- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

Risultati preliminari dello studio IN-ACS Outcome

(G Ital Cardiol 2008; 9 (Suppl 2-12): 74S-81S)

L'obiettivo dello studio IN-ACS è verificare l'outcome a breve e medio termine (30 giorni, 6 e 12 mesi) di una popolazione non selezionata di pazienti ricoverati in ospedali italiani per una sindrome coronarica acuta (SCA) e trattati secondo la normale pratica clinica dei singoli Centri partecipanti allo studio. Un sistema di raccolta standardizzata e la conseguente condivisione dei parametri indicatori di rischio permetterà di ottenere informazioni dettagliate sui percorsi organizzativi delle strutture e sull'aderenza alle linee guida nei singoli Centri e darà la possibilità di conoscere le eventuali differenze esistenti in termini di outcome fra pazienti ricoverati nelle strutture cardiologiche e di medicina generale, a diversa localizzazione geografica e livello tecnologico, il tutto tenendo conto del diverso profilo di rischio dei pazienti.

Considerando il quesito specifico del progetto Mattoni, anche per questa sperimentazione l'obiettivo prioritario è di verificare la possibilità di produrre indicatori di esito affidabili utilizzando i sistemi informativi correnti [in particolare le schede di dimissione ospedaliera (SDO)]. A tal fine, le condizioni necessarie a garantire validità allo studio sono a) che il numero di pazienti SCA arruolato sia sufficiente ad assicurare stabilità al modello statistico applicato e precisione delle stime (potenza) e b) che la popolazione SCA arruolata sia realmente "rappresentativa" della popolazione di tutte le SCA che si ricoverano nel territorio italiano.

Inoltre, le informazioni cliniche fornite dai Centri partecipanti sono impiegate per valutare quanto l'aggiunta di alcune selezionate variabili cliniche (ad esempio i livelli di troponina) migliori la capacità predittiva dei modelli statistici utilizzati per le procedure di *risk adjustment* e la validità delle stime prodotte.

La partecipazione allo studio IN-ACS è stata su base volontaria e 44 Centri (7 medicine interne, 4 cardiologie in ospedale senza unità di terapia intensiva coronarica e 33 cardiologie con unità di terapia intensiva coronarica) hanno aderito all'iniziativa. La raccolta dati è iniziata nel dicembre 2005 ed è proseguita fino all'inizio del 2007.

Secondo quanto stabilito nel protocollo dello studio IN-ACS Outcome, ogni Centro partecipante avrebbe dovuto arruolare tutti i pazienti con SCA che avessero transitato nel reparto coinvolto nello studio, per almeno 12 mesi consecutivi. Alla data 11 ottobre 2007, alla quale si riferisce questa prima analisi, solo poco più della metà dei Centri arruolati ha completato la raccolta ed anche la registrazione dello stato in vita a 30 giorni (outcome a breve termine) risulta per lo più incompleta.

Per gli obiettivi specifici del progetto Misura dell'Outcome, la numerosità raggiunta può già essere considerata sufficiente a garantire una potenza statistica soddisfacente. Per quanto riguarda il quesito relativo alla rappresentatività della popolazione arruolata, il confronto tra i contenuti delle SDO prodotte dal dicembre 2005 ad oggi nelle singole strutture partecipanti allo studio rispetto a quanto rilevato, nello stesso periodo, dal registro IN-ACS Outcome può rappresentare un utile sistema di validazione. Come già commentato prece-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

dentemente, l'analisi relativa al *record linkage* tra scheda clinica e SDO, e quindi alla copertura della rilevazione, è stata prodotta solo per quelle regioni rappresentate nel gruppo di lavoro del progetto Mattoni (Regione Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Sicilia), e per alcune isolate strutture ospedaliere che hanno scelto di collaborare allo studio inviando periodicamente i file SDO necessari alle specifiche analisi.

Dal momento che l'adesione allo studio ha riguardato i singoli reparti di Cardiologia o Medicina di ciascuna struttura ospedaliera invitata a partecipare, per questa analisi è stato necessario estrarre dalle SDO totali, selezionate secondo i criteri specifici dello studio (vedi "Istruzioni per l'estrazione delle SDO", pag. 72S), quelle relative a pazienti SCA che, durante il ricovero, erano realmente transitati nel reparto aderente allo studio IN-ACS Outcome.

In generale, tranne alcuni casi sporadici, la copertura del registro IN-ACS Outcome rispetto alle SDO del reparto non è particolarmente soddisfacente e, in media, si assesta intorno al 50%. Questo commento vale sia per le strutture analizzate singolarmente che a livello regionale.

Le motivazioni che potrebbero aver determinato questo risultato, e quindi il non arruolamento di tutti i pazienti SCA effettivamente transitati nel reparto coinvolto nello studio, devono essere ricercate principalmente nei "criteri di esclusione" previsti nel protocollo (rifiuto di dare il consenso informato, ricovero e diagnosi oltre le 48 h dall'ultimo episodio sintomatico, SCA verosimilmente determinata da comorbidità confondenti). Un'ulteriore selezione potrebbe, poi, essere avvenuta in fase di convalida di diagnosi da parte del Centro di Coordinamento, come previsto dal protocollo dello studio.

In ogni caso, la differenza tra la mortalità intraospedaliera da SDO e quella rilevata dal registro sembra indicare che, almeno per alcune strutture, l'arruolamento dei pazienti SCA sia stato non casuale. Un reperto di indubbio interesse relativo all'analisi SDO riguarda la minore mortalità intraospedaliera del reparto coinvolto nello studio rispetto alla mortalità intraospedaliera registrata nell'intera struttura. L'analisi per età e genere tra l'intera popolazione SCA e quella transitata nel reparto coinvolto nello studio IN-ACS Outcome rivela quanto esse siano diverse. Infatti, nel reparto in studio, si rileva una maggiore prevalenza di uomini e l'età media dei pazienti è nettamente inferiore rispetto all'età media dell'intera popolazione SCA.

Per quanto riguarda il confronto tra i dati regionali riferiti alle sole strutture partecipanti allo studio IN-ACS e i dati riferiti a tutte le strutture presenti in quella regione, nello stesso periodo di arruolamento dei pazienti IN-ACS in Lombardia, Emilia Romagna e Lazio, si osservano importanti differenze a carico della mortalità intraospedaliera che potrebbero indicare una sorta di selezione delle strutture partecipanti al registro e, nelle singole strutture partecipanti, dei pazienti effettivamente arruolati.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

GUIDA ALLA LETTURA DELLE TABELLE IN-ACS OUTCOME

BPAC	= bypass aortocoronarico
BPCO	= broncopneumopatia cronica ostruttiva
NSTEMI	= infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST
PCI	= angioplastica coronarica
PS	= Pronto Soccorso
SCA-NSTE	= sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST
SDO	= scheda di dimissione ospedaliera
STEMI	= infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST
TIA	= attacco ischemico transitorio
UA	= angina instabile
UTIC	= unità di terapia intensiva coronarica

Tabella 1. Per ciascuna struttura aderente al registro IN-ACS Outcome viene indicato il numero di pazienti arruolati e il periodo di arruolamento.

Tabella 2. Sono state considerate le SDO 2006 e, dove disponibili, le SDO del primo semestre 2007 della regione in esame. Gli intervalli temporali sono stati definiti in base alla data di dimissione struttura specifica del progetto IN-ACS Outcome. Per individuare l'episodio indice sono state escluse tutte le riospedalizzazioni avvenute entro 30 giorni dalla data del primo ricovero. Successivamente sono stati esclusi i falsi infarti (durata degenza = 0/1 giorno e dimessi a domicilio).
Il confronto tra la *mortalità* rilevata a livello regionale, nelle strutture partecipanti, nei reparti partecipanti e nelle schede registrate dallo studio clinico permette di valutare eventuali "bias" di selezione dei pazienti.
Percentuale di copertura è il rapporto tra il numero di schede cliniche di un reparto e il numero di SDO dello stesso reparto (in %). Questo valore permette di valutare la completezza della segnalazione delle procedure da parte dei reparti partecipanti.
Percentuale di link è il rapporto tra il numero di schede cliniche per le quali è stata individuata la SDO corrispondente e il totale delle schede cliniche registrate (in %). Questo valore permette di valutare l'accuratezza della compilazione del campo nosologico nelle schede cliniche.
Sono state utilizzate le chiavi di link struttura e nosologico.

Tabella 3. Per ciascuna struttura aderente al registro IN-ACS Outcome e per la quale erano disponibili le SDO viene indicato il numero di SDO totali reperite. Poiché non sempre tutti i reparti che trattano gli infarti all'interno della struttura partecipano al registro, viene riportato anche il numero di SDO dei reparti partecipanti.
Percentuale di copertura è il rapporto tra il numero di schede cliniche del reparto e il numero di SDO dello stesso reparto (in %). Questo valore permette di valutare la completezza della segnalazione delle procedure da parte dei reparti partecipanti.
Percentuale di link è il rapporto tra il numero di schede cliniche per le quali è stata individuata la SDO corrispondente e il totale delle schede cliniche registrate (in %). Questo valore permette di valutare l'accuratezza della compilazione del campo nosologico nelle schede cliniche.
Sono state utilizzate le chiavi di link struttura e nosologico.
Sono state considerate le SDO 2006 e, dove disponibili, le SDO del primo semestre 2007 della struttura in esame. Gli intervalli temporali sono stati definiti in base alla data di dimissione struttura specifica del progetto IN-ACS Outcome. Per individuare l'episodio indice sono state escluse tutte le riospedalizzazioni avvenute entro 30 giorni dalla data del primo ricovero. Successivamente sono stati esclusi i falsi infarti (durata degenza = 0/1 giorno e dimessi a domicilio).

Tabella 4. Distribuzione della popolazione IN-ACS Outcome suddivisa per tipo di diagnosi.
Per *STEMI* si intende il blocco di branca sinistra di nuova insorgenza oppure sopraslivellamento del tratto ST persistente in qualunque posizione.
Per *NSTEMI* si intende alterazioni enzimatiche e alterazioni del tratto ST (escluso sopraslivellamento del tratto ST persistente).
Per *UA* si intende dolore toracico in assenza di alterazioni enzimatiche e alterazioni del tratto ST.

Tabella 5. Distribuzione della popolazione IN-ACS Outcome per diagnosi e modalità di ammissione e dimissione.

Figura 1. Distribuzione della popolazione IN-ACS Outcome per diagnosi e procedura effettuata. I box relativi al BPAC rappresentano i pazienti STEMI, NSTEMI e UA sottoposti a BPAC.

Tabella 6. Distribuzione dei pazienti IN-ACS Outcome che hanno effettuato una PCI per diagnosi e tipologia di PCI.

Tabella 7. Numero di pazienti IN-ACS Outcome riperfusi e non riperfusi per tipo di diagnosi, tipo di riperfusione o motivo di non riperfusione.

Tabella 8. Viene riportata la mediana, il primo (Q1) e il terzo (Q3) quartile dei tempi di intervento su i pazienti IN-ACS Outcome che effettuano terapia riperfusiva.

Tabella 9. Tramite i valori percentuali per riga vengono confrontate le diagnosi iniziali con quelle finali.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

Tabella 1. Strutture aderenti allo studio IN-ACS Outcome.

Località	Struttura	Tipologia	Pazienti arruolati	Data primo arruolamento	Data ultimo arruolamento
Udine	A.O. S. Maria della Misericordia	Cardiologia con UTIC	109	12/06/2006	30/01/2007
Trieste	A.O.-Università Ospedali Riuniti	Cardiologia con UTIC	345	02/01/2006	28/02/2007
San Bonifacio (VR)	O.C. Zavarise Manani	Cardiologia senza UTIC	64	06/02/2006	02/01/2007
Camposampiero (PD)	O.C. Pietro Cosma	Cardiologia con UTIC	189	04/12/2005	02/12/2006
Saronno (VA)	P.O. di Saronno	Cardiologia con UTIC	31	23/08/2006	08/06/2007
Milano	Ospedale Niguarda	Cardiologia con UTIC	139	08/01/2006	18/12/2006
Chiari (BS)	O.C. Mellini	Cardiologia con UTIC	217	05/09/2006	04/09/2007
Vigevano (PV)	Ospedale Civile	Cardiologia con UTIC	31	16/02/2007	13/06/2007
Pieve di Coriano (MN)	Ospedali Destra Secchia	Cardiologia con UTIC	130	06/10/2006	05/09/2007
Moncalieri (TO)	Ospedale Santa Croce	Cardiologia con UTIC	204	17/01/2006	15/01/2007
Carmagnola (TO)	Ospedale San Lorenzo	Medicina	11	07/12/2006	06/06/2007
Cuneo	A.O. Santa Croce e Carle	Cardiologia con UTIC	376	31/12/2005	08/01/2007
Bra (CN)	Ospedale Santo Spirito	Medicina	58	07/03/2006	21/02/2007
Pietra Ligure (SV)	Ospedale Santa Corona	Cardiologia con UTIC	197	26/12/2005	23/12/2006
Genova-Sestri Ponente (GE)	P.O. Genova Ponente – ASL 3	Cardiologia con UTIC	37	13/12/2006	27/08/2007
Sarzana - Loc. S. Caterina (SP)	Ospedale San Bartolomeo	Cardiologia senza UTIC	103	26/02/2006	05/02/2007
Bazzano (BO)	Ospedale Dossetti	Medicina	4	02/08/2006	02/03/2007
Bentivoglio (BO)	Ospedale di Bentivoglio	Cardiologia con UTIC	272	01/02/2006	15/02/2007
Bologna	Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi	Cardiologia con UTIC	463	02/01/2006	29/01/2007
Sassuolo (MO)	Ospedale Civile	Cardiologia senza UTIC	9	10/08/2006	01/01/2007
Bagno a Ripoli (FI)	Ospedale Santa Maria Annunziata	Cardiologia con UTIC	3	08/10/2006	12/09/2007
Arezzo	Ospedale San Donato	Cardiologia con UTIC	398	30/12/2005	18/12/2006
Città di Castello (PG)	Ospedale Alta Valle del Tevere	Cardiologia con UTIC	140	26/07/2006	23/07/2007
Foligno (PG)	Nuovo Ospedale San Giovanni Battista	Cardiologia con UTIC	114	23/10/2006	21/09/2007
Loreto (AN)	Ospedale S. Casa	Medicina	9	06/12/2006	01/07/2007
Roma	Ospedale San Giovanni	Cardiologia con UTIC	423	16/01/2006	14/01/2007
Roma	Ospedale Santo Spirito	Cardiologia con UTIC	156	03/02/2006	31/01/2007
Roma	C.T.O.	Cardiologia senza UTIC	9	22/03/2006	03/04/2006
Roma	Policlinico Casilino	Cardiologia con UTIC	87	01/02/2006	20/12/2006
Bracciano (RM)	Ospedale Civile	Medicina	14	09/05/2006	16/01/2007
Penne (PE)	O.C. San Massimo	Cardiologia con UTIC	74	02/12/2005	13/11/2006
Agnone (IS)	Ospedale Civile	Medicina	11	08/05/2006	09/02/2007
Piedimonte Matese (CE)	O.C. Ave Gratia Plena	Cardiologia con UTIC	11	06/11/2006	22/12/2006
Napoli	Ospedale Incurabili	Medicina	14	22/02/2007	07/09/2007
Giugliano in Campania (NA)	Ospedale Generale di Zona	Cardiologia con UTIC	250	15/03/2006	13/03/2007
Avellino	A.O. Giuseppe Moscati	Cardiologia con UTIC	197	28/07/2006	18/07/2007
Bari	Ospedale San Paolo	Cardiologia con UTIC	187	10/01/2006	29/12/2006
Francavilla Fontana (BR)	O.C. Dario Camberlingo	Cardiologia con UTIC	33	30/03/2006	11/01/2007
Casarano (LE)	P.O. F. Ferrari	Cardiologia con UTIC	44	11/02/2007	24/09/2007
Scorrano (LE)	Ospedale Ignazio Veris Delli Ponti	Cardiologia con UTIC	2	09/02/2007	19/02/2007
Mazara del Vallo (TP)	Ospedale A. Ajello	Cardiologia con UTIC	19	20/08/2006	24/10/2006
Pedara (CT)	Centro Cuore Morgagni	Cardiologia con UTIC	80	05/12/2006	26/04/2007
Oristano	Ospedale San Martino	Cardiologia con UTIC	170	09/01/2006	04/01/2007
Totale		*43*	*5434*		

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

Tabella 2. Confronto database SDO–database studio IN-ACS Outcome: mortalità e percentuale di copertura e di link per regione.

Regione	SDO 2006-2007 totali		SDO 2006-2007 strutture partecipanti		SDO 2006-2007 reparti partecipanti		Registro IN-ACS		Copertura IN-ACS–SDO reparto (%)	Link IN-ACS–SDO (%)
	N.	Decessi (%)	N.	Decessi (%)	N.	Decessi (%)	N.	Decessi (%)		
Friuli Venezia Giulia	3761	6.2	1578	5.4	1088	2.0	454	2.4	41.7	63.2
Lombardia	46 225	6.0	1838	5.8	1382	5.0	548	3.1	39.7	97.3
Emilia Romagna	15 119	7.1	1089	5.7	963	3.5	748	2.7	77.7	92.9
Lazio	19 058	7.3	1599	7.3	1471	5.6	689	4.4	46.8	94.9
Campania	11 407	2.3	626	1.6	613	1.1	320	0.9	52.2	95.3
Sicilia	6244	2.5	40	2.5	37	2.7	34	2.9	91.9	73.5

Tabella 3. Confronto database SDO–database studio IN-ACS Outcome: percentuale di copertura e di link per struttura.

Struttura	SDO 2006-2007 totali	SDO 2006-2007 reparti partecipanti	Studio IN-ACS	Copertura IN-ACS–SDO	Link IN-ACS–SDO		Giorni di attività
	N.	N.	N.	(%)	N.	%	
060022	1261	917	345	27.4	231	67.0	421
060001	498	315	109	21.9	56	51.4	230
030008	260	207	31	11.9	31	100.0	288
030154	384	377	217	56.5	213	98.2	364
030193	150	147	31	20.7	30	96.8	117
030293	199	176	130	65.3	124	95.4	334
030049	824	460	139	16.9	135	97.1	344
080039	23	23	4	17.4	3	75.0	138
080049	379	329	272	71.8	240	88.2	333
080053	615	546	463	75.3	446	96.3	363
080035	67	61	9	13.4	6	66.7	141
120026	393	356	156	39.7	136	87.2	362
120058	6	6	9	150.0	4	44.4	12
120059	46	33	14	30.4	12	85.7	249
120165	379	361	87	23.0	82	94.3	322
120025	555	515	423	76.2	420	99.3	362
150008	22	22	10	45.5	9	90.0	43
150058	348	338	228	65.5	221	96.9	286
150137	258	255	82	31.8	75	91.5	155
190105	22	21	19	86.4	13	68.4	65
190724	14	13	15	100.0	12	80.0	25
090096	563	563	395	70.2	383	97.0	353
160039	173	173	33	19.1	26	78.8	287
010028	266	266	204	76.7	190	93.1	359
050008	210	170	64	30.5	62	96.9	330
160004	314	300	184	58.6	179	97.3	351

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

Tabella 4. Caratteristiche della popolazione arruolata dallo studio IN-ACS Outcome per tipo di diagnosi iniziale.

	Totale (n=5434)	STEMI (n=2312)	NSTEMI (n=2304)	UA (n=818)
Caratteristiche basali				
Età (anni, media±DS)	67 ± 13	66 ± 13	69 ± 13	67 ± 12
Genere (F)	30.5	29.4	32.6	27.6
Scolarità				
Nessuna	1.2	1.0	1.6	0.9
Elementare	19.8	16.4	23.0	20.4
Media	12.4	12.5	12.1	12.8
Scuola professionale	1.6	1.7	1.3	2.1
Licenza superiore	6.9	7.0	6.9	6.6
Laurea	2.9	3.4	2.6	2.8
Non noto	55.2	58.0	52.6	54.4
Classe Killip				
1	82.9	82.1	80.1	93.0
2	10.6	10.2	13.1	4.9
3-4	6.5	7.7	6.8	2.1
Fattori di rischio/comorbidità				
Fumatore attivo	29.0	36.2	24.7	21.1
Dislipidemia	42.9	37.5	43.9	55.6
Diabete mellito	25.7	21.6	29.3	27.1
Trattato con insulina	6.2	4.0	7.9	7.6
Solo controllo dietetico	4.4	4.6	4.1	4.9
Antidiabetici orali	15.1	13.0	17.2	14.7
Ipertensione trattata	55.2	45.9	61.5	63.4
Familiarità	23.1	24.2	21.4	24.6
BPCO	9.1	7.3	11.8	6.6
Insufficienza renale cronica	8.1	4.7	11.3	8.7
Storia clinica cardiovascolare				
Pregressa angina	19.8	10.9	21.1	41.4
Pregresso infarto	21.1	12.7	25.2	33.6
Pregresso bypass	6.4	2.5	8.2	12.5
Pregressa PCI	12.7	8.3	11.5	29.0
Storia di scompenso	3.6	1.4	5.6	4.2
Pregresso ictus/TIA	6.4	5.5	7.6	5.1
Vasculopatia periferica	12.2	7.3	15.4	16.9

I valori sono espressi in percentuale, salvo diversamente indicato.

Tabella 5. Modalità di ammissione e di dimissione della popolazione arruolata dal registro IN-ACS Outcome.

	Totale (n=5434)	STEMI (n=2312)	NSTEMI (n=2304)	UA (n=818)
Modalità di ammissione				
Da altro ospedale	15.8	20.5	13.4	9.0
Da altro reparto dello stesso ospedale (compreso PS)	19.3	17.7	20.4	20.8
Dal domicilio	64.3	61.6	65.4	68.9
Non nota	0.6	0.2	0.8	1.2
Modalità di dimissione				
Deceduto	3.0	4.9	2.0	0.1
Dimesso in condizioni terminali	0.2	0.3	0.0	0.0
Domicilio	77.2	77.6	76.6	78.6
Servizio assistenziale domiciliare o residenza assistita	1.6	1.8	1.7	1.2
Trasferito a reparto intensivo di altro ospedale	8.5	7.2	8.9	10.9
Trasferito a reparto non intensivo di altro ospedale	9.3	8.0	10.8	8.9
Non nota	0.2	0.3	0.0	0.2

I valori sono espressi in percentuale.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

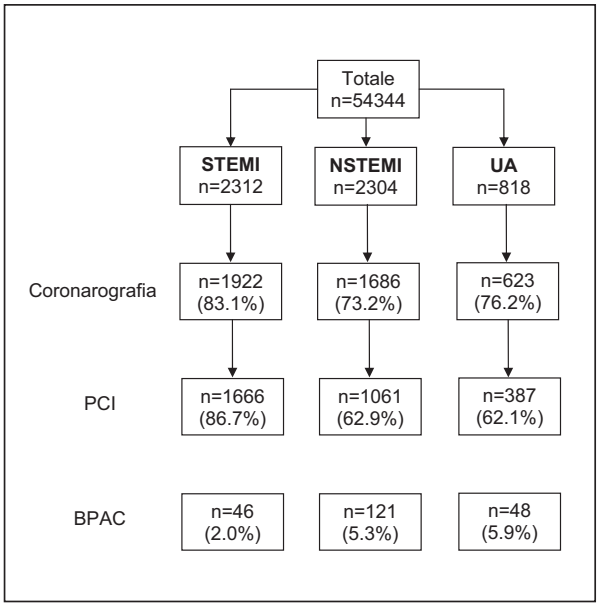

Figura 1. *Distribuzione della popolazione IN-ACS Outcome per diagnosi iniziale e tipo di procedure effettuate.*

Tabella 6. Tipo di PCI per diagnosi iniziale.

Tipo PCI	Totale (n=3114)	STEMI (n=1666)	NSTEMI (n=1061)	UA (n=387)
Primaria	35.9	63.6	4.0	4.7
Rescue	6.1	11.2	0.2	0.0
Facilitata	1.0	1.8	0.1	0.0
SCA-NSTE	42.6	4.0	88.1	84.2
Altro	14.4	19.4	7.6	11.1

I valori sono espressi in percentuale.

Tabella 7. Numero di pazienti IN-ACS riperfusi e non riperfusi per tipo di diagnosi, tipo di riperfusione o motivo di non riperfusione.

	Totale (n=3114)	STEMI (n=1666)	NSTEMI (n=1061)	UA (n=387)
Pazienti riperfusi	3334	1876	1068	390
PCI	3114	1666	1061	387
Trombolisi	609	586	19	4
Pazienti non riperfusi	2100	436	1236	428
Motivi				
Controindicazioni	552	6	7	1
Età del paziente	14	8	6	0
No ST↑	14	84	1340	485
Ritardo	1909	129	30	4
Altro	163	201	241	110
Non noto	7	2	3	2

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.110.119 Mon, 29 Apr 2024, 02:48:46

Tabella 8. Descrizione dei tempi di intervento per pazienti riperfusi.

	STEMI	NSTEMI	UA
Totale pazienti	n=2312	n=2304	n=818
Terapia riperfusiva (trombolisi o PCI) (%)	81.1	46.4	47.7
Trombolisi (%)	25.3	0.8	0.5
Ritardo preospedaliero (min)			
Mediana	120	140	138
Q1 (25%)-Q3 (75%)	65-260	73-356	69-420
Totale pazienti sottoposti a trombolisi	n=586	n=19	n=4
Door-to-needle (min)			
Mediana	30	30	29
Q1 (25%)-Q3 (75%)	19-45	23-110	15-42
Totale pazienti sottoposti a PCI	n=1666	n=1061	n=387
Door to balloon (min)			
Mediana	147	2846	2971
Q1 (25%)-Q3 (75%)	76-742	1414-5603	1581-5370

Tabella 9. Diagnosi iniziale e diagnosi finale a confronto.

Diagnosi iniziale	Diagnosi finale		
	STEMI	NSTEMI	UA
STEMI	92.2	6.3	1.4
NSTEMI	14.4	74.1	11.5
UA	9.0	47.2	43.8

I valori sono espressi in percentuale.