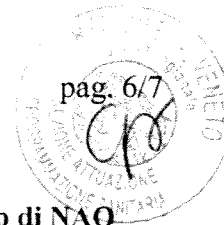
Al fine di monitorare le complicanze emorragiche in corso di NAO può risultare importante attivare una sorveglianza mirata. Per consentire una raccolta standardizzata a livello regionale, si suggerisce l'adozione della Scheda allegata (Allegato "Scheda di raccolta dati sulle complicanze emorragiche in corso di NAO").

Si raccomanda comunque che, in accordo con le Società Scientifiche della Medicina d'Urgenza (SIMEU Veneto) e dell'Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI Veneto) tali dati vengano raccolti in via informatica attraverso il Registro START (www.start-register.org).



Bibliografia

1. Baglin T et al. Measuring Oral Direct Inhibitors (ODIs) of thrombin and factor Xa: A recommendation from the Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardisation Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2013;11:756-760
2. Heidbuchel H et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2013;15(5):625-651.
3. van Ryn J et al. Dabigatran etexilate--a novel, reversible, oral direct thrombin inhibitor: interpretation of coagulation assays and reversal of anticoagulant activity. *Thromb Haemost*. 2010;103(6):1116-1127.
4. Huisman MV et al. Dabigatran etexilate for stroke prevention in patients with atrial fibrillation: resolving uncertainties in routine practice. *Thromb Haemost*. 2012;107(5):838-847.
5. Pernod G et al. Management of major bleeding complications and emergency surgery in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants, thrombin or factor-Xa inhibitors: Proposals of the Working Group on Perioperative Haemostasis (GIHP) - March 2013. *Arch Cardiovasc Dis*. 2013;106(6-7):382-393.
6. Alikhan R et al. The acute management of haemorrhage, surgery and overdose in patients receiving dabigatran. *Emerg Med J*. 2013.



ALLEGATO Scheda di raccolta dati sulle complicanze emorragiche in corso di NAO

Data ___/___/___ Ora _____

Codice Paziente _____

(Città Sede del Pronto Soccorso, prime 2 lettere del cognome e prime due lettere del nome. ES: Rossi Mario, PD → PD_RO/MA)

Nato/a il ___/___/___ Sesso: Maschio Femmina Peso _____ Altezza _____

Problema clinico:

Emorragia _____ Maggiore (ISTH*) Minore
Spontanea Traumatica Sede: _____

*cerebrale, retro peritoneale, articolare, oculare con perdita del visus oppure calo di Hb > 2g o trasfusione di 2 o più sacche di sangue o GR concentrati;

Trombosi (venose o arteriose) Sede: _____

Altro (specificare) _____

In cura con:

Dabigatran (Pradaxa) dose

Rivaroxaban (Xarelto) dose

Apixaban (Eliquis) dose

Data Inizio terapia: ___/___/___

Indicazione clinica: FA TEV

Data ultima assunzione: ___/___/___

Ora _____

Esami di laboratorio (Ora _____): allegare copia cancellando il cognome e il nome

Clearance della Creatinina (calcolata con l'equazione di Cockcroft-Gault**) Valore: _____

** clearance in ml/min = [(140 - età) x peso corporeo] / [72 x creatininemia] x 0.85 nelle donne;

Assunzione di farmaci in grado di potenziare l'attività dei NAO ° SI NO

Indicare quali: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

° aspirina (anche a basse dosi), clopidrogrel, prasugrel, ticagrelor, FANS, eparine, atorvastatina, verapamile, diltiazem, chinidina, amiodarone, dronedarone, itraconazolo, fluconazolo, ciclosporina, tacrolimus, claritromicina, eritromicina, inibitori delle proteasi,



Altri farmaci assunti dal paziente:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- Terapia attuata (*allegare copia del referto del PS cancellando il cognome e il nome*)
- Esami di laboratorio dopo eventuale trattamento (Ora _____) (*allegare copia cancellando il cognome e il nome*)

Esito:

deceduto in PS

ricoverato in rianimazione

ricoverato in reparto di _____

trattenuto in OBI

dimesso

Nome e Cognome del segnalatore _____

