



Regione Toscana



Workshop
Il portale per l'audit di AFT: aggiornamento e
programmazione dei lavori

Firenze, 5 maggio 2018

SALA BLU - Centro Servizi e Formazione Il Fuligno (via Faenza 48)

FIBRILLAZIONE ATRIALE

AFT Forte dei Marmi Seravezza e Stazzema
Dr. Giuseppe Cavirani



2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

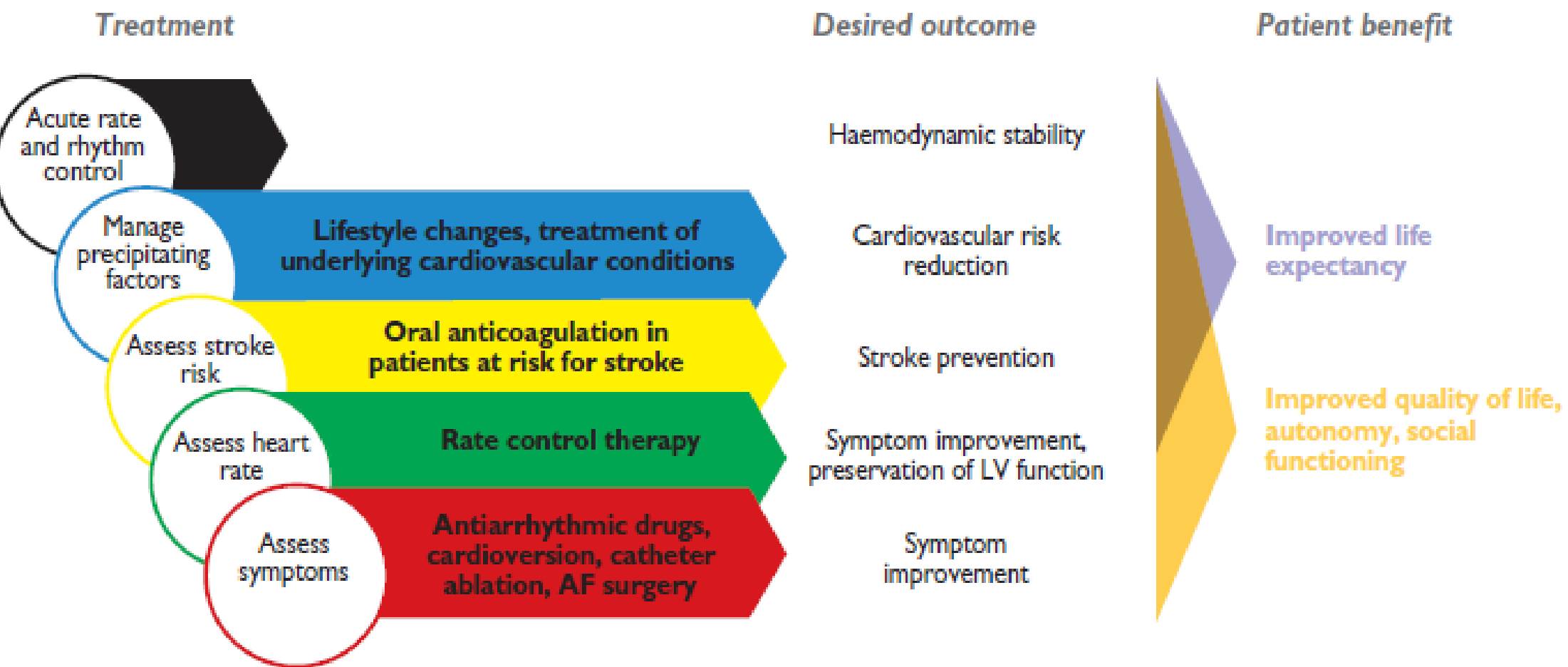
Authors/Task Force Members: Paulus Kirchhof* (Chairperson) (UK/Germany), Stefano Benussi*¹ (Co-Chairperson) (Switzerland), Dipak Kotecha (UK), Anders Ahlsson¹ (Sweden), Dan Atar (Norway), Barbara Casadei (UK), Manuel Castella¹ (Spain), Hans-Christoph Diener² (Germany), Hein Heidbuchel (Belgium), Jeroen Hendriks (The Netherlands), Gerhard Hindricks (Germany), Antonis S. Manolis (Greece), Jonas Oldgren (Sweden), Bogdan Alexandru Popescu (Romania), Ulrich Schotten (The Netherlands), Bart Van Putte¹ (The Netherlands), and Panagiotis Vardas (Greece)

Table 3 Cardiovascular morbidity and mortality associated with atrial fibrillation

Event	Association with AF
Death	Increased mortality, especially cardiovascular mortality due to sudden death, heart failure or stroke.
Stroke	20–30% of all strokes are due to AF. A growing number of patients with stroke are diagnosed with 'silent', paroxysmal AF.
Hospitalizations	10–40% of AF patients are hospitalized every year.
Quality of life	Quality of life is impaired in AF patients independent of other cardiovascular conditions.
Left ventricular dysfunction and heart failure	Left ventricular dysfunction is found in 20–30% of all AF patients. AF causes or aggravates LV dysfunction in many AF patients, while others have completely preserved LV function despite long-standing AF.
Cognitive decline and vascular dementia	Cognitive decline and vascular dementia can develop even in anticoagulated AF patients. Brain white matter lesions are more common in AF patients than in patients without AF.

Recommendations for screening for atrial fibrillation

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Opportunistic screening for AF is recommended by pulse taking or ECG rhythm strip in patients >65 years of age.	I	B	130, 134, 155
In patients with TIA or ischaemic stroke, screening for AF is recommended by short-term ECG recording followed by continuous ECG monitoring for at least 72 hours.	I	B	27, 127
It is recommended to interrogate pacemakers and ICDs on a regular basis for atrial high rate episodes (AHRE). Patients with AHRE should undergo further ECG monitoring to document AF before initiating AF therapy.	I	B	141, 156
In stroke patients, additional ECG monitoring by long-term non-invasive ECG monitors or implanted loop recorders should be considered to document silent atrial fibrillation.	IIa	B	18, 128
Systematic ECG screening may be considered to detect AF in patients aged >75 years, or those at high stroke risk.	IIb	B	130, 135, 157



Recommendations for stroke prevention in patients with atrial fibrillation

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended for all male AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended in all female AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 3 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in male AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 1, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in female AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Vitamin K antagonist therapy (INR 2.0–3.0 or higher) is recommended for stroke prevention in AF patients with moderate-to-severe mitral stenosis or mechanical heart valves.	I	B
When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban), a NOAC is recommended in preference to a Vitamin K antagonist.	I	A
When patients are treated with a vitamin K antagonist, time in therapeutic range (TTR) should be kept as high as possible and closely monitored.	I	A
AF patients already on treatment with a vitamin K antagonist may be considered for NOAC treatment if TTR is not well controlled despite good adherence, or if patient preference without contra-indications to NOAC (e.g. prosthetic valve).	IIb	A

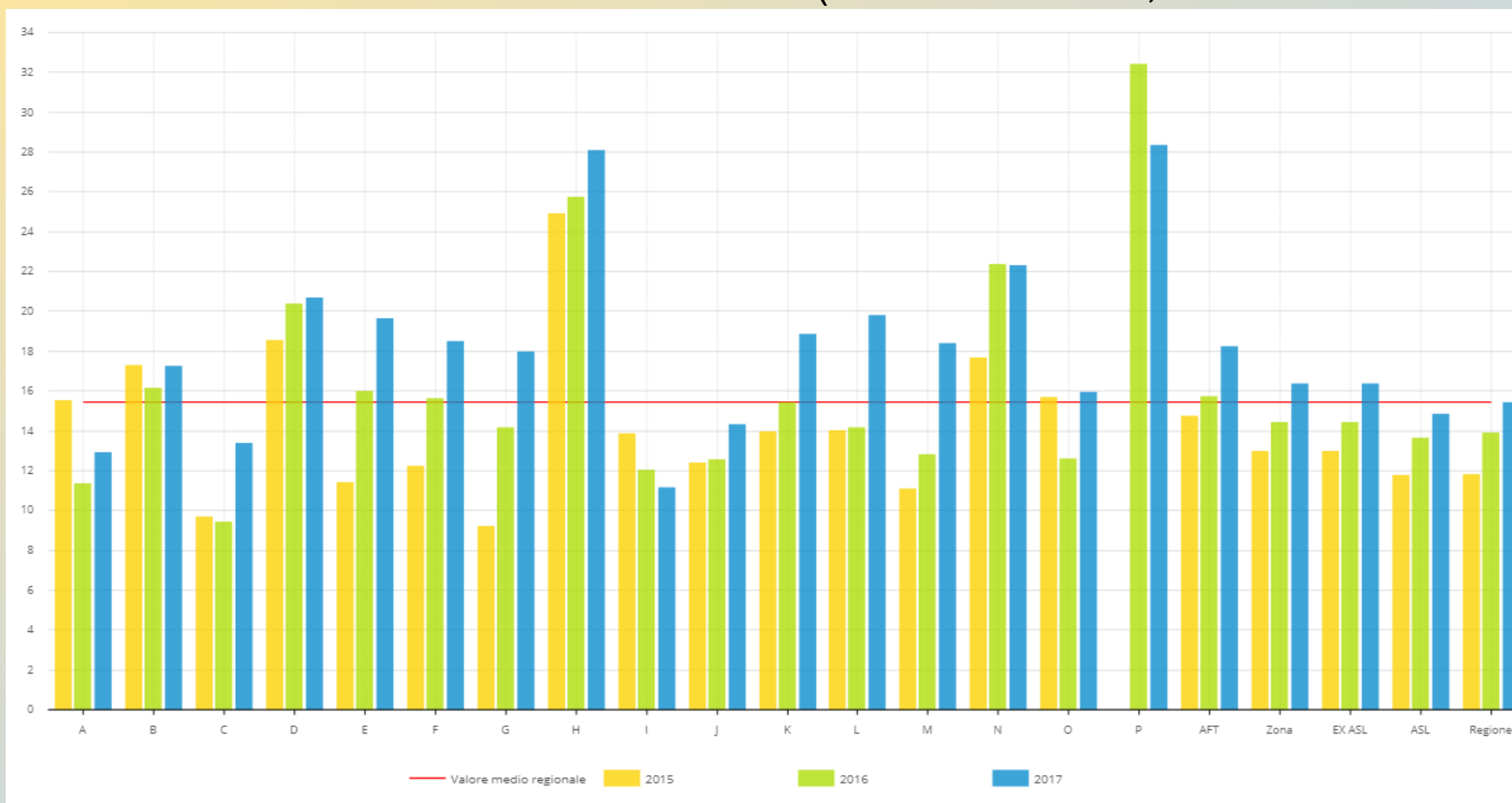
Prevalenza 3%

Aumenta con l'età e nei paz con ipertensione arteriosa, Cad, valvulopatie, scompenso cardiaco, diabete mellito, Ckd.

Aumento prevalenza dovuto sia a miglior riconoscimento della Fa silente e aumento dell'età della popolazione.

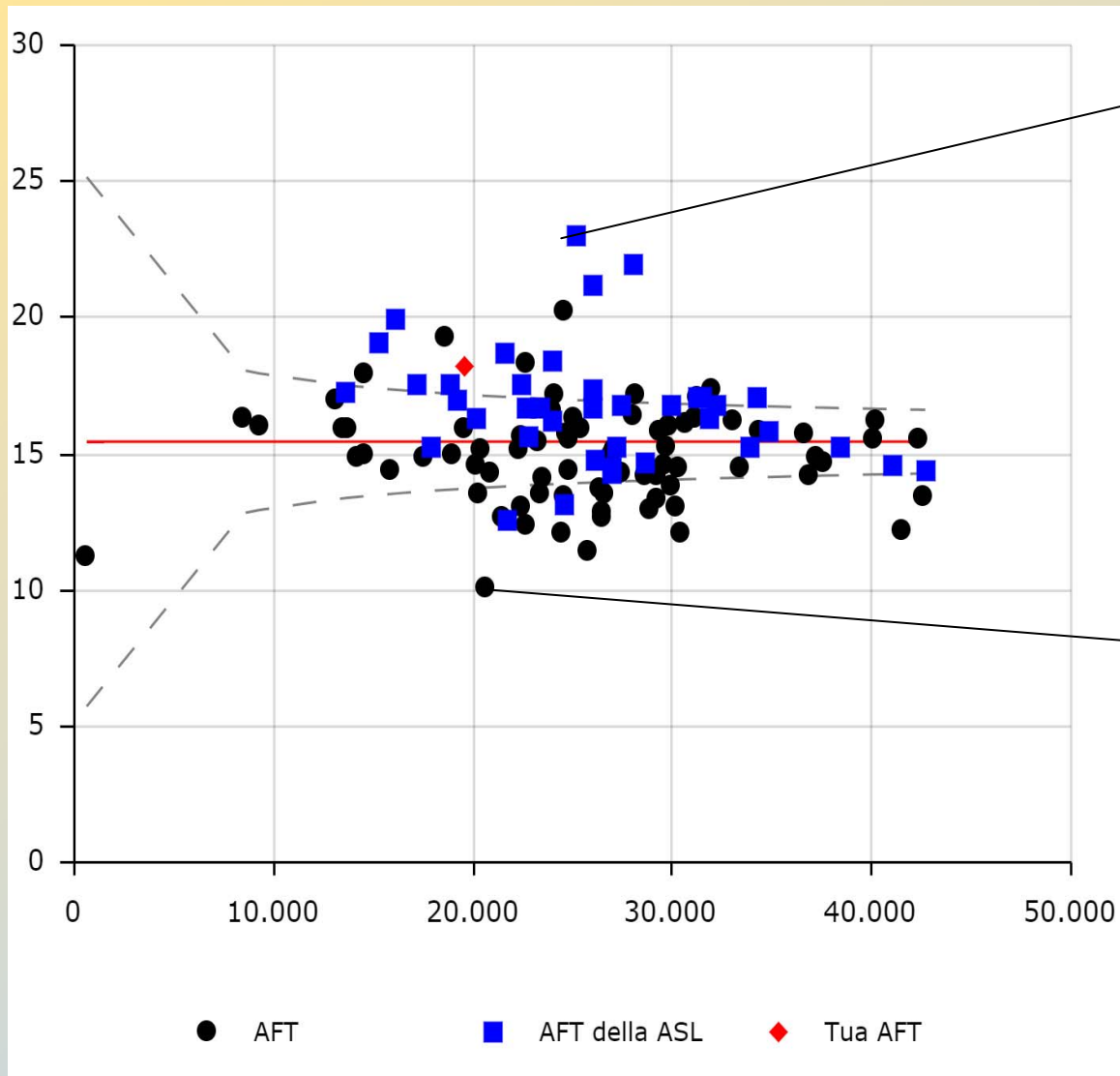
Assistiti prevalenti per FAnv ‰

- Prevalenti a livello regionale: **15.4‰** nel 2017 (13.9‰ nel 2016, 11.9‰ nel 2015) in aumento
- ASL Nord Ovest: **14.9‰** nel 2017 (13.6‰ nel 2016, 11.8‰ nel



Assistiti prevalenti per FAnv ‰

- Valori di tutte le AFT regionali



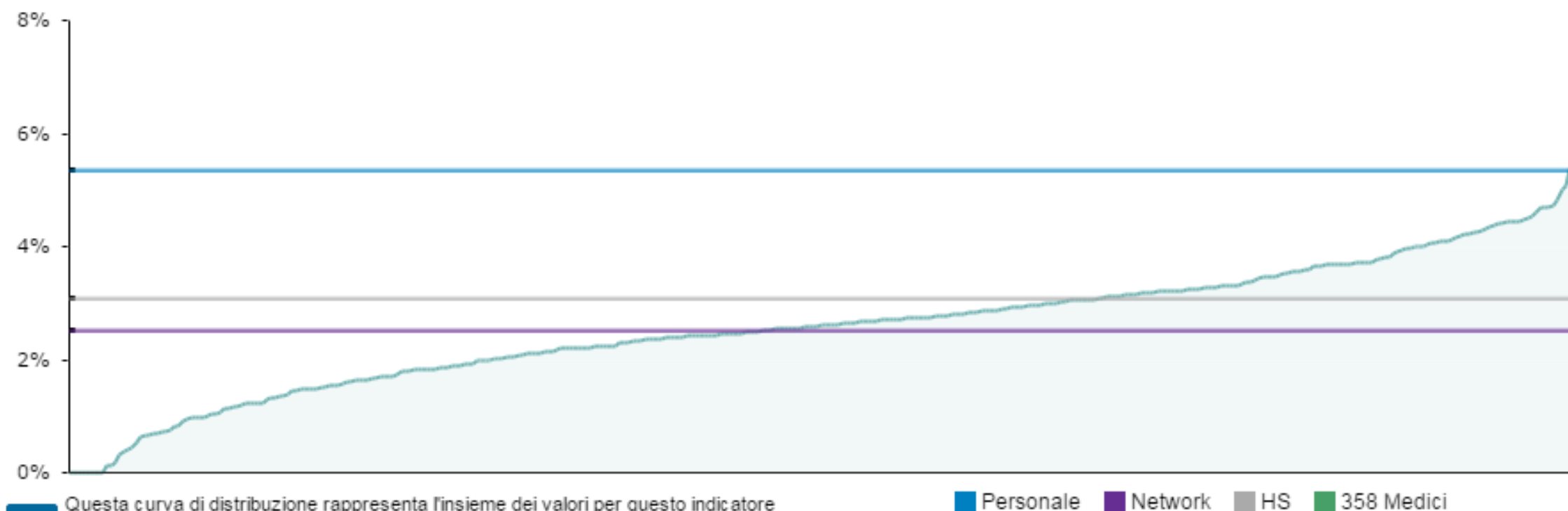
23.0 ‰

10.1 ‰

Anno 2017
ASL Nord Ovest (in blu)
In rosso valore regionale

Curve di distribuzione e storico personale per indicatore

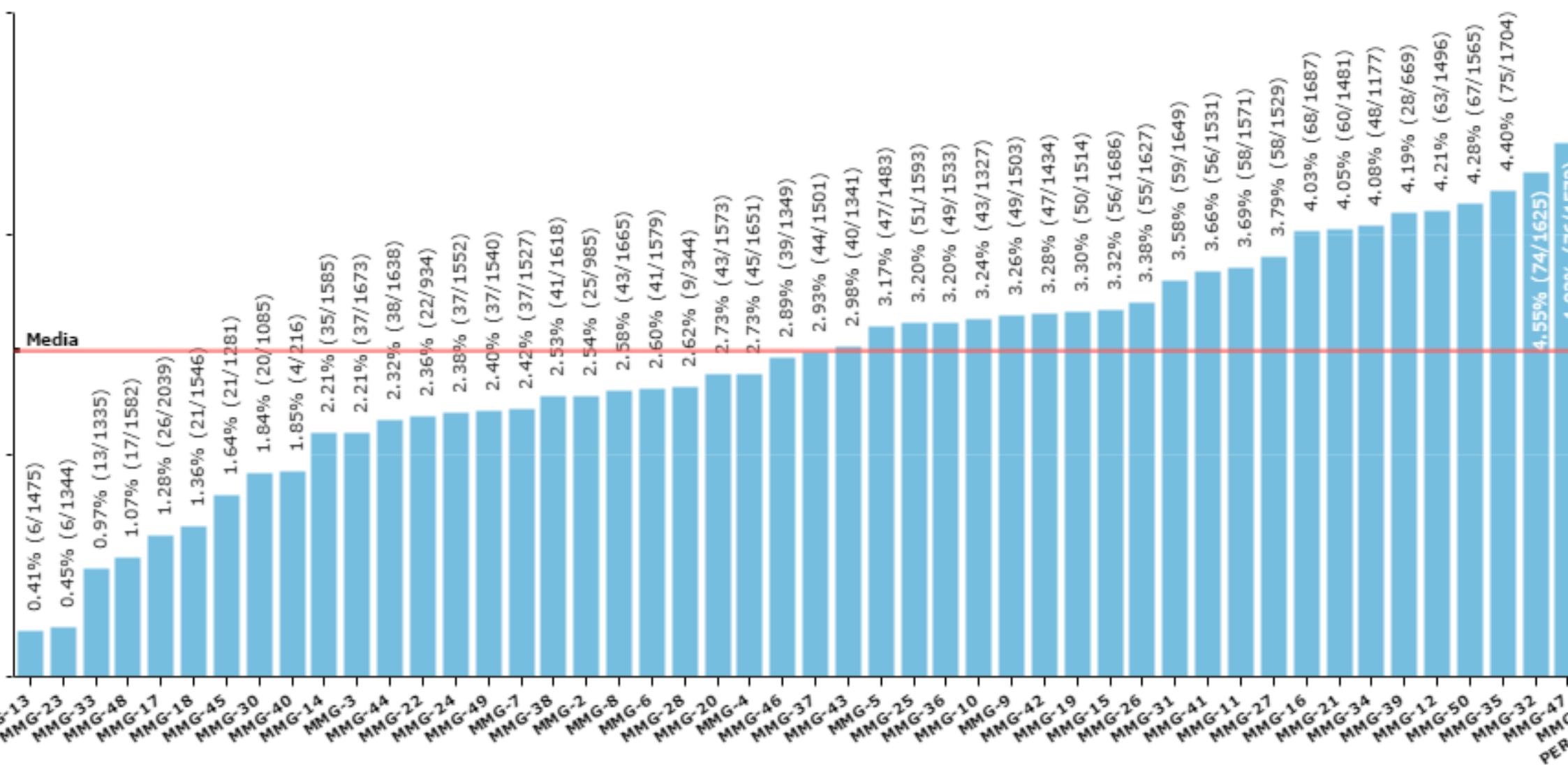
Nazionale **TOSCANA** Provinciale



Questa curva di distribuzione rappresenta l'insieme dei valori per questo indicatore di tutti i medici utilizzatori di MilleGPG (che hanno inviato spontaneamente e anonimamente il proprio dato personale).

Personale Network HS 358 Medici

FA01 - Prevalenza Fibrillazione Atriale (problema aperto e/o sospetto) (Fibrillazione Atriale)



Analisi Dinamica

Analisi Statica

Codice: AC-FA01

Indicatore: Prevalenza Fibrillazione Atriale (problema aperto e/o sospetto)

Descrizione: Prevalenza Fibrillazione Atriale (problema aperto e/o sospetto)

Area: Cardiovascolare

Tipo indicatore: Processo

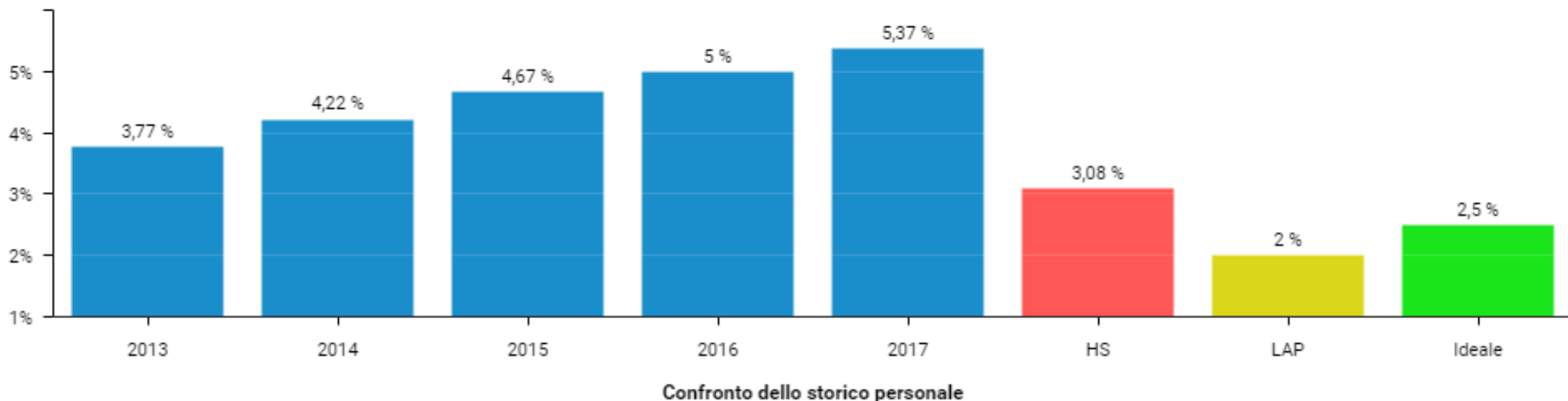
Il dato personale è confrontato con HS: 3,08% **con il LAP:** 2% **e con l'Ideale:** 2,5%

legenda

Personale	Distribuzione del valore dell'indicatore personale per anno
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2016, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"

Indicatore

Dettaglio



MyDiagnostick ECG created on 2013-06-12 at 16:57



Unknown Unknown ()

Medical centre:

AF detected : NO Notes : NONE
AF confirmed : ---

Recorded : 2013-06-12 15:49
Paper speed : 25 mm/s
10 mm/mV

Luce Verde



Medical centre:

AF detected : YES Notes : NONE
AF confirmed : ---

Recorded : 2013-10-22 08:26
Paper speed : 25 mm/s
10 mm/mV

Luce Roma
Roma



RISULTATI - AUDIT E RICERCA CLINICA

AUDIT FIBRILLAZIONE ATRIALE

Casa della Salute Querceta - Dott. Giuseppe Cavarani

Prevalence of non valvular atrial fibrillation and anticoagulation treatment in a large outpatient population. Analysis of the personal health records from different General Practitioner Groups

G. Casolo, G. Cavirani, M. Pardini, PL. Franceschi

Versilia Hospital, Department of Cardiology and Territorial Functional Aggregate 1-3-6

Background: Non Valvular Atrial Fibrillation (NVAF) is a common cardiac arrhythmia. However, prevalence varies among studies and population-based data are poor. In our medical practice management software survey was to evaluate the prevalence of NVAF.

Methods: We identified 33 GPs from 11 different GP teams. The prevalence was checked by verifying the adherence to treatment reaching a target >90% of adherence to treatment.

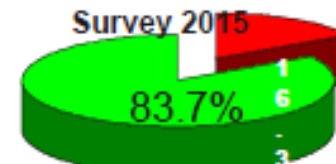
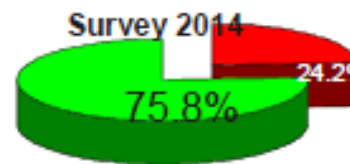
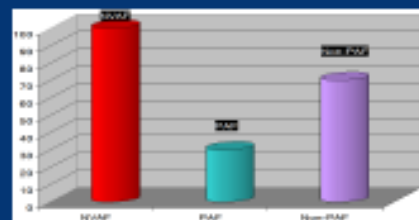
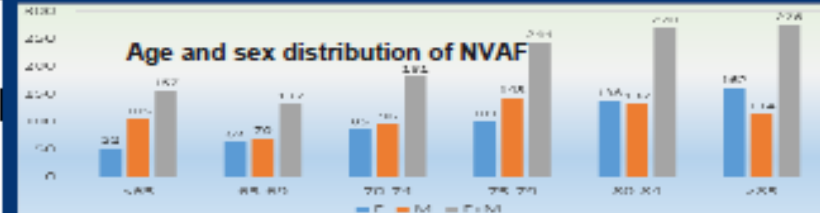
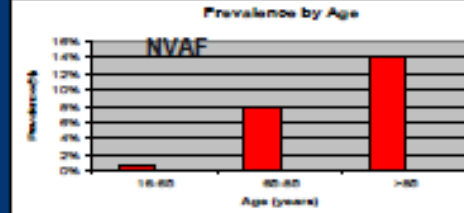
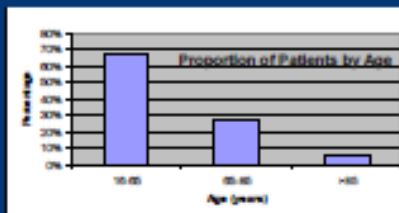
Results: Data from 42.545 pts >18 years old. The prevalence differed among TFA ranging from 10.5% (TFA 1) to 21.4% (TFA 6) with the highest prevalence and 10.5% (TFA 1) in the group 80-85 y (21.4%) and over 85 y (21%). The gender distribution was similar (52.4% males, 47.6% females). Overall, fifty-two percent of these NVAF patients were on treatment with oral anticoagulation (VKA and DOAC). The percentage of treated patients increased when considering only permanent NVAF patients with wide differences among TFA (83.7% of patients in the best group).

ESC CONGRESS
ROME 2016

27 - 31 August



Where the world of cardiology comes together



Proportion of patients with NVAF (non-PAF) taking OAT (green) vs no OAT (red) and belonging to TFA 6. The first survey (2014) refers to the first survey. The present (2015) survey shows a significant improvement in therapeutic coverage with OAT.

Conclusions: The prevalence of NVAF in this population-based cohort is higher than that reported in previous studies. One source of variability appears to be a low recording rate of paroxysmal NVAF compared to permanent or persistent forms. In the real world more than 40% of NVAF patients still do not receive an adequate antithrombotic therapy although with wide variations among GP teams. Access to EHR allow to analyse, and evaluate medical practice. Quality programs can be implemented and monitored by highlighting those sources of variability that can potentially be relevant for both diagnosis and therapy. EHR represent a powerful tool for health care organizations. TFA organization of GP practice appear to offer a chance of improvement in NVAF patients.



ANMGO

POPOLAZIONE : 42545

PAZ. CON FA : 1260

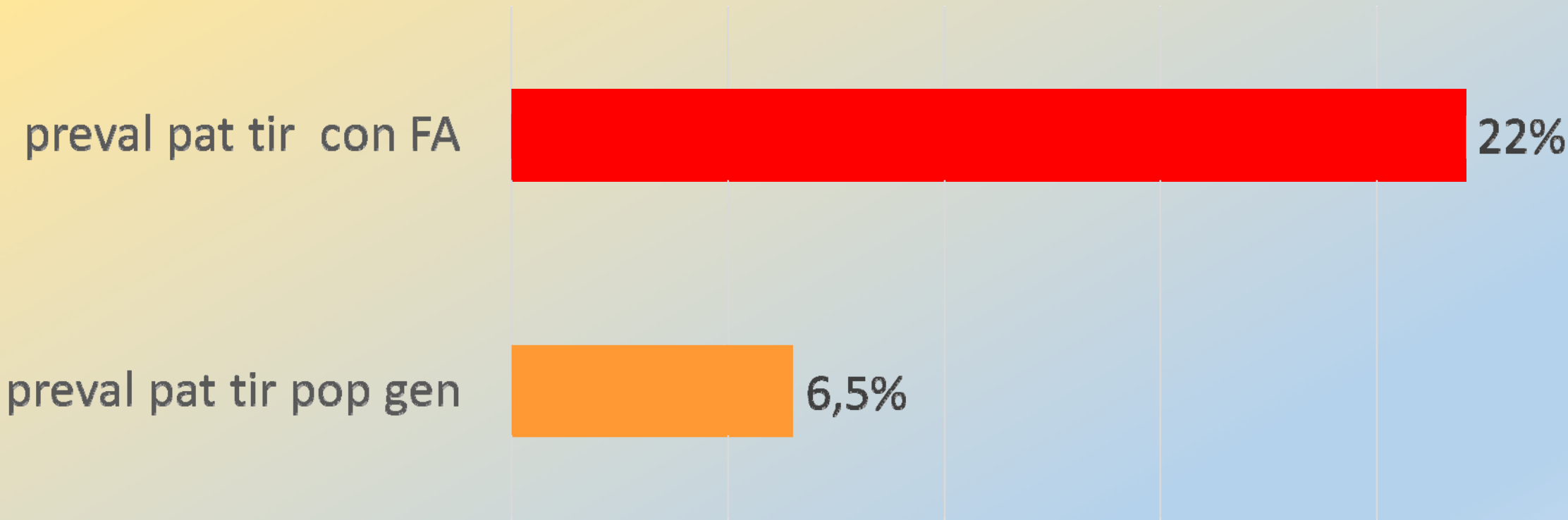
PREVALENZA : 2,96%

PREVALENZA PER AFT

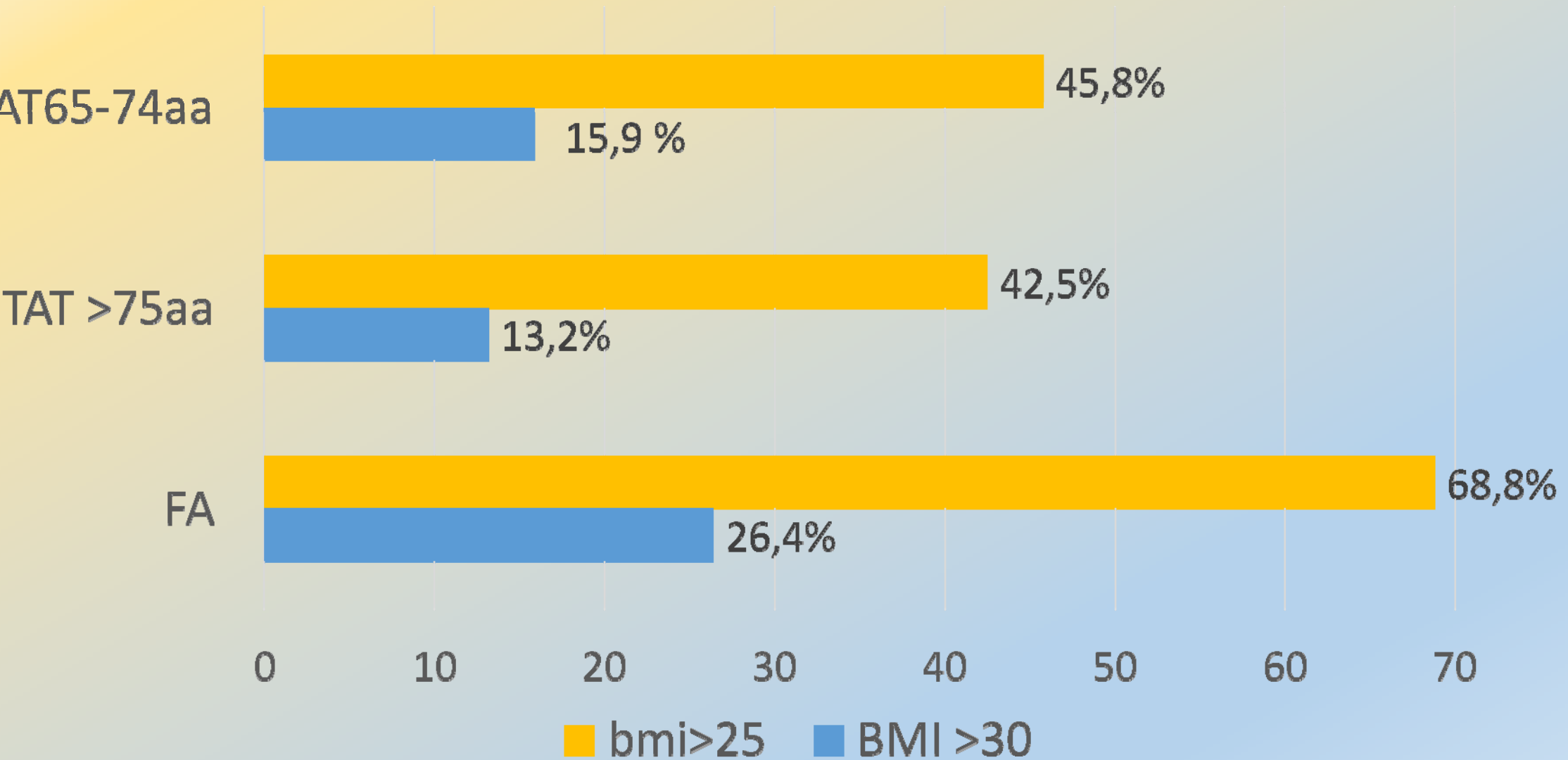
AFT 1 e 3 : 2,5% (popolazione: 26797,fa:677)

AFT 6 : 3,7% (popolazione: 15748,fa:583)

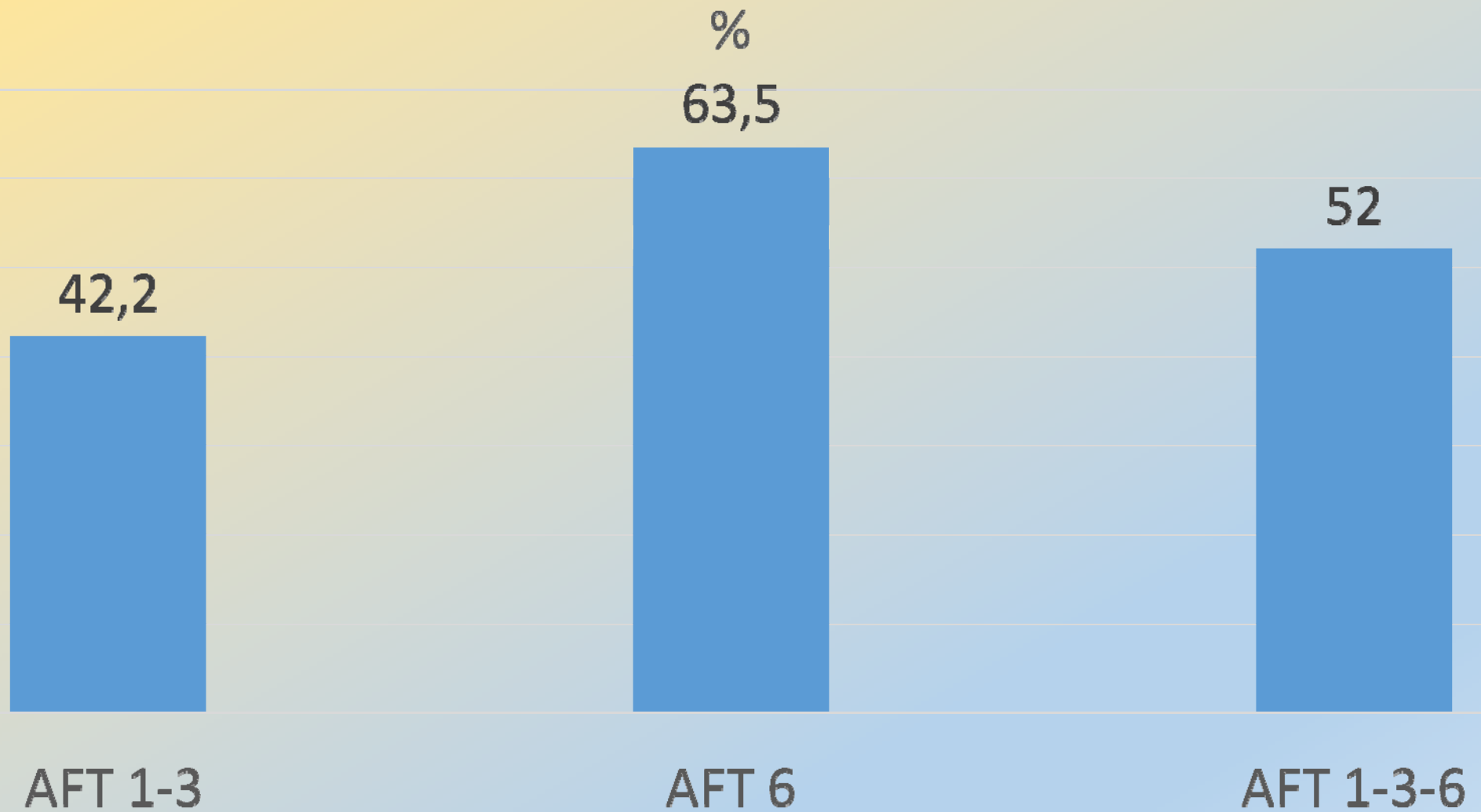
AFT 6 :Pat tiroidea e FA



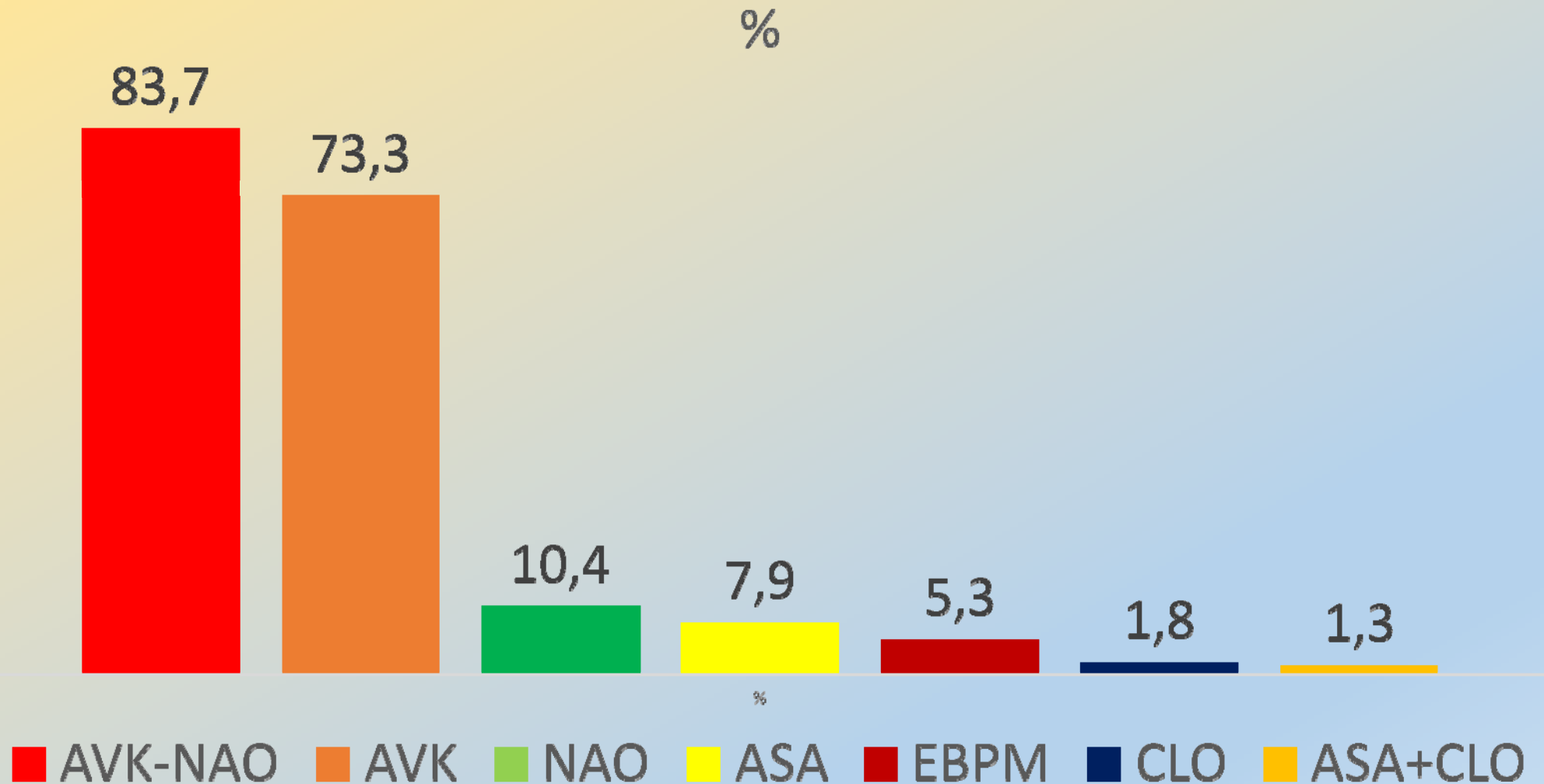
AFT 6 : BMI e FA



TERAPIA CON AVK-NAO

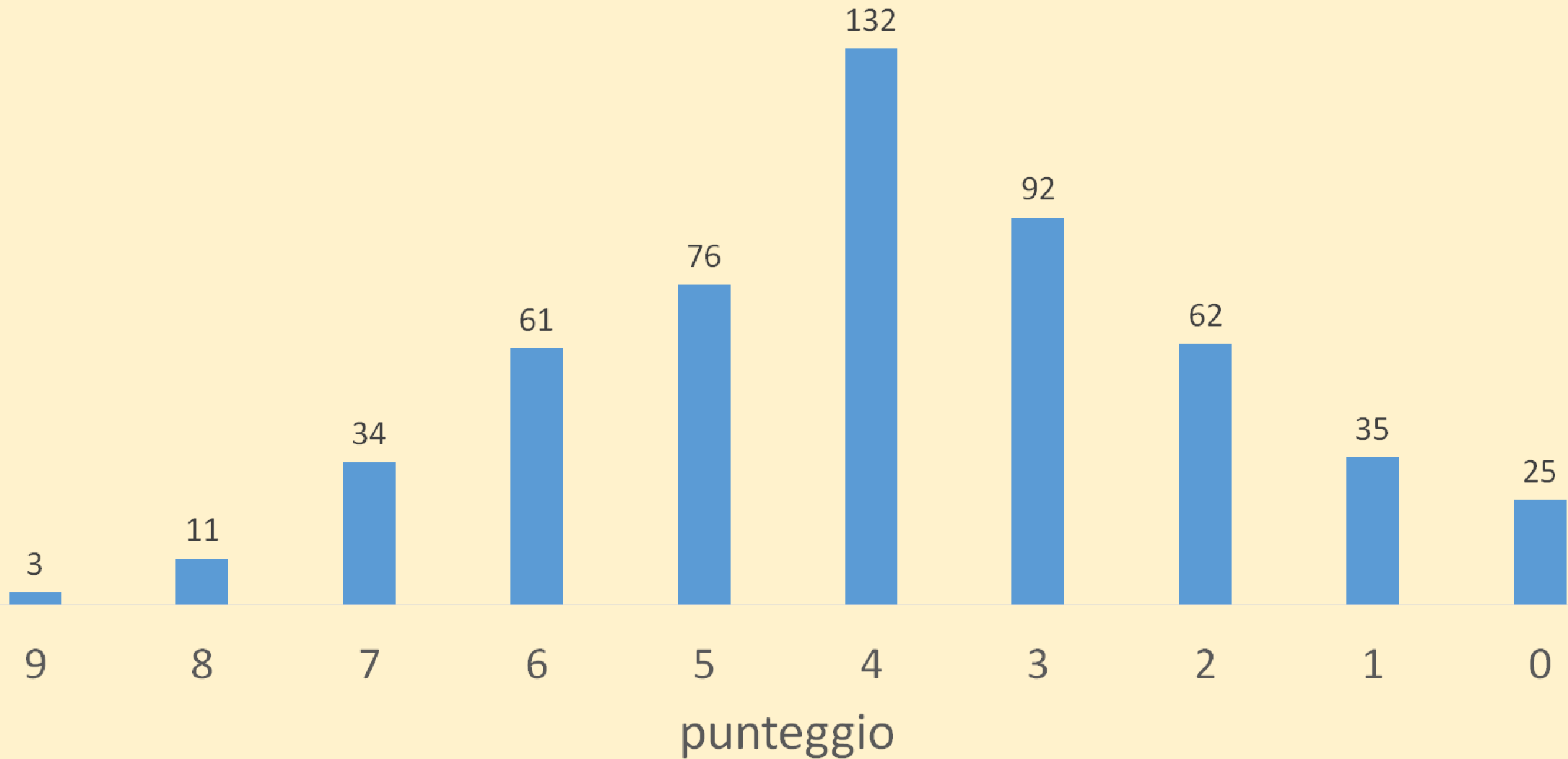


AFT 6 : TERAPIA FANP



AFT 6 : CHAD DS - VASC

pazienti



Audit clinico

- Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

BIETTIVI di CURA nei PAZIENTI con CRONICITA':

iglioramento del quadro clinico e stato
azionale

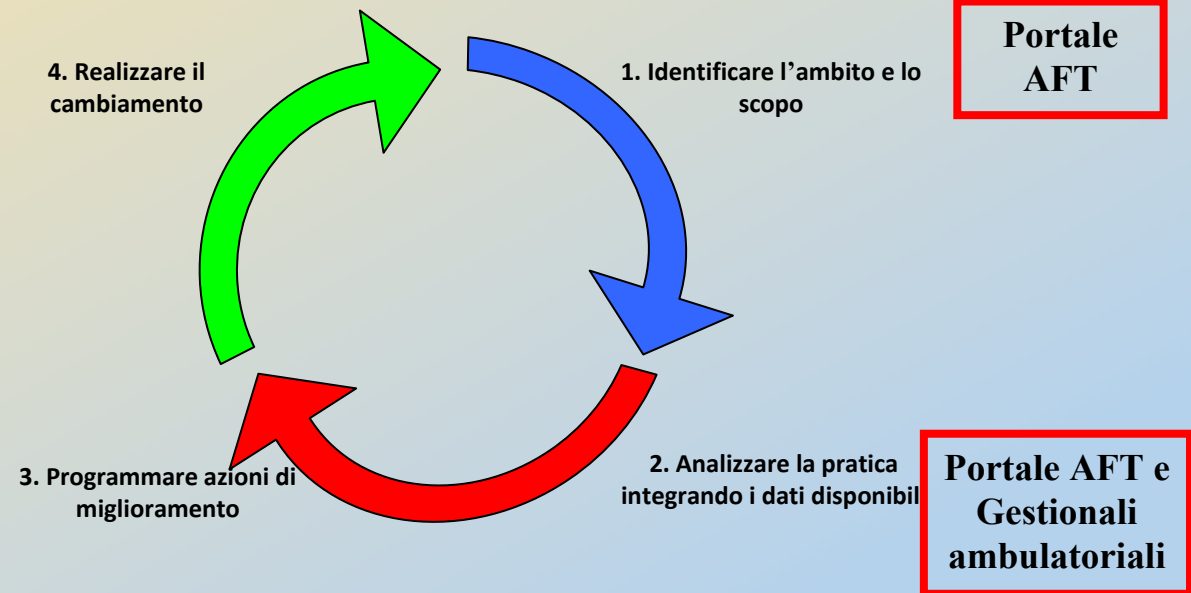
evenzione della disabilità.

iglioramento della qualità di vita.

evenendo e contenendo la disabilità.

arantendo la continuità assistenziale.

tegrando gli interventi sociosanitari.



Fibrillazione atriale non valvolare

Algoritmo identificazione

- **Soggetti in terapia con anticoagulanti**

- almeno due prescrizioni distanti >180 gg di anti Vitamina K o NAO (dabigatran, rivaroxaban, apixaban)

- **Senza precedenti ricoveri per:**

- Embolia polmonare e infarto polmonare - embolia venosa e trombosi dei vasi profondi degli arti inferiori - stenosi mitralica (diagnosi 1° o 2°), interventi sulle valvole e sui setti del cuore (procedura qualsiasi posizione)

*Algoritmo con alta specificità, potrebbe sottostimare i prevalenti
(es. chi non fa anticoagulante)*

Fibrillazione atriale non valvolare: indicatori

Indicatori di processo:

- % di soggetti in terapia con NAO
- % di soggetti in terapia con anti Vitamina K con almeno 12 INR annuali *
- % di soggetti in terapia con NAO che effettua almeno 2 creatininemie annuali

Indicatori di esito specifici:

- Tasso di ospedalizzazione per ictus ischemico
- Tasso di ospedalizzazione per ictus emorragico

** Può risultare 0 se l'esame viene eseguito presso l'ambulatorio del proprio MMG*

Fibrillazione atriale non valvolare: indicatori

- Indicatori di spesa specifici
 - Spesa per visita cardiologica
 - Spesa per farmaceutica specifica (anticoagulanti) erogazione diretta/indiretta
 - Spesa per diagnostica di laboratorio e strumentale specifica*

N.B. Inoltre son calcolati gli indicatori classici usati per la descrizione di tutte le coorti di prevalenti (mortalità, ospedalizzazione, spesa totale territoriale/ospedaliera, ecc)

* Contenuta nell'essenzione per patologia 0A02

Fibrillazione atriale non valvolare: indicatori

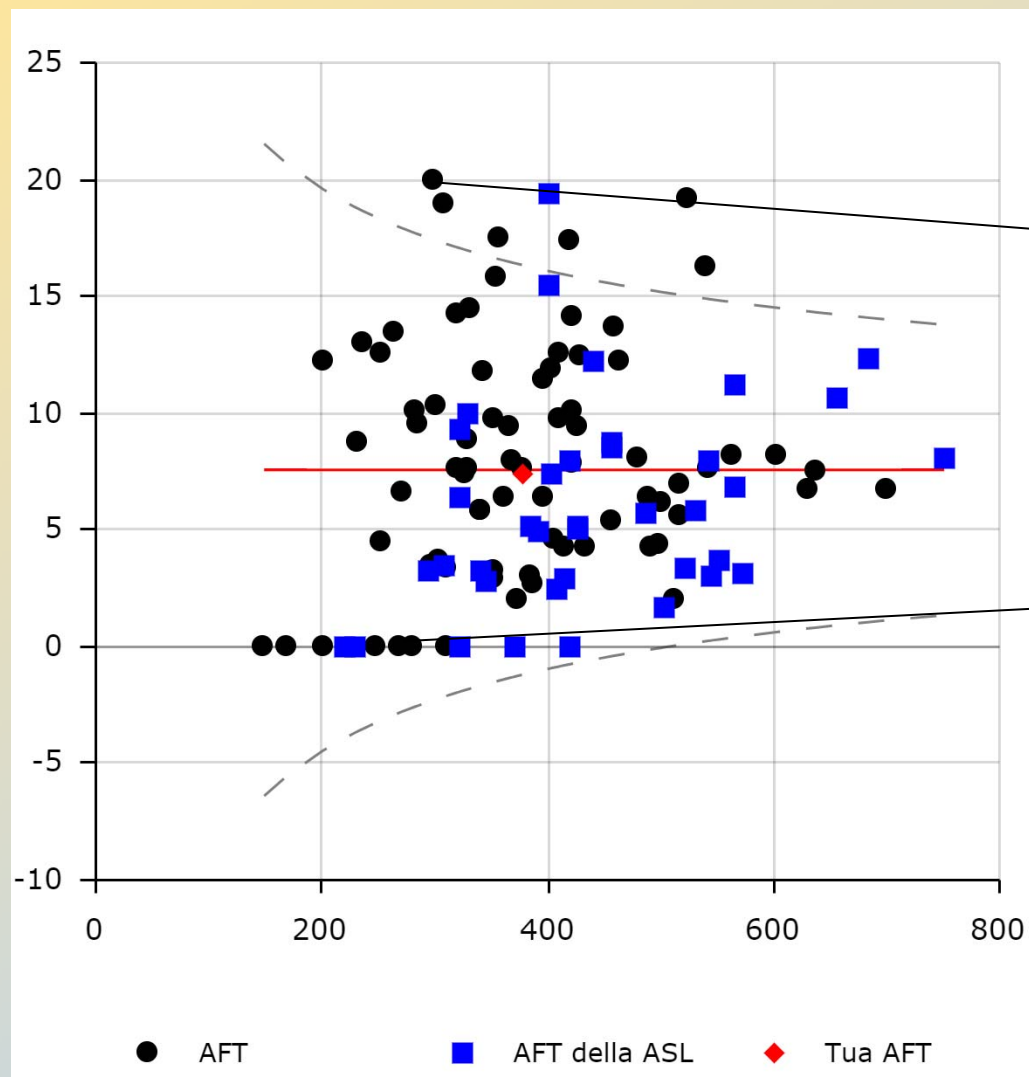
- Indicatori di spesa specifici
 - Spesa per visita cardiologica
 - Spesa per farmaceutica specifica (anticoagulanti) erogazione diretta/indiretta
 - Spesa per diagnostica di laboratorio e strumentale specifica*

N.B. Inoltre son calcolati gli indicatori classici usati per la descrizione di tutte le coorti di prevalenti (mortalità, ospedalizzazione, spesa totale territoriale/ospedaliera, ecc)

* Contenuta nell'essenzione per patologia 0A02

Tasso di ospedalizzazione per ictus ischemico

- Valori di AFT a livello regionale



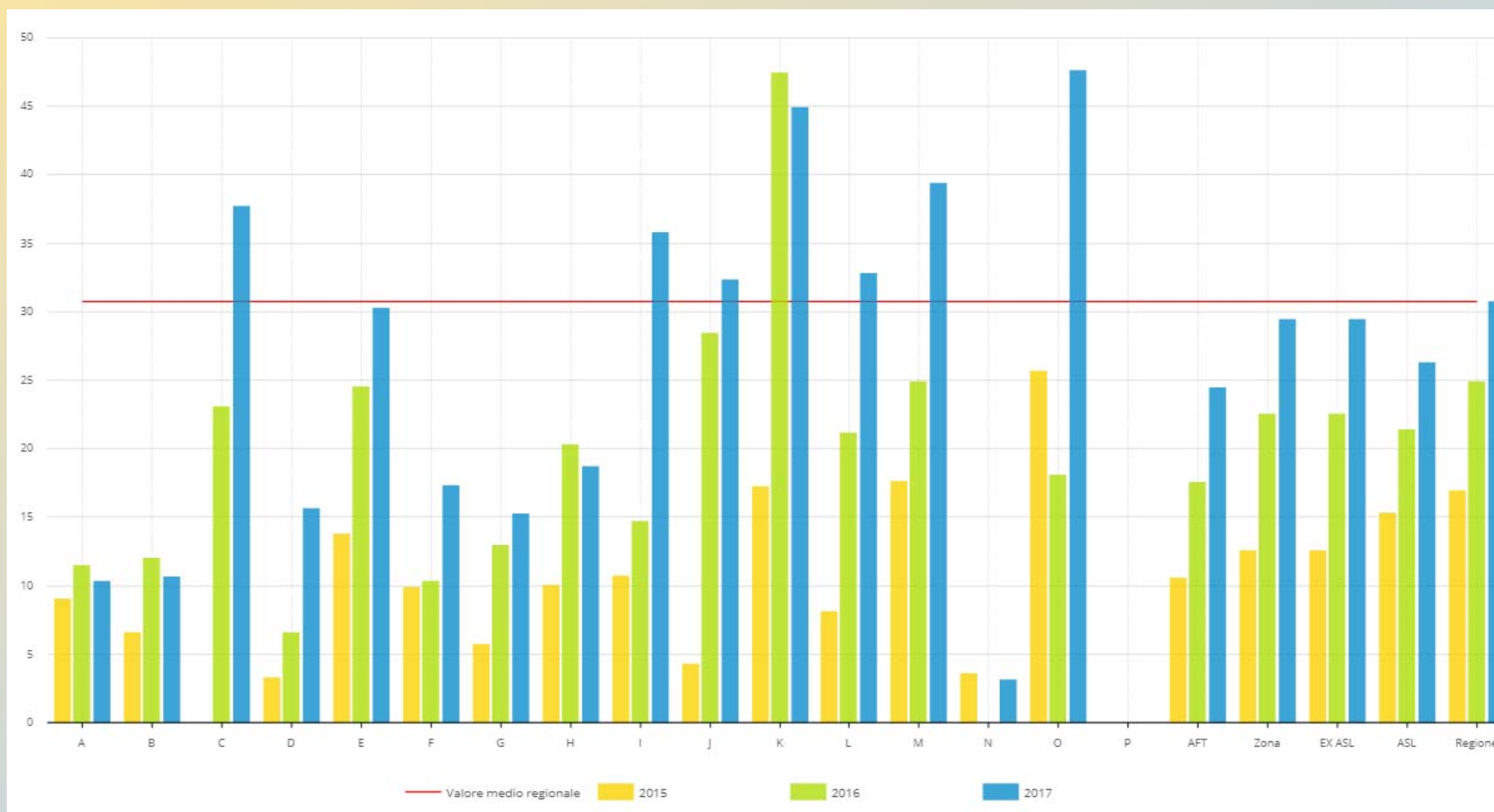
19/1000
assistiti

0/1000

Anno 2016
ASL Nord Ovest (in blu)
In rosso valore regionale

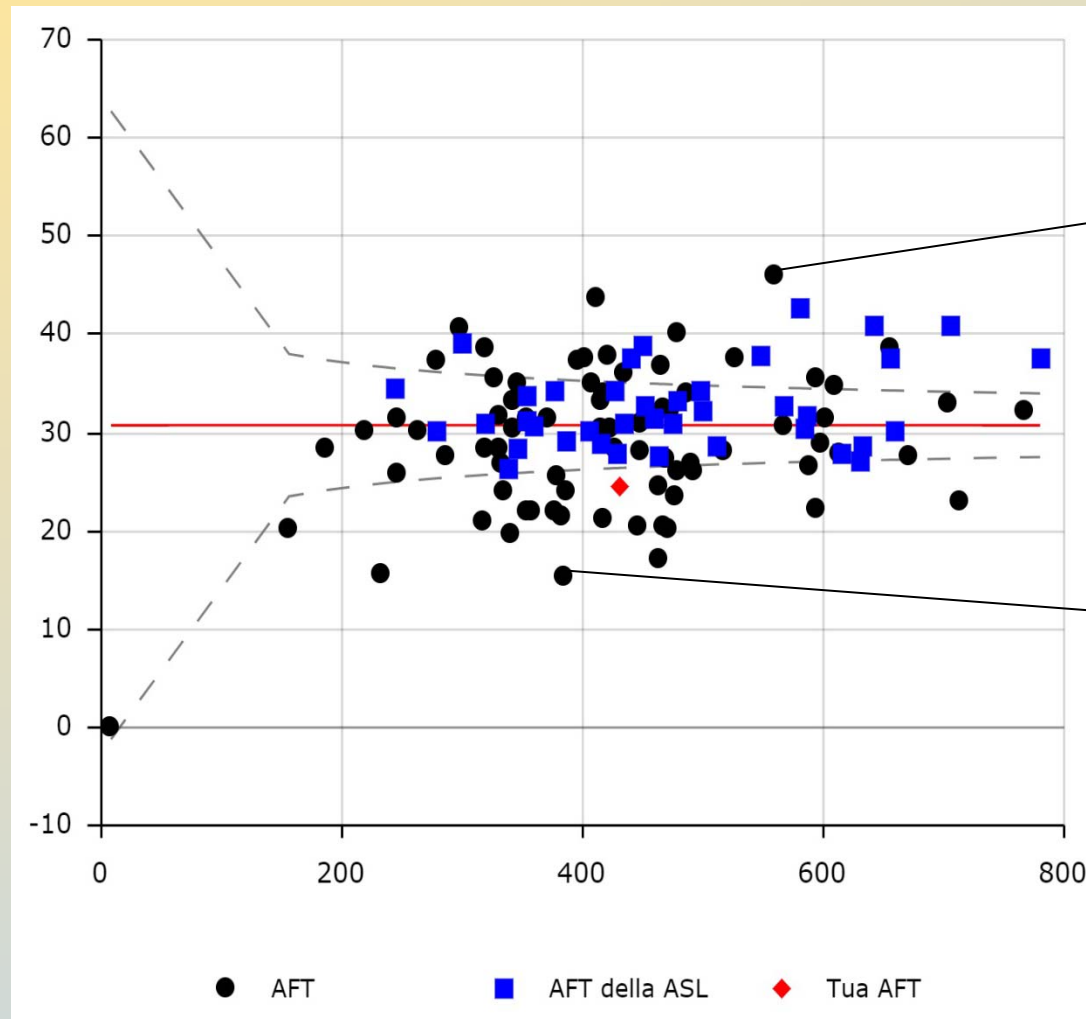
% di pazienti con FAnv in terapia con NAO

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **30.8%** nel 2017 (24.9% nel 2016, 16.9% nel 2015) in aumento
- ASL Nord Ovest: **26.3%** nel 2017 (21.4% nel 2016, 15.3% nel 2015) in aumento



% di pazienti con FAnv in terapia con NAO

- Valori di tutte le AFT regionali



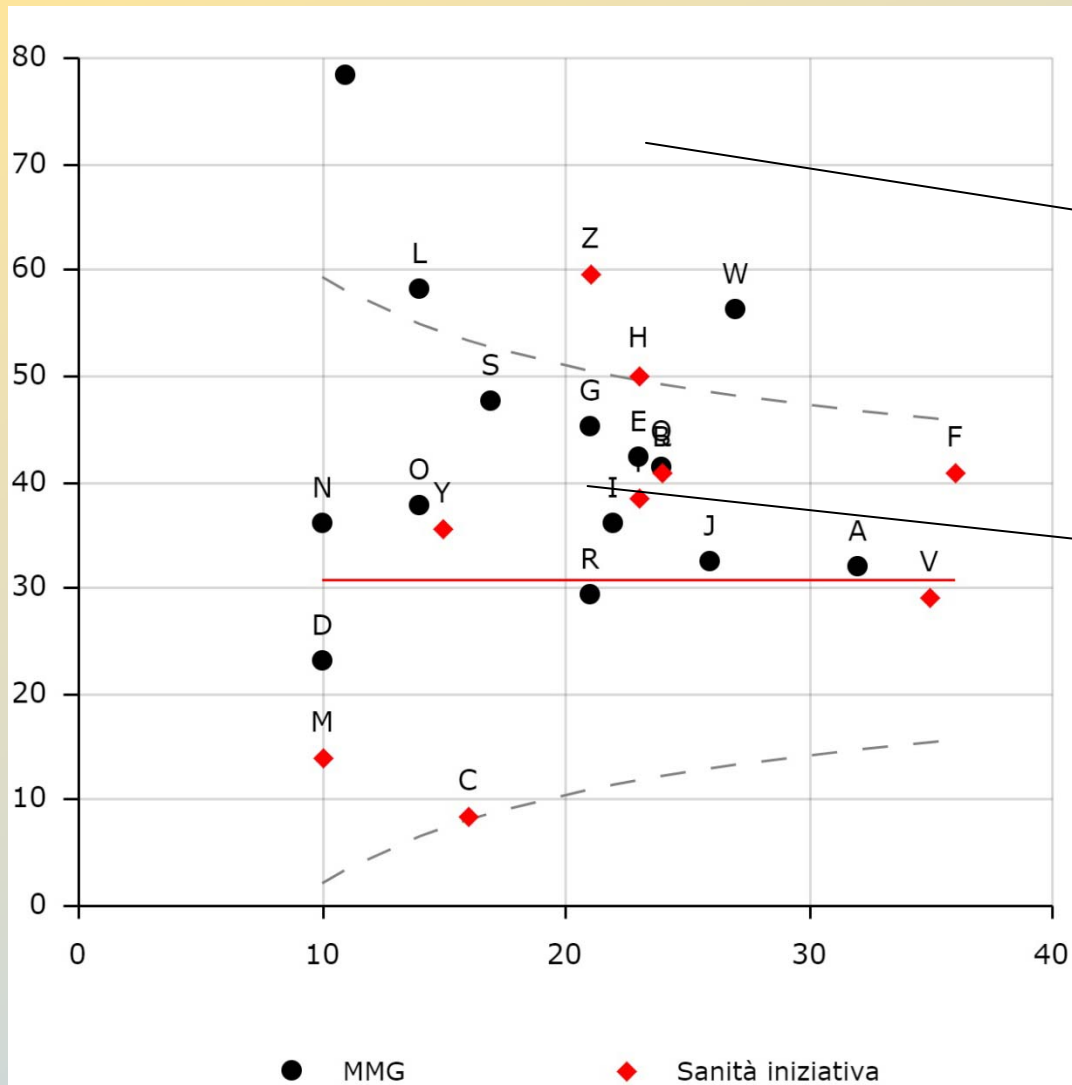
46.0 %

15.3 %

Anno 2017
ASL Nord Ovest (in blu)
In rosso valore regionale

% di pazienti con FAnv in terapia con NAO

Variabilità interna di una AFT in media col valore regionale



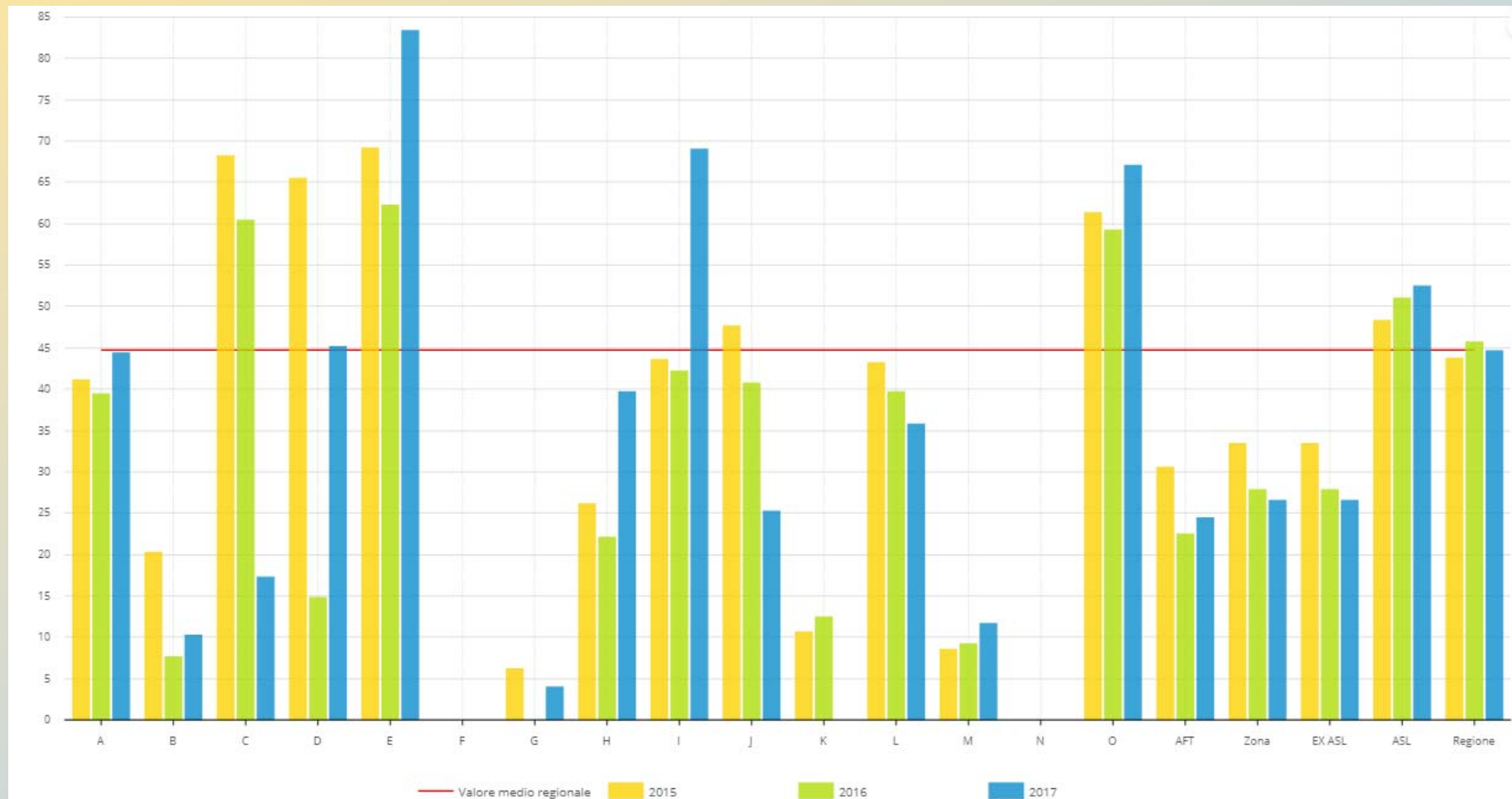
78.2 %

8.4 %

- Anno 2017
- In rosso la media dell'AFT

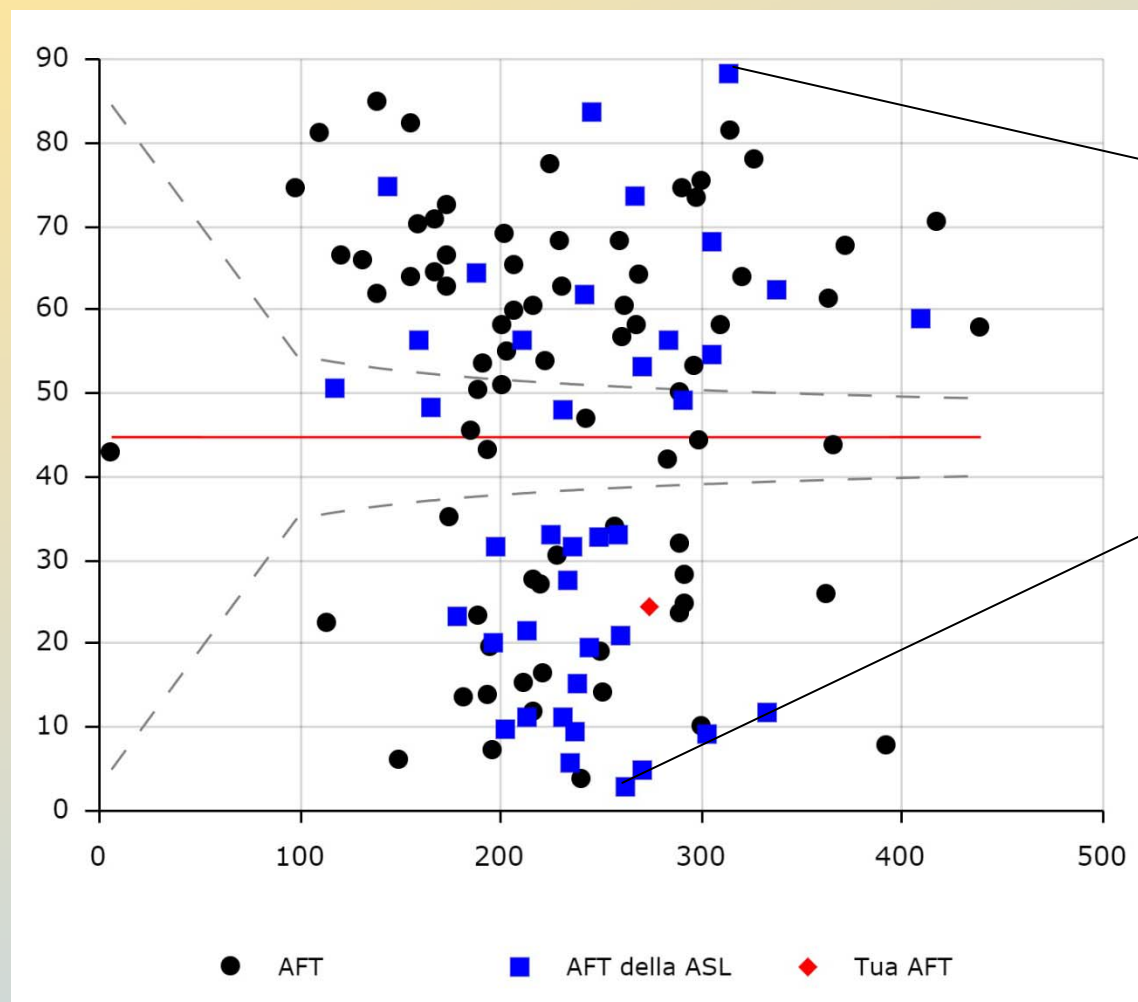
% di soggetti in terapia con anti Vitamina K con almeno 12 INR annuali

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **44.7%** nel 2017 (45.7% nel 2016, 43.8% nel 2015)
- ASL Nord Ovest: **52.6%** nel 2017 (51.1% nel 2016, 48.4% nel 2015)



% di soggetti in terapia con anti Vitamina K con almeno 12 INR annuali

- Valori di tutte le AFT regionali



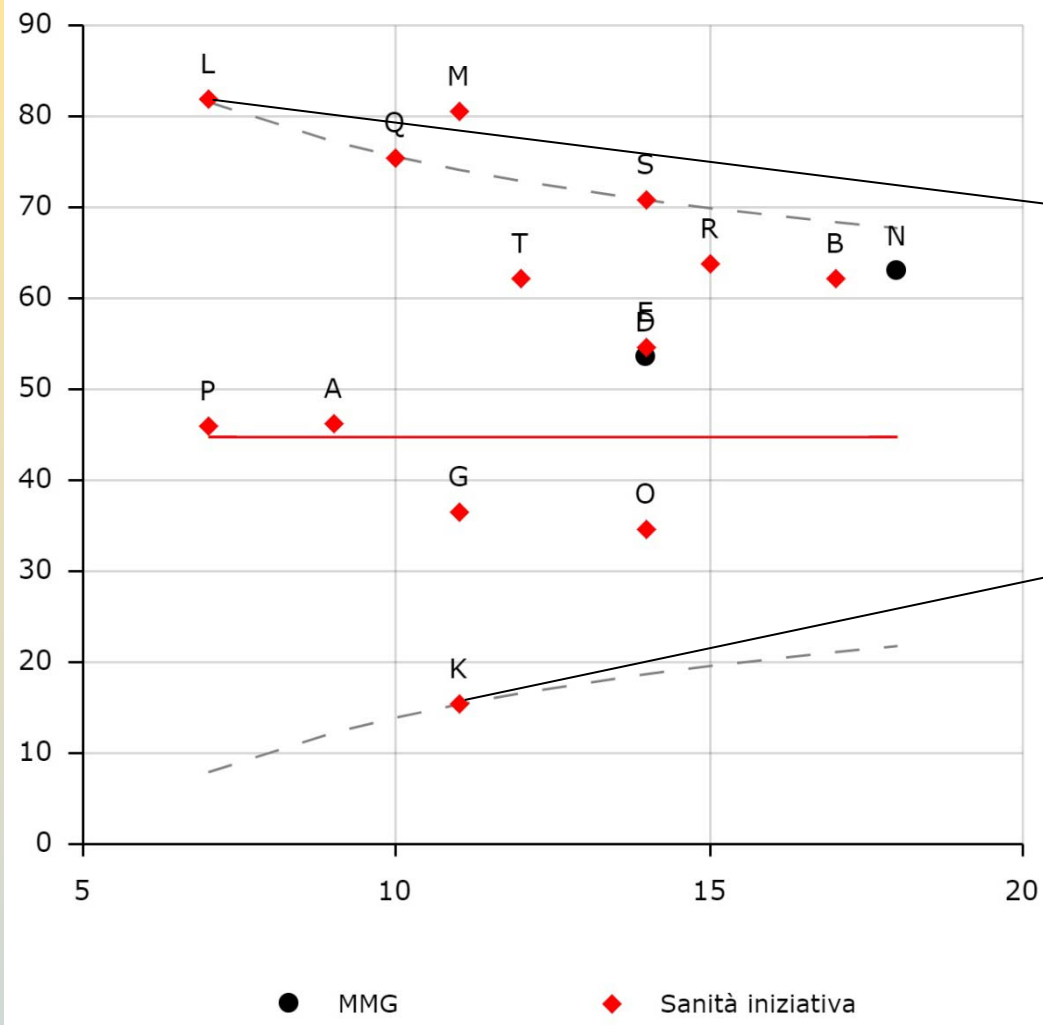
88.2%

2.7%

Anno 2017
ASL Nord Ovest (in blu)
In rosso valore regionale

% di soggetti in terapia con anti Vitamina K con almeno 12 INR annuali

Variabilità interna di una AFT in media col valore regionale



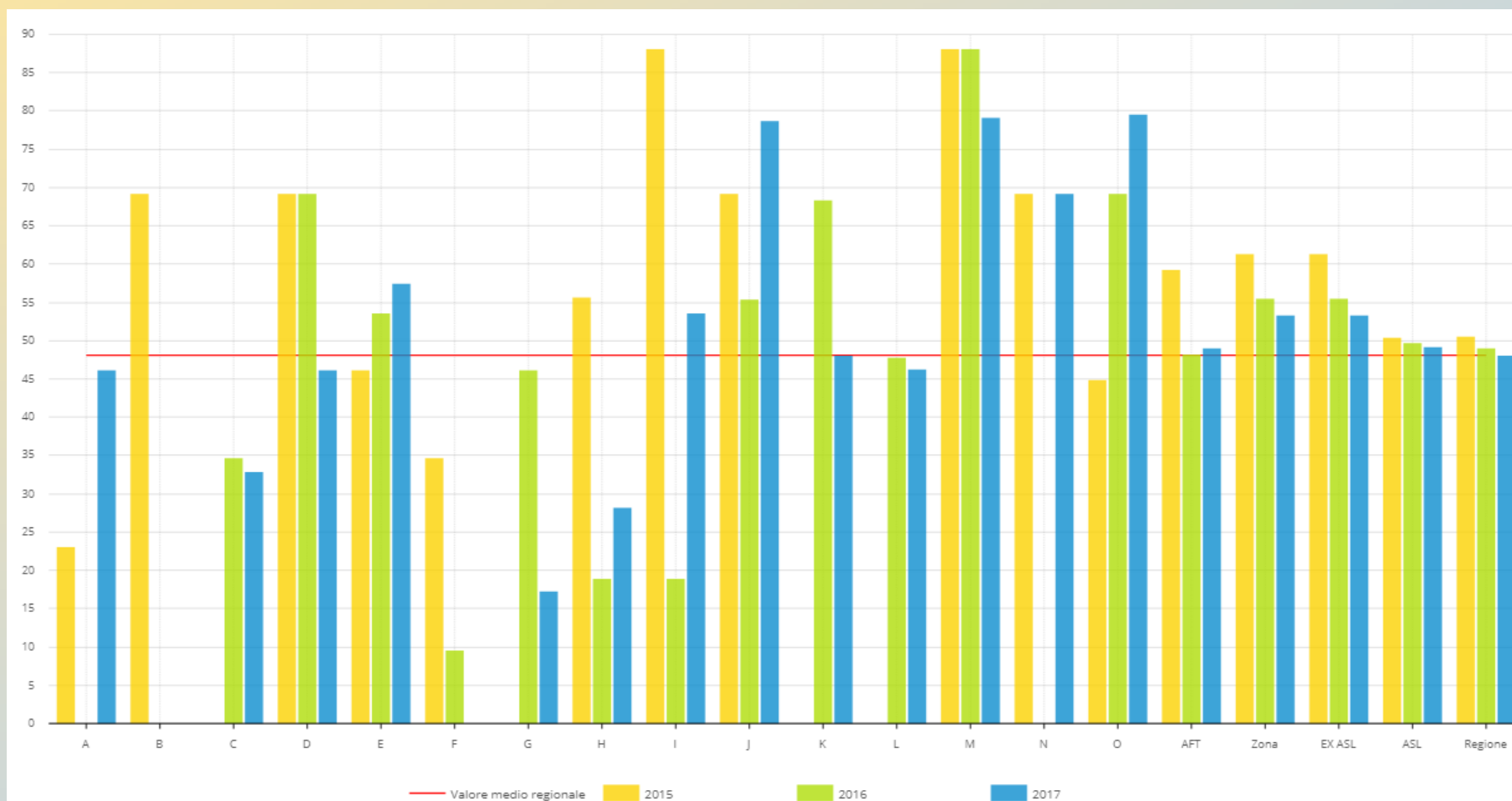
81.8%

15.3%

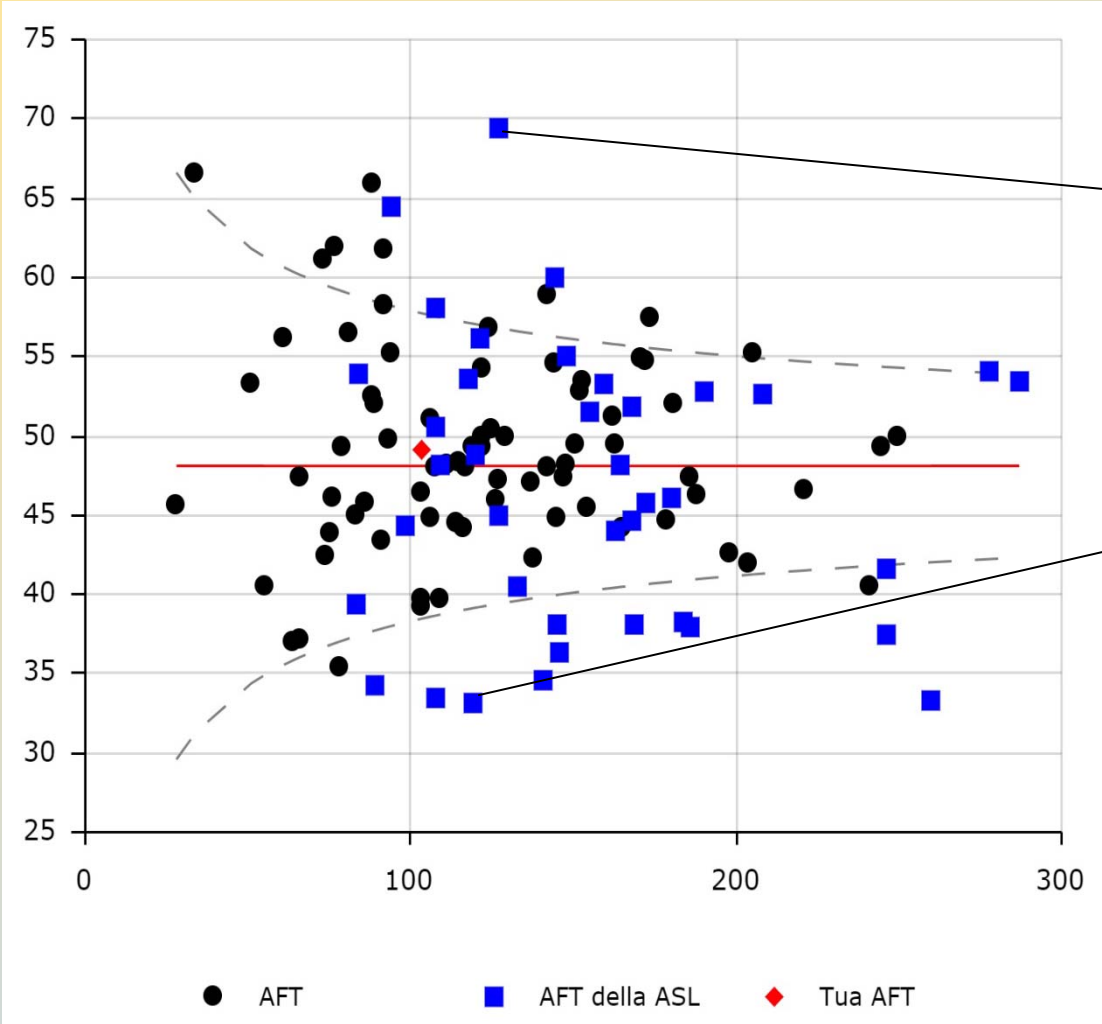
- Anno 2017
- In rosso la media dell'AFT

% di soggetti in terapia con NAO che effettua almeno 2 creatininemie annuali

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **48.1%** nel 2017 (49.0% nel 2016, 50.5% nel 2015)
- ASL Nord Ovest: **49.2%** nel 2017 (49.6% nel 2016, 50.4% nel 2015)



% di soggetti in terapia con NAO che effettua almeno 2 creatininemie annuali



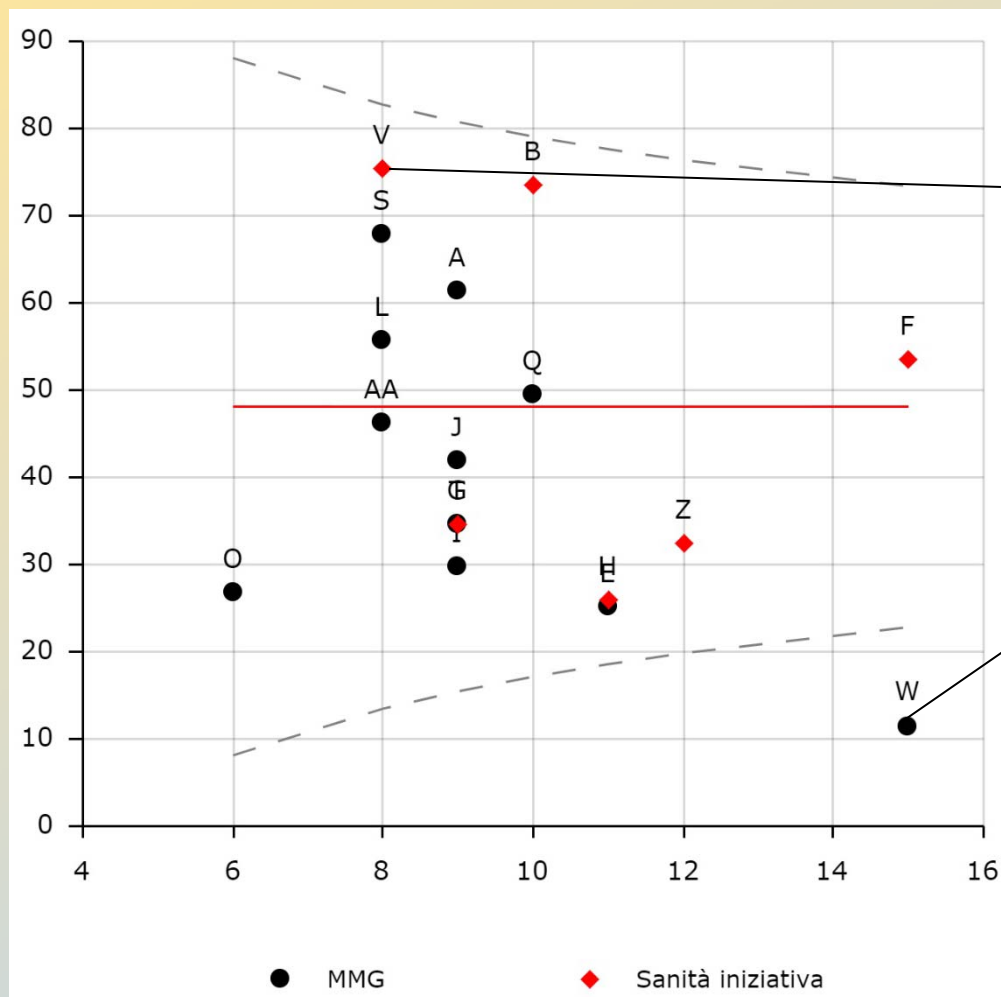
69.4 %

33.2 %

- Anno 2017
- In rosso la media dell'AFT

% di soggetti in terapia con NAO che effettua almeno 2 creatininemie annuali

Variabilità interna di una AFT in media col valore regionale



75.4 %

11.5 %

- Anno 2017
- In rosso la media dell'AFT

GRAZIE