

PEC DEL 25/03/2020

All'Assessore alla Salute Regione Sicilia Avv. Ruggero Razza
assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it

Al Direttore Dipartimento Pianificazione Strategica Dott. Ing. Mario La Rocca
assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it

Al Direttore Dipartimento attività sanitarie osservatorio epidemiologico Dott.ssa Maria Letizia Di Liberti
dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Al Presidente VI Commissione Sanità Ars On. Dott.ssa Margherita La Rocca Ruvolo
commissione_vi@ars.sicilia.it

Alò Sig. Capo di Gabinetto Arch. Calogero Beringheli
assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it
calogero.beringheli@regione.sicilia.it

Oggetto:

- Richiesta urgente rilascio piani terapeutici DOACs-NAO (Nuovi antiaggreganti orali) da parte degli specialisti cardiologi accreditati esterni.
- Richiesta di revocare il divieto ai cardiologi del territorio di auto-prescrizione delle ricette stante il gravissimo momento di emergenza sanitaria.

Nello spirito di una leale e fattiva collaborazione istituzionale cui si sono da sempre ispirate le Strutture Accreditate Esterne che rappresentano la prima linea di intervento sul territorio nella cura dei malati siciliani in quanto erogano il 70% di tutte le prestazioni specialistiche e nella consapevolezza che non debbano essere trascurate oltre le complicanze del coronavirus anche tutte le altre patologie (desta sgomento l'aver appreso, notizie di questi giorni, la riduzione del 40% di interventi d'urgenza nei confronti degli infartuati siciliani in quanto hanno paura di recarsi al P.S.)

i cardiologi accreditati esterni chiedono

- 1) che gli venga rilasciata l'autorizzazione a prescrivere i farmaci salvavita quali il NAO (Nuovi Anticoagulanti Orali) stante la enorme difficoltà per non dire impossibilità ad essere prescritti nelle strutture pubbliche;
- 2) che gli venga revocato il divieto di completare l'iter diagnostico terapeutico nei confronti dei cardiopatici che si recano presso i loro studi stante un recente decreto assessoriale che li priva di tale facoltà a differenza di tutti gli altri specialisti e stante la enorme difficoltà da parte dei pazienti a recarsi nuovamente dal loro MMG per il completamento prescrittivo.

Ribadiamo che tale richiesta si rende necessaria avendo appreso che moltissime strutture pubbliche hanno sospeso di erogare quasi tutte le prestazioni ambulatoriale destinando, giustamente, il proprio personale prioritariamente alla gestione dell'emergenza.

In attesa di un urgentissimo riscontro e nella certezza che venga preferita la salute del paziente rispetto all'applicazione di normative obsolete si resta fiduciosi in un accoglimento della presente.

Distinti saluti

Dr. Salvatore Gibiino
Segretario Nazionale Sindacato SBV
Medici e Strutture Accreditate

SEGUE BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Ictus: Mortalità, Disabilità e Prevenzione. Il rischio ictus nella Fibrillazione Atriale.

L'ictus è definito come un improvviso deficit neurologico dovuto ad un'ischemia o ad un'emorragia al livello del Sistema Nervoso Centrale (SNC), a causa di una irreversibile lesione strutturale del tessuto nervoso.

In Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale. Il 75% dei casi di ictus colpisce le persone con più di 65 anni e circa 10.000 eventi si manifestano in soggetti di età inferiore di 55 anni. **Il 10-20% dei soggetti colpiti da ictus cerebrale muore entro un mese, mentre il 10% non sopravvive al primo anno.** Della quota rimanente, **un terzo dei pazienti sopravvive con un grado di disabilità elevato** (non autonomia con necessità di ricovero in struttura protetta), un terzo presenta un grado di disabilità lieve o moderato (parziale autonomia con possibilità di assistenza domiciliare) e un terzo riacquista la totale autonomia.

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte a livello mondiale e la terza causa di morte nei paesi industrializzati, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie.

Nel 2014 (ultimi dati disponibili) in Italia la mortalità per ictus cerebrale rimane seconda e sono morti per ictus cerebrale come causa primaria 57mila230 persone. Tra le regioni spiccano, per mortalità, Sicilia e Campania, per entrambi i generi, mentre l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia presentano un tasso più basso.

L'incidenza dell'ictus, come la prevalenza, aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra-ottantacinquenni. [1]

L'ictus rappresenta anche la prima causa di disabilità nell'anziano con un rilevante impatto individuale, familiare e sociosanitario [2]. Nel 35% dei pazienti colpiti da ictus, globalmente considerati, residua una disabilità grave. Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%) [3]. **Quasi un milione di persone vivono attualmente con gli effetti invalidanti di un ictus.** [4] Tuttavia la **prevenzione** con stili di vita salutari e un **controllo farmacologico** nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare globale, dovuto appunto per la combinazione di più fattori di rischio, può aiutare a **ridurre quasi della metà gli eventi seguendo accuratamente e rigorosamente le terapie.** 4 È urgente mettere in campo il massimo dell'organizzazione clinica per rispondere ai bisogni di salute dei pazienti coinvolti per evitare quanto i dati ci evidenziano: mortalità e disabilità. È il momento della "cooperazione" tra i clinici specialisti Cardiologi e Medici di Medicina Generale che sono preposti, in prima linea, a promuovere comportamenti e abitudini di stili di vita sani, individuare fattori di rischio cardiovascolare e stratificazione del rischio, anticipare la **diagnostica della fibrillazione atriale (FA)**, condizione predittiva per insorgenza di ictus, per provvedere adeguatamente. Ed è proprio **la Fibrillazione Atriale uno dei più alti fattori di rischio per l'ictus cerebrale.** La fibrillazione atriale (FA) è la forma più comune di aritmia ed è un problema legato alla frequenza del ritmo cardiaco. Durante un'aritmia il cuore può battere troppo velocemente, troppo lentamente o in maniera irregolare. La FA avviene se i segnali elettrici rapidi e caotici provocano la fibrillazione delle due camere superiori del cuore, gli atri. Nella FA, il cuore non si contrae con la forza con la quale dovrebbe. Questo può provocare un ristagno di sangue nel cuore con conseguente formazione di coaguli. Quando questi coaguli di sangue si spostano possono avanzare fino al cervello, dove rischiano di rimanere intrappolati in un'arteria cerebrale ristretta, bloccando così la circolazione e provocando un ictus. La letteratura suggerisce che più del 90% dei coaguli di sangue responsabili dell'ictus nei pazienti affetti da FA viene generato in una sacca nella parte sinistra del cuore, chiamata auricola atriale sinistra (LAA).

A fronte di questi dati, deve essere considerato che spesso questa condizione è asintomatica e misconosciuta, tanto che in molti pazienti ricoverati in unità neurovascolari o in altri reparti ospedalieri per ictus viene rilevata una FA preesistente mai diagnosticata. Questo aspetto ci fa considerare come sia importante mettere in atto una serie di interventi proattivamente all'anticipazione diagnostica della FA. Già la palpazione del polso è un atto che, se effettuato a tappeto sui soggetti a rischio, potrebbe portare ad una più precoce diagnosi di FA nella popolazione assistita. Le linee guida europee per l'ipertensione riportano come raccomandazione di evidenza 1B "....che tutti i pazienti ipertesi si sottopongano alla palpazione del polso al fine di determinare la frequenza cardiaca e di ricercare la presenza di aritmie, soprattutto la fibrillazione atriale". Inoltre, dovrebbero attuarsi tutte quelle misure in grado di intercettare efficacemente la presenza di FA silente in molti pazienti, con grande beneficio in termini di **riduzione di incidenza di ictus cardioembolico.** 5

Gli stroke correlati alla FA tendono a essere più invalidanti, con tassi di recidiva e mortalità più elevati. Nell'85-90% dei casi parliamo di **Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV)**, cioè fibrillazione atriale in assenza di protesi valvolari meccaniche o stenosi mitralica moderato-grave, per la quale sono stati condotti tutti gli studi con gli anticoagulanti orali ad azione diretta (DOACs). Va inoltre ricordato che la prevalenza stimata della FA aumenta con l'età, arrivando intorno all'8% nei soggetti con più di 80 anni. L'età media dei pazienti con FA è intorno ai 77 anni [5], e circa il 70% dei pazienti è compreso fra i 65 e gli 85 anni. Questi dati sono di grande importanza pratica, in quanto sottolineano come la FA sia una patologia che interessa prevalentemente la popolazione anziana, che come si sa tende progressivamente ad aumentare, e riveste quindi un rilevante peso in termini di salute pubblica. La FA colpisce circa l'1,5-2% della popolazione generale mondiale (Dati OMS). Oltre 6 milioni di Europei presentano questa forma di aritmia e si prevede che la sua prevalenza raddoppierà nei prossimi 50anni con il progressivo invecchiamento della popolazione.

L'incidenza di ictus risulta incrementata di 4-5 volte nei pazienti affetti da FA [1]. Complessivamente, si stima che la FA sia responsabile per circa il 15% di tutti gli ictus e per il 20% di tutti gli ictus ischemici. Con l'invecchiamento della popolazione, il peso a livello globale dell'ictus correlato a FA continuerà ad aumentare. Per ridurre il rischio di ictus correlato alla FA, **la European Society of Cardiology (ESC) consiglia l'avvio della terapia anticoagulante.** L'agente **antitrombotico ideale** dovrebbe avere le caratteristiche di **efficacia** (benefici dimostrati in tutti i sottogruppi di Fibrillazione Atriale e prevedibilità di risposta), **sicurezza** (ampia finestra terapeutica e bassa incidenza e gravità di effetti locali e sistemici anche negli anziani) e **confidenza** (ben tollerato dal paziente, grazie ad una dose orale fissa, all'assenza di interazioni con farmaci e alimenti e alla non necessità di monitoraggio continuo dei parametri coagulativi).

2. Evidenza dati di consumo e tassi di ospedalizzazione dei pazienti con ictus in rapporto alla FA*

*Si prendono in considerazione i dati del 2017 in quanto ultimo anno di cui si ha disponibilità dei dati SDO. Sono i dati sdo pubblicati nel 2019 che si riferiscono al 2017. Il rapporto Osmed 2017, dell'Agenzia Aifa sull'uso dei farmaci in Italia, afferma che, al 31 dicembre 2017, sono **725.690 i pazienti che risultano in trattamento con gli anticoagulanti orali diretti (DOACs).** 6 Inoltre, l'età mediana dei pazienti trattati con questi farmaci è di 78 anni (range 18-106) e comprende anche ultracentenari, mentre non ci sono particolari differenze nel genere. La distribuzione dei pazienti, trattati

per regione, evidenzia che il **37,7% dei soggetti in trattamento con DOACs è distribuito in tre regioni (Lombardia, Campania e Lazio)**, che sono anche quelle con il più alto numero di residenti. [11]

In Sicilia, i DOACs sono stati ammessi alla rimborsabilità, a partire dal 2013, per la prevenzione dell'ictus cerebrale e dell'embolia sistemica per i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV), e per il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP ed EP negli adulti. I DOACs, ad oggi, disponibili sono quelli descritti al punto 1.3: *Apixaban, Dabitrigan, Edoxaban, Rivaroxaban*.

I dati della Tabella 2.1 (Rapporto Osmed 2018, dati 2017) descrivono il trattamento con i DOACs nelle regioni italiane (rif. anno 2017). In particolare **si evidenzia che l'utilizzo dei DOACs in Sicilia è pari a 1,05%, al di sotto della media nazionale che è pari a 1,33% (+0,28)**.

Regione	Apixaban	Edoxaban	Dabigatran	Rivaroxaban	2017 Totale N. PZ. in tratt. DOACs	Popolazione Residente al 1/1/18	% Pz. in tratt. DOACs su pop. regionale
Liguria	9.722	1.991	8.999	9.912	30.624	1.556.981	1,97%
Umbria	5.801	761	3.998	5.612	16.172	884.640	1,83%
Sardegna	7.758	1.246	9.310	9.917	28.231	1.648.176	1,71%
Basilicata	2.711	710	1.915	3.939	9.275	567.118	1,64%
Puglia	18.122	4.103	19.506	20.879	62.610	4.048.242	1,55%
Marche	6.502	1.757	5.398	8.964	22.621	1.531.753	1,48%
Toscana	16.216	5.459	15.333	16.599	53.607	3.736.968	1,43%
Lazio	26.183	3.984	25.093	28.987	84.247	5.896.693	1,43%
Piemonte	18.503	2.925	19.459	17.418	58.305	4.375.865	1,33%
Valle d'Aosta	540	82	464	583	1.669	126.202	1,32%
Abruzzo	5.272	973	3.468	7.521	17.234	1.315.196	1,31%
Campania	23.132	4.491	20.238	27.492	75.353	5.826.860	1,29%
Molise	852	151	777	2.183	3.963	308.493	1,28%
Friuli-Venezia G.	4.369	898	4.454	5.613	15.334	1.215.538	1,26%
Lombardia	39.155	8.354	35.341	30.940	113.790	10.036.258	1,13%
Calabria	6.372	1.291	6.716	7.660	22.039	1.956.687	1,13%
Sicilia	15.924	3.798	12.986	20.310	53.018	5.026.989	1,05%
Veneto	15.890	3.910	11.302	18.474	49.576	4.905.037	1,01%
PA Trento	919	165	865	799	2.748	539.898	0,51%
PA Bolzano	1.353	309	1.286	1.479	4.427	527.750	0,84%
Emilia-Romagna					-		
ITALIA	225.296	47.358	206.908	245.281	724.843	56.031.344	1,33%
Esclusa Emilia Romagna perché dati non completi							

Tabella 2.1. Distribuzione dei pazienti trattati con i DOACs, per regione, in ordine decrescente di % pazienti su popolazione regionale. Anno di riferimento: 2017.

Inoltre, in Sicilia nell'anno 2017, si registra uno dei più alti tassi di ospedalizzazione per ictus, fra tutte le regioni italiane .

Nella tabella 2.2 sono riportati i valori dei **tassi di ospedalizzazione per codice di diagnosi**, in particolare, per ictus ischemico (comprensivo di TIA e altre poche malattie cerebrovascolari), riferiti all'anno 2017 (Fonte SDO Ministero della Salute Gennaio 2019). Inoltre, è stato calcolato il numero di pazienti ospedalizzati per ictus legato alla FA, equivalenti al 20% degli ictus ischemici.

Regione	Pop. Residente al 1/1/18	2017 Tasso std.to per 100000 ab. Ric. Osp. (Cod. Diagn.434-437) Maschi+Femmine	2017 N. pazienti Osp. zione Ictus Isch.	2017 N. pazienti Osp. zione FA (20%)
Liguria	1.556.981	647,8	10.086	2.017
Umbria	884.640	682,9	6.041	1.208
Sardegna	1.648.176	574,5	9.469	1.894
Basilicata	567.118	685,2	3.886	777
Puglia	4.048.242	618,9	25.055	5.011
Marche	1.531.753	583,9	8.944	1.789
Toscana	3.736.968	626,6	23.416	4.683
Lazio	5.896.693	597,8	35.250	7.050
Piemonte	4.375.865	490,2	21.450	4.290
Valle d'Aosta	126.202	994,2	1.255	251
Abruzzo	1.315.196	835	10.982	2.196
Campania	5.826.860	804,8	46.895	9.379
Molise	308.493	984,7	3.038	608
Friuli-Venezia G.	1.215.538	538,2	6.542	1.308
Lombardia	10.036.258	477	47.873	9.575
Calabria	1.956.687	608,8	11.912	2.382
Sicilia	5.026.989	826,8	41.563	8.313
Veneto	4.905.037	526,9	25.845	5.169
PA Bolzano	527.750	687,8	3.630	726
PA Trento	539.898	549,8	2.968	594
Emilia-Romagna		-	-	-
ITALIA	56.031.344	667,09	346.099	69.220
Esclusa Emilia Romagna perché dati non completi				

Tabella 2.2. Distribuzione tassi di ospedalizzazione (Ricoveri ordinari per ictus, Fonte SDO Ministero della Salute, ultimi dati disponibili:2017). L'ultima colonna evidenzia il 20% di pazienti ricoverati per ictus ischemico dovuto a FA [11b].

In Sicilia, la prescrizione dei DOACs, può avvenire secondo quanto descritto nell'aggiornamento n. 10 PTOR della regione Sicilia (Prot. N. 89714 del 16.11.2016) : ... La prescrizione è riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, medicina interna, neurologia, 8 geriatria, e ematologi di centri di trombosi ed emostasi nonché da parte degli specialisti delle stesse branche convenzionati interni.". In concreto, però, essendo i centri prescrittori prevalentemente nelle aree metropolitane, restano disagiate proprio le aree più decentrate rispetto all'accesso terapeutico dei DOACs. **Non sono stati abilitati alla prescrivibilità dei DOACs i Cardiologi convenzionati esterni (circa 90 in tutta la regione Sicilia) che andrebbero a colmare il gap appena evidenziato.**

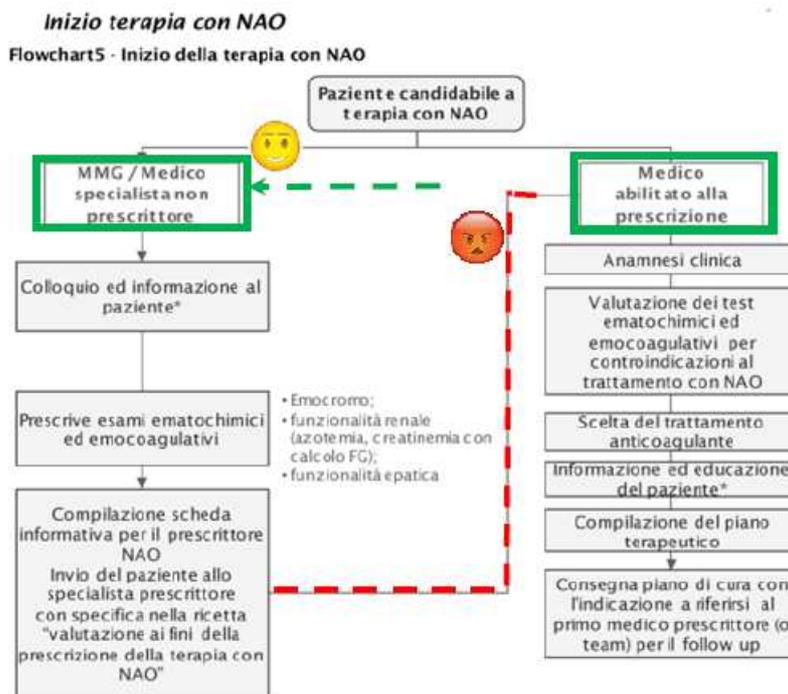
I dati esposti (Utilizzo DOACs e tasso di ospedalizzazione) conducono a formulare alcune ipotesi circa le criticità presenti nel percorso di cura del sistema sanitario regionale siciliano:

- a. Scarsa diagnosi (spesso non viene diagnosticata una patologia che poi non consente di ottenere una attività terapeutica appropriata ed efficace)
- b. Scarso monitoraggio delle terapie con warfarin per la non presenza capillare di centri predisposti al controllo della terapia anticoagulante (Centri TAO)
- c. Accesso alle cure con i DOACs non immediato per tutti i pazienti affetti da FA d. Abilitazione alla prescrizione dei DOACs ai soli Cardiologi Ospedalieri
- e. Prescrizione dei DOACs inibita ai Cardiologi Convenzionati Esterni

Si analizza, nel prossimo paragrafo, il PDTA che la regione Sicilia ha implementato al fine di rendere più funzionale il percorso di cura e prevenzione ictus da FA evidenziando le linee essenziali di criticità per un'applicazione utile nella pratica clinica quotidiana. 9

3. PDTA per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con FA in Sicilia: quali criticità funzionali nel flusso gestionale di cura

I Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PDTA) sono una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza migliorando gli outcome e promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse [12]. Per rendere realmente utile un PDTA, è necessario un cambiamento di modalità operativa tra tutti i professionisti coinvolti nel percorso terapeutico, al fine di garantire un'integrazione trasparente che dia conto di come il paziente è preso in carico e costantemente gestito facilitandone il suo processo di cura evitando *ridondanza clinica e lungaggini burocratiche*. Il PDTA disegnato dall'Assessorato della Salute della regione siciliana [13], dovrebbe rispondere ad esigenze organizzativo-funzionali tali da favorire l'equità di accesso alle terapie anticoagulanti in pazienti con FA, soprattutto per quelle aree della regione nelle quali sono meno presenti i centri abilitati alla loro prescrizione. In effetti il flusso tracciato sembra "svantaggiare" proprio quei pazienti geograficamente lontani dai centri urbani e causa un onere particolare che porta a non iniziare o ad abbandonare la terapia con i DOACs! Si prenda in considerazione, in particolare, il *flow chart 5* per l'avvio della terapia DOACs [13]. Nella rappresentazione si sono evidenziati i flussi da ottimizzare (percorso in rosso con percorso in verde per evitare al paziente continui "cambi" clinico-burocratici):



*Educazione su rischi connessi alla terapia, distinguendo fra emorragie minori ed emorragie maggiori che richiedono l'intervento del medico.

Fig. 1 flow chart 5 PDTA Regione Sicilia (PDTA per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con FA)

Le strutture specialistiche cardiologiche convenzionate esterne (attualmente non abilitate alla prescrizione dei DOACs), una volta verificato il profilo di rischio cardio-embolico ed emorragico, in accordo alle Linee Guida AIFA, qualora il paziente fosse eleggibile alla terapia con i DOACs (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban), **sono costrette**, a seguito della visita generale cardiologica (897CA) effettuata nella propria struttura, **a richiedere, duplicandola, una nuova richiesta di visita cardiologica** presso una struttura ospedaliera per ottenere la prescrizione della terapia.

Nel flow chart 5 della regione Sicilia, Fig.1, si è evidenziato in rosso il percorso “clinico-burocratico” che crea, nel concreto, un intasamento allo svolgersi del percorso terapeutico, perché mette il paziente in una grave situazione di rischio di ictus ischemico, a causa di un ritardato inizio della terapia.

La criticità che si induce è quella della duplicazione del flusso di gestione del paziente che si sottopone a grave stress psicologico, economico, familiare, lavorativo per soddisfare la richiesta della 11 messa a punto del piano terapeutico. Questo “stop and go” rispetto al cambio di “cardiologo” comporta una serie di ostacoli, a danno di tutti (Paziente, SSR, Cardiologo Convenzionato Esterno che già ha preso in carico il paziente): richiesta cup ASP, appuntamento dopo alcuni mesi, scarso interesse professionale, rischio di interruzione terapia o terapia inadeguata, scarsa compliance,...

Quindi si possono riassumere le criticità rispetto all’attuale PDTA, sinteticamente, in questi cinque punti:

- 1. Gestione non ottimale del paziente**
- 2. Ridondanza visite specialistiche**
- 3. Intasamento liste di attesa**
- 4. Rischio di posticipare l’inizio della terapia (anche fino a 8 mesi!)**
- 5. Aumento del rischio tromboembolico per mancata prevenzione farmacologica**

4. Considerazioni e proposta dei Cardiologi Convenzionati Esterni della Sicilia Alla luce delle argomentazioni descritte nelle pagine precedenti il Gruppo di lavoro, **evidenzia quanto sia importante per i pazienti che i Cardiologi Convenzionati Esterni possano prescrivere i DOACs:**

1. L’accesso alla terapia con i DOACs più capillare (anche nelle aree non metropolitane) comporta

- Gestione ottimale del percorso di cura di tutti i pazienti eleggibili
- Riduzione tasso di ospedalizzazione
- Minor rischio di mortalità

2. Si manifestano questi vantaggi per il paziente eleggibile

- Accesso immediato alle cure
- Maggiore protezione da eventi cerebro-vascolari
- Maggior benessere di cura
- Maggior aspettativa di vita
- Risparmio economico-sociale

3. Si evidenziano questi vantaggi per il SSR

- Maggiore qualità delle cure
- Riduzione costi di ospedalizzazione
- Riduzione costi complessivi di gestione del paziente nel percorso di cura e riabilitazione

I Cardiologi del Territorio Accreditati Esterni visitano oltre il 70% dei pazienti affetti da FA, non potendo prescrivere i DOACs nel corso della loro visita cardiologica, sono costretti ad inviare il paziente ai pochi cardiologi ospedalieri abilitati. Ciò comporta un inutile aggravio alla Regione del costo di quest’altra visita e, fatto ben più grave, un ritardo terapeutico di qualche mese in quanto il paziente dovrà nuovamente telefonare al CUP e prenotare un’altra visita cardiologica (tempi di attesa medi 2-3 mesi, si arriva anche a otto mesi!)[16a]. Nell’ultimo report sull’uso dei DOACs, realizzato dal Centro regionale di coordinamento di Farmacovigilanza dell’Assessorato della salute siciliano, si evidenzia quanto segue: **“Dall’analisi delle 20 prescrizioni effettuate nel corso del 2018 è emerso un maggior impiego di tali medicinali da parte delle Aziende Ospedaliere nelle Aree metropolitane e dai presidi ospedalieri nelle altre province regionali. Per contro, il contributo dei poliambulatori alla prescrizione dei NAO è risultato piuttosto ridotto nonostante tali strutture dovrebbero essere quelle preferenzialmente indicate all’impiego di tali prodotti per via della loro capillare distribuzione sul territorio regionale e delle caratteristiche intrinseche della patologia e dei pazienti. In tale contesto, potrebbe essere utile procedere ad una rivalutazione dei Centri Prescrittori al fine di ottimizzare la distribuzione degli stessi a livello regionale.”**[16]. Un’ulteriore conferma alla proposta evidenziata con questo dossier ... di abilitare alla prescrizione dei DOACs i Cardiologi Convenzionati Esterni! Basterebbe ricordare che **Il ritardo prescrittivo comporta un aumento del rischio di eventi cardio-embolici potenzialmente letali, invalidanti per il paziente e sicuramente onerosi per il SSR.**

7. Bibliografia e Sitografia

- [a] Dati ISTAT al primo gennaio 2018 e Rapporto Annuale Istat 2018.
- [b] Rapporto annuale Istat 2017.
- [c] Rapporto annuale attività di ricovero ospedaliero dati SDO 2017 – Gennaio 2019.
- [d] GU serie gen n.23 del 28/01/2013.
- [e] Decr. 18/10/12 (cod.75, cod 56 30gg).

- [1] Rapporto Ictus 2018, a cura dell'Osservatorio Ictus Italia.
- [2] <http://www.iso-spread.it/>
- [3] <https://siii.it/per-il-pubblico/lietus/ictus-i-numeri-in-italia/> (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa)
- [4] <https://www.ondaosservatorio.it/>
- [5] <https://www.giornaledicardiologia.it/> Di Pasquale e altri.
- [6] Stöllberger (2017): Drug interactions with new oral anticoagulants in elderly patients, Expert Review of Clinical Pharmacology, DOI: 10.1080/17512433.2017.1370369
- [7] Steffel; European Heart Journal (2018) 00, 1–64; doi:10.1093/eurheartj/ehy136
- [8] Bathala MS, et al., Pharmacokinetics, Biotransformation, and Mass Balance of edoxaban, a Selective, Direct Factor Xa Inhibitor, in Humans. Drug Metab Dispos 2012;40(12):2250-2255
- [9] Linee guida EHRA. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Autori: J. Steffel, P.Verhamme, et al.
- [10] AIFA, <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>
- [10b] Rapporto Osmed 2018
- [11] Rapporto OSMED 2017
- [11b] http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/cvd_report.pdf (Acc.: 29.01.20).
- [12] <http://e-p-a.org/sito-internet-e-p-a/percorsi-diagnostici-terapeutici-e-assistenziali-pdta/>
- [13] Suppl. ord. N. 3 GURS (p.l) n. 20 del 12-5-2017 (n. 16). Documento di indirizzo regionale: percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale.
- [14] <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2017-09-28/giornata-mondiale-cuore-costi-malattie-cardiovascolari-e-burden-ipercolesterolemia-151903.php?uuid=AEpTKNbC> il Sole24ore
- [15] sole24ore sanità dic2018 e rapporto 2018 sulla malattia realizzato dall'Osservatorio Ictus Italia dossier.
- [16] "Trend d'uso dei Nuovi Anti Coagulanti Orali in Sicilia negli anni 2013 – 2018. Analisi di farmacoutilizzazione e farmacovigilanza" – Centro Regionale di Coordinamento di Farmacovigilanza e Vaccinoviigilanza Servizio 7 Farmaceutica – Assessorato della Salute della Regione Sicilia (a cura di: A. Oteri, C. Minore, C. La Cavera, P. Cananzi)
- [16a] Giornale di Sicilia, pag. 30 – ed. 1/7/2017