ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari

Protocollo dello studio

Marco Ferrario (a), Simona Giampaoli (b),
Federico Vancheri (c), Diego Vanuzzo (d)
(a) Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi Milano "Bicocca", Monza
(b) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta
(d) Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine

ISSN 1123-3117
Rapporti ISTISAN
01/8

Istituto Superiore di Sanità
Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Protocollo dello studio.
Marco Ferrario, Simona Giampaoli, Federico Vancheri, Diego Vanuzzo
2001, iv, 89 p. Rapporti ISTISAN 01/8

Il registro nazionale delle malattie cardiovascolari è un sistema di sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età. Ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi coronarici e cerebrovascolari acuti in sette aree geografiche definite e rappresentative del paese, in particolare i tassi di incidenza, di attacco, di letalità per gli eventi coronarici e cerebrovascolari nonché le frequenze di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta. La metodologia adottata deriva dall'esperienza del Progetto MONICA – MONItoring of CArdiovascular disease – studio di sorveglianza che si è realizzato in 37 popolazioni di 21 paesi per 10 anni; si basa sull'utilizzo di due fonti di informazione, i certificati di morte e le diagnosi di dimissione ospedaliera. Dall'appaiamento di questi dati e attraverso il controllo della durata della degenza è possibile identificare gli eventi sospetti; un sottocampione di questi vengono validati attraverso l'applicazione dei criteri diagnostici del Progetto MONICA per stimare i coefficienti di concordanza diagnostica specifici per area. Vengono qui riportati i modelli per la raccolta delle informazioni relative agli eventi, le metodologie per la validazione degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, le metodologie per la raccolta delle procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta, nonché alcuni suggerimenti per la raccolta delle informazioni nei casi più complessi.
Parole chiave: Eventi coronarici, Eventi cerebrovascolari, Sorveglianza, Registro, Epidemiologia

Istituto Superiore di Sanità
Register for acute coronary and cerebrovascular events. Study protocol.
Marco Ferrario, Simona Giampaoli, Federico Vancheri, Diego Vanuzzo
2001, iv, 89 p. Rapporti ISTISAN 01/8 (in Italian)

The national register of cardiovascular diseases is a surveillance system of coronary and cerebrovascular events, fatal and non-fatal, for the general population aged 35-74 years. It aims to estimate coronary and cerebrovascular acute events in seven selected and representative geographic areas of the country, particularly: incidence, attack and fatality rates for coronary and cerebrovascular events, as well as frequency of use of diagnostic and therapeutic procedures in acute and post-acute events. The adopted methodology derives from the experience of the MONICA Project – MONItoring of CArdiovascular disease – a surveillance study carried out in 37 populations of 21 countries during 10 years. The project uses two information sources: the death certificates and the hospital discharge diagnoses. By matching these data and by taking into account the length of stay in hospital it is possible to identify the suspected events. Then, a sub-sample of these is validated by the application of the diagnostic criteria suggested by the MONICA Project to estimate the specific coefficients of diagnostic concordance by area. The paper reports models for collecting the information relative to the coronary and cerebrovascular events, the methodologies for the validation of the events (fatal and non-fatal), the methodologies for assembling the diagnostic and therapeutic procedures related to acute and post-acute events, as well as some suggestions for collecting the information in more complex cases.
Key words: Coronary events, Cerebrovascular events, Surveillance, Register, Epidemiology

Ricerca finanziata dal Ministero della Sanità, nell'ambito delle iniziative: 'Il Progetto CUORE – epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore' e 'Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori: proposta per la messa a punto di un sistema nazionale di sorveglianza'.

Si ringraziano per l'*editing* Luigi Palmieri e Paola Corridi.

Il rapporto è disponibile online nel sito di questo Istituto: www.iss.it.

© Istituto Superiore di Sanità 2001

Referenti scientifici del progetto

Federico VANCHERI	Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta
Marco FERRARIO	Dipartimento Di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza
Simona GIAMPAOLI	Istituto Superiore di Sanità, Roma
Diego VANUZZO	Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine
Gian Carlo CESANA	Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza
Andrea SIMONETTI	Servizio Epidemiologia e Prevenzione ASL NA1, Napoli
Massimo UGUCCIONI	Ospedale Centro Traumatologico Ortopedico A. Alesini, Roma
Carlo GOLDONI	Servizio Igiene Pubblica Distretto 3 ASL Modena, Modena
Eva BUIATTI	Unità Operativa Epidemiologia ASL Firenze, Firenze
Paolo SPOLAORE	Ospedale San Bortolo, Vicenza.

Composizione del Gruppo di Ricerca

Unità di Coordinamento (UCO) – Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta
- Federico Vancheri
- Maurizio Alletto
- Marco Arnone

Unità di Gestione Dati (UGD) – Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza
- Marco Ferrario
- Lauretta Bolognesi
- Paolo Chiodini
- Simone Sarman
- Gian Carlo Cesana

Unità di Standardizzazione (US) – Istituto Superiore di Sanità, Roma
- Simona Giampaoli
- Luigi Palmieri
- Francesco Dima
- Cinzia Lo Noce

Unità Collaborante (UC) Brianza – Unità Didattico-Assistenziale per la Medicina del Lavoro, Azienda Ospedaliera Ospedale San Gerardo, Monza
- Gian Carlo Cesana
- Marco Ferrario
- Lauretta Bolognesi
- Roberto Vercellino

UC Friuli-Venezia Giulia – Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine
- Diego Vanuzzo

UC Napoli – Servizio Epidemiologico e Prevenzione ASL NA1, Napoli
Andrea Simonetti
Marina Di Gennaro
Alba Biagino

UC Roma – Ospedale Centro Traumatologico-Ortopedico (CTO) A. Alesini, Roma
Massimo Uguccioni
Giovanna Giovannozzi
Massimo Arcà
Nerina Agabiti
Carla Ancona

UC Firenze – Unità Operativa Epidemiologia ASL Firenze, Firenze
Eva Buiatti
Alessandro Barchielli
Daniela Balzi
Paola Naldoni
Cecilia Melani
Simone Bartolacci

UC Modena– Servizio Igiene Pubblica Distretto 3 ASL Modena, Modena
Carlo Alberto Goldoni
Giuliano Carrozzi
Alessandra Schiavi

UC Veneto – Ospedale San Bortolo, Vicenza
Paolo Spolaore
Mariapiera Vettori
Francesco Avossa
Roberto Gnesotto
Luigi Lusiani

INDICE

1. Introduzione 1

2. Obiettivi 4

3. Disegno dello studio 5

4. Metodi di indagine 7

4.1. Popolazioni 7
4.2. Raccolta dati di mortalità 7
4.3. Registro eventi coronarici (EC) e accidenti cerebrovascolari (ACV) correnti 7
4.3.1. Definizioni utilizzate nella raccolta dei dati 8
4.3.2. Modalità di raccolta dei dati 12
4.3.3. Controllo della completezza della raccolta dei casi 12
4.4. Registro dei casi da validare con i criteri MONICA 13
4.4.1. Procedure di identificazione dei casi fatali e non fatali da validare 13
4.4.2. Raccolta dati degli eventi da validare 14
4.4.2.1. Eventi coronarici 14
4.4.2.2. Accidenti cerebrovascolari 14
4.4.3. Applicazione dei criteri diagnostici MONICA 15
4.4.3.1. Validazione degli EC 15
4.4.3.2. Assegnazione degli EC alle categorie diagnostiche 19
4.4.3.3. Validazione degli ACV 20
4.4.3.4. Assegnazione degli ACV alle categorie diagnostiche 21
4.5. Dati sul trattamento degli EC 23
4.5.1. Durante l'evento acuto 23
4.5.2. Follow-up ad un anno 24
4.6. Dati sul trattamento degli ACV 24
4.6.1. Durante l'evento acuto 24

5. Archivi di dati 26

5.1. Costituzione degli archivi di dati 26
5.2. Gestione ed analisi dei dati 27
5.3. Distribuzione degli archivi 27

6. Confidenzialità e legge sulla privacy 28

7. Pubblicazione dei risultati 29

8. Impegni di attività 30

Bibliografia 32

Appendici 33

Questionario sulle procedure locali di implementazione dei registri EC e ACV 35
Scheda di raccolta dati sulla numerosità della popolazione in osservazione per Unità Collaborante 36
Scheda di raccolta dei dati complessivi e causa-specifici di mortalità 37
Compilazione Scheda di raccolta dati mortalità 38

Scheda di raccolta dei dati del certificato di morte ISTAT 39
Codici utilizzati nella Scheda di raccolta ISTAT 40
Scheda di raccolta dei dati di dimissione ospedaliera (SDO) 41
Codici utilizzati nella Scheda di raccolta SDO 42
Scheda raccolta EC e cure in fase acuta da validare (Scheda Transfer) 43
Codici utilizzati nella Scheda Transfer per gli EC 49
Scheda per intervista telefonica EC fatali extra-ospedalieri 56
Codici utilizzati nella Scheda di intervista telefonica per EC fatali extra-ospedalieri 60
Scheda di raccolta per acv da validare (Scheda Transfer) 62
Codici utilizzati nella Scheda Transfer per gli ACV 70
Scheda per intervista telefonica ACV fatali extra-ospedalieri 77
Codici utilizzati nella Scheda di intervista telefonica per ACV fatali extra-ospedalieri 82
Scheda di raccolta dati per follow-up ad un anno degli EC 84
Codici utilizzati nella scheda per il follow-up degli EC 88

1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha indicato nel documento 'Targets for health for all 2000' (1) l'esigenza che i paesi dispongano di indicatori sullo stato di salute che includano, oltre alla mortalità, i dati di morbosità, come l'incidenza, la prevalenza e il tasso d'attacco; pertanto anche in Italia, quale paese aderente, è necessario istituire sistemi di monitoraggio delle malattie a maggiore impatto sociale.

Il Parlamento europeo ha adottato nella riunione del giugno 1997 la risoluzione per un programma d'azione comunitaria in tema di monitoraggio sanitario nel quadro delle azioni di sanità pubblica (1997-2001), e, come indicatori dello stato di salute, ha incluso la speranza di vita, la mortalità e la morbosità.

Nonostante la diffusione della patologia, non esiste a tutt'oggi nel nostro Paese un sistema nazionale di sorveglianza delle malattie cardiovascolari arteriosclerotiche e di valutazione del loro impatto sociale. Su scala nazionale, il numero assoluto e il tasso di attacco e di incidenza per gli eventi coronarici e cerebrovascolari non fatali non è conosciuto, né è noto quale sia il gruppo di popolazione che viene sottoposto con maggior frequenza ad intervento di by-pass o angioplastica o che necessiti di riabilitazione. L'unico indicatore disponibile su scala nazionale, seppure con un certo ritardo, è rappresentato dalla mortalità. Un sistema nazionale e locale di sorveglianza delle malattie cardiovascolari permette di stimare l'impatto delle malattie in termini di mortalità totale e prematura, l'entità della morbosità ospedaliera e la percentuale di sopravvivenza extra- ed intra-ospedaliera, nonché di valutare i costi della diagnosi e del trattamento della malattia. Per lanciare iniziative efficaci di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria è necessario avvalersi di un sistema di sorveglianza epidemiologica della patologia specifica.

Soltanto in tre Centri italiani, sono stati realizzati sistemi di registrazione degli eventi coronarici (EC) e degli accidenti cerebrovascolari (ACV) attraverso l'implementazione del Progetto OMS-MONICA (MONItoring trends and determinants of CArdiovascular diseases) (Area Brianza, Friuli e Latina). Il Progetto MONICA, lanciato alla metà degli anni '80, ha monitorato per 10 anni gli EC e gli ACV in 37 popolazioni di 21 paesi producendo risultati di rilievo a livello internazionale (2).

Con l'esperienza derivata dal Progetto MONICA, sono state messe a punto procedure semplificate atte a divenire strumenti agili di impiego corrente in sanità pubblica (3). Dette procedure semplificate sono state applicate come studio pilota in alcune aree (Caltanissetta, Modena, Napoli, Roma) producendo risultati apprezzabili, ma scarsamente standardizzati in quanto eccessivamente dipendenti dalle procedure diagnostiche utilizzate a livello locale (4). La Figura 1 e la Figura 2 riportano i tassi di attacco standardizzati per età per gli EC e per gli ACV raccolti attraverso i registri sopra indicati durante la fase pilota; sono anche riportati i tassi di attacco di alcuni anni di registrazione delle aree Friuli, Brianza e Latina del Progetto MONICA. Quest'esperienza ha quindi indicato l'esigenza di sistemi di standardizzazione che migliorino la comparabilità dei dati.

L'esigenza di un sistema semplificato di sorveglianza degli EC e ACV è nata dalla constatazione che i registri MONICA, seppur molto accurati, necessitano di un sofisticato sistema di validazione degli eventi, eccessivamente dispendioso per un'implementazione di un numero di centri sufficienti per ottenere stime rappresentative dell'intero paese. Registri sulle malattie cardiovascolari, basati sulle diagnosi di dimissione ospedaliera e sui dati di mortalità, sono attualmente funzionanti in diversi paesi, in particolare in Australia, in Germania e in Svezia (5, 6, 7).

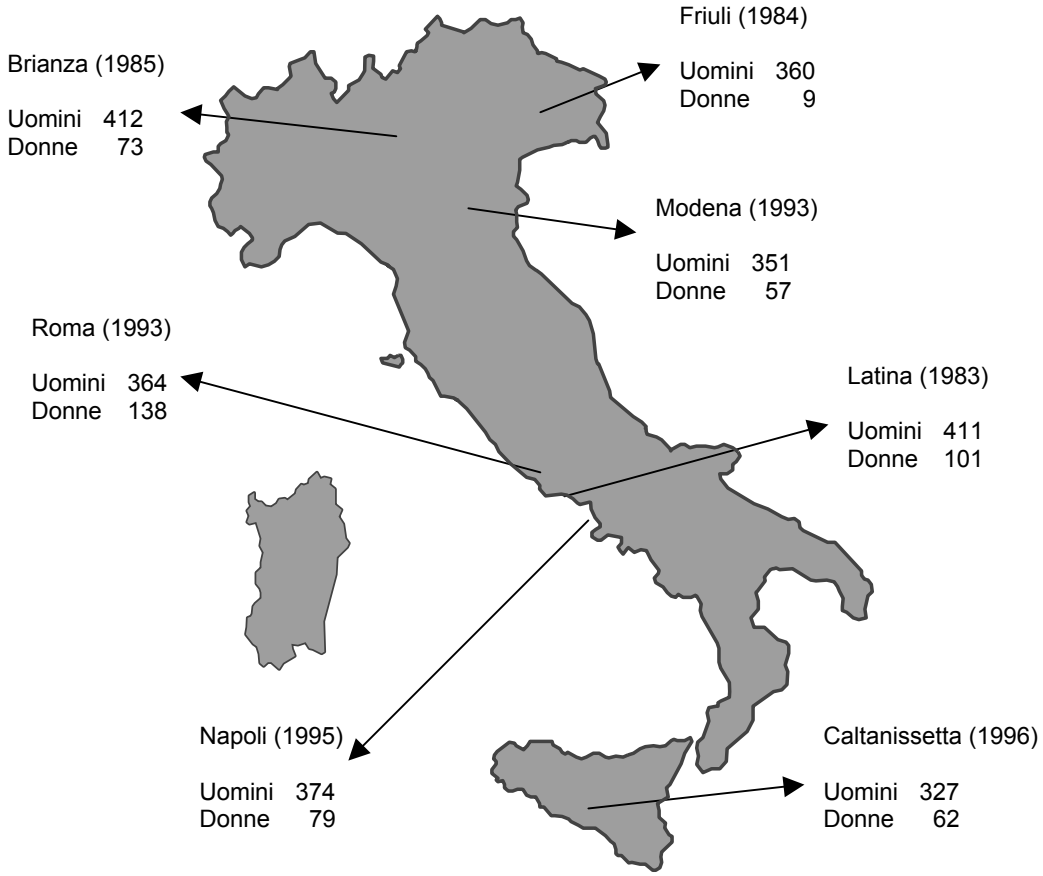

Figura 1. Studio pilota: tassi d'attacco per 100.000 degli eventi coronarici standardizzati per età (35-64 anni)

Recentemente è stato sviluppato un metodo di stima della occorrenza ed incidenza degli eventi coronarici, che permette il calcolo degli eventi a partire dai codici diagnostici correnti, pesati secondo coefficienti probabilistici derivati dalla concordanza diagnostica con le categorie MONICA maggiori (8).

Il progetto si propone di applicare e validare tali procedure semplificate, in grado di produrre stime attendibili di incidenza, di tasso d'attacco e di sopravvivenza per gli EC e gli ACV maggiori, attraverso il coordinamento di sette registri in aree geograficamente strategiche del Paese e rappresentative del Nord, Centro e Sud-Isole (Caltanissetta, Napoli, Roma, Modena, Firenze, Brianza e Friuli), più un'area del Veneto. Supportati dall'esperienza maturata dalle Aree italiane MONICA, e per gli aspetti di standardizzazione, dalla supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità (9), viene condotto uno studio di validazione secondo le categorie diagnostiche MONICA su campioni di EC e ACV, al fine di poter stimare coefficienti di concordanza diagnostica specifici per area.

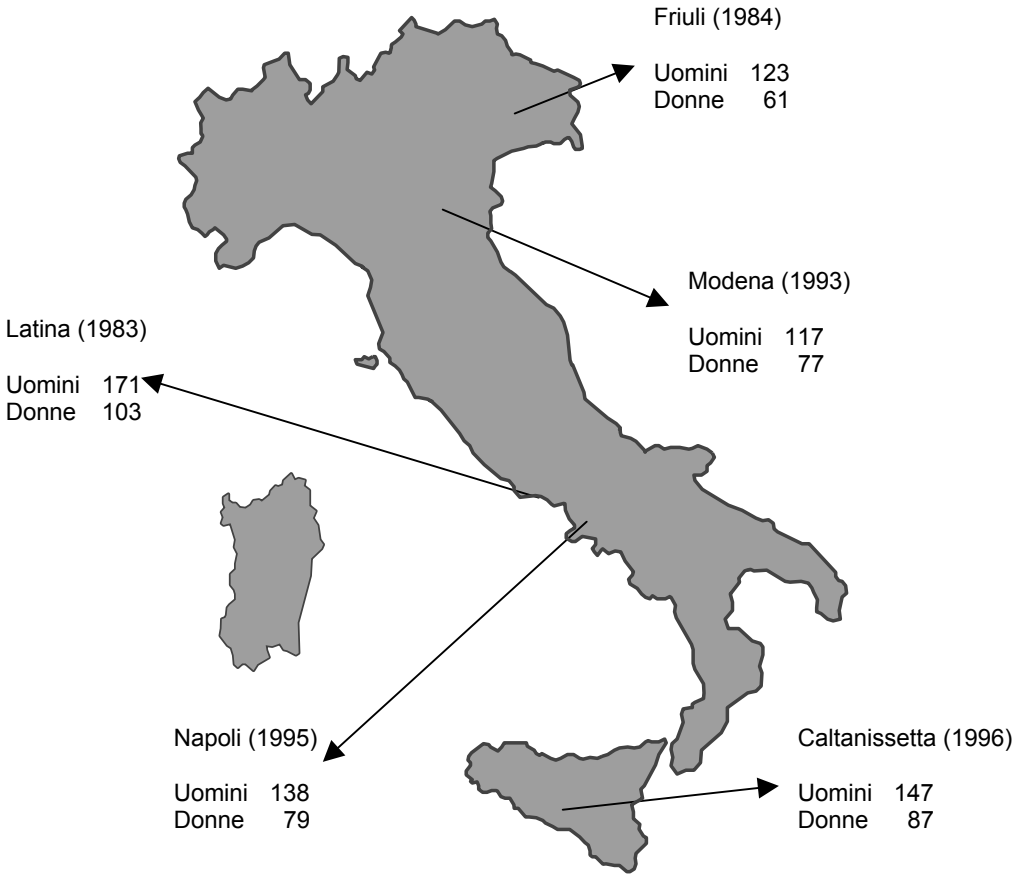

Figura 2. Studio pilota: tassi d'attacco per 100.000 degli accidenti cerebrovascolari standardizzati per età (35-64 anni)

Vengono inoltre raccolte informazioni relative alle procedure diagnostiche e alle terapie in fase acuta e post-acuta degli EC che permettono di valutare la frequenza e l'adeguatezza delle prestazioni sanitarie per un gruppo di patologie ad elevato costo sanitario. L'archivio di dati può inoltre costituire una base dati a livello nazionale per analisi di tipo costo-beneficio.

2. OBIETTIVI

Il progetto ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di EC e di ACV acuti in aree geografiche definite, rappresentative del Paese, ed in particolare di calcolare:

- i tassi di incidenza e di attacco degli EC e degli ACV maggiori;
- i tassi di letalità per EC e ACV maggiori;
- la frequenza di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta;
- la frequenza di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase post-acuta;
- la valutazione della associazione tra letalità e procedure diagnostiche e terapeutiche.

3. DISEGNO DELLO STUDIO

Come schematicamente riportato dal grafico di flusso nella Figura 3, lo studio si compone della:

- registrazione degli eventi correnti (EC e ACV), secondo la metodologia semplificata, richiamata nell'Introduzione (3), che, disponendo delle informazioni correnti relative ai decessi per specifici codici ed ai ricoveri ospedalieri (SDO) per patologie cardiovascolari, permetta un appaiamento per identificare ripetizioni di stessi eventi (casi fatali ospedalizzati e ricoveri multipli nell'arco di 28 giorni, periodo definito standard per la durata dell'evento);
- validazione secondo i criteri diagnostici MONICA per EC e ACV, condotta su campioni numericamente adeguati, tramite raccolta di informazioni aggiuntive con interviste telefoniche e revisione di cartelle cliniche;
- raccolta di informazioni, su medesimi campioni di EC e di ACV, relative agli interventi sanitari nella fase pre-ospedaliera ed ospedaliera e sulle terapie prestate durante il ricovero dell'evento acuto;

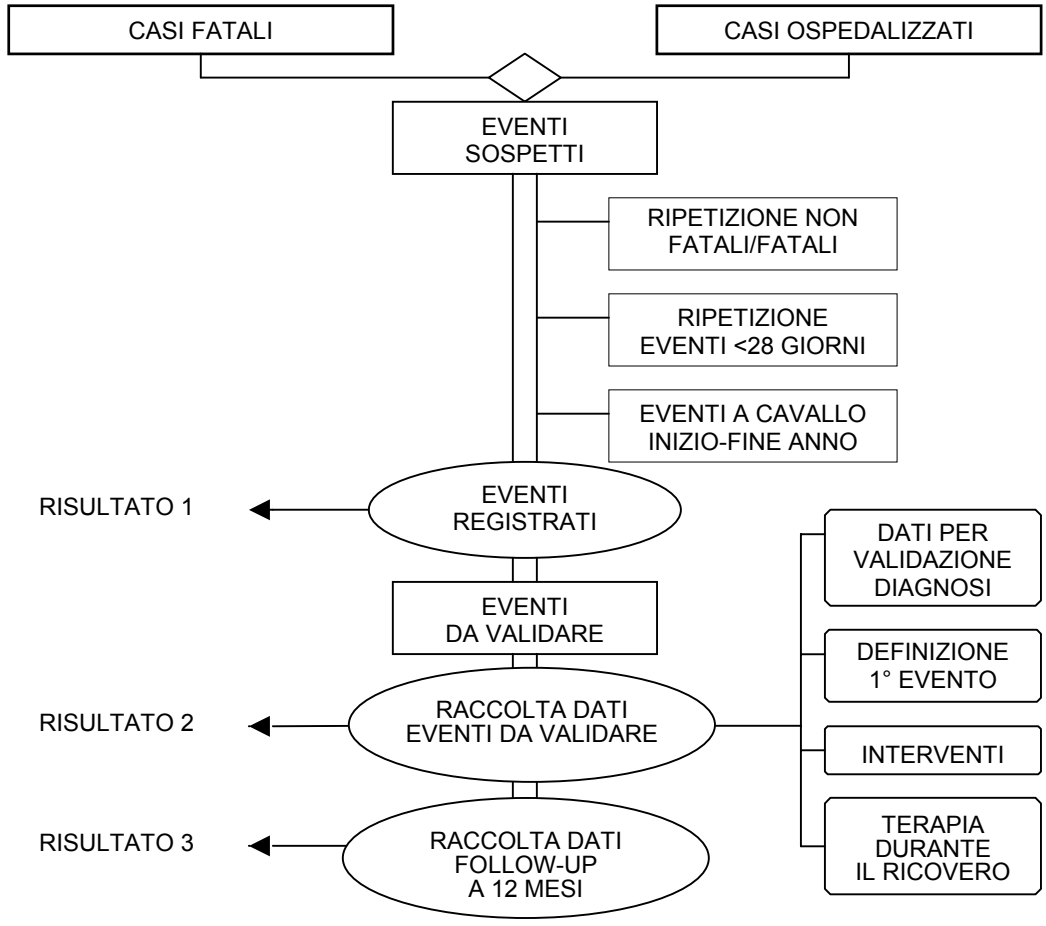

Figura 3. Grafico di flusso per EC e ACV

- raccolta di informazioni, su medesimi campioni di EC e relativamente ai soggetti sopravvissuti all'evento acuto indice, sullo stato in vita, sulle procedure diagnostiche e terapeutiche di rilievo e sulla qualità della vita a distanza di un anno dall'evento indice.

I principali risultati previsti sono:

Risultato 1 (relativo al registro degli EC e degli ACV correnti calcolati per area geografica e per tutta l'Italia):
- tassi di mortalità per EC e ACV maggiori;
- tassi di attacco per EC e ACV maggiori;
- prevalenze dei codici sospetti per EC e ACV maggiori secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie IX Revisione (CIM-9), rispettivamente suddivisi in eventi fatali e non fatali.

Risultato 2 (relativo al registro degli EC e degli ACV validati MONICA calcolati per area geografica e per tutta l'Italia):
- livelli di concordanza tra diagnosi clinica e MONICA, con stima dei valori predittivi positivi (VPP);
- stima dei tassi di mortalità per EC e ACV maggiori, corretti secondo i criteri di validazione MONICA;
- stima dei tassi di occorrenza degli EC e degli ACV maggiori, corretti secondo i criteri di validazione MONICA;
- stima di letalità per EC e ACV maggiori, corretta secondo i criteri di validazione MONICA.

Risultato 3 (relativo al registro cure mediche in fase acuta e post-acuta calcolato per area geografica e per tutta l'Italia):
- stima di frequenza di utilizzo delle principali procedure diagnostico-terapeutiche in fase acuta;
- valutazione dell'associazione tra letalità a 28 giorni e procedure diagnostico-terapeutiche;
- stima di frequenza di utilizzo delle procedure diagnostico-terapeutiche in fase post acuta;
- valutazione dell'associazione tra letalità ad un anno e procedure diagnostico-terapeutiche.

4. METODI DI INDAGINE

4.1. Popolazioni

In base alle informazioni fornite dalle Unità Collaboranti (UC), la consistenza numerica stimata delle popolazioni indagate, d'età compresa tra i 35 e 74 anni, espressa come numero di residenti nell'area, è la seguente:

Brianza	489.000
Friuli	628.000
Roma	301.000
Napoli	199.000
Caltanissetta	128.000
Modena	323.000
Firenze	427.000
Veneto	865.000

E' prevista la raccolta di informazioni sulle principali caratteristiche socio-demografiche delle popolazioni indagate (Questionario, Appendice, pag. 35). Inoltre, il Protocollo prevede la raccolta, per gli anni sottoposti a registro, di informazioni relative alla struttura per sesso e classi quinquennali di età della popolazione (Scheda di raccolta dati sulla numerosità della popolazione, Appendice, pag. 36).

4.2. Raccolta dati di mortalità

Al fine di poter rendere possibili confronti tra le aree e con i dati disponibili a livello nazionale, relativamente alla mortalità, è importante poter disporre dei dati di mortalità ufficiale ISTAT, aggregati per causa, per gruppi quinquennali di età e per i due sessi. La partecipazione a questa fase della raccolta è riportata nel Questionario (Appendice, pag. 35).

Le UC possono fornire i dati della mortalità complessiva e specifica per causa relativamente agli anni di registro, utilizzando il modulo di trasmissione dati riportato nella Scheda di raccolta dati della mortalità (Appendice, pag. 37).

4.3. Registro eventi coronarici (EC) e accidenti cerebrovascolari (ACV) correnti

Ogni UC, tenendo conto delle esigenze locali, decide autonomamente di effettuare la raccolta dei dati in un biennio, tra gli anni indicati (1996 -1999), come indicato nel Questionario (Appendice, pag. 35).

Per la raccolta degli eventi correnti vengono utilizzate due fonti di informazioni: i registri della mortalità e i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera. Da queste due fonti di informazione viene generata la lista degli eventi sospetti (Figura 3).

4.3.1. Definizioni utilizzate nella raccolta dei dati

Qui di seguito sono elencate le definizioni degli eventi raccolti e le istruzioni per l'appaiamento dei relativi codici identificativi:

- *evento fatale*: si intende qualsiasi evento sospetto in cui il decesso si verifica entro 28 giorni dall'inizio dell'insorgenza della malattia, intendendo come data di insorgenza preferibilmente quella di ammissione (qualora sia stato ricoverato in ospedale) o quella di morte (se l'evento si è verificato in un tempo così breve che non ha reso possibile il ricovero in ospedale).

- *evento non fatale*: si intende qualsiasi evento sospetto registrato nelle diagnosi di dimissione ospedaliera e non registrato nella mortalità nell'intervallo di 28 giorni a partire dalla data di ammissione in ospedale. Il giorno del ricovero è il 1° giorno dell'evento e il 28° giorno è escluso.

- *identificazione dell'evento*: ogni evento sospetto, fatale e non fatale, viene identificato con il numero di identificazione dell'unità operativa ed il numero di identificazione dell'evento. Il numero di identificazione dell'evento è univoco e consecutivo, in base alla data di ammissione in ospedale o alla data di morte (nel caso non sia collegato a ricovero in ospedale). Il numero d'identificazione dell'evento è definitivo e sarà riportato nelle Schede di raccolta e nel relativo archivio di dati degli eventi da validare, qualora selezionato per tale procedura.

- *mortalità per EC*: per ogni UC è necessario identificare la fonte dei dati di mortalità: registro degli Osservatori Epidemiologici Regionali, certificati originali ISTAT, Aziende Sanitarie Locali, comune di residenza, altra fonte. Per identificare gli eventi fatali è necessario avere accesso non solo alla prima causa di mortalità, ma anche alle cause secondarie. I codici da identificare per gli EC fatali sono: 410-414 e 798-799 in diagnosi principale; alcuni codici di diagnosi principale (250, 401-404, 420-429, 440-447) richiedono la raccolta solo se sono accompagnati in diagnosi secondaria da 410-414 (Tabella 1).

- *mortalità per ACV*: per identificare gli eventi fatali è necessario avere accesso non solo alla prima causa di morte, ma anche alle cause secondarie. I codici identificativi per gli ACV fatali sono: 342, 430-434 e 436-438 in diagnosi principale; alcuni codici di diagnosi principale (250, 401-404, 427, 440) richiedono la raccolta solo se accompagnati, in diagnosi secondaria, da 342, da 430-434 o da 436-438 (Tabella 1).

- *dimissioni ospedaliere per EC*: per ogni UC è necessario identificare la fonte dei dati di dimissione ospedaliera relativamente ai soli ricoveri ordinari. Per i casi non fatali i codici identificativi sono 410-414, ma è importante prevedere un sistema di appaiamento con i dati di mortalità per controllare che i dimessi vivi prima dei 28 giorni non risultino successivamente deceduti entro 28 giorni. Inoltre, i ricoveri multipli degli EC che si verificano come ricaduta in un tempo inferiore ai 28 giorni dalla data di inizio dell'attacco (o del ricovero) devono essere registrati come evento unico.

- *dimissione ospedaliera per ACV*: per gli ACV non fatali i codici identificativi sono: 342, 430-434 e 436-438. Tuttavia, è importante prevedere un sistema di appaiamento

con i dati di mortalità per controllare che i dimessi vivi prima dei 28 giorni non risultino successivamente deceduti entro il 28° giorno. Inoltre, come per gli EC, i ricoveri multipli che si verificano come ricaduta in un tempo inferiore ai 28 giorni dalla data di inizio dell'attacco (o del ricovero) devono essere registrati come evento unico.

Tabella 1. Codici CIM-9 e definizione nosologica per la selezione degli eventi sospetti coronarici e cerebrovascolari

CODICE CIM-9	DEFINIZIONE NOSOLOGICA
250	diabete
342	emiplegia
401	ipertensione essenziale
402	cardiopatia ipertensiva
403	nefropatia ipertensiva
404	cardionefropatia ipertensiva
410	infarto miocardico acuto
411	altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca
412	infarto miocardico pregresso
413	angina pectoris
414	altra malattia cardiaca ischemica cronica
420	pericardite acuta
421	endocardite acuta o subacuta
422	miocardite acuta
423	altre malattie del pericardio
424	altre malattie dell'endocardio
425	miocardiopatia
426	disturbi della conduzione
427	alterazioni del ritmo
428	insufficienza cardiaca
429	descrizione complicanze cardiache
430	emorragia subaracnoidea
431	emorragia intracerebrale
432	altre e non specificate emorragie intracraniche
433	occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
434	occlusione delle arterie cerebrali
436	malattia cerebrovascolare acuta ma definita in modo insufficiente
437	altre malattie cerebrovascolari definite in modo insufficiente
438	postumi delle malattie cerebrovascolari
440	arteriosclerosi
441	aneurisma aortico
442	altri aneurismi
443	altre malattie vascolari periferiche
444	embolia e trombosi arteriose
446	poliarterite nodosa e arteriti similari
447	altri disturbi delle arterie e delle arteriole
798	morte improvvisa da causa sconosciuta
799	altre cause sconosciute di morbosità e mortalità

I dati di mortalità e quelli della diagnosi di dimissione ospedaliera, rispettivamente, per gli EC e ACV, vengono appaiati come indicato nella Figura 4 e nella Figura 5.

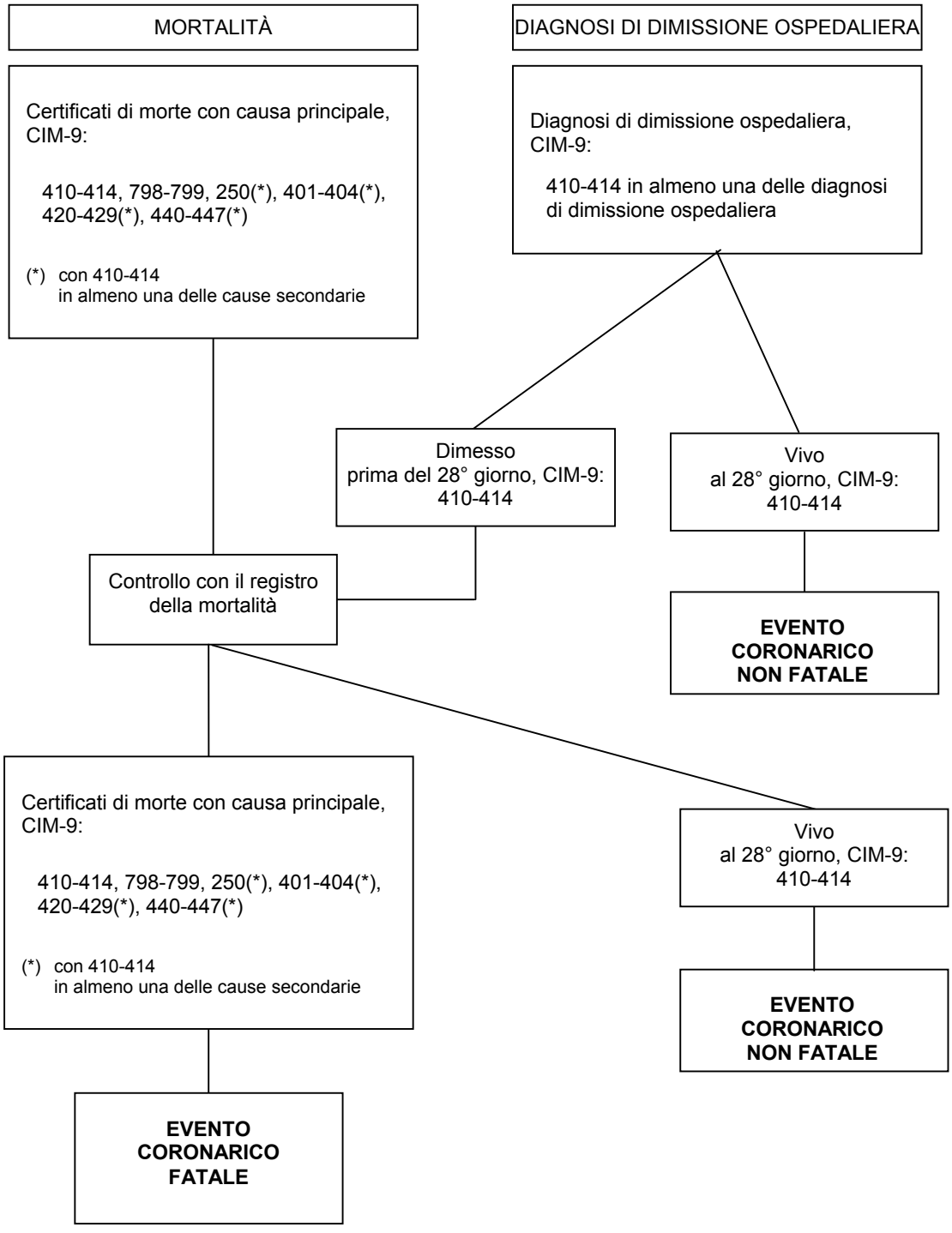

Figura 4. Raccolta degli eventi coronarici correnti

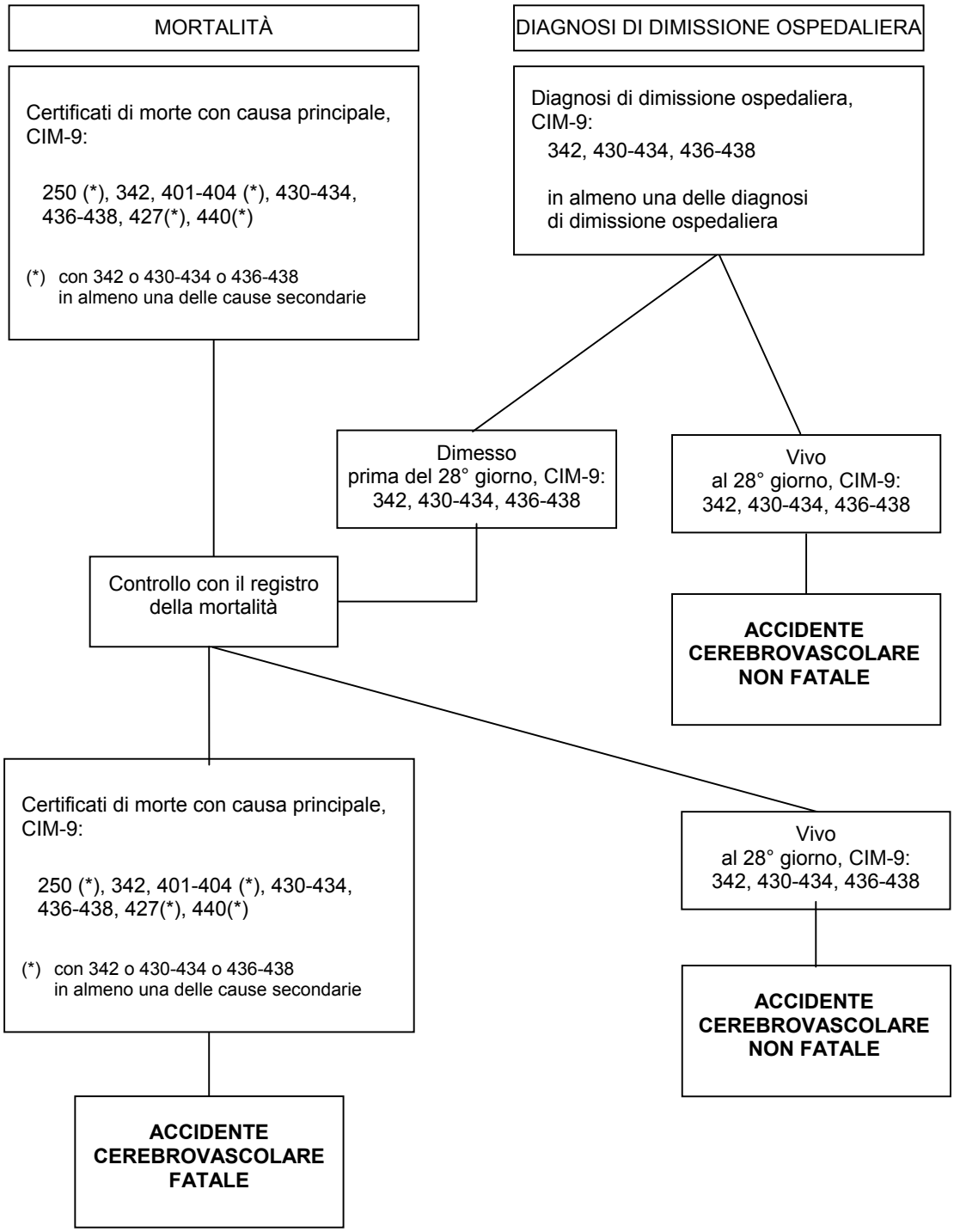

Figura 5. Raccolta degli accidenti cerebrovascolari correnti

4.3.2. Modalità di raccolta dei dati

La raccolta dei dati può essere suddivisa in diverse fasi:

1. *raccolta dei dati di mortalità*: vengono registrati tutti i certificati di morte che in diagnosi principale e secondaria riportano i codici identificati come sospetti;
2. *raccolta dei dati di dimissione ospedaliera*: vengono registrate tutte le diagnosi di dimissione ospedaliera che in diagnosi principale o secondaria riportano i codici identificati come sospetti;
3. *selezione dei dati*: nella lista dei dati di dimissione ospedaliera vengono selezionati cognome, nome, sesso e data di nascita ripetuti. Dalla prima diagnosi di ammissione ospedaliera viene calcolato il tempo in 28 giorni rispetto ai ricoveri successivi, in modo che, se l'evento si è ripetuto nell'intervallo di 28 giorni o se il paziente è stato trasferito
4. in altra struttura, l'evento viene comunque considerato una sola volta. Ovviamente, tutto ciò è possibile solo se esiste una lista unica delle diagnosi di dimissione ospedaliera e se non esistono errori nella trascrizione delle informazioni utilizzate per l'appaiamento dei dati. Secondo l'esperienza dello studio pilota nell'area di Modena, tale appaiamento risulta possibile nel 50% dei casi, l'altro 50% deve essere controllato manualmente;
5. *appaiamento dei dati*: dopo avere identificato gli eventi non fatali in base ai codici di dimissione ospedaliera e alla durata in giorni dalla data di ammissione (inizio dell'insorgenza della malattia), attraverso cognome, nome, sesso e data di nascita, viene fatto l'appaiamento con i dati di mortalità. Se l'evento sospetto, identificato dal registro di dimissione ospedaliera, viene ritrovato anche nel registro di mortalità, si procede come segue:
   - se sono passati meno di 28 giorni tra la data di ammissione (1° giorno dell'evento) e la data di morte in ospedale (ultimo giorno dell'evento), l'evento sospetto viene considerato come unico fatale e gli viene attribuita preferibilmente la data di inizio corrispondente alla data di ammissione in ospedale;
   - se l'evento risulta sia nel registro degli eventi sospetti ospedalieri che nel registro della mortalità, ma tra la data di ammissione in ospedale e la data del decesso sono passati più di 28 giorni, vengono registrati due eventi sospetti, uno non fatale e uno fatale.

In Appendice sono riportate le Schede originali per la rilevazione dei dati dei certificati di mortalità (ISTAT) e della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) (rispettivamente, pag. 39 e pag. 41), che costituiscono, relativamente agli EC ed agli ACV, gli elementi principali del programma per la costruzione dell'archivio di dati degli eventi correnti.

4.3.3. Controllo della completezza della raccolta dei casi

Poiché la completezza della raccolta dei casi e la disponibilità delle informazioni sono requisiti fondamentali per la validità dei registri è necessario rispettare le seguenti procedure:

- *eventi fatali*: il massimo livello di informazione disponibile è rappresentato dalla presenza della copia del certificato di morte, così da poter disporre della seconda e terza causa di morte. La sola disponibilità del codice principale delle cause di morte non è sufficiente per partecipare allo studio. Ogni UC è invitata a compilare il Questionario (Appendice, pag. 35), relativo a questa parte dell'indagine.
  Al fine di notificare i decessi 'res-out' (decessi di residenti avvenuti fuori dell'area), è rilevante poter disporre degli elenchi forniti dagli Uffici delle Anagrafi Comunali,

contenenti i dati dei soggetti deceduti durante l'anno in osservazione. Informazioni relative alla disponibilità di tali elenchi da parte delle UC, vengono raccolte tramite il Questionario (Appendice, pag. 35).

- *eventi non fatali*: la completezza della casistica degli eventi non-fatali è determinata dalla disponibilità di flussi informativi relativi ad eventi di pazienti ricoverati in nosocomi esterni all'area osservata. Tale disponibilità di notifica è prevista nel Questionario (Appendice, pag. 35).

4.4. Registro dei casi da validare con i criteri MONICA

Dal protocollo utilizzato nello studio MONICA (9) sono stati desunti i seguenti criteri per la selezione dei casi, per le modalità di raccolta dei dati e per i criteri di codifica degli eventi.

4.4.1. Procedure di identificazione dei casi fatali e non fatali da validare

Per il riconoscimento degli eventi vengono utilizzate le seguenti definizioni:

- *eventi coronarici*: la raccolta delle informazioni per gli EC da validare viene effettuata tramite la compilazione della Scheda predisposta (Appendice, pag. 43), con fotocopia di almeno 3 elettrocardiogrammi (ECG), su un campione di 500 EC consecutivi, fatali e non fatali. Le informazioni da raccogliere sono relative alla storia precedente di cardiopatia ischemica, dei sintomi all'esordio, dei livelli massimi di enzimi dovuti a lesione miocardica, di evoluzione elettrocardiografica e reperti autoptici. Tali informazioni possono essere raccolte attraverso una revisione strutturata delle cartelle cliniche e, per i casi fatali non ospedalizzati, attraverso interviste telefoniche a familiari e/o medici curanti.

- *accidenti cerebrovascolari*: la raccolta viene effettuata tramite la compilazione della Scheda predisposta (Appendice, pag. 62) su un campione di circa 500 ACV consecutivi, fatali e non fatali. Le informazioni da raccogliere sono relative all'anamnesi patologica remota e prossima per ipertensione arteriosa, diabete, precedenti ACV; alle terapie al momento del ricovero; alla presenza di segni e sintomi all'attacco; all'esito della visita neurologica; ai reperti relativi a puntura lombare, angiografia cerebrale, tomografia assiale computerizzata (TAC), risonanza magnetica nucleare (RMN) ed elettroencefalogramma (EEG). Tali informazioni possono essere raccolte attraverso una revisione strutturata delle cartelle cliniche e, per i casi fatali non ospedalizzati, attraverso interviste telefoniche a familiari e medici curanti.

Per l'individuazione dei codici diagnostici si procede in maniera analoga a come precedentemente descritto per gli eventi correnti e ci si basa sull'analisi di sensibilità e di concordanza diagnostica dei codici riportati sia sui certificati di morte che sulle diagnosi di dimissione ospedaliera della casistica storica delle Aree MONICA Italiane.

Per la validazione, ogni UC deve raccogliere almeno 500 eventi consecutivi ordinati cronologicamente, fatali e non fatali. La validazione può riguardare il 1° od il 2° anno di registrazione, a scelta della UC, purché venga raggiunta la numerosità prevista. La consecutività viene stabilita in base alla data di registrazione dell'evento. Si raccomanda di selezionare gli eventi dal primo anno.

4.4.2. Raccolta dati degli eventi da validare

4.4.2.1.Eventi coronarici

La Scheda di raccolta dati per gli EC e le relative spiegazioni per la compilazione e la codifica sono riportate in Appendice (rispettivamente, pag. 43 e pag. 49). Si distinguono:

- *Casi ospedalizzati*
  Viene compilata la Scheda riportata in Appendice (pag. 43), desumendo le informazioni direttamente dalla cartella clinica.
  La classificazione degli ECG si basa sulla lettura di tracciati registrati nel periodo che segue l'attacco acuto e, qualora disponibile, di un tracciato registrato prima dell'attacco (fino a 28 giorni prima). Dovrebbero essere selezionati per la codifica fino a un massimo di quattro ECG, scelti secondo queste indicazioni: primo ECG disponibile dal momento dell'attacco (o uno registrato entro 28 giorni prima dell'attacco); ECG con date differenti dal primo; ultimo ECG disponibile prima della dimissione.
  La scelta, a discrezione locale, può essere diversa se:
  - gli ECG indicati sopra non sono codificabili o disponibili;
  - le modificazioni si sviluppano più lentamente nel tempo (specificatamente: inversione lenta dell'onda T in presenza di sopraslivellamento del tratto ST).

  Alla Scheda di raccolta vanno allegate le fotocopie degli ECG prescelti, assicurandosi che le fotocopie siano di buona qualità. Gli ECG vanno inviati all'Unità di Standardizzazione presso l'Istituto Superiore di Sanità dove sono classificati in base alla lettura, secondo il Codice del Minnesota. Ogni ECG va letto secondo il Codice del Minnesota separatamente per gli argomenti 1, 4, 5 e 9.2 e riportato, secondo i blocchi di derivazioni antero-laterale (I, aVL, V6) postero-inferiore (II, III e aVF) e anteriore (da V1 a V5), nelle apposite caselle di codifica delle Schede di raccolta. I risultati codificati vengono rinviati alle UC che provvedono alla classificazione dell'evento.
- *Casi fatali non-ospedalizzati*
  In base all'esperienza MONICA in Area Brianza e Friuli, si è stabilito che è utile adottare una intervista telefonica, da effettuare ai parenti o al medico curante (Appendice, pag. 56). I dati desunti da detta intervista strutturata debbono comunque essere trasferiti sulla Scheda di raccolta 'Transfer' (Appendice, pag. 43).

4.4.2.2. Accidenti cerebrovascolari

La Scheda di raccolta dati per gli ACV e le relative spiegazioni per la compilazione e la codifica sono riportate in Appendice (pag. 62 e pag. 70). Si distinguono:

- *Casi ospedalizzati*
  Viene compilata la Scheda riportata in Appendice (pag. 62), desumendo le informazioni direttamente dalla cartella clinica. Le informazioni raccolte devono servire a definire il tipo di ACV sulla base della seguente definizione: "rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale o globale, che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare, con segni clinici a rapido sviluppo". Comprende malati che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare ad emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus, in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera, ecc.), i tumori cerebrali (o le metastasi) e gli accidenti cerebrovascolari secondari a traumi. Il termine 'globale' viene utilizzato nei casi con emorragia subaracnoidea e in alcuni di quelli

caratterizzati da coma profondo, ma non include i casi con insufficienza circolatoria sistemica, come shock, sindrome di Stokes-Adams o encefalopatia ipertensiva.
I segni focali di disturbo della funzione cerebrale sono definiti come segue:

- compromissione motoria unilaterale o bilaterale (incluso difetto di coordinazione);
- compromissione sensoriale unilaterale o bilaterale;
- afasia/disfasia (linguaggio non fluente);
- emianopsia (compromissione della visione di metà campo visivo);
- diplopia;
- sguardo fisso (deviazione coniugata);
- disfagia improvvisa;
- aprassia improvvisa (incapacità di compiere correttamente movimenti diretti ad uno scopo);
- atassia improvvisa (perdita della coordinazione muscolare);
- difetto di percezione improvviso.

Non sono accettabili come unica evidenza di disfunzione focale:

- senso di instabilità e di barcollamento e/o vertigine;
- cefalea localizzata;
- visione offuscata da entrambi gli occhi;
- disartria (linguaggio difettoso);
- funzione cognitiva compromessa (comprendente confusione);
- stato di coscienza compromesso;
- convulsioni.

- *Casi fatali non-ospedalizzati.*
  Come per gli EC, è utile adottare una intervista telefonica, da effettuare ai parenti o al medico curante per i casi sospetti deceduti (Appendice, pag. 77). I dati, desunti da detta intervista strutturata, debbono comunque essere trasferiti sulla Scheda di raccolta 'Transfer' (Appendice, pag. 62).

4.4.3. Applicazione dei criteri diagnostici MONICA

Qui di seguito viene descritto come procedere per codificare i criteri e le categorie diagnostiche.

4.4.3.1. Validazione degli EC

Sono importanti le seguenti informazioni, che vanno raccolte secondo i criteri specificati.

Sintomi all'inizio dell'attacco

- Tipici: quando è presente un dolore toracico (al petto o precordiale) con le seguenti caratteristiche:
  - durata superiore a 20 minuti;
  - assenza di una causa non cardiaca.

  Il dolore è considerato tipico anche quando, pur non essendo specificata la durata del dolore in minuti o ore, la descrizione è accompagnata da aggettivi come 'prolungato' o 'continuo' oppure quando il dolore è presente mentre si verifica un evento come la morte, la richiesta di aiuto, l'arrivo di un medico, o l'iniezione di un analgesico.

- Atipici: quando, in assenza di malattia cardiaca diversa da cardiopatia ischemica o di causa non-cardiaca sicura, la sintomatologia è caratterizzata da uno o più dei seguenti sintomi:
  - dolore atipico;
  - insufficienza ventricolare acuta sinistra;
  - shock;
  - sincope.

  Il dolore atipico è definito come:
  - dolore di breve durata;
  - dolore che si presenta in maniera intermittente per meno di 20 minuti;
  - dolore localizzato in sede non abituale (parte superiore dell'addome, braccia, collo, mascella).

  Il collasso fatale non può essere considerato come sincope e nemmeno la morte improvvisa; la sincope è reversibile.

- Altro: sintomi che non soddisfano i criteri della classe tipica o atipica o che sono descritti in modo inadeguato.

- Nessuno: assenza completa dei sintomi durante l'attacco (morte improvvisa).

- Sintomi descritti in modo inadeguato: casi che soddisfano i criteri per il dolore tipico, in cui la durata del dolore non è descritta, rendendo impossibile classificare i sintomi come tipici o atipici.

- Storia sconosciuta: non è specificata nessuna informazione sulla presenza o assenza dei sintomi.

N.B. La classe atipica è equivalente alla classe 'sintomi descritti in modo inadeguato'; le classi 'altro', 'nessuno' e 'storia sconosciuta' sono equivalenti fra di loro.

Elettrocardiogramma

- ECG Sicuro (diagnostico)
  a) Comparsa in una serie di tracciati di una onda Q diagnostica.
     Per definire questa categoria è sufficiente la progressione dei codici Q da nessuna onda Q a onda Q diagnostica; le modificazioni da nessuna onda Q a onda Q equivoca o da onda Q equivoca a onda Q diagnostica devono essere accompagnate ad alterazioni del tratto ST o dell'onda T.
     La modificazione dell'onda Q o dei codici 4, 5, e 9.2 deve avvenire nello stesso gruppo di derivazioni, anche se l'onda Q può trovarsi in un diverso gruppo di derivazioni rispetto ai codici 4, 5 e 9.2. Il codice 1.2.6 è equivalente ad assenza di codice Q.
     - Tracciato senza onda Q, o QS codificabile, seguito da un tracciato con onda Q o QS diagnostica (Codice Minnesota da 1.1.1 a 1.2.5 più 1.2.7);
     - tracciato con onda Q, o QS equivoca (Codice Minnesota 1.2.8 o qualsiasi codice 1.3), e nessun sottoslivellamento importante nel tratto ST (assenza dei codici 4.1 o 4.2) seguito da un tracciato con onda Q diagnostica più sottoslivellamento importante del tratto ST (Codice Minnesota 4.1 o 4.2);

- tracciato con un'onda Q equivoca e nessun sopraslivellamento del tratto ST seguito da un tracciato con un'onda Q diagnostica codificabile più un sopraslivellamento del tratto ST (Codice Minnesota 9.2);
- tracciato con un'onda Q equivoca in assenza di onda T ischemica seguito da un tracciato con un'onda Q diagnostica codificabile più un'onda T ischemica negativa (Codice Minnesota 5.1 o 5.2);
- tracciato senza onda Q, né 4.1 o 4.2, seguito da un tracciato con un'onda Q equivoca più un 4.1 o un 4.2;
- tracciato senza onda Q né 9.2 seguito da un tracciato con un'onda Q equivoca più 9.2;
- tracciato senza onda Q né 5.1 o 5.2 seguito da un tracciato con un'onda Q equivoca più un 5.1 o un 5.2.

e/o

b) Evoluzione di una corrente di lesione che dura più di un giorno.
Si deve verificare:
- sia un sopraslivellamento del tratto ST (Codice Minnesota 9.2) che duri più di un giorno (la lesione deve essere presente su tracciati con date differenti)
- sia il passaggio dell'onda T su tre o più tracciati da 5.0 a 5.2 o da 5.3 a 5.1 con un codice anormale, presente su ECG successivi con date differenti.
  N.B. Non è necessario che il sopraslivellamento del tratto ST sia presente nello stesso gruppo di derivazione dove si verifica la progressione dell'onda T, e neppure che avvenga simultaneamente. Può essere che onde Q siano presenti negli stessi elettrocardiogrammi, ma tali onde Q non sono necessarie per definire l'ECG sicuro con questo criterio

N.B. Il criterio b è incluso perché le onde Q diagnostiche sono presenti in molti casi già nel primo tracciato ECG. L'interpretazione di almeno due tracciati ECG (in alcuni casi tre) è perciò necessaria per definire questa categoria. L'evoluzione delle modificazioni (comparsa e scomparsa) all'interno dei gruppi di derivazioni anteriore (V1-V5), laterale (I, aVL, V6) e inferiore (II, III, aVF) definisce la sede dell'infarto in fase acuta.

- ECG Probabile
in cui si presentano le seguenti evoluzioni nelle alterazioni della ripolarizzazione:
  - nessun sottoslivellamento importante del tratto ST in un tracciato ECG (né 4.1 né 4.2) e altri tracciati con sottoslivellamento importante del tratto ST (Codice Minnesota 4.1);
  - nessun sopraslivellamento importante del tratto ST in un tracciato ECG (assenza del codice 9.2) seguito da altri tracciati con sopraslivellamento importante del tratto ST (Codice Minnesota 9.2);
  - nessuna inversione importante dell'onda T in un ECG (né 5.1 né 5.2) seguito da altri tracciati con una inversione importante dell'onda T (Codice Minnesota 5.1 o 5.2).

N.B. A differenza dei criteri nelle classi precedenti, in questa classe l'evoluzione può andare in entrambe le direzioni, cioè i codici possono indicare una situazione in via di peggioramento o di miglioramento. Notare anche che i criteri non sono identici a quelli della ripolarizzazione che accompagnano lo sviluppo dell'onda Q (gruppo A), in quanto il codice 4 deve trovarsi nella forma più grave (4.1); lo sviluppo o la scomparsa di un codice 4.2 non qualifica per questa classe.

- ECG (ischemico) non evolutivo
  definito secondo il Codice Minnesota da valori compresi tra 1.1.1 a 1.3.6
  (con l'esclusione del 1.2.6)
  e/o
  sottoslivellamento della giunzione J e del tratto ST da 4.1 a 4.3
  e/o
  onda T ischemica negativa da 5.1 a 5.3
  e/o
  sopraslivellamento del tratto ST codificato con 9.2.

- Altri ECG:
  comprende l'ECG normale e qualsiasi altra alterazione dell'ECG non riportata sopra
  (controllare le regole dell'ECG non codificabile riportate sotto).

- ECG non codificabile
  quando non è possibile codificare alcun ECG tra quelli raccolti durante l'attacco, per motivi tecnici o per la presenza di codici di soppressione. Nel caso in cui siano disponibili più ECG, di cui solo alcuni sono non codificabili, si definisce la categoria elettrocardiografica attraverso quelli che sono codificabili o non presentano codici di soppressione. A meno che non sia possibile identificare onde Q diagnostiche (argomenti quali il 4, 5 e 9.2, codificabili anche in presenza di codici di soppressione), la presenza dei seguenti codici fa assegnare l'ECG alla categoria 'non codificabile' (sono riportati anche gli argomenti che essi sopprimono):
  6.1 il blocco atrio-ventricolare di 3° grado sopprime tutti gli argomenti 1, 4, 5 e 9.2;
  6.4.1 la sindrome del Wolff-Parkinson White sopprime tutti gli altri codici;
  6.8 la presenza di pacemaker sopprime tutti gli altri codici;
  7.1.1 il blocco di branca sinistra completo abolisce i codici 1.2.3; 1.2.7; 1.2.8; 1.3.2; 1.3.6 e tutti i codici dell'argomento 4, 5 e 9.2, ma la presenza di un'onda Q codificabile lo degrada a 7.4;
  7.2.1 il blocco di branca destra completo abolisce il codice 1.2.8 e tutti i codici 4, 5 e 9.2;
  8.2.1 la fibrillazione ventricolare e l'asistolia sopprimono tutti gli altri codici;
  8.2.2 il ritmo idioventricolare sopprime tutti gli altri codici;
  la tachicardia sopraventricolare superiore a 140/min sopprime tutti gli altri codici.

- ECG Assente
  quando l'ECG non è disponibile.

Enzimi cardiaci

Se disponibili, vengono considerati anche gli esami mirati alla determinazione degli enzimi cardiaci presenti nel siero. In questo studio, a causa delle diversità tra i vari laboratori non è possibile standardizzare i test per gli enzimi sierici né i reagenti o i metodi impiegati. Ciascun ospedale deve definire, in collaborazione con i laboratori locali, i test impiegati e gli intervalli in cui valori sono considerati 'normali', 'equivoci' e 'anormali'.

- Anormali: almeno uno degli enzimi supera di oltre due volte il limite considerato come normale nelle misurazioni effettuate entro le 72 ore dall'inizio della malattia o dall'ingresso in ospedale.

- Equivoci: gli enzimi sierici sono superiori al normale ma inferiori al valore doppio del normale.
- Non specifici: gli enzimi sierici sono aumentati ma le cause possono dipendere da altre malattie come infezioni, malattie del fegato, defibrillazione in seguito ad arresto cardiaco, interventi chirurgici, ecc.
- Incompleti: gli esami non sono stati eseguiti entro le 72 ore dall'inizio della malattia o dall'ingresso in ospedale.
- Normali: entro i limiti normali.

Esame autoptico

I reperti autoptici possono essere definiti in base alla diagnosi raggiunta sulla base delle evidenze di infarto miocardico.

- Sicuro: quando è visibile un infarto miocardico acuto recente e/o una recente occlusione di una arteria coronarica (dovuta a trombo ante-mortem, ad emorragia nella placca ateromatosa o ad embolia);
- Equivoco: se vi sono i segni di cardiopatia ischemica cronica, cioè di vecchio infarto miocardico (cicatrice), occlusione o stenosi grave (con una riduzione del lume maggiore del 50%) per un ateroma murale di una o più arterie coronariche, in assenza di malattia fatale non riguardante il cuore.
- Negativo:
  - assenza di una evidenza macroscopica di infarto miocardico recente o di una occlusione recente di un'arteria coronarica;
  - evidenza di una malattia fatale non cardiaca pur in presenza di una cardiopatia cronica.

4.4.3.2. Assegnazione degli EC alle categorie diagnostiche

L'assegnazione ad una categoria diagnostica deve seguire strettamente le definizioni fornite in maniera da assicurare una corretta analisi dell'evento. Le categorie usate per le diagnosi di infarto miocardico acuto e possibile non sono necessariamente quelle usate da un clinico.

Infarto miocardico sicuro

Questa diagnosi viene raggiunta quando si verifica uno tra i seguenti casi:

- ECG diagnostico sicuro;
- sintomi tipici o atipici, o descritti in modo incompleto insieme a ECG probabile ed enzimi anormali;
- sintomi tipici ed enzimi anormali insieme ad ECG (ischemico) non evolutivo o non disponibile o non codificabile;
- casi fatali, sia improvviso che non, con evidenza ad occhio nudo di infarto miocardico recente e/o occlusione coronarica recente trovata all'autopsia.

Infarto miocardico possibile o morte coronarica

Si distinguono:

- pazienti vivi: con sintomi tipici, con ECG e risultati enzimatici che non li collocano nella prima categoria e in cui non c'è una chiara evidenza di un'altra diagnosi per l'attacco;

- casi fatali, sia improvvisi che non (che non rientrano nella prima categoria), in cui non c'è alcuna chiara evidenza di un'altra causa di morte, clinicamente o all'autopsia e si verifica una tra le seguenti situazioni:
  - vi sono sintomi tipici o atipici o descritti in maniera incompleta;
  - mancano sintomi tipici, atipici o incompleti ma c'è evidenza di occlusione coronarica cronica o stenosi o vecchia cicatrice miocardica all'autopsia;
  - c'è una storia attendibile di cardiopatia ischemica cronica come infarto miocardico sicuro o possibile, o vi è un'insufficienza coronarica o un'angina pectoris in assenza di malattia valvolare o cardiomiopatia.

Arresto cardiaco ischemico con rianimazione ad esito positivo

Quando:

- si verifica un arresto cardiaco ischemico con rianimazione ad esito positivo che non soddisfa i criteri per infarto miocardico sicuro o possibile;
- l'arresto cardiaco spontaneo non è provocato da intervento medico, shock elettrico, annegamento o altri gravi incidenti, da presunta fibrillazione ventricolare primaria che sia dovuta a malattia ischemica, in assenza di malattia valvolare o cardiomiopatia o altra malattia grave.

Assenza di infarto miocardico acuto

Nei seguenti casi:

- pazienti vivi (non nella prima categoria) con categorie ECG probabile, non-evolutivo, altro, non codificabile o assente, senza sintomi tipici o enzimi aumentati; oppure dove l'episodio di malattia è stato spiegato da un'altra diagnosi.
- Casi fatali, sia improvvisi che non (non nella prima categoria), quando è stata fatta un'altra diagnosi (clinica o autoptica).

Casi con dati insufficienti

Quando vi sono casi fatali senza autopsia, senza storia di sintomi tipici o atipici, in assenza di una precedente storia di cardiopatia ischemica cronica e di altra diagnosi.

Non si dovrebbero collocare pazienti vivi in questa categoria.

4.4.3.3. Validazione degli ACV

Ai fini diagnostici hanno rilevanza i seguenti punti, per i quali si specificano i criteri di raccolta delle informazioni:

Anamnesi patologica remota

Riguarda, prima del verificarsi dell'evento, la situazione fisica del soggetto, la diagnosi e la terapia per l'ipertensione arteriosa, la storia di un precedente evento cerebrovascolare o coronarico, la storia di insufficienza cardiaca, la presenza di paralisi o riduzione della forza muscolare, i disturbi della parola, l'abitudine al fumo di sigaretta.

Informazioni all'inizio della sintomatologia

Riguarda la terapia antipertensiva e antitrombotica all'inizio dell'attacco, lo stato di coscienza, i disturbi motori e sensoriali.

Trattamento farmacologico e chirurgico

Riguarda i trattamenti farmacologici entro i primi sette giorni (eparina, anticoagulanti, acetilsalicilati, altri antiaggreganti piastrinici, trombolisi, trattamento con iperosmosi, steroidi) e i trattamenti chirurgici (angioplastica, evacuazione dell'ematoma).

Visite specialistiche ed esami strumentali

Riguarda il reparto di ricovero e la visita da parte di personale medico specializzato (internista, neurologo) e l'esecuzione di esami strumentali (angiografia cerebrale, elettroencefalogramma, doppler carotideo, TAC, RMN, elettrocardiogramma).

4.4.3.4. Assegnazione degli ACV alle categorie diagnostiche

Il ricercatore, sulla base delle informazioni riportate, stabilisce l'attribuzione del tipo di ACV e assegna la categoria diagnostica, secondo le seguenti definizioni:

Accidente cerebrovascolare definito

Non usare questa categoria in caso di ischemia cerebrale transitoria (cioè segni o sintomi neurologici focali che regrediscono completamente entro le 24 ore) o se la durata dei deficit neurologici non è sufficientemente descritta, o se l'evento si è verificato entro 28 giorni da un evento coronarico definito.

Non accidente cerebrovascolare

Se l'evento registrato (cioè pervenuto all'osservazione con una diagnosi clinica di accidente cerebrovascolare) non soddisfa i criteri di accidente cerebrovascolare definito e se emerge un'origine diversa da quella cerebrovascolare.

Accidente cerebrovascolare definito associato ad un evento coronario

La categoria va usata se un accidente cerebrovascolare definito avviene entro 28 giorni da un evento coronarico definito. In tal caso compilare anche la Scheda per evento coronarico se non è già stato fatto in precedenza.

Dati insufficienti

Quando i dati che riguardano l'origine o la durata dei sintomi sono insufficienti per le categorie precedenti. Questa categoria comprende i casi in cui non ci sono diagnosi diverse dall'ictus per spiegare la malattia, ma le informazioni sono inadeguate per poterlo codificare come accidente cerebrovascolare definito o la durata non è sufficientemente definita per stabilire se sia più o meno di 24 ore.

Nel caso di accidente cerebrovascolare definito, isolato o associato ad evento coronario definito, va identificato il tipo di accidente cerebrovascolare utilizzando i seguenti codici (CIM-9); la diagnosi deve essere confermata dai criteri di riconoscimento illustrati:

- *emorragia subaracnoidea* (4309).

  Sintomi. Insorgenza rapida di cefalea severa e perdita di conoscenza o entrambi. Segni di irritazione meningea (rigidità del collo), segni di KERNIG (limitazione dolorosa all'estensione della gamba sulla coscia) e di BRUDZINSKI (flessione delle ginocchia conseguente alla flessione passiva del collo). Deficit focali neurologici non sono generalmente presenti.

Segni. Oltre ai sintomi tipici ci deve essere almeno uno di questi reperti:
- autopsia: recente emorragia subaracnoidea e un aneurisma o una malformazione arterovenosa;
- TAC: sangue nella flessura di Silvio o tra i lobi frontali o nella cisterna basale o nei ventricoli cerebrali;
- liquor: presenza di sangue (>2000 emazie per cc) e un aneurisma o una malformazione arterovenosa all'angiografia;
- liquor: presenza di sangue (>2000 emazie per cc) e di xantocromia ed esclusione di una emorragia intra-cerebrale in base ai reperti autoptici o alla TAC.

- *emorragia intracerebrale* (basilare, bulbare, cerebrale, cerebromeningea, cerebellare, corticale, capsula interna, pontina, sotto corticale, ventricolare) (4319).
  Sintomi. In genere insorge improvvisa durante un'attività. Spesso coma a rapido sviluppo, ma piccole emorragie possono non presentare disturbi di coscienza.
  Segni. Il liquor è spesso ematico e xantocromico. Spesso c'è grave ipertensione arteriosa. L'emorragia deve essere confermata dall'autopsia o dalla TAC.

- Altre emorragie intracraniche (vedi sintomi o segni di emorragia intracerebrale):
  emorragia intradurale e epidurale non traumatica (4320)
  emorragia sottodurale non traumatica (4321)
  emorragia intracranica non traumatica non meglio specificata (4329)

- Occlusione o stenosi delle arterie precerebrali (ostruzione inclusa):
  arteria basilare (4330);
  arteria carotide (4331);
  arteria vertebrale (4332);
  arterie multiple e bilaterali (4333);
  altre arterie precerebrali (4338);
  arteria/e non specificate (4339).
  Sintomi. Possono variare.
  Segni. L'occlusione deve essere confermata dall'angiografia o dall'ecografia o dall'autopsia.

- *Infarto cerebrale dovuto a occlusione di arterie cerebrali*:
  trombosi cerebrale (4340);
  embolia cerebrale (4341);
  occlusione non meglio specificata, infarto cerebrale non meglio specificato (4349).

  Se dovuto a trombosi
  Sintomi. Cefalea non grave o assente. Insorgenza acuta, talora durante il sonno.
  Spesso progressione graduale dei deficit focali neurologici. Generalmente nessun disturbo di coscienza o alterazioni leggere. Spesso c'è storia di pregressi TIA (Transient Ischaemic Attack). Spesso ci sono altri sintomi o segni di aterosclerosi (cardiopatia ischemica, arteriopatia periferica) o di malattie che possono dare tale complicanza (ipertensione, diabete).
  Segni. Infarto cerebrale all'autopsia o alla TAC e nessuna evidenza di origine embolica o TAC di qualità soddisfacente che non mostra lesioni recenti anche se ci sono i criteri clinici di stroke.

Se dovuto ad embolo

Sintomi. Insorgenza rapida, generalmente i deficit neurologici si manifestano e stabilizzano in pochi minuti. Disturbi di coscienza assenti o solo leggeri all'esordio.

Segni. La causa dell'embolo deve essere evidenziabile. L'origine più comune è data da:

- aritmia (flutter e fibrillazione atriale);
- valvulopatia (mitralica);
- infarto recente (entro tre mesi).

- *Accidente cerebrovascolare acuto senza precise specificazioni* (4369).
  Se non è possibile attribuire l'ictus ad una delle precedenti categorie. Identificabile come colpo apoplettico, ictus, accidente cerebrovascolare.

  Attraverso la validazione, la numerosità degli ACV con dati insufficienti dovrebbe essere scarsa. Le informazioni sugli ACV vanno raccolte adottando la Scheda riportata in Appendice (pag. 62).

4.5. Dati sul trattamento degli EC

Relativamente ai 500 EC validati vengono raccolte informazioni atte a descrivere:

- gli interventi sanitari nella fase pre-ospedaliera;
- i trattamenti durante il ricovero;
- lo stato in vita, le procedure diagnostiche e terapeutiche di rilievo e la qualità della vita ad un anno dall'evento acuto.

4.5.1. Durante l'evento acuto

La Scheda di raccolta dati prevede una serie di punti, in grado di connotare gli interventi e le terapie eseguite nella fase acuta dell'EC. Queste informazioni devono essere ottenute per tutti gli EC, sia fatali che non, registrati per la validazione MONICA. Spesso le informazioni per i casi fatali sono difficili da rilevare, ma le UC devono fare il possibile per garantire una buona qualità di questi dati. Per i casi ospedalizzati queste informazioni vengono reperite tramite attenta lettura delle cartelle cliniche. Per i casi fatali non ospedalizzati attraverso l'intervista telefonica (Appendice, pag. 56).

Le informazioni rilevate riguardano:

- la struttura che ha eseguito principalmente il trattamento;
- il tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi ed il primo soccorso;
- chi ha prestato il primo soccorso;
- l'evenienza di arresto cardiaco fuori dall'ospedale;
- l'effettuazione di manovre di rianimazione cardiopolmonare fuori dall'ospedale;
- l'evenienza di arresto cardiaco all'arrivo in ospedale;
- l'effettuazione di manovre di rianimazione cardiopolmonare all'arrivo in ospedale;
- l'evenienza di arresto cardiaco in ospedale;
- l'effettuazione di manovre di rianimazione cardiopolmonare in ospedale;
- le terapie eseguite durante il ricovero (per gli eventi ospedalizzati).

Sia per i dati raccolti da cartella clinica che da intervista, le informazioni devono essere riportate nella parte della Scheda 'Transfer' dedicata alla raccolta dei dati per gli EC da validare (Appendice, pag. 43).

4.5.2. Follow-up ad un anno

Per gli eventi coronarici (EC) non fatali classificati in categorie diagnostiche MONICA sicuri e possibili (non fatali sicuri - NF1; non fatali possibili - NF2) vengono raccolte informazioni successive all'evento acuto indice, tramite intervista telefonica. Si presume che questa intervista debba essere effettuata su circa 300 dei 500 eventi originariamente individuati per la validazione. Le interviste possono essere effettuate solo successivamente all'attribuzione delle categorie diagnostiche MONICA medesime.

Le informazioni raccolte sono da riferirsi ai 12 mesi successivi all'evento acuto. La Scheda di rilevazione delle informazioni e le note relative alla corretta compilazione della medesima sono riportate in Appendice (pag. 84 e pag. 88).

Dette informazioni sono orientate alla valutazione di:

- stato in vita;
- cause di morte;
- numero di ricoveri occorsi dopo l'evento acuto;
- indagini clinico/strumentali eseguite dopo la dimissione;
- interventi terapeutici e chirurgici post dimissione;
- condizioni sullo stato di salute.

4.6. Dati sul trattamento degli ACV

Relativamente ai 500 ACV validati vengono raccolte una serie di informazioni atte a descrivere:

- gli interventi sanitari nella fase pre-ospedaliera;
- i trattamenti durante il ricovero.

4.6.1. Durante l'evento acuto

La Scheda di raccolta dati prevede una serie di punti in grado di connotare gli interventi e le terapie eseguite nella fase acuta dell'ACV. Queste informazioni devono essere ottenute per tutti gli ACV registrati per la validazione MONICA, sia fatali che non. Spesso le informazioni per i casi fatali sono difficili da rilevare, ma le UC devono fare il possibile per garantire una buona qualità di questi dati. Per i casi ospedalizzati queste informazioni vengono reperite tramite attenta lettura delle cartelle cliniche. Per i casi fatali non ospedalizzati attraverso l'intervista telefonica (Appendice, pag. 77).

Le informazioni rilevate riguardano:

- la storia precedente al verificarsi dell'evento cerebrovascolare;
- la storia di patologie cardiovascolari;
- la terapia all'inizio dei sintomi;
- la durata dei sintomi, lo stato di coscienza e il deficit motorio;

- il trattamento farmacologico e chirurgico;
- le condizioni di autosufficienza alla dimissione.

Sia per i dati raccolti da cartella clinica che da intervista, le informazioni devono essere riportate nella parte della Scheda 'Transfer' dedicata alla raccolta dei dati per gli ACV da validare (Appendice, pag. 77).

5. ARCHIVI DI DATI

5.1. Costituzione degli archivi di dati

Tutte le UC sono dotate di idoneo programma informatico (compilato in Access-Microsoft), per l'acquisizione dei dati relativi agli EC e agli ACV validati. L'archivio di dati centrale viene costituito nell'Unità di Standardizzazione, presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Sulla base delle Schede riportate nel Manuale Operativo è possibile costituire i seguenti archivi di dati.

- *Archivi di dati degli eventi correnti (EC e ACV)*
  Il *primo* archivio di dati, riguardante gli eventi correnti, contiene il codice di identificazione dell'ospedale, il numero della cartella clinica, il numero di identificazione dell'evento (consecutivo in base alla data di ammissione in ospedale o nel caso di decesso senza ricovero in ospedale la data di morte), il cognome, il nome, il codice individuale, il sesso, la data di nascita, il codice ISTAT di nascita, il codice ISTAT di residenza, la data di ricovero (data di ammissione in ospedale o in caso di decesso senza ricovero la data di morte), il tipo di ricovero, la sopravvivenza al 28° giorno, se l'evento è il primo o una recidiva e, nel caso di recidiva, l'eventuale numero precedente di identificazione, la data di dimissione, la modalità di dimissione, le diagnosi di dimissione, l'eventuale data di morte, il codice ISTAT di morte, il luogo del decesso, le cause di morte.
  All'Unità di Standardizzazione, presso l'Istituto Superiore di Sanità, devono pervenire i due archivi di dati compilati, separati per gli EC e per gli ACV. Sui dati di questo archivio sarà possibile verificare le modalità di selezione adottate dalle UC per l'identificazione degli eventi da validare.

- *Archivi di dati EC da validare e terapie in fase acuta*
  In seguito alla raccolta dei 500 eventi consecutivi da validare, identificati dal primo archivio di dati, si provvede alla compilazione del *secondo* archivio di dati, che raccoglie tutte le informazioni desunte dalle cartelle cliniche o dalle interviste telefoniche per gli eventi fatali.
  Il secondo archivio di dati, riguardante gli EC da validare e le terapie in fase acuta, contiene oltre al numero di identificazione dell'UC ed il numero di identificazione dell'evento, tutte le informazioni previste dalla Scheda di raccolta dati.

- *Archivi di dati degli ACV da validare e delle terapie in fase acuta*
  In seguito alla raccolta dei 500 eventi consecutivi da validare, identificati dal primo archivio di dati, si provvede alla compilazione del *terzo* archivio di dati, che raccoglie tutte le informazioni desunte dalle cartelle cliniche o dalle interviste telefoniche per gli eventi fatali.
  Il terzo archivio di dati, riguardante gli ACV da validare e le terapie in fase acuta, contiene, oltre al numero di identificazione dell'UC ed il numero di identificazione dell'evento, tutte le informazioni previste dalla Scheda di raccolta dati.

- *Archivio di dati per il follow-up degli EC*
  Il *quarto* ed ultimo archivio di dati, riguardante i dati del follow-up degli EC sopravvissuti all'evento acuto e classificati come NF1 e NF2, contiene oltre al numero di identificazione dell'UC ed il numero di identificazione dell'evento, tutte le informazioni previste dalla Scheda di raccolta dati.

5.2. Gestione ed analisi dei dati

L'analisi dei dati contenuti negli archivi di dati degli eventi correnti, sia EC sia ACV, che viene effettuata presso l'Unità di Standardizzazione, permette di realizzare gli obiettivi previsti nel *risultato 1*:

- tassi di mortalità degli EC e ACV maggiori;
- tassi di attacco degli EC e ACV maggiori;
- letalità per EC e ACV maggiori.

L'analisi dei dati contenuti negli archivi di dati EC e ACV da validare avviene presso le unità di costituzione degli archivi di dati centrali (Unità di Gestione Dati per gli EC e Unità di Standardizzazione per gli ACV) e permette di realizzare gli obiettivi previsti nel *risultato 2*:

- concordanza diagnostica – clinica MONICA con stima dei valori predittivi positivi (VPP) e delle prevalenze validati con criteri MONICA;
- stima dei tassi di incidenza e tassi d'attacco degli EC e degli ACV maggiori validati MONICA;
- stima della letalità per EC e ACV validata MONICA;
- stima di frequenza di utilizzo delle procedure diagnostico - terapeutiche in fase acuta;
- valutazione dell'associazione tra letalità e procedure diagnostico-terapeutiche.

L'analisi dei dati contenuti nell'archivio sul follow-up degli EC viene effettuata presso l'Unità di Gestione Dati e permette di realizzare gli obiettivi previsti nel *risultato 3*:

- stima di frequenza di utilizzo delle procedure diagnostico - terapeutiche in fase post acuta;
- valutazione dell'associazione tra letalità e procedure diagnostico-terapeutiche.

Le analisi previste sia per i rapporti che per le pubblicazioni collaborative vengono condotte dalle Unità di Standardizzazione e Gestione Dati, in collaborazione con le Unità di Coordinamento, con le UC e con i gruppi di lavoro che vengono costituiti.

L'Unità di Coordinamento può disporre di copia degli archivi di dati, una volta completati i controlli di qualità. Detta Unità provvede alla stesura del rapporto sia intermedio che finale.

5.3. Distribuzione degli archivi

Al termine dello studio, una copia di tutti gli archivi di dati viene consegnata alle UC, che ne possono disporre per eseguire le analisi ritenute di interesse.

Qualora dette analisi producano risultati per rapporti e pubblicazioni, l'Unità di Coordinamento, l'Unità di Standardizzazione, l'Unità di Gestione Dati e le singole UC ne dovranno essere informate per l'approvazione, preventivamente alla pubblicazione.

6. CONFIDENZIALITÀ E LEGGE SULLA PRIVACY

Nell'art. 5 del Decreto Legge (DL) 282/99, riguardo alla ricerca medica ed epidemiologica, il primo punto recita:

> "per il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute finalizzato a scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico, il consenso dell'interessato non è necessario qualora la ricerca sia prevista da un'espressa previsione di legge o rientri nel programma di ricerca biomedica o sanitaria di cui all'art. 12-bis del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni".

L'art. 12-bis del 30 dicembre 1992, n. 502 recante "il riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421", al punto 6 riporta:

> "le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle Regioni, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, pubblici e privati, nonché dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche e altri enti di ricerca pubblici o privati, nonché imprese pubbliche o private".

Inoltre, per il DL sul trattamento dei dati sensibili da parte dei soggetti pubblici dell'11 maggio 1999, n. 135 (punto e), queste attività rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale: monitoraggio epidemiologico, ivi compresi la sorveglianza della emergenza o riemergenza delle malattie, degli eventi avversi nelle vaccinazioni, i registri di patologia e la gestione della profilassi internazionale.

Sulla base di queste indicazioni il registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari rientra fra quelle attività di ricerca corrente previste per le Regioni, per l'Istituto Superiore di Sanità e per l'Università e, quindi, la raccolta ed il trattamento dei dati relativi agli eventi non necessitano del consenso da parte dei partecipanti.

7. PUBBLICAZIONE DEI RISULTATI

I rapporti intermedio e finale previsti dal Progetto vengono prodotti dall'Unità di Coordinamento in collaborazione con l'Unità di Standardizzazione (US) e l'Unità di Gestione Dati (UGD), che forniscono anche l'analisi dei dati raccolti relativamente agli archivi di dati del Progetto. I rapporti prodotti vengono quindi distribuiti a tutte le Unità Collaboranti.

Vengono costituiti gruppi di lavoro sugli output principali del progetto, orientati alla collaborazione nella stesura dei rapporti ed alla pubblicazione dei risultati rilevanti. I responsabili scientifici del progetto sono parte integrante di detti gruppi di lavoro.

Una volta individuati i gruppi di lavoro, viene nominato al loro interno un coordinatore che, per ciascun gruppo, è responsabile della produzione della parte specifica dei rapporti e delle pubblicazioni.

Le pubblicazioni devono riconoscere esplicitamente il gruppo di lavoro nonché i responsabili scientifici del progetto.

8. IMPEGNI DI ATTIVITÀ

Il Progetto prevede l'attività con specifici compiti di una Unità di Coordinamento, di una Unità di Gestione Dati, di una Unità di Standardizzazione delle procedure:

- Unità di Coordinamento (UCO) – Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta.
  Ha responsabilità di:
  - gestione amministrativa dell'intero progetto e coordinamento delle attività delle UC;
  - collaborazione per la stesura del protocollo per la registrazione degli EC e ACV;
  - coordinamento della raccolta delle informazioni essenziali relative alla registrazione degli eventi EC e ACV;
  - coordinamento della raccolta delle informazioni su campioni di EC e ACV per la valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta;
  - coordinamento della raccolta delle informazioni su campioni di EC e ACV per la valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche in fase post-acuta;
  - collaborazione alla analisi dei dati;
  - stesura dei rapporti intermedio e finale.

- Unità di Gestione Dati (UGD) – Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza.
  Ha responsabilità di:
  - collaborazione per la stesura del protocollo per la registrazione degli EC e ACV;
  - collaborazione per la progettazione dell'archivio di dati per acquisizione delle informazioni di rilevanza;
  - addestramento delle UC per l'identificazione degli eventi e la raccolta delle informazioni previste, sia con interviste telefoniche standardizzate sia tramite estrazione di informazioni dalle cartelle cliniche;
  - addestramento delle UC per la codifica secondo i criteri diagnostici MONICA degli EC da validare raccolti dalle UC;
  - conduzione della analisi dei dati;
  - collaborazione alla stesura dei rapporti intermedio e finale.
  -
- Unità di Standardizzazione (US) – Istituto Superiore di Sanità, Roma.
  Ha responsabilità di:
  - collaborazione al coordinamento delle attività delle UC;
  - collaborazione alla stesura del protocollo per la registrazione degli EC e degli ACV;
  - progettazione e realizzazione dell'archivio di dati per acquisizione delle informazioni di rilevanza;
  - collaborazione per l'addestramento delle UC per la identificazione degli eventi e la raccolta delle informazioni previste, sia con interviste telefoniche standardizzate che tramite estrazione di informazioni dalle cartelle cliniche;
  - collaborazione al coordinamento della raccolta delle informazioni essenziali relative alla registrazione degli EC e degli ACV;

- collaborazione alla codifica secondo i criteri diagnostici MONICA per gli eventi coronarici maggiori dei campioni di casistica raccolti dalle UC, con particolare riferimento alla codifica di evoluzione ECGrafica;
- validazione secondo i criteri diagnostici MONICA per gli accidenti cerebrovascolari maggiori dei campioni di casistica raccolti dalle UC;
- collaborazione alla conduzione della analisi dei dati e stesura dei rapporti intermedio e finale.

Al Progetto partecipano anche sette Unità Collaboranti:

- Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine;
- Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta;
- Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza;
- Servizio Epidemiologico e Prevenzione ASL NA1, Napoli;
- Ospedale CTO A. Alesini, Roma;
- Servizio Igiene Pubblica Distretto 3 ASL Modena, Modena;
- Unità operativa epidemiologia ASL Firenze, Firenze;
- Ospedale San Bortolo, Vicenza.

Alle UC sono attribuiti i compiti di:

- gestione amministrativa delle risorse loro assegnate;
- adozione ed implementazione locale del protocollo per la registrazione degli EC e degli ACV;
- adozione e test operativo della base dati per acquisizione delle informazioni di rilevanza;
- partecipazione all'addestramento per la identificazione degli eventi e la raccolta delle informazioni previste;
- esecuzione delle interviste telefoniche standardizzate ed estrazione delle informazioni dalle cartelle cliniche comprendendo la fotocopia fino a 4 EGC per evento e raccolta delle informazioni per la validazione degli eventi e la valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta, su campioni di 500 EC e 500 ACV;
- raccolta delle informazioni tramite interviste telefoniche agli EC sopravvissuti all'evento acuto indice e classificati come NF1 e NF2, dei dati per la valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche in fase post-acuta ad un anno;
- partecipazione alla analisi dei dati e stesura dei rapporti intermedio e finale.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Targets for health for all 2000. Anno 2000*. Copenhagen: WHO; 2000.
2. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, RuokokoskI E, Amouyel P for the WHO MONICA Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
3. Giampaoli S, Menotti A. *Sorveglianza degli eventi coronarici maggiori; messa a punto di una metodologia semplificata derivata dall'esperienza del progetto MONICA – Area Latina. Rapporto interno 1991*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/24).
4. Simonetti A, D'Amico M, Di Benedetto R, Giampaoli S. Sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori in un'area della città di Napoli. *Epidemiologia e Prevenzione* 2000;24(2):69-74.
5. Renzik RB, Goldstein GB, Ring I, Berry O. The determinants of the incidence of acute myocardial infarction from hospital morbidity records. *J Chron Dis* 1984;37(9/10):733-42.
6. Ahlbom A. Acute myocardial infarction in Stockholm – a medical information system as an epidemiological tool. *Int J Epidemiol* 1978;7(3):271-6.
7. Hammar H, Nerbrand C, Ahlmark G, Tibblin G, Tsipogianni A, Johansson S, Wilhelmsen L, Jacobsson S, Hansen O. Identification of cases of myocardial infarction: hospital discharge data and mortality data compared to myocardial infarction community registers. *Int J Epidemiol* 1991;20(1):114-20.
8. Ferrario M, Cesana G, Vanuzzo D, Pilotto L, Sega R, Giampaoli S. Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati dalle aree MONICA italiane e proposta di un modello semplificato di stima. *G Ital Cardiol* 1999;29:161-7.
9. Menotti A, Giampaoli S, Verdecchia A, Cesana GC, Feruglio GA, Righetti G, Ferrario M, Vannuzzo D. *Il Progetto MONICA (Monitoraggio Malattie Cardiovascolari). Protocollo e manuale delle aree italiane. Rapporto 1989*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1989. (Rapporti ISTISAN 89/12).

APPENDICI

QUESTIONARIO SULLE PROCEDURE LOCALI DI IMPLEMENTAZIONE DEI REGISTRI EC E ACV

Unità Collaborante _____

Responsabile _____

Descrizione delle caratteristiche socio-demografiche principali della popolazione indagata

_____

_____

_____

_____

Anni di registro: |**1996**| |**1997**| |**1998**| |**1999**|

Disponibilità certificati di morte

|__| fotocopia del certificato di morte da codificare
|__| fotocopia del certificato di morte già codificato
|__| codice principale delle cause di morte
|__| codici di tutte le cause di morte

Valutazione completezza raccolta certificati di morte

|__| disponibilità di certificati di morte solo per le cause selezionate
|__| disponibilità dei certificati di morte per tutte le cause
|__| disponibilità dei certificati di morte per tutte le cause e degli elenchi anagrafici dei decessi nei comuni coinvolti

Procedura di identificazione dei casi ospedalizzati

|__| revisione registri di dimissione di reparto/ospedale
|__| disponibilità SDO da singoli ospedali locali
|__| disponibilità di SDO a livello regionale

Attività previste

|__| registro EC e raccolta casi per validazione EC
|__| registro ACV e raccolta casi per validazione ACV
|__| raccolta dati follow-up a sei mesi di EC

Data, _____ Firma _____

SCHEDA DI RACCOLTA DATI SULLA NUMEROSITÀ DELLA POPOLAZIONE IN OSSERVAZIONE PER UNITÀ COLLABORANTE

1. Unità Collaborante |__|__|

2. Anno di calendario di rilevazione |__|__|__|__|

Gruppi di età	Numero di		Totale
	Uomini	Donne	
35 – 39			
40 - 44			
45 – 49			
50 - 54			
55 – 59			
60 - 64			
65 - 69			
70 - 74			

Numero totale di abitanti nell'area di sorveglianza dell'UC, incluse tutte le età ed i sessi

|_____|

Fonte: 1 |__| Censimento
2 |__| Stime intercensimentali
3 |__| Registro di popolazione
4 |__| Altro

Il Responsabile dell'UC _____

Data_____

SCHEDA DI RACCOLTA DEI DATI COMPLESSIVI E CAUSA-SPECIFICI DI MORTALITÀ

1. Unità Collaborante |__|__|
2. Anno di rilevazione |__|__|__|__|
3. La tabella riporta le statistiche di 1 |__| Uomini 2 |__| Donne

Categorie CIM 9	Numero di decessi per classe di età nelle categorie CIM-9 selezionate								**Totale di riga**
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
Totale decessi									
001-139,320-322,480-487									
140-208									
151									
153									
154									
162									
174									
180									
204-208									
250									
390-459									
401-404									
410-414									
420-429									
430-438									
440-448									
490-493									
571									
780-799									
798									
E800-E999									
E800-E848									
E950-E959									
totale colonna									

Fonte: 1|_|Registro Locale; 2|_|Registro Regionale; 3|_|Registro Nazionale; 4|_|Altro

Il Responsabile di UC_____ Data _____

Compilazione Scheda di raccolta dati mortalità

Nella Scheda sono indicati i codici CIM-9 della causa principale di morte.

I dati vanno riferiti all'anno del registro, compilando una Scheda separata per uomini e donne e distribuendo il numero degli eventi segnalati in base alle classi di età.

CIM-9: nella colonna sono riportati i codici CIM-9 di codifica della causa principale di morte aggregati e singolarmente, in base al tipo di patologia.

I codici **000-139**, **320-322**, **480-487**, raggruppano tutte le cause di morte per patologia infettiva.

I codici **140-208** raggruppano tutti gli eventi fatali per tumore, successivamente disaggregati per localizzazione (leucemie e linfomi, tumore dello stomaco, tumore polmonare, ecc).

I codici **390-459** raggruppano le malattie del sistema circolatorio e sono successivamente disaggregati per differenti gruppi cardiovascolari.

I codici **490-493** raggruppano le malattie polmonari cronico-ostruttive.

Il codice **571** raggruppa la cirrosi e le altre malattie croniche del fegato.

I codici **780-799** raggruppano sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

I codici **E800-E999** comprendono le cause violente e sono successivamente disaggregati per fratture e traumi.

Nella riga totale colonna, indicare il numero complessivo degli eventi per classe di età.

Nella colonna totale di riga, indicare il numero complessivo degli eventi per categoria CIM-9.

SCHEDA DI RACCOLTA DEI DATI DEL CERTIFICATO DI MORTE ISTAT

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

Codice Unità Collaborante	|__|__| 1-2
Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	3-22
Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	23-42
Data di nascita |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno	|__|__|__|__|__|__|__|__| 43-50
Nascita (Comune)_____Prov._____	|__|__|__|__|__|__| 51-56
Sesso 1 |__| uomo 2 |__| donna	|__| 57
Residenza (Comune)_____Prov._____	|__|__|__|__|__|__| 58-63
Data del decesso |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	|__|__|__|__|__|__| 64-69
Decesso (Comune)_____Prov._____	|__|__|__|__|__|__| 70-75
Deceduto in: Domicilio 1 |__|	
Istituto di cura (ospedale pubblico o privato) 2 |__|	
Altro 3 |__|	|__| 76
Causa principale del decesso |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 77-80
Codice E causa violenta |__|	|__| 81
Causa iniziale del decesso |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 82-85
Causa intermedia del decesso |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 86-89
Causa finale del decesso |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 90-93

Codici utilizzati nella Scheda di raccolta ISTAT

[1-2]: Unità Collaborante

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascun centro e riportati di seguito.

Codice	Unità Collaborante
01	Area Brianza – Monza
02	Area Friuli
03	Roma
04	Napoli
05	Caltanissetta
06	Modena
07	Firenze
08	Veneto

[3-63]: raccolta dati anagrafici completi

Compilare nel modo più esaustivo possibile la parte riguardante i dati anagrafici.

Cognome e Nome: per il cognome abolire gli apostrofi (Deliseria e non D'Eliseria); unire i prefissi (Distefano e non Di Stefano); unire i cognomi e i nomi doppi (Carloalberto e non Carlo Alberto).

I punti 51-56 e 58-63 devono essere compilati inserendo il codice ISTAT del comune corrispondente (999 codice provincia + 999 codice comune = 999999).

I punti 43-50 devono essere compilati riportando il giorno, il mese e le 4 cifre dell'anno di nascita.

[64-69]: data del decesso

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno del decesso.

[70-75]: decesso

Riportare il comune del decesso codificato secondo i codici ISTAT.

[76]: deceduto in

Riportare dove è avvenuto il decesso.

[77-93]: cause di decesso

Riportare i codici delle cause principale, iniziale, intermedia e finale di morte rilevate nel certificato di morte ISTAT. Codificare usando la CIM-9 a quattro cifre; se non è riportata la specifica che permette la codifica della 4° cifra, codificare 9 nell'ultima colonna.

Al punto 81 riportare il codice E della causa principale di morte se deceduto per 'causa violenta'.

SCHEDA DI RACCOLTA DEI DATI DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

Codice Unità Collaborante	|__|__| 1-2
Codice ospedale |__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__| 3-8
Numero della cartella clinica |__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__| 9-16
Data ricovero |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	|__|__|__|__|__|__|17-22
Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	23-42
Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	43-62
Data di nascita |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno	|__|__|__|__|__|__|__|__| 63-70
Nascita (Comune_____Prov._____	|__|__|__|__|__|__|71-76
Sesso 1|__| uomo 2|__| donna	|__| 77
Residenza (Comune)_____Prov._____	|__|__|__|__|__|__|78-83
Codice individuale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	84-99
Tipo di ricovero: Ordinario 1 |__| Urgente 2 |__| T.S.O. 3 |__|	|__| 100
Data di dimissione |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	☐☐☐☐☐☐ 101-106
Modalità di dimissione: Ordinaria 1 |__| Volontaria 2 |__| Trasferito ad altro ospedale 3 |__| Deceduto 2 |__|	|__| 107
Diagnosi clinica di dimissione ospedaliera (codificare usando la CIM-9)	
Diagnosi clinica principale |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 108-111
Diagnosi clinica-2° |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 112-115
Diagnosi clinica-3° |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 116-119
Diagnosi clinica-4° |__|__|__|__|	|__|__|__|__| 120-123

Codici utilizzati nella Scheda di raccolta SDO

[1-2]: Unità Collaborante

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascun centro e riportati di seguito.

Codice	Unità Collaborante
01	Area Brianza – Monza
02	Area Friuli
03	Roma
04	Napoli
05	Caltanissetta
06	Modena
07	Firenze
08	Veneto

[3-8]: codice ospedale

Riportare il codice dell'ospedale rilevato in cartella clinica.

[9-16]: cartella clinica

Riportare il numero della cartella clinica relativa all'evento in studio.

[17-22]: data di ricovero

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno della data del ricovero.

[23-83]: raccolta dati anagrafici completi

Compilare nel modo più esaustivo possibile la parte riguardante i dati anagrafici.

Cognome e Nome: per il cognome abolire gli apostrofi (Deliseria e non D'Eliseria); unire i prefissi (Distefano e non Di Stefano); unire i cognomi e i nomi doppi (Carloalberto e non Carlo Alberto).

I punti 71-76 e 78-83 devono essere compilati inserendo il codice ISTAT del comune corrispondente (999 codice provincia + 999 codice comune = 999999).

I punti 63-70 devono essere compilati riportando il giorno, il mese e le 4 cifre dell'anno di nascita.

[84-99]: codice individuale

Riportare il codice fiscale o il codice sanitario regionale del soggetto rilevato in cartella clinica.

[100]: tipo di ricovero

Riportare il tipo di ricovero; (T.S.O. = trattamento sanitario obbligatorio).

[101-106]: data di dimissione

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno della data di dimissione dall'ospedale.

[107]: modalità di dimissione

Riportare la modalità con cui è avvenuta la dimissione come riportato nella Scheda di dimissione ospedaliera.

[108-123]: diagnosi cliniche di dimissione

Riportare i codici delle diagnosi di dimissione principale e secondarie rilevate nella Scheda di dimissione ospedaliera. Codificare usando la CIM-9 a quattro cifre; se non è riportata la specifica che permette la codifica della 4° cifra, codificare 9 nell'ultima colonna.

SCHEDA RACCOLTA EC E CURE IN FASE ACUTA
DA VALIDARE (Scheda Transfer)

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

DATI ANAGRAFICI

Codice Unità Collaborante |__|__| 1-2

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__| 3-6

Stato cartella: Completa 1 |__| |__| 7
In attesa codifica ECG 2 |__|
Inserimento incompleto 3 |__|
Cartella non trovata 4 |__|

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 8-27

Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 28-47

Luogo di nascita (Comune)_____Prov._____ |__|__|__|__|__|__|48-53

Data di nascita |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno |__|__|__|__|__|__|__|__| 54-61

Residenza (Comune)_____Prov._____ |__|__|__|__|__|__|62-67

Indirizzo_____

Sesso 1 |__| uomo 2 |__| donna |__| 68

Prefisso e numero telefonico |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di insorgenza dell'attacco: |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__|69-74

Trattamento eseguito in: Ospedale 1 |__| |__| 75
Casa di cura 2 |__|
Domicilio 3 |__|
Senza intervento medico 4 |__|
Altro 5 |__|

Sopravvissuto fino al 28° giorno incluso:
1 |__| Sì 2 |__| No 3 |__| Trasferito_____ |__| 76

CRITERI DIAGNOSTICI

Dolore |__| Sì |__| No

Se Sì,
a) sede ed irradiazione: Retrosternale |__|
Precordiale |__|
Emitorace destro |__|
Altra sede comprese irradiazioni |__|

Specificare_____

b) durata di 20 minuti o più: |__| Sì |__| No |__| Incerto

Se 'incerto' specificare se il dolore è stato dichiarato:

Prolungato	|__|
Continuo	|__|
Presente al momento del decesso	|__|
Presente al momento del ricovero	|__|
Presente alla somm.ne di analgesico da parte del medico	|__|
Resistente ad analgesici o nitroderivati assunti dal paziente	|__|

Altri segni, sintomi, sindromi

Asma cardiaco	|__|
Edema polmonare acuto	|__|
Shock	|__|
Sincope non fatale	|__|
Sincope fatale	|__|

Sintomi: |__| 77

Tipici	1 |__|
Atipici	2 |__|
Altro	3 |__|
Assenti	4 |__|
Inadeguatamente descritti	5 |__|
Ignoti	9 |__|

Numero degli ECG raccolti e a disposizione |__| 78

Nessuno	1|__|
Uno	2|__|
Due	3|__|
Tre	4|__|
Quattro o più	5|__|

DIAGNOSI ECG

I ECG data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

II ECG data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

III ECG data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

IV ECG data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Codice Minnesota IV edizione

I ECG
|_|_||_|_||_|_||_|_|_||_|_|_||_|_|_| |_||_||_||_||_|_||_|_|_| |_|_|_|

II ECG
|_|_||_|_||_|_||_|_|_||_|_|_||_|_|_| |_||_||_||_||_|_||_|_|_| |_|_|_|

III ECG
|_|_||_|_||_|_||_|_|_||_|_|_||_|_|_| |_||_||_||_||_|_||_|_|_| |_|_|_|

IV ECG
|_|_||_|_||_|_||_|_|_||_|_|_||_|_|_| |_||_||_||_||_|_||_|_|_| |_|_|_|

1 4 5 9.2 2 3 6 7 8 9 f.c.

Elettrocardiogramma: |__| 79

Sicuro	1 |__|
Probabile	2 |__|
Non evolutivo	3 |__|
Altro (compreso ECG normale)	4 |__|
Non codificabile	5 |__|
Nessuno	9 |__|

Enzimi - Valore max. entro 72 ore dall'inizio dell'attacco:

CPK MB_____

CPK _____

SGOT _____

SGPT _____

LDH _____

Nelle ore prima del prelievo degli enzimi, il paziente è stato sottoposto a:

Defibrillazione elettrica	|__| Sì	|__| No
Intervento chirurgico	|__| Sì	|__| No
Indagini angiografiche	|__| Sì	|__| No
Trattamento trombolitico	|__| Sì	|__| No

Al momento del prelievo il paziente era affetto da:

Malattie del fegato	|__| Sì	|__| No
Infezioni	|__| Sì	|__| No
Altro	|__| Sì	|__| No

Specificare _____

Enzimi cardiaci: |__| 80

Anormali	1 |__|
Equivoci	2 |__|
Non specifici	3 |__|
Normali	4 |__|
Incompleti	5 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

DIAGNOSI CLINICA

diagnosi indicata sul registro ospedaliero o sul certificato di morte

1_____ |__|__|__|__| 81-84

2_____ |__|__|__|__| 85-88

3_____ |__|__|__|__| 89-92

4_____ |__|__|__|__| 93-96

Infarto Miocardico Precedente (più di 28 giorni prima dell'episodio indice) 1 |__| Sì 2 |__| No

Se Sì, specificare data: |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Se ricoverato, indicare in quale ospedale:_____

DIAGNOSI PRECEDENTE DI INFARTO MIOCARDICO |__| 97

Sì	1 |__|
No	2 |__|
Documentato da cartella clinica, lettera di dimissione o altra documentazione sanitaria (specificare_____)	3 |__|
Sì, ma non documentato (dato anamnestico)	5 |__|
Infarto assente come risulta da documentazione sanitaria completa riferita fino alla data dell'insorgenza dell'evento attuale	6 |__|
Infarto assente (non documentato)	7 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

N.B.: per documentazione si intende quella che riporti diagnosi di IMA, sospetto IMA, arresto CC o sospetto arresto CC

Storia di malattia ischemica coronarica |__| 98

1 |__| positiva 2 |__| negativa

RISERVATO AI CASI FATALI

Data del decesso |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno | | | | | | | 99-104

Tempo apparente di sopravvivenza all'attacco |__| 105

Meno di 1 ora se conosciuto 1 |__|
Da 1 a 24 ore se conosciuto 2 |__|
Più di 24 ore se conosciuto 3 |__|
Probabilmente più di 24 ore 4 |__|

Autopsia eseguita |__| 106

Sì, in ospedale 1 |__|
Sì, Medico Legale 2 |__|
No 3 |__|

Descrizione reperti autoptici:

_____

_____

_____

N.B.: solo per i reperti autoptici la codifica è la seguente:

4101: infarto miocardico fresco |__|__|__|__| 107-110
4102: occlusione coronarica recente
4120: vecchio infarto miocardico o cicatrice |__|__|__|__| 111-114
4142: stenosi coronarica superiore al 50% del volume del vaso
(Codificare le concause usando la classificazione CIM-9) |__|__|__|__| 115-118

Reperti autoptici |__| 119

Sicuri 1 |__|
Equivoci 2 |__|
Negativi 3 |__|
Sopravvissuto al 28° giorno o autopsia non eseguita 4 |__|
Allegata fotocopia referti autoptici: 1|__| S 2|__| No |__| 120

Categoria diagnostica |__| 121

Sicura 1 |__|
Possibile 2 |__|
Arresto cardiaco ischemico 3 |__|
Nessuna 4 |__|
Dati insufficienti 9 |__|

Trattamento eseguito durante il ricovero (dalla comparsa dell'evento alla dimissione dall'ospedale)

Tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi e il primo soccorso: |__| 122

1. Da 0 a 5 minuti
2. Da 6 a 59 minuti
3. Da 1 ora a meno di 2 ore
4. Da 2 ore a meno di 4 ore
5. Da 4 ore a 24 ore
6. Oltre 24 ore
7. Non conosciuto ma probabilmente meno di 24 ore
8. Non rilevante, non intervento medico

Il primo intervento è stato fornito da: |__| 123
1. Soccorritore occasionale addestrato
2. Medico generico
3. Equipe di rianimazione medica e infermieristica (118)
4. Ospedale
5. Soccorritore addestrato e/o medico seguiti da équipe di rianimazione
6. Equipaggio ambulanza
8. Non rilevante

Sì è verificato arresto cardiaco fuori dall'ospedale: |__| 124
1. Sì
2. No
8. Non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato)
9. Non è possibile conoscere il dato

Se Sì, sono state praticate manovre di RCP fuori dall'ospedale? |__| 125
1. Sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)
2. No
8. Non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato, oppure campo 123 = 2)
9. Non è possibile conoscere il dato

Sono state praticate manovre di RCP all'arrivo in ospedale: |__| 126
1. Sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)
2. No
8. Non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato, oppure campo 124 =2, o soggetto non ospedalizzato)
9. Non è possibile conoscere il dato

Sì è verificato arresto cardiaco in ospedale: |__| 127
1. Sì
2. No
8. Non rilevante (soggetto già ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)
9. Non è possibile conoscere il dato

Se Sì, sono state praticate manovre di RCP in ospedale: |__| 128
1. Sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)
2. No
8. Non rilevante (soggetto non ospedalizzato o campo 126 = 2)
9. Non è possibile conoscere il dato

Il soggetto è stato ricoverato in UC o in altra unità di terapia intensiva: |__| 129
1. Sì
2. No
8. Non rilevante (soggetto già ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)
9. Non è possibile conoscere il dato

Per quanto tempo è stato ricoverato in UC o in unità di terapia intensiva: |__|__| 130-131
00 – 28 giorni |__|__| giorni
88 non rilevante, non ricoverato in UC o UTI |__|__|

N° totale giorni trascorsi in ospedale |__|__| 132-133
00 – 28 in giorni di calendario |__|__| giorni
29 = 29 o più giorni
88 = non rilevante (non ricoverato)

FARMACI ED ALTRI PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI
Indicare per i seguenti farmaci e provvedimenti terapeutici se il soggetto è stato ad essi sottoposto durante il ricovero
1 = Sì 2 = No 8 = Non rilevante, morte improvvisa

antiaritmico	|__|	|__| 134
eparina classica	|__|	|__| 135
eparina a basso peso molecolare	|__|	|__| 136
anticoagulanti orali	|__|	|__| 137
aspirina	|__|	|__| 138
ticlopidina o clopidogrel	|__|	|__| 139
inibitori glicoproteina IIA/IIIB	|__|	|__| 140
betabloccanti	|__|	|__| 141
calcioantagonisti diidropiridinici	|__|	|__| 142
verapamil	|__|	|__| 143
diltiazem	|__|	|__| 144
diuretici	|__|	|__| 145
altri farmaci ipotensivi	|__|	|__| 146
agenti inotropi positivi	|__|	|__| 147
nitroderivati	|__|	|__| 148
ipolipemizzanti	|__|	|__| 149
ACE inibitori	|__|	|__| 150
sartani	|__|	|__| 151
insulina	|__|	|__| 152
antidiabetici orali	|__|	|__| 153
è stata praticata durante il ricovero terapia trombolitica	|__|	|__| 154
il soggetto è stato sottoposto a coronarografia	|__|	|__| 155
il soggetto è stato sottoposto a by-pass coronarico	|__|	|__| 156
il soggetto è stato sottoposto ad angioplastica senza stent	|__|	|__| 157
il soggetto è stato sottoposto ad angioplastica con stent	|__|	|__| 158
il soggetto è stato sottoposto a impianto di pace-maker	|__|	|__| 159
test alla troponina		|__| 160

1 |__| Positivo 2 |__| Non eseguito
3 |__| Negativo 8 |__| Non rilevante, morte improvvisa

Se dati desunti dalla cartella ospedaliera:

Data ammissione |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 161-166

Data dimissione |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 167-172

Se dati desunti da intervista a:
1. Congiunto
2. Medico curante
3. Altro |__| 173

Data intervista |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 174-179

Codici utilizzati nella Scheda Transfer per gli EC

Nel codificare considerare gli appunti scritti riportati nella Scheda Transfer, eventuali note e fotocopie allegate. La categoria diagnostica deve essere fatta dal codificatore.

Le sigle riportate in parentesi si riferiscono al nome della variabile nel programma in Access (Microsoft).

[1-2]: Unità Collaborante

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascun centro e riportati di seguito.

Codice	Unità Collaborante
01	Area Brianza – Monza
02	Area Friuli
03	Roma
04	Napoli
05	Caltanissetta
06	Modena
07	Firenze
08	Veneto

[3-6]: numero progressivo evento registrato (SERIAL)

Inserire il numero di registrazione progressivo dell'evento. Il numero di identificazione dell'evento deve essere lo stesso riportato nel database eventi correnti.

[7]: stato cartella

Riportare lo stato della cartella clinica.

[8-68]: raccolta dati anagrafici completi del malato

Compilare nel modo più esaustivo possibile la parte riguardante i dati anagrafici.

Cognome e Nome: per il cognome abolire gli apostrofi (Deliseria e non D'Eliseria); unire i prefissi (Distefano e non Di Stefano); unire i cognomi e i nomi doppi (Carloalberto e non Carlo Alberto).

Durante la raccolta ospedaliera individuare, quando riportati in cartella, i recapiti telefonici ed i parenti di riferimento, al fine di poter ottenere dati utili al possibile *follow-up* successivo.

I punti 47-52 e 61-66 devono essere compilati inserendo il codice ISTAT del comune corrispondente (999 codice provincia + 999 codice comune = 999999).

I punti 53-60 devono essere compilati riportando il giorno, il mese e le 4 cifre dell'anno di nascita.

[69-74]: data di insorgenza dell'attacco (DONSET)

L'*onset*' (=inizio, attacco) corrisponde all'inizio del sintomo acuto di un evento coronarico o, in assenza di sintomi, del collasso fatale della persona.

Nel caso in cui il raccoglitore non abbia già identificato la data di insorgenza dell'attacco ricordarsi che se il malato ha avuto sintomi vaghi o intermittenti, seguiti da sintomi severi e più prolungati, seguiti dalla chiamata del medico, il tempo di inizio deve essere riferito alla comparsa del sintomo più prolungato. Quando la sintomatologia grave dura nel tempo e si ripete, la data di insorgenza dell'attacco deve essere riferita alla comparsa del primo evento tipico di dolore toracico con durata di venti minuti o più. Quando il soggetto presenta sintomi vaghi, intermittenti o atipici, il tempo di inizio va fatto riferire al momento della valutazione da parte del medico. Quando l'attacco ha inizio vago e successivamente si presentano sintomi più severi, con la durata di diversi giorni e non è possibile stabilire il giorno esatto di inizio attacco, il giorno viene codificato 99. In caso di morte in seguito a collasso fatale, la data di inizio attacco e la data di morte sono coincidenti.

Quando la persona viene rinvenuta morta e non sono possibili ricostruzioni per risalire in modo esatto al tempo dell'attacco, occorre stabilire un tempo medio tra l'ultimo momento in cui la persona è stata vista viva ed il ritrovamento del cadavere.

[75] trattamento eseguito in (MANAGE)

Specificare se il trattamento medico completo è stato prestato in ospedale, in casa di cura, al domicilio o se l'evento è avvenuto senza alcun intervento medico.

Codificare **1** (in ospedale) se la valutazione del medico è fatta dopo l'ammissione in ospedale, o quando il soggetto si reca direttamente in ospedale o quando l'attacco ha inizio in un soggetto già ospedalizzato.

Codificare **2** (casa di cura) quando si tratta di strutture protette, con garanzia di assistenza continua e la presenza del medico almeno per qualche ora tutti i giorni. Non vanno codificati in questa categoria gli ospedali e le cliniche private a media o alta specializzazione.

Codificare **3** (al domicilio) quando la consultazione del medico dopo l'attacco porta alla decisione di trattare il malato al domicilio.

Codificare **4** (senza intervento medico) quando non vi è storia di valutazione medica o quando il soggetto muore prima dell'arrivo del medico.

Codificare **5** (altro) quando il soggetto, dopo consultazione del medico curante o consulto ospedaliero, decide di restare al domicilio o muore prima di arrivare in ospedale senza essere stato valutato, o muore dopo la dimissione dal pronto soccorso ove è stato stabilito il non ricovero.

[76] sopravvissuto fino al 28° giorno (SURVIVE)

Indicare se il malato è sopravvissuto a 28 giorni dalla data di inizio attacco. Sono indicati tre codici di riferimento: **1**= sì, **2**= no, **3**= trasferito.

Il codice 3 serve in fase di raccolta per individuare l'ospedale in cui viene trasferito il malato e poter provvedere alla chiusura della raccolta dati ed al completamento dei dati mancanti.

A chiusura del database, i codici 3 devono essere tutti convertiti in 1 o 2.

CRITERI DIAGNOSTICI

[77] Sintomi (SYMPT)

Codice **1**: sintomi tipici

Quando è segnalata la presenza di dolore toracico con le seguenti caratteristiche:

durata di 20 minuti o più

assenza di altre cause non cardiache o non riferibili a malattia aterosclerosi (ATS) cardiaca (presenza di altra diagnosi giustificante il dolore toracico).

Ogni sintomo di dolore è accettabile se accompagnato da definizioni come ‘oppressione’, ‘disagio’, ‘sofferenza’.

Sì considera tipico il dolore con durata incerta o inferiore a 20 minuti, se:

presente al momento del ricovero

presente al momento del decesso

presente al momento della somministrazione di analgesici da parte del medico

presente al momento dell'assunzione di analgesici o nitroderivati da parte del malato.

Quando il malato ha un esordio di sintomi atipici, ma durante il periodo di osservazione (entro i 28 giorni) ha episodi di sintomi tipici, la codifica dei sintomi è 1. In questo caso la data di inizio attacco va riportata al primo episodio di sintomo tipico.

Se i sintomi tipici sono accompagnati da shock, sincope o insufficienza ventricolare sinistra, questi non determinano la codifica come sintomi atipici.

Se i sintomi sono tipici, ma la durata del dolore non è in alcun modo descritta, codificare 5 (sintomi inadeguatamente descritti).

Codice **2**: sintomi atipici

Alcuni sintomi descritti come non tipici possono presentare una delle seguenti caratteristiche:

dolore atipico in sede inusuale: addome superiore, mascella, collo

dolore condizionato dalla postura o dai movimenti respiratori

durata inferiore a 20 minuti

insufficienza acuta ventricolare sinistra

shock

sincope

assenza di malattia cardiaca o malattia ischemica

cause diagnosticate non cardiache o non ATS.

Nota: l'insufficienza ventricolare acuta sinistra, lo shock e la sincope, non convertono i sintomi tipici in atipici.

Il collasso fatale non deve essere considerato una sincope. La sincope deve essere reversibile.

Il dolore toracico seguito da sincope deve essere codificato 1.

Codice **3**: altri sintomi

Quando i sintomi sono correttamente descritti ma non soddisfano i criteri di tipico o atipico, oppure sintomi che non hanno origine cardiaca o ATS cardiaca (esempio in presenza di pericardite).

Codice **4**: no sintomi o sintomi assenti

Nei casi non fatali se il malato non riporta storia di dolore all'attacco e nei casi fatali quando il collasso fatale avviene in persona in stato di apparente benessere senza manifestazione di sintomi.

Codice **5**: dati insufficienti

Quando le informazioni raccolte non permettono di codificare i sintomi in una delle categorie sopradescritte o quando mancano riferimenti in merito alla sede od alla durata del dolore.

[78] Numero ECG raccolti (NUMECG)

Indicare il numero degli elettrocardiogrammi utili alla codifica (fotocopiati) ed allegati alla Scheda Transfer. Indicare negli appositi spazi della Scheda le date di riferimento degli ECG raccolti in ordine cronologico.

[79] Elettrocardiogramma (ECG)

La classificazione degli ECG si basa sulla lettura dei tracciati registrati nel periodo che segue l'attacco acuto e, qualora disponibile, di un tracciato registrato prima dell'evento acuto (massimo 28 giorni prima).

Ogni elettrocardiogramma va codificato secondo il Codice Minnesota, separatamente per gli argomenti 1,4,5 e 9.2 e riportato secondo i blocchi di derivazione antero-laterale, postero-inferiore e anteriore.

La codifica finale prevede:

Codice **1**: ECG sicuro (diagnostico)

Presenza di sviluppo di un’onda Q diagnostica in una serie di tracciati e/o l'evoluzione di una corrente di lesione che dura più di un giorno. L'interpretazione di almeno due tracciati è necessaria per definire questa categoria.

L'evoluzione delle modificazioni delle onde ECGgrafiche all'interno dei vari gruppi di derivazione definisce la sede dell'infarto acuto.

Codice **2**: ECG probabile

Presenza di evoluzione di alterazioni della ripolarizzazione.

Codice **3**: ECG non evolutivo

Codice **4**: Altro, compreso l'ECG normale

Codice **5**: ECG non codificabile

Codice **9**: Nessuno.

[80] Enzimi (ENZ)

Vanno raccolti e riportati i valori massimi registrati entro le prime 72 ore dall'attacco.

Per la corretta codifica, considerare il valore normale in base alle indicazioni del laboratorio che ha eseguito l'accertamento.

Codice **1**: Anormali

Se una lettura è più del doppio del limite della misurazione normale, quando la misurazione è fatta entro 72 ore o 3 giorni di calendario dal giorno di inizio dei sintomi, dall'ammissione all'ospedale o dopo la comparsa di un sintomo acuto durante i 28 giorni di osservazione nel periodo intercorrente dalla data iniziale dell'attacco.

Nel caso il soggetto presenti sintomi lievi ed intermittenti, seguiti da un episodio di dolore tipico, verificare se esiste un dosaggio degli enzimi riportabili all'episodio di dolore tipico.

Codice **2**: Equivoci

Quando il livello degli enzimi non supera il doppio del livello normale o non è misurato nel periodo di tempo rilevante (72 ore dall'esordio dell'attacco).

Codice **3**: Non specifici

Quando il livello degli enzimi supera il doppio del livello normale ma possono essere espressione di causa non cardiaca: altre malattie diverse dall'infarto miocardico, infezioni, defibrillazione, traumatismi, interventi chirurgici.

Codice **4**: Normali

Quando gli enzimi prelevati nel periodo di tempo previsto presentano valori nel limite della norma in base al metodo di esecuzione del dosaggio.

Codice **5**: Incompleti

Quando il dosaggio non è eseguito entro le 72 ore dall'inizio dell'attacco o di altra complicanza.

Codice **9**: Dati insufficienti

Quando non sono riportati gli esiti dei dosaggi enzimatici o non sono stati eseguiti.

[81-96] Diagnosi Clinica (CLIND1, CLIND2, CLIND3, CLIND4)

Riportare i codici CIM-9 di diagnosi segnalati sulla cartella clinica o sul certificato di morte.

Il codice della causa di morte riportato sul certificato prevale sulla codifica diagnostica della dimissione ospedaliera. Utilizzare la codifica CIM-9. Utilizzare sempre 4 cifre di codifica e dove la 4° cifra non è disponibile, inserire '9'. Le patologie che si possono codificare sono 4. Utilizzare i campi per la codifica delle patologie coronariche.

Nel caso in cui non vengano utilizzati i 4 campi di codifica inserire '9999' nel/i campo/i vuoti.

Nel caso di decesso codificare le cause riportate sul certificato di morte, in Clind1 la causa principale di morte, in Clind2, Clind3 e Clind4 le altre cause.

[97] Infarto miocardico precedente (PREMI)

In base alla descrizione riportata sulla Scheda di rilevazione, specificare se il malato ha avuto storia di infarto coronarico precedente all'evento in corso (più di 28 giorni prima dell'evento in corso).

Se si segnala sì, indicare quando è possibile, nel modo più accurato, la data di insorgenza dell'evento e notizie in merito al ricovero (se ricoverato per l'evento, in quale ospedale e l'anno). I codici 1, 3 e 5 si riferiscono alla positività del riscontro di un infarto pregresso.

I codici 2, 6 e 7 si riferiscono a 'no', non infarto pregresso.

Per documentazione di infarto precedente, si intende documentazione che riporti menzione di IMA, sospetto IMA, arresto cardiaco con rianimazione positiva o episodio di sospetto arresto cardiaco a soluzione positiva.

[98] Storia pregressa di malattia ischemica coronarica (HISIHD)

Indicare se il soggetto ha sofferto prima dell'evento in corso di malattie coronariche ischemiche.

La storia pregressa è sempre positiva se nel punto precedente (storia di infarto miocardico precedente) sono stati evidenziati i codici 1 o 3 o 5.

E' necessario che dalla raccolta dati si possa ragionevolmente escludere la coesistenza di altra forma etiologica ben definibile quali cardiopatie congenite, cardiopatie reumatiche o valvolari, cuore polmonare cronico e altre cardiomiopatie primitive.

EVENTI FATALI

[99-104] Data della morte (DDEATH)

Questo campo va compilato con 888888 per i soggetti con codice 'Survive' 1 o 9.

Inserire la data precisa della morte.

Controllare che la data di morte riportata sulla Scheda Transfer e sul certificato di morte coincidano.

[105] Tempo di sopravvivenza all'attacco (ESTST)

Indicare, quando conosciuto o rilevabile, il tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi e la morte.

[106] Autopsia eseguita (NECP)

Indicare se è stato effettuato riscontro autoptico, ed in caso positivo se è stata eseguita autopsia in ospedale o in altra sede dal medico legale (in quest'ultimo caso, il reperto autoptico va recuperato presso il Tribunale di riferimento; è un evento riscontrabile in caso di soggetti rinvenuti cadavere in casa o comunque fuori da istituto di ricovero).

[107-118] Codifica autopsia (NECP1, NECP2, NECP3)

Riportare i codici CIM-9 di codifica dell'esame autoptico (principali cause di morte).

[119] Reperti autoptici (NECSUM)

Codice **1**: Sicuri

Quando il referto autoptico riporta:

infarto miocardico fresco (4101)
recente occlusione di arteria coronarica o embolia coronarica o emorragia con ATS (4102).
Codice **2**: Equivoci
Quando il referto autoptico riporta
vecchio infarto miocardico o cicatrice (4120)
stenosi coronarica severa – più del 50% del lume- (4142).
Codice **3**: Negativi
Quando l'esame autoptico evidenzia una causa di morte non riportabile ad evento coronarico.
Codice **4**: Autopsia non eseguita
In assenza di riscontro autoptico e con codice 3 al punto 105.

[120] Allegati reperti autoptici

Indicare se è disponibile la fotocopia del reperto autoptico completo.

DEFINIZIONE DELLE CATEGORIE DIAGNOSTICHE

[121] Categoria diagnostica (DIACAT)

Le categorie diagnostiche sono le seguenti:
Codice **1**: infarto miocardico acuto sicuro
Criteri generali di assegnazione:

- ECG diagnostico sicuro oppure
- sintomi tipici o atipici, o descritti in modo incompleto, con ECG probabile e enzimi anormali oppure
- sintomi tipici ed enzimi anormali con ECG non evolutivo o non disponibile o non codificabile oppure
- casi fatali, sia improvvisi sia non, con evidenza autoptica di infarto miocardico fresco.

Codice **2**: Infarto miocardico acuto possibile o morte coronarica
Eventi non fatali: malati con sintomi tipici, con ECG ed enzimi che non permettono l'assegnazione della categoria 1 e per i quali non esiste altra evidenza diagnostica per giustificare l'attacco.
Eventi fatali: sia improvvisi che non, in cui non vi è chiara evidenza di un'altra causa possibile di morte, clinicamente o all'autopsia:

- con sintomi tipici o atipici o incompleti o
- senza sintomi ma con evidenza autoptica di occlusione coronarica cronica o stenosi, o cicatrice di vecchio infarto o
- con storia attendibile di cardiopatia ischemica cronica o insufficienza coronarica o angina pectoris, in assenza di cardiopatia valvolare o cardiomiopatia.

Codice **3**: Arresto cardiaco ischemico (AC)
Con rianimazione ad esito positivo che non soddisfa i criteri per la categoria diagnostica 1 o 2.
AC spontaneo non provocato da intervento medico, shock elettrico, annegamento o altri gravi incidenti, da presunta fibrillazione ventricolare primaria che sia dovuta a malattia ischemica in assenza di cardiopatia valvolare o cardiomiopatia.
Codice **4**: Assenza di infarto miocardico acuto
Eventi non fatali:
categorie con ECG probabile, non evolutivo o altro o non codificabile, in assenza di sintomi tipici o enzimi alterati;
eventi in cui l'episodio è stato giustificato con altra diagnosi
Eventi fatali: sia improvvisi che non, quando è presente altra diagnosi (clinica o autoptica).
Codice **5**: Casi fatali con dati insufficienti
Casi senza autopsia, senza storia di sintomi tipici o atipici, senza storia precedente di cardiopatia ischemica cronica o altra diagnosi.
Non si dovrebbero avere eventi non fatali in questa categoria.

ACUTE CORONARY CARE

[122] Tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi e il primo soccorso (TIME)

Tempo intercorso tra l'attacco e l'arrivo dei soccorsi.

Indicare con precisione, quando possibile, quale, tra gli intervalli di tempo considerati, è ragionevolmente identificabile come esatto.

Va inteso il tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi acuti o, in caso di soggetti con sintomi vaghi e intermittenti, il tempo intercorso tra la comparsa del sintomo più severo che ha comportato la chiamata del medico o la decisione di recarsi in ospedale.

In caso di chiamata di soccorso, questo tempo va rapportato tra la comparsa del sintomo e l'arrivo del personale di soccorso (ambulanza, soccorritore, équipe 118, medico curante).

[123] Il primo intervento è stato fornito da (INITIC)

Indicare, tra il personale elencato, chi ha prestato per primo soccorso al soggetto. I parenti prossimi non devono essere indicati come personale di primo soccorso (moglie, figli, amici).

[124] Arresto cardiaco fuori dall'ospedale (CAROUT)

Indicare se il malato ha avuto un arresto cardiaco fuori dall'ospedale.

Codice **1**: quando il soggetto, all'arrivo del primo soccorritore è in arresto cardiaco o comunque apparentemente senza vita (non necessariamente documentato da tracciato ECG)

Codice **2**: quando all'arrivo del primo soccorritore non è in arresto cardiaco

Codice **8**: non rilevante perché evento occorso a soggetto già ospedalizzato

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[125] Manovre di RCP fuori dall'ospedale (RESOUT)

Indicare se sono state praticate manovre di rianimazione cardiopolmonare fuori dall'ospedale, da parte del primo soccorritore.

Codice **1**: quando le manovre di rianimazione iniziano sul luogo dell'evento e vengono continuate fino all'arrivo in ospedale o al momento di constatazione del decesso

Codice **2**: quando non vengono praticate manovre rianimatorie fuori dall'ospedale (constatazione di decesso o soggetto già ospedalizzato o non si è verificato arresto cardiaco fuori dall'ospedale)

Codice **8**: quando non si è verificato arresto fuori dall'ospedale (carout no) o l'arresto si verifica in soggetto già ospedalizzato

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[126] Manovre di RCP all'arrivo in ospedale (RESAAR)

Indicare se, all'arrivo in ospedale sono state praticate manovre di rianimazione cardio-polmonare, sia a continuazione di quelle iniziate prima del trasporto, sia nel caso in cui il malato abbia un arresto cardiaco all'ingresso in pronto soccorso. Il pronto soccorso viene considerato luogo fuori dall'ospedale.

Codice **1**: quando le manovre di rianimazione iniziano sul luogo dell'evento e vengono continuate fino in ospedale, oppure quando iniziano nel pronto soccorso

Codice **2**: quando non vengono praticate manovre rianimatorie all'arrivo in ospedale (non arresto cardiaco e non manovre rianimatorie fuori dall'ospedale o soggetto già deceduto all'arrivo in pronto soccorso)

Codice **8**: evento occorso a soggetto già ospedalizzato

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[127] Arresto cardiaco in ospedale (CARIN)

Indicare se il malato dopo l'ammissione in ospedale ha avuto un arresto cardiaco.

Codice **1**: quando, dopo l'ammissione in ospedale, il malato ha un arresto cardiaco

Codice **2**: quando non si verifica arresto cardiaco dopo il ricovero in ospedale

Codice **8**: non rilevante (soggetto non ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[128] Manovre di RCP in ospedale (RESIN)

Indicare se sono state praticate manovre di RCP in soggetti che hanno avuto arresto cardiaco in ospedale.

Codice **1**: si

Codice **2**: no

Codice **8**: non rilevante (soggetto non ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[129] Ricovero in UC o in altra UTI (CUNIT)

Indicare se il malato è stato ricoverato in Unità Coronarica o altra unità di Terapia Intensiva (per unità di terapia intensiva, oltre a quella cardiologica, sono intesi i reparti di rianimazione o terapia intensiva cardiochirurgica).

Codice **1**: si

Codice **2**: no

Codice **8**: non rilevante (soggetto non ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)

Codice **9**: quando non è possibile conoscere il dato.

[130-131] Tempo di ricovero in UC o in UTI (CSTAY)

Indicare per quanti giorni il malato è stato ricoverato in Unità Coronarica o altra unità di Terapia Intensiva.

Codice 00-28: indicare in codifica i giorni esatti (compresi tra 0 e 28)

Codice 88: non rilevante, non ricoverato in Unità Coronarica o altra unità di Terapia Intensiva.

[132-133] Totale giorni trascorsi in ospedale (HISTAY)

Indicare per quanti giorni il malato è stato ricoverato in Ospedale.

Codice 00-28 giorni (di calendario): inserire il numero dei giorni

Codice 29: 29 o più giorni

Codice 88: non rilevante, non ricoverato.

[134-160] Farmaci ed altri provvedimenti terapeutici

Codificare i trattamenti farmacologici elencati (raggruppati per azione farmacologica) e se il malato è stato sottoposto ad indagini diagnostiche mirate all'evento quali coronarografia, interventi di by-pass aorto-coronarico o angioplastica (specificare se il dato è reperibile se angioplastica con o senza impianto di stent), o impianto di pace maker.

Indicare 1 = si, 2 = no, 8 = trattamento non eseguito perché soggetto deceduto.

[161-166] Data di ammissione in ospedale (DATARIC)

Se i dati sono stati reperiti dalla cartella ospedaliera, specificare la data di ammissione in ospedale. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

[167-172] Data di dimissione dall'ospedale (DATADIM)

Se i dati sono stati reperiti dalla cartella ospedaliera, specificare la data di dimissione dall'ospedale. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

[173] Intervista a (FONT)

Se i dati sono stati reperiti tramite intervista, specificare chi ha risposto all'intervista o chi ha fornito le informazioni.

[174-179] Data dell'intervista (DATAINT)

Se i dati sono stati reperiti tramite intervista, specificare la data dell'intervista effettuata. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

SCHEDA PER INTERVISTA TELEFONICA
EC FATALI EXTRA-OSPEDALIERI

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__|

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita (Comune)_____Prov._____

Data di nascita |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Residenza (Comune)_____Prov._____

Indirizzo_____

Sesso 1 |__| uomo 2 |__| donna

Prefisso e numero telefonico |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Presentazione questionario

E' stato/a chiamato/a in quanto il Suo nominativo è registrato nell'ambito delle attività del Registro Nazionale degli eventi coronarici, ricerca patrocinata dal Ministero della Sanità. L'indagine è stata realizzata per conoscere l'occorrenza e la terapia dell'infarto miocardico, al fine di prevenire e curare meglio questa malattia che rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari del nostro Paese. Questa telefonata è orientata a raccogliere una serie di informazioni che possano aiutare a combattere la malattia. In ottemperanza alla Legge sulla privacy (L. 675/96 e successive modificazioni), La informiamo che le informazioni che ci vorrà fornire verranno trattate solo per fini scientifici, per effettuare statistiche e non verranno rilasciate a nessun organismo né pubblico né privato. La ricerca è comunque stata autorizzata secondo quanto previsto all'art. 5 del Dlg 282/99 e dalla legge 502/92.

La ringraziamo in anticipo per la collaborazione.

STORIA PREGRESSA

Il sig/ra ha mai sofferto nella sua vita di malattie di cuore come attacco cardiaco, angina, infarto, disturbi del ritmo ecc, prima dell'evento acuto finale?

SI' |__| NO |__|

Se Sì, specificare_____

E' Stato ricoverato? SI' |__| NO |__|

In quale Ospedale?_____Reparto_____

Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Con quale diagnosi di dimissione?_____

IN TALE OCCASIONE E' STATO SOTTOPOSTO A

Terapia trombolitica	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|
Coronarografia	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|
By-Pass Coronarico	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|
Angioplastica	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|
Impianto di Pace Maker	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|
Altro	SI' |__|	NO |__|	Dati insufficienti |__|

TERAPIA IN CORSO PRIMA DELL'EVENTO

Antiaritmici	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Eparina classica	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Eparina a basso peso molecolare	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Anticoagulanti orali	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Aspirina	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Ticlopidina o clopidogrel	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Inibitori glicoproteina IIA / IIIB	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Betabloccanti	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Calcioantagonisti diidropiridinici	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Verapamil	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Diltiazem	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Diuretici	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Altri farmaci ipotensivi	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Agenti inotropi positivi	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Nitroderivati	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Ipolipemizzanti	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
ACE inibitori	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Sartani	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Insulina	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Antidiabetici orali	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

NELL'ULTIMO MESE DI VITA, IL SUO CONGIUNTO E' STATO AMMALATO?

SI' \|__\| NO \|__\| Dati insufficienti \|__\|

SINTOMI_____

Ricovero ospedale di_____

Reparto_____

Data del ricovero |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Data di dimissione |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Diagnosi di dimissione_____

NOTIZIE SULL'EVENTO ACUTO

Data di insorgenza del'evento acuto |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Data del decesso |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

LUOGO DEL DECESSO

Fuori dall'ospedale (per strada, in casa, sul lavoro,…) (1)	|__|
Durante il trasporto in ospedale (2)	|__|
In pronto soccorso (2)	|__|
Avvenuta all'arrivo in ospedale, non chiaro se occorsa prima del ricovero	|__|
In Unità coronarica (2)	|__|
In altro reparto diverso dall'UC o terapia intensiva (2)	|__|
Deceduto in altro posto dell'ospedale non specificato (2)	|__|

(1) = compilare le parti A o B della Scheda

(2) = compilare le parti B e C con i dati desunti dalla cartella di PS

PARTE A

Se il soggetto è stato trovato morto specificare:

Ora del ritrovamento ore |__|__| minuti |__|__|

Dove è stato trovato il soggetto _____

A che ora è stato visto vivo l'ultima volta? ore|__|__| minuti |__|__|

Come si presentava? _____

_____

PARTE B

IL PAZIENTE HA AVUTO SINTOMI? SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

Se SI':

DOLORE SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

- Sede

Petto	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Braccio sx	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Spalla sx	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Gola	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Arto superiore dx	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Dorso	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Stomaco	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

- Durata 20 minuti o più |__| meno di 20 minuti |__| incerto |__|

se incerto, specificare se il dolore è stato descritto come

- prolungato	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
- continuo	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
- presente al momento del decesso	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
- presente al momento del ricovero	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
- presente al momento della somministrazione di analgesici da parte del medico	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
- presente al momento della somministrazione di analgesici o nitroderivati da parte del malato	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

- Qualità

Costrittivo	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Oppressivo	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Urente	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Trafittivo	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Ignoto	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

- Intensità'

Lieve	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Moderata	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Forte	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

ALTRI SEGNI O SINTOMI

MANCANZA DI RESPIRO	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
Se SI':	lieve |__|	intensa|__|	moderata |__|
NAUSEA E/O VOMITO	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
SUDORAZIONE	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
PALLORE	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
PALPITAZIONI	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

PERDITA DI COSCIENZA

|__| spontaneamente regredita |__| regredita dopo il soccorso |__| sincope fatale |__| ignoto

ASMA CARDIACO	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
EDEMA POLMONARE ACUTO	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|
SHOCK	SI' |__|	NO |__|	Ignoto |__|

ALTRI SINTOMI_____

Luogo inizio sintomi_____

Ora inizio sintomi_____

Note_____

_____

PARTE C

TESTIMONI ALL'EVENTO SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

Il malato è stato soccorso ? Se sì, chi ha fornito il primo soccorso ?

soccorritore occasionale addestrato SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
medico generico SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
équipe di rianimazione medica e infermieristica (118) SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
ospedale SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
soccorritore addestrato e/o medico seguiti da équipe di rianimazione SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
equipaggio ambulanza SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
non rilevante SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

TEMPO INTERCORSO TRA LA COMPARSA DEI SINTOMI ED IL PRIMO SOCCORSO
da 0 a 5 minuti |__|
da 6 a 59 minuti |__|
da 1 ora a meno di 2 ore |__|
da 2 ore a meno di 4 ore |__|
da 4 ore a 24 ore |__|
oltre 24 ore |__|
non conosciuto ma probabilmente meno di 24 ore |__|
non rilevante, non intervento medico |__|

SE CONOSCIUTO IN MODO ESATTO : ore |__|__| minuti |__|__|

SI' E' VERIFICATO ARRESTO CARDIACO PRIMA DELL'ARRIVO IN OSPEDALE ?
SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

SE SI', SONO STATE PRATICATE MANOVRE DI RIANIMAZIONE PRIMA DI GIUNGERE ALL'OSPEDALE ? SI' |__| NO |__| Ignoto |__|

E' STATO PORTATO IN PRONTO SOCCORSO ? SI' |__| NO |__| Ignoto |__|
se si, di quale
ospedale?_____

AUTOPSIA ESEGUITA |__| SI', in ospedale |__| SI', dal medico legale |__| NO |__| Ignoto

ESITO INTERVISTA: Completa |__| Incompleta |__|
Se incompleta:
Rintracciato il parente, questo si rifiuta di collaborare alla raccolta dati |__|
E' impossibile rintracciare il medico curante |__|
Il medico curante rifiuta la collaborazione alla raccolta dati |__|

DATA INTERVISTA |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Intervista effettuata da_____

Codici utilizzati nella Scheda di intervista telefonica per EC fatali extra-ospedalieri

I dati raccolti attraverso l'intervista, vanno riportati sulla Scheda Transfer degli eventi EC da validare e si provvede alla codifica della stessa come precedentemente descritto (pag. 53). Di seguito vengono riportate le procedure per l'avvio delle interviste telefoniche mirate alla identificazione e definizione degli eventi attraverso i congiunti.

I certificati ISTAT raccolti, vengono codificati seguendo le regole di convalida ISTAT e archiviati per comune. Da questi, viene fatta la selezione dei casi sospetti per morte coronarica, come di seguito indicato. I certificati ISTAT vengono suddivisi in base a:

diagnosi di morte con codici sospetti indicata come causa principale di morte o presente in causa secondaria

luogo di decesso (abitazione, istituto di cura, altro)

presenza o meno di riscontro autoptico.

1. Diagnosi di morte sospetta per evento coronarico

Sono indicati come soggetti 'selezionati', tutti gli eventi in cui è data come diagnosi di morte principale una delle seguenti codifiche CIM-9. Ad esclusione dei certificati in cui la causa di morte principale è codificata 410.0 - 414.9, tutti i codici sottoelencati vanno selezionati per la verifica solo quando, tra le cause iniziale, intermedia e finale, compaiono malattie ischemiche o in caso di morte improvvisa; questi vengono indagati in quanto identificati come sospetti per causa di morte coronarica:

250	diabete
401	ipertensione essenziale
402	cardiopatia ipertensiva
403	nefropatia ipertensiva
404	cardionefropatia ipertensiva
420	pericardite acuta
421	endocardite acuta o subacuta
422	miocardite acuta
423	altre malattie del pericardio
424	altre malattie dell'endocardio
425	miocardiopatia
426	disturbi della conduzione
427	alterazioni del ritmo
428	insufficienza cardiaca
429	descrizione complicanze cardiache
440	aterosclerosi
441	aneurisma aortico
442	altri aneurismi
443	altre malattie vascolari periferiche
444	embolia e trombosi arteriose
446	poliarterite nodosa e arteriti similari
447	altri disturbi delle arterie e delle arteriole

2. Luogo del decesso (abitazione, istituto di cura, altro)

I soggetti suddivisi per categoria di codifica CIM-9, vengono poi selezionati in base al luogo del decesso specificato sul certificato ISTAT.

Le possibilità di indicazione del luogo del decesso sono:

- Abitazione: è riferito a tutti i soggetti deceduti al domicilio (proprio o di parenti prossimi)

- Istituto di cura: tutti i soggetti deceduti in regime di ricovero. Non tutti questi certificati riguardano però gli ospedali; sono compresi anche i decessi avvenuti in casa di cura, casa di riposo, strutture private o altro che possa essere identificato con tale indicazione.
Per identificare l'istituto in cui è avvenuto il decesso, ove presente, si risale al luogo attraverso la dicitura riportata sul timbro dell'istituto o ospedale, posto a piè di pagina, vicino al timbro del medico certificante il decesso. Ove mancante, si risale in prima istanza all'ospedale del comune in cui è avvenuto il decesso e di seguito alle strutture sanitarie presenti sullo stesso territorio comunale.
- Altro: con questa dicitura vengono di solito indicati gli eventi occorsi per strada, in locali pubblici o gli eventi occorsi durante il trasporto in ospedale o di soggetti giunti cadavere al pronto soccorso.

Questi due ultimi casi sono solitamente specificati sul certificato di morte. In caso di mancanza di specificazione, vengono dati come eventi extra ospedalieri.

3. Presenza di riscontro autoptico

Su tutti i gruppi selezionati ed indifferentemente dal luogo del decesso, è possibile identificare i soggetti che sono stati sottoposti a riscontro autoptico, sia perché indicato sul certificato, sia per la controfirma del medico che effettua l'autopsia e convalida le cause di morte.

Vi sono dei casi in cui si 'presume' il riscontro autoptico in base a:

firma del certificato da parte del medico necroscopo;

data del certificato con data diversa dalla data di morte (2 o 3 giorni successivi)

descrizione delle cause di morte anatomopatologiche (non indicazione di infarto ma indicazione di sede e segmento della/e coronaria/e interessata/e es.: trombosi al terzo inferiore della coronaria di destra con area necrotica estesa, ecc).

SCHEDA DI RACCOLTA PER ACV DA VALIDARE
(Scheda Transfer)

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

DATI ANAGRAFICI

Codice Unità Collaborante |__|__| 1-2

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__| 3-6

Stato cartella Completa 1 |__| |__| 7
Inserimento incompleto 3 |__|
Cartella non trovata 4 |__|

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 8-27

Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 28-47

Luogo di nascita (Comune)_____Prov._____ |__|__|__|__|__|__|48-53

Data di nascita |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno |__|__|__|__|__|__|__|__| 54-61

Residenza (Comune)_____Prov._____ |__|__|__|__|__|__|62-67

Indirizzo_____

Prefisso e numero telefonico |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sesso 1|__| uomo 2|__| donna |__| 68

Stato civile 1 |__| sposato/convivente |__| 69
2 |__| vedovo/divorziato
3 |__| single
9 |__| non noto

Data di insorgenza dell'attacco: |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__|70-75

Trattamento eseguito in: Ospedale 1 |__|
Casa di cura 2 |__|
Domicilio 3 |__|
Senza intervento medico 4 |__|
Stroke Unit 5 |__|
Altro 6 |__| |__| 76

Sopravvissuto fino al 28° giorno incluso:
1 |__| Sì 2 |__| No 3|__| Trasferito |__| 77

DIAGNOSI MONICA DI EVENTO CEREBROVASCOLARE

Per ACCIDENTE CEREBROVASCOLARE si intende il caso con segni clinici a rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale (o globale*), che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare; comprende pazienti che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera etc.), tumori cerebrali o metastasi; vanno esclusi gli accidenti cerebrovascolari secondari a traumi.

*Per globale si intendono i casi con emorragia subaracnoidea e alcuni in coma profondo, ma non include insufficienza circolatoria sistemica come shock, sindrome di Stokes-Adams o encefalopatia ipertensiva.

Segni focali definiti:
compromissione motoria unilaterale o bilaterale (incluso difetto di coordinazione)
compromissione sensoriale unilaterale o bilaterale
afasia/disfasia (linguaggio non fluente)
emianopsia (compromissione della visione di metà campo visivo)
diplopia (visione doppia)
sguardo fisso (deviazione coniugata)
disfagia improvvisa (alterazione della deglutizione)
aprassia improvvisa (incapacità di compiere correttamente movimenti diretti ad uno scopo)
atassia improvvisa (perdita della coordinazione muscolare)
difetto di percezione improvviso.
Non accettabile come unica evidenza di disfunzione focale:
senso di instabilità e di barcollamento, vertigine
cefalea localizzata
visione offuscata di entrambi gli occhi
disartria (linguaggio difettoso)
funzione cognitiva compromessa (incluso confusione)
stato di coscienza compromesso
convulsioni
Nonostante possa essere presente un accidente cerebrovascolare, questi segni non sono specifici e non possono essere accettati come evidenza definitiva di ACV.

Diagnosi clinica di dimissione ospedaliera (codificare usando la CIM-9)

_____ |__|__|__|__| 78-81

_____ |__|__|__|__| 82-85

_____ |__|__|__|__| 86-89

_____ |__|__|__|__| 90-93

RISERVATO AI CASI FATALI

Data del decesso |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__|94-99

Tempo di sopravvivenza a 28 giorni |__| 100

- meno di 24 ore 1 |__|
- da 24 ore a 72 ore 2 |__|
- più di 72 ore 3 |__|

Se “più di 72 ore” riportare il numero dei giorni |__|__| |__|__| 101-102

Autopsia eseguita |__| 103

- Sì, in ospedale 1 |__|
- Sì, Medico Legale 2 |__|
- No 3 |__|
- Vivo al 28° giorno 8 |__|
- Dati insufficienti 9 |__|

Descrizione reperti autoptici:

_____

_____

_____

N.B.: solo per i reperti autoptici la codifica è la seguente:

430: emorragia subaracnoidea	|__|__|__|__|	104-107
431: emorragia cerebrale		
433: occlusione e stenosi delle arterie precerebrali	|__|__|__|__|	108-111
434: occlusione e stenosi delle arterie cerebrali	|__|__|__|__|	112-115

(Codificare le concause usando la classificazione CIM-9)

INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI PRIMA DELL'EVENTO ATTUALE |__| 116

Dove viveva il soggetto prima dell'evento?

A casa	1 |__|	
In una struttura per l'assistenza	2 |__|	
Non noto	9 |__|	|__| 117

Autosufficienza prima dell'evento

Indipendente	1 |__|
Parzialmente dipendente	2 |__|
Completamente dipendente	3 |__|
Non noto	9 |__|

Per *indipendente* si intende il soggetto che può svolgere le attività quotidiane di base in maniera indipendente e non necessita di particolare aiuto esterno; per *parzialmente dipendente* si intende il soggetto che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per *completamente dipendente* si intende il soggetto che non può compiere le attività quotidiane di base (andare al bagno, mangiare, vestirsi, lavarsi) senza un aiuto esterno.

Storia di ipertensione arteriosa prima del verificarsi dell'evento

No	1 |__|	
Sì, era sotto trattamento specifico con antiipertensivi	2 |__|	
Sì, non era sotto trattamento specifico con antiipertensivi	3 |__|	
Dati insufficienti	9 |__|	|__| 118

Precedente evento cerebrovascolare:

Sì, documentato	1 |__|	
Sì, non documentato	2 |__|	
No, documentato	3 |__|	
No, non documentato	4 |__|	
Dati insufficienti	9 |__|	|__| 119

Se SI': data del precedente evento |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno | | | | | | | | 120-125

Numero degli accidenti cerebrovascolari precedenti |__| \|__\| 126

Se non ha avuto precedenti accidenti cerebrovascolari 8 |__|

Sconosciuto 9 |__|

Storia o segni di paralisi o minor forza derivati da un accidente cerebrovascolare precedente e presenti all'inizio dell'accidente cerebrovascolare attuale: |__| 127

Sì	1 |__|
No	2 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Disturbi della parola (disfasia/afasia) causati da un accidente cerebrovascolare precedente e persistenti al momento dell'attuale evento cerebrovascolare (non include la disartria) |__| 128
*Disfasia***:** difetto di coordinazione e incapacità di disporre le parole nel giusto ordine, dipendente da lesione centrale.
*Afasia***:** incapacità di esprimersi mediante il linguaggio, la scrittura, i gesti o di comprendere il linguaggio parlato o scritto per lesioni dei centri cerebrali.

	Sì	1 |__|
	No	2 |__|
	Dati insufficienti	9 |__|

Abitudine al fumo:	Non fumatore	1 |__|	|__| 129
	Fumatore	2 |__|	
	Ex fumatore	3 |__|	
	Non conosciuto	9 |__|	

Precedente infarto del miocardio più di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare |__| 130

Sì, documentato	1 |__|
Sì, non documentato	2 |__|
No, documentato	3 |__|
No, non documentato	4 |__|
Sospetto	5 |__|
Non riportato	9 |__|

Se Sì: |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 131-136

Se nel periodo di registrazione
numero progressivo di registrazione |__|__|__|__| |__|__|__|__| 137-140

Precedente infarto del miocardio meno di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare |__| 141

Sì, documentato	1 |__|
Sì, non documentato	2 |__|
No, documentato	3 |__|
No, non documentato	4 |__|
Sospetto	5 |__|
Non riportato	9 |__|

Diagnosi di fibrillazione o flutter atriale |__| 142

Sì	1 |__|
No	2 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Diagnosi di malattia valvolare |__| 143

Sì	1 |__|
No	2 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Storia clinica o segni di insufficienza cardiaca

	Sì	1 |__|
	No	2 |__|
	Dati insufficienti	9 |__| |__| 144

Storia di diabete	No	1 |__|		|__| 145
	Tipo 1°	2 |__|		
	Tipo 2°	3 |__|		
	Tipo non specificato	4 |__|		
	Diagnosticato durante la presente visita	5 |__|		
	Dati insufficienti	9 |__|		
Storia di iperlipidemia				|__| 146
	Sì		1 |__|	
	No		2 |__|	
	Dislipidemia diagnosticata durante la visita attuale		5 |__|	
	Dati insufficienti		9 |__|	
Storia di TIA prima del presente evento				|__| 147
	Sì		1 |__|	
	No		2 |__|	
	Dati insufficienti		9 |__|	

INIZIO DELL'EPISODIO

Terapia antipertensiva all'inizio dei sintomi

	Betabloccanti	|__|	|__| 148
1 = Sì	Diuretici	|__|	|__| 149
2 = No	Calcio-antagonisti	|__|	|__| 150
9 = Sconosciuto	ACE-inibitori	|__|	|__| 151
	Alpha-adrenergici	|__|	|__| 152
	Altro, specificare_____		|__| 153

Terapia antitrombotica all'inizio dei sintomi

	Anticoagulante	|__|	|__| 154
1 = Sì	Acido acetilsalicilico	|__|	|__| 155
2 = No	Antiaggregante piastrinico	|__|	|__| 156
9 = Sconosciuto	Trombolitico	|__|	|__| 157
	Altro, specificare _____		|__| 158

Trattamento antidislipidemico all'inizio dei sintomi

	Statine	|__|	|__| 159
1 = Sì	Fibrati	|__|	|__| 160
2 = No	Resine	|__|	|__| 161
9 = Sconosciuto	Acido nicotinico	|__|	|__| 162
	Altro, specificare _____		|__| 163

Esame da parte di:	Medico	|__|	|__| 164
	Internista	|__|	|__| 165
1=Sì	Neurologo	|__|	|__| 166
2=No	Puntura lombare	|__|	|__| 167
9=Dati insufficienti	Angiografia cerebrale	|__|	|__| 168
	Scintigrafia cerebrale	|__|	|__| 169
	Elettroencefalogramma	|__|	|__| 170
	Doppler carotideo	|__|	|__| 171
	Elettrocardiogramma	|__|	|__| 172
	TAC	|__|	|__| 173
	RMN	|__|	|__| 174
	Angiografia in RMN	|__|	|__| 175
	Altro	|__|	|__| 176

Possibile evento iatrogeno |__| 177

No	1 |__|
Sì, causato da chirurgia, angiografia, ecc.	2 |__|
Sì, causato da anticoagulanti o agenti trombolitici	3 |__|
Sì, causato da antiaggreganti piastrinici	4 |__|
Altri possibili motivi	5 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Luogo di inizio dei sintomi |__| 178

Fuori dell'ospedale/dopo l'intervento domiciliare	1 |__|
In ospedale	2 |__|
Altro	3 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Tempo intercorso dall'inizio dei sintomi neurologici fino alla prima visita del medico |__| 179

Inferiore a 6 ore	1 |__|
Tra 6 ore ed 11 ore e 59 minuti	2 |__|
Uguale a 12 ore	3 |__|
Tra 12 ore e 23 ore e 59 minuti	4 |__|
Uguale a 24 ore	5 |__|
Superiore a 24 ore	6 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Dati clinici sullo stato di coscienza al primo esame |__| 180

Completamente cosciente	1 |__|
Sonnolento / semicoma	2 |__|
Coma	3 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Per *sonnolento* si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per *coma* si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense; per *semicoma* si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato.

Deficit motorio al primo esame |__| 181

Nessun deficit	1 |__|
Mancanza di forza	2 |__|
Non valutabile	3 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Dati clinici nel periodo di massimo deterioramento durante l'ospedalizzazione |__| 182

Completamente cosciente	1 |__|
Sonnolento / semicoma	2 |__|
Coma	3 |__|
Deceduto in ospedale	8 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Per **sonnolento** si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per **coma** si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense; per **semicoma** si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato.

Deficit motorio nel periodo di massimo deterioramento durante l'ospedalizzazione o al momento della visita medica fuori dall'ospedale

1= Nessun deficit
2 = Mancanza di forza/paralisi
3 = Non valutabile
8 = Deceduto in ospedale
9 = Sconosciuto

Braccio destro	|__|	|__| 183
Gamba destra	|__|	|__| 184
Braccio sinistro	|__|	|__| 185
Gamba sinistra	|__|	|__| 186

Disturbi della parola durante l'ospedalizzazione o al momento della visita medica fuori dall'ospedale |__| 187

Sì	1 |__|
No	2 |__|
Non valutabile	3 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Progressione dei sintomi entro le prime 72 ore dall'inizio dell'evento |__| 188

Sintomi non modificati	1 |__|
Sintomi in progressione	2 |__|
Non valutabile	3 |__|
Miglioramento dei sintomi	4 |__|
Sintomi fluttuanti	5 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Categorie diagnostiche: |__| 189
1 = Accidente cerebrovascolare definito;
4 = Non accidente cerebrovascolare;
5 = Accidente cerebrovascolare definito associato ad un evento coronarico;
9 = Dati insufficienti.

Se Diagnosi MONICA 1 o 5, identificare il tipo di Accidente Cerebrovascolare |__||__||__||__| 190-193

In caso di codici dal 4330 al 4349 specificare: |__| 194
1 = evento trombotico
2 = evento embolico
8 = codici diversi dal 4330-4349, compreso il 9999
9 = dati insufficienti

TRATTAMENTO
Cura continuativa durante i primi 7 giorni
1 = No
2 = Sì, prima dell'evento e continuato dopo l'ammissione in ospedale
3 = Sì, prima dell'evento, ma terminato dopo l'ammissione in ospedale
4 = Sì, iniziato dopo l'evento
7 = Non applicabile
8 = Deceduto
9 = Dati insufficienti

Dose piena di eparina / eparinoidi	|__|	|__| 195
Bassa dose di eparina / eparinoidi	|__|	|__| 196
Anticoagulanti (orali)	|__|	|__| 197
Acetilsalicilati	|__|	|__| 198
Altri antiaggreganti piastrinici	|__|	|__| 199
Trattamento trombolitico	|__|	|__| 200
Trattamento iperosmotico	|__|	|__| 201
Steroidi	|__|	|__| 202
Evacuazione acuta dell'ematoma	|__|	|__| 203
Altra terapia specifica	|__|	|__| 204
Terapia vascolare chirurgica	|__|	|__| 205
Angioplastica in fase acuta	|__|	|__| 206
Altro intervento chirurgico	|__|	|__| 207
Soggetto incluso in un trial farmacologico	|__|	|__| 208

PREVENZIONE SECONDARIA

Per ridurre il rischio di ulteriori accidenti cerebrovascolari è stato iniziato il seguente trattamento entro 28 giorni:

1 = Sì
2 = No
3 = E' stato pianificato, ma non è iniziato entro i 28 giorni
7 = Non applicabile
8 = Deceduto
9 = Dati insufficienti

Anticoagulanti orali	|__|	|__| 209
Acetilsalicilati	|__|	|__| 210
Terapia antiaggregante piastrinica	|__|	|__| 211
Altra prevenzione secondaria con farmaci	|__|	|__| 212
Chirurgia vascolare	|__|	|__| 213
Angioplastica	|__|	|__| 214

Autosufficienza alla dimissione ospedaliera \|__\| 215

Indipendente	1 |__|
Parzialmente dipendente	2 |__|
Completamente dipendente	3 |__|
Non applicabile	7 |__|
Deceduto	8 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Per *indipendente* si intende il soggetto che può svolgere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) in maniera indipendente e non necessita di particolare aiuto esterno; per *parzialmente dipendente* si intende il soggetto che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per *completamente dipendente* si intende il soggetto che non può compiere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno.

Dimissione dal reparto ospedaliero per: \|__\| 216

Casa	1 |__|
Reparto lungo degenti	2 |__|
Altra istituzione	3 |__|
Altro ospedale	4 |__|
Residenza per anziani	5 |__|
Centro di riabilitazione	6 |__|
Non applicabile	7 |__|
Deceduto	8 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Se dati desunti dalla Cartella Ospedaliera:

Data ammissione \|__\|__\| giorno \|__\|__\| mese \|__\|__\| anno \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| 217-222

Data dimissione \|__\|__\| giorno \|__\|__\| mese \|__\|__\| anno \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| 223-228

Se dati desunti da intervista a :

Congiunto	1 |__|
Medico curante	2 |__|
Altro	3 |__| |__| 229

Data intervista \|__\|__\| giorno \|__\|__\| mese \|__\|__\| anno \|__\|__\|__\|__\|__\|__\| 230-235

Codici utilizzati nella Scheda Transfer per gli ACV

Nel codificare considerare gli appunti scritti riportati nella Scheda Transfer, eventuali note e fotocopie allegate. La categoria diagnostica deve essere fatta dal codificatore.

Le sigle riportate in parentesi si riferiscono al nome della variabile nel programma in Access (Microsoft).

[1-2]: Unità Collaborante

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascun centro e riportati di seguito.

Codice	Unità Collaborante
01	Area Brianza – Monza
02	Area Friuli
03	Roma
04	Napoli
05	Caltanissetta
06	Modena
07	Firenze
08	Veneto

[3-6]: numero progressivo evento registrato (SERIAL)

Inserire il numero di registrazione progressivo dell'evento. Il numero di identificazione dell'evento deve essere lo stesso riportato nel database eventi correnti.

[7]: stato cartella

Riportare lo stato della cartella clinica.

[8-69]: raccolta dati anagrafici completi (DDBIRTH, SEX, MARITAL)

Compilare nel modo più esaustivo possibile la parte riguardante i dati anagrafici.

Cognome e Nome: per il cognome abolire gli apostrofi (Deliseria e non D'Eliseria); unire i prefissi (Distefano e non Di Stefano); unire i cognomi e i nomi doppi (Carloalberto e non Carlo Alberto).

Durante la raccolta ospedaliera individuare, quando riportati in cartella, i recapiti telefonici ed i parenti di riferimento, al fine di poter ottenere dati utili al possibile follow-up successivo.

I punti 47-52 e 61-66 devono essere compilati inserendo il codice ISTAT del comune corrispondente (999 codice provincia + 999 codice comune = 999999).

I punti 53-60 devono essere compilati riportando il giorno, il mese e le 4 cifre dell'anno di nascita.

[70-75]: data di insorgenza dell'attacco (DONSET)

Inserire la data di inizio dei sintomi dell'evento cerebrovascolare, come riportata dal raccoglitore seguendo le indicazioni descritte; riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno di insorgenza dell'attacco.

[76]: trattamento eseguito in (MANAGE)

Specificare se il principale trattamento medico è stato prestato in ospedale, in casa di cura, al domicilio o se l'evento è avvenuto senza alcun intervento medico.

Specificare se il ricovero è avvenuto in Stroke Unit.

[77]: sopravvissuto fino al 28° giorno (SURVIV)

Indicare se il malato è sopravvissuto a 28 giorni dalla data di inizio attacco. Sono presenti tre codici di riferimento: 1= si, 2= no, 3= trasferito.

Il codice 3 serve in fase di raccolta per individuare l'ospedale in cui viene trasferito il malato e poter provvedere alla chiusura della raccolta dati ed al completamento dei dati mancanti.

A chiusura del database, i codici 3 devono essere tutti convertiti in 1 o 2.

[78-93]: diagnosi cliniche di dimissione ospedaliera (CLIND1, CLIND2, CLIND3, CLIND4)

Codificare usando la CIM-9 a quattro cifre. Se non è riportata la specifica che permette la codifica della 4° cifra, codificare 9 nell'ultima colonna.

[94-99]: data del decesso (DDEATH)

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno del decesso.

[100]: tempo di sopravvivenza

Riportare il tempo di sopravvivenza dall'inizio dei sintomi (e non dalla ammissione in ospedale) fino alla data di morte.

1: meno di 24 ore;
2: da 24 a 72 ore,
3: più di 72 ore,
se vivo codificare 8.

[101-102]: giorni di sopravvivenza (SURT)

Se il tempo di sopravvivenza supera le 72 ore (campo 99 = 3), riportare il numero dei giorni; se vivo, codificare 88.

[103]: autopsia eseguita (NECP)

Indicare se è stata eseguita l'autopsia; se vivo scrivere 8.

[104-115]: (NECD1, NECD2, NECD3)

Riportare solo per i reperti autoptici la codifica dell'ACV; codificare le concause usando la CIM-9; se il soggetto è vivo scrivere 8.

STORIA PRECEDENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO

[116]: luogo dove viveva il soggetto prima dell'evento cerebrovascolare (PLATT)

Riportare il luogo dove viveva il soggetto prima dell'evento; per "struttura per l'assistenza" si intende qualsiasi istituzione: ospedale, casa di cura, casa di riposo.

[117]: autosufficienza del soggetto prima dell'evento cerebrovascolare (SCARE1)

Cercare di codificare tenendo conto delle informazioni riportate nella Scheda Transfer.

Per indipendente si intende il soggetto che può svolgere le attività quotidiane di base in maniera indipendente e non necessita di particolare aiuto esterno; per parzialmente dipendente si intende il soggetto che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per completamente dipendente si intende il soggetto che non può compiere le attività quotidiane di base (andare al bagno, mangiare, vestirsi, lavarsi) senza un aiuto esterno.

[118]: storia di ipertensione arteriosa prima dell'evento cerebrovascolare (HYPERT)

Codificare tenendo conto delle informazioni riportate nella Scheda Transfer o tratte dalle informazioni raccolte dai parenti.

[119]: precedente accidente cerebrovascolare (PREVST)

In base alla descrizione riportata nella Scheda Transfer specificare se il malato ha avuto storia di accidente cerebrovascolare precedente all'evento in corso (più di 28 giorni prima dell'evento in corso). Per documentazione di accidente cerebrovascolare in corso si intende documentazione che riporti menzione di ACV (escluso il TIA).

Ricordarsi in fase di codifica che per evento documentato si intende quello con cartella clinica, lettera di dimissione o altra documentazione sanitaria; per evento non documentato si intende quello rilevabile dal dato anamnestico. Per ACV assente si intende quello come risulta da documentazione sanitaria completa riferita fino alla data di insorgenza dell'evento attuale.

[120-125]: data del precedente evento cerebrovascolare (DPREST)

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno del precedente evento.

[126]: numero degli accidenti cerebrovascolari precedenti (NRSTRN)

Riportare 8 se non ha avuto precedenti accidenti cerebrovascolari e 9 se sconosciuto.

[127]: storia o segni di paralisi o di minor forza derivati da un ACV precedente e presenti all'inizio dell'evento (PPARES).

[128]: disturbi della parola (disfasia o afasia) causati da un precedente ACV (non viene inclusa la disartria) (PSPEECH)

Per disfasia si intende il difetto di coordinazione e incapacità di disporre le parole nel giusto ordine, dipendente da lesione cerebrale; per afasia si intende la incapacità di esprimersi mediante il linguaggio, la scrittura, i gesti o di comprendere il linguaggio parlato o scritto per lesioni dei centri cerebrali.

[129]: abitudine al fumo di sigaretta (SMOKE)

Riportare se al momento dell'evento il soggetto è fumatore, ex fumatore o non ha mai fumato.

[130]: storia di infarto miocardico precedente all'ACV (più di 28 giorni) (PRMI1)

In base alla descrizione riportata sulla Scheda Transfer, specificare se il malato ha avuto storia di infarto miocardico precedente all'evento in corso (più di 28 giorni). Se si indicare quando possibile la data di insorgenza dell'evento. Per documentazione di infarto precedente si intende documentazione di infarto miocardico acuto, sospetto infarto miocardico acuto.

Il codificatore dovrebbe recuperare, se l'evento è avvenuto durante il periodo di registrazione, il numero progressivo del precedente evento.

[131-136]: precedente infarto del miocardio: data di insorgenza dell'evento (DPRMI1)

Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno dell'infarto.

[137-140]: numero progressivo di registrazione (SERPRMI1)

Se l'EC si è verificato durante il periodo di registrazione riportare il numero progressivo di registrazione.

[141]: precedente infarto del miocardio meno di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare (PRMI)

In base alla descrizione riportata sulla Scheda Transfer, specificare se il malato ha avuto storia di infarto miocardico precedente all'evento in corso (meno di 28 giorni).

[142]: diagnosi di fibrillazione o flutter atriale (ATRFIB)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[143]: diagnosi clinica di malattia valvolare (AVALVE)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[144]: storia clinica o segni di insufficienza cardiaca (CAINSU)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[145]: storia clinica di diabete (DIAB)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[146]: storia di iperlipidemia (HLIP)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[147]: storia clinica di TIA (PRTIA)

Codificare dalla Scheda Transfer o dalle informazioni ricavate dalle interviste telefoniche.

[148-153]: terapia antipertensiva (HYTHERN1 – HYTERN6)

Codificare la terapia antipertensiva all'inizio dei sintomi.

[154-158]: terapia antitrombotica (THTHERN1 – THTHERN5)

Codificare la terapia antitrombotica all'inizio dei sintomi.

[159-163]: trattamento antidislipidemico (LIPTHERN1 – LIPTHERN5)

Codificare il trattamento antidislipidemico all'inizio dei sintomi.

[164-176]: esame da parte di (EXAM1 – EXAM13)

Codificare se il soggetto è stato visitato o ha eseguito un esame strumentale. L'informazione dovrebbe essere stata già riportata dal rilevatore dopo aver consultato la cartella clinica.

[177]: possibile evento iatrogeno (IATRO)

Specificare se il danno è causato da terapia medica o chirurgica.

[178]: luogo di inizio dei sintomi (SYMPLN)

Codificare il luogo dove si sono verificati i primi sintomi.

[179]: tempo intercorso dall'inizio dei sintomi neurologici fino alla prima visita del medico (DURSYMN)

Codificare, se possibile, il tempo intercorso dall'inizio dei sintomi neurologici fino alla prima visita del medico.

[180]: dati clinici sullo stato di coscienza al primo esame (CONSCF)

Codificare i dati clinici sullo stato di coscienza; in particolare cercare di distinguere dalle informazioni raccolte lo stato sonnolento/semicoma dal coma.

Ricordarsi che per sonnolento si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per coma si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense; per semicoma si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato.

[181]: deficit motorio al primo esame (PARESF)

Codificare se al primo esame erano presenti deficit motori.

[182]: dati clinici nel periodo di massimo deterioramento durante l'ospedalizzazione (CONSC)

Codificare lo stato di coscienza nel periodo di massimo deterioramento.

Ricordarsi che per sonnolento si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per coma si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense; per semicoma si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato.

[183-186]: deficit motorio agli arti nel periodo di massimo deterioramento durante l'ospedalizzazione o al momento della visita medica fuori dall'ospedale (RARM, RLEG, LARM, LLEG)

Riportare il deficit motorio singolarmente per braccio destro, gamba destra, braccio sinistro, gamba sinistra.

[187]: disturbi della parola durante l'ospedalizzazione o al momento della visita medica fuori dall'ospedale (SPEECHN)

Riportare, se presenti, i disturbi della parola.

[188]: progressione dei sintomi entro le prime 72 ore dall'inizio dell'evento (COURSEN).

[189]: categoria diagnostica (DIACAT)

Prima di codificare secondo la categoria diagnostica MONICA di 'evento cerebrovascolare', leggere attentamente le seguenti definizioni:

Per accidente cerebrovascolare si intende il caso con segni clinici a rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale (o globale*), che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare; comprende pazienti che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera etc.), tumori cerebrali o metastasi; vanno esclusi gli accidenti cerebrovascolari secondari a traumi.

*Per globale si intendono i casi con emorragia subaracnoidea e alcuni in coma profondo, ma non include insufficienza circolatoria sistemica come shock, sindrome di Stokes-Adams o encefalopatia ipertensiva.

Segni focali definiti:

compromissione motoria unilaterale o bilaterale (incluso difetto di coordinazione)
compromissione sensoriale unilaterale o bilaterale
afasia/disfasia (linguaggio non fluente)
emianopsia (compromissione della visione di metà campo visivo)
diplopia (visione doppia)
sguardo fisso (deviazione coniugata)
disfagia improvvisa (alterazione della deglutizione)
aprassia improvvisa (incapacità di compiere correttamente movimenti diretti ad uno scopo)
atassia improvvisa (perdita della coordinazione muscolare)
difetto di percezione improvviso.

Non accettabile come unica evidenza di disfunzione focale:

senso di instabilità e di barcollamento, vertigine
cefalea localizzata
visione offuscata di entrambi gli occhi
disartria (linguaggio difettoso)
funzione cognitiva compromessa (incluso confusione)
stato di coscienza compromesso
convulsioni

Nonostante possa essere presente un accidente cerebrovascolare, questi segni non sono specifici e non possono essere accettati come evidenza definitiva di accidente cerebrovascolare.

DEFINIZIONE DELLE CATEGORIE DIAGNOSTICHE

Codice **1**: accidente cerebrovascolare definito

NON USARE questo codice in caso di ischemia cerebrale transitoria (cioè segni o sintomi neurologici focali che regrediscono completamente entro le 24 ore) o se la durata dei deficit neurologici non è sufficientemente descritta, o se l'evento si è verificato entro 28 giorni da un evento coronarico definito.

Codice **4**: non accidente cerebrovascolare

Se l'evento registrato (cioè pervenuto all'osservazione con una diagnosi clinica di accidente cerebrovascolare) non soddisfa i criteri di accidente cerebrovascolare definito e se emerge un'origine diversa da quella cerebrovascolare.

Codice **5**: accidente cerebrovascolare definito associato ad un evento coronarico

Il codice va usato se un accidente cerebrovascolare definito avviene entro 28 giorni da un evento coronarico definito. In tal caso compilare anche la Scheda e validare anche l'evento coronarico.

Codice **9**: dati insufficienti

Il codice va usato se i dati che riguardano l'origine o la durata dei sintomi sono insufficienti per le codifiche precedenti. In questa categoria rientrano casi in cui non ci sono diagnosi diverse dell'ictus per spiegare la malattia, ma le informazioni sono inadeguate per poter codificare accidente cerebrovascolare definito o la durata non è sufficientemente definita per stabilire se sia più o meno di 24 ore.

[190-193]: tipo di accidente cerebrovascolare (TYPE)

Se la diagnosi MONICA è 1 o 5, identificare il tipo di accidente cerebrovascolare utilizzando i codici (CIM-9) riportati sotto; la diagnosi deve essere confermata dai criteri illustrati. Se la categoria diagnostica è non accidente cerebrovascolare o dati insufficienti codificare 9999.

[194]: in caso di codici dal 4330 al 4349 specificare:

1: evento trombotico.

2: evento embolico.

8: codici diversi dal 4330-4349, compreso il 9999.

9: dati insufficienti.

- *emorragia subaracnoidea*: 4309

  Sintomi: insorgenza rapida di cefalea severa e perdita di conoscenza o entrambi. Segni di irritazione meningea (rigidità del collo), segni di KERNIG (limitazione dolorosa all'estensione della gamba sulla coscia) e di BRUDZINSKI (flessione delle ginocchia conseguente alla flessione passiva del collo). Deficit focali neurologici non sono generalmente presenti.

  Segni: oltre ai sintomi tipici ci deve essere almeno uno di questi reperti:

  - AUTOPSIA: recente emorragia subaracnoidea e aneurisma o malformazione arterovenosa.
  - TAC: sangue nella flessura di Silvio o tra i lobi frontali o nella cisterna basale o nei ventricoli cerebrali.
  - LIQUOR: presenza di sangue (>2000 emazie per cc) e aneurisma o malformazione arterovenosa all'angiografia.
  - LIQUOR: presenza di sangue (>2000 emazie per cc) e xantocromia ed esclusione di una emorragia intra-cerebrale in base ai reperti autoptici o alla TAC.

- *emorragia intracerebrale (basilare, bulbare, cerebrale, cerebromeningea, cerebellare, corticale, capsula interna, pontina, sotto corticale, ventricolare)* = 4319

  Sintomi: in genere insorge improvvisa durante un'attività. Spesso coma a rapido sviluppo, ma piccole emorragie possono non presentare disturbi di coscienza.

  Segni: il liquor è spesso, ma non sempre, ematico e xantocromico. Spesso c'è grave ipertensione arteriosa. L'emorragia deve essere confermata dall'autopsia o dalla TAC.

- altre emorragie intracraniche

*4*320 *emorragia intradurale e epidurale non traumatica*

*4*321 *emorragia sottodurale non traumatica*

*4*329 *emorragia intracranica non traumatica non meglio specificata*

  Vedi sintomi o segni di EMORRAGIA INTRACEREBRALE.

- *occlusione o stenosi delle arterie precerebrali*

  (include stenosi, occlusione del lume dell'arteria dovuta a trombosi o embolia)

4330 arteria basilare
4331 arteria carotide
4332 arteria vertebrale
4333 arterie multiple e bilaterali
4338 altre arterie precerebrali
4339 arteria/e non specificate
Sintomi: possono variare.
Segni: l'occlusione deve essere confermata dall'angiografia o dall'ecografia o dall'autopsia.

- *infarto cerebrale dovuto a occlusione di arterie cerebrali*

4340 trombosi cerebrale
4341 embolia cerebrale
4349 occlusione non meglio specificata, infarto cerebrale non meglio specificato.

- *Manifestazioni di infarto cerebrale da trombosi*

Sintomi: cefalea non grave o assente. Insorgenza acuta, talora durante il sonno.
Spesso progressione graduale dei deficit focali neurologici. Generalmente nessun disturbo di coscienza o alterazioni leggere. Spesso c'è storia di pregressi TIA. Spesso ci sono altri sintomi o segni di aterosclerosi (cardiopatia ischemica, arteriopatia periferica) o di malattie che possono dare tale complicanza (ipertensione, diabete).
Segni: infarto cerebrale all'autopsia o alla TAC e nessuna evidenza di origine embolica o TAC di qualità soddisfacente che non mostra lesioni recenti anche se ci sono i criteri clinici di accidente cerebrovascolare.

- *Manifestazioni di infarto cerebrale embolico*

Sintomi: insorgenza rapida, generalmente i deficit neurologici si manifestano e stabilizzano in pochi minuti. Disturbi di coscienza assenti o solo leggeri all'esordio.
Segni: la causa dell'embolo deve essere evidenziabile. L'origine più comune è data da:
- aritmia (flutter e fibrillazione atriale);
- valvulopatia (mitralica);
- infarto recente (entro tre mesi).

SE NON E' POSSIBILE ATTRIBUIRE L'ICTUS AD UNA DELLE PRECEDENTI CATEGORIE, CODIFICARE:
accidente cerebrovascolare acuto senza precise specificazioni
4369 *colpo apoplettico, ictus, accidente cerebrovascolare, stroke.*

[195-208]: trattamento farmacologico e chirurgico (ACHEP, ACHEPL, ACORAL, ACASA, ACAPL,ACLYT, ACHOSM, ACCORT, ACEVAC, ACMED, ACVAS, ACANG, ACSURG, ACTUT)

Riportare il trattamento praticato durante i primi 7 giorni secondo la codifica specificata nella Scheda Transfer, considerando il trattamento prima dell'evento e dopo l'evento. Il codice 7 = non applicabile si utilizza nella situazione di evento codificato come non accidente cerebrovascolare.

[209-214]: prevenzione secondaria (PRORAC, PRASA, PRAPL, PRMED, PRVESS, PRANG)

Codificare il trattamento iniziato entro 28 giorni dall'evento.

[215]: autosufficienza alla dimissione ospedaliera (SCARE2)

Codificare il livello di autosufficienza alla dimissione ospedaliera.
Per indipendente si intende il soggetto che può svolgere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) in maniera indipendente e non necessita di particolare aiuto esterno; per parzialmente dipendente si intende il soggetto che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per completamente dipendente si intende il soggetto che non può compiere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno.

[216]: dimissione dal reparto ospedaliero (DISTO)

Codificare il luogo dove il paziente continua la cura.

[217-222]: data di ammissione in ospedale (DAMM)

Se i dati sono stati reperiti dalla cartella ospedaliera, specificare la data di ammissione in ospedale. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

[223-228]: data di dimissione dall'ospedale (DDIM)

Se i dati sono stati reperiti dalla cartella ospedaliera, specificare la data di dimissione dall'ospedale. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

[229]: intervista a (FONT)

Se i dati sono stati reperiti tramite intervista, specificare chi ha risposto all'intervista o chi ha fornito le informazioni.

[230-235]: data dell'intervista (DINT)

Se i dati sono stati reperiti tramite intervista, specificare la data dell'intervista effettuata. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno.

Nel codificare considerare gli appunti scritti riportati nella Scheda Transfer, eventuali note e fotocopie allegate. La categoria diagnostica deve essere fatta dal codificatore.

SCHEDA PER INTERVISTA TELEFONICA
ACV FATALI EXTRA-OSPEDALIERI

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__|
COGNOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
NOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
LUOGO DI NASCITA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
DATA DI NASCITA |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno
RESIDENZA (COMUNE) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
INDIRIZZO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
SESSO Uomo |__| Donna |__|

STATO CIVILE
1 |__| sposato/convivente
2 |__| vedovo/divorziato
3 |__| single
9 |__| non noto

Presentazione questionario
E' stato/a chiamato/a in quanto il Suo nominativo è registrato nell'ambito delle attività del Registro Nazionale delle malattie cardiovascolari, ricerca patrocinata dal Ministero della Sanità. L'indagine è stata realizzata per conoscere l'occorrenza e la terapia delle malattie cardiovascolari, al fine di prevenire e curare meglio queste malattie che rappresentano uno dei maggiori problemi sanitari del nostro Paese. In ottemperanza alla Legge sulla privacy (L. 675/96 e successive modificazioni), La informiamo che le informazioni che ci vorrà fornire verranno trattate solo per fini scientifici, per effettuare statistiche e non verranno rilasciate a nessun organismo né pubblico né privato. La ricerca è comunque stata autorizzata secondo quanto previsto all'art. 5 del DL 282/99 e dalla legge 502/92.

La ringraziamo in anticipo per la collaborazione.

STORIA PREGRESSA

Il sig/ra ha mai sofferto nella sua vita di malattie cerebrovascolari come emorragia cerebrale, trombosi cerebrale, ischemia cerebrale, ictus, paralisi prima dell'evento acuto finale?
SI' |__| NO |__|
Se SI'
specificare_____

E' Stato ricoverato per i precedenti episodi ? SI' |__| NO |__|
In quale
Ospedale?_____Reparto_____
Data _____
Con quale diagnosi di
dimissione?_____

Storia precedente al verificarsi dell'Evento Cerebrovascolare

Luogo dove viveva il soggetto prima del verificarsi dell'accidente cerebrovascolare:
Casa |__|
Istituto |__|
Dati insufficienti |__|

Performance del soggetto prima del verificarsi dell'accidente cerebrovascolare:

Indipendente	|__|
Parzialmente dipendente	|__|
Completamente dipendente	|__|
Non conosciuto	|__|

Storia o segni di paralisi o minor forza derivati da un accidente cerebrovascolare precedente e presenti all'inizio dell'accidente cerebrovascolare considerato:

SI'	|__|
NO	|__|
Dati insufficienti	|__|

Se Sì, data precedente evento |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno

Disturbi della parola (disfasia/afasia) causati da un precedente accidente cerebrovascolare:

SI'	|__|
NO	|__|
Dati insufficienti	|__|

Abitudine al fumo:

Non fumatore	|__|
Fumatore	|__|
Ex fumatore	|__|
Non conosciuto	|__|

Storia di ipertensione arteriosa:

NO	|__|
SI', era sotto trattamento specifico antiipertensivo	|__|
SI', non era sotto trattamento specifico antipertensivo	|__|
Dati insufficienti	|__|

Storia di diabete:

NO	|__|
SI', era sotto trattamento specifico	|__|
SI', non era sotto trattamento specifico	|__|
Dati insufficienti	|__|

Precedente infarto del miocardio:

SI'	|__|
NO	|__|
Sconosciuto	|__|

Se SI', data presunta |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Ricovero presso l'Ospedale_____

Reparto_____

Diagnosi di malattia valvolare

SI'	|__|
NO	|__|
Sconosciuto	|__|

Diagnosi di fibrillazione o flutter atriale

SI'	|__|
No	|__|
Sconosciuto	|__|

Storia clinica o segni di insufficienza cardiaca

SI'	|__|
NO	|__|
Sconosciuto	|__|

Storia di iperlipidemia

SI'	|__|
NO	|__|
Sconosciuto	|__|

Storia di TIA

SI'	|__|
NO	|__|
Sconosciuto	|__|

EVENTUALE TERAPIA IN CORSO PRIMA DELL'EVENTO

Terapia antitrombotica

Anticoagulanti (orali) \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Acido acetilsalicilico \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Antiaggreganti \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Trombolitici \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Specificare _____

Terapia antipertensiva

Betabloccanti \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

ACE inibitori \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Calcioantagonisti \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Diuretici \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Altri farmaci ipotensivi \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Specificare _____

Terapia antidislipidemica

Ipolipemizzanti \|__\|
(da____gg____mesi____anni)

Specificare _____

Trattamento antidiabetico

Insulina |__|
(da____gg____mesi____anni)

Antidiabetici orali |__|
(da____gg____mesi____anni)

NELL'ULTIMO MESE DI VITA, IL SUO CONGIUNTO E' STATO AMMALATO?

SI' |__| NO |__| Dati insufficienti |__|

SINTOMI_____

E' STATO RICOVERATO PRESSO L'OSPEDALE DI _____

REPARTO_____

DATA DI RICOVERO |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

DATA DI DIMISSIONE |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

MOTIVO DIMISSIONE_____

NOTIZIE SULL'EVENTO ACUTO

DATA DI INSORGENZA DELL'EVENTO ACUTO |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__|

anno DATA DELLA MORTE |__|__| giorno |__|__| mese

|__|__|__|__| anno

LUOGO DI MORTE

Fuori dall'ospedale (per strada, in casa, sul lavoro,.ecc.) |__|
Durante il trasporto in ospedale |__|
In pronto soccorso |__|
Avvenuta all'arrivo in ospedale, non chiaro se occorsa prima del ricovero |__|
In terapia intensiva |__|
In altro reparto ospedaliero |__|
Deceduto in altro non specificato posto dell'ospedale |__|

Se il soggetto è stato trovato morto specificare

Ora del ritrovamento ore |__|__| minuti |__|__|
Dove è stato trovato il soggetto _____
A che ora è stato visto vivo l'ultima volta? ore |__|__| minuti |__|__|
Come si presentava?_____
_____

Tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi neurologici e la prima visita del medico (o i primi soccorsi)

Inferiore a 6 ore	1 |__|
Tra 6 ore ed 11 ore e 59 minuti	2 |__|
Uguale a 12 ore	3 |__|
Tra 12 ore e 23 ore e 59 minuti	4 |__|
Uguale a 24 ore	5 |__|
Superiore a 24 ore	6 |__|
Dati insufficienti	9 |__|

Stato di coscienza all'esordio dei sintomi

Completamente cosciente	1 |__|
Sonnolento / semicoma	2 |__|
Coma	3 |__|
Morte improvvisa	4 |__|
Sconosciuto	9 |__|

Per *sonnolento* si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per *coma* si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense; per *semicoma* si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato.

TEMPO INTERCORSO TRA LA COMPARSA DEI SINTOMI ED IL DECESSO (SE CONOSCIUTO)

meno di 24 ore	|__|	
tra 24 e 72 ore	|__|	
oltre le 72 ore	|__|	numero di giorni |__|__|
non conosciuto	|__|	

E' STATO PORTATO IN PRONTO SOCCORSO ? |__| SI' |__| NO |__| Ignoto
se si, di quale ospedale?_____

AUTOPSIA ESEGUITA SI', in ospedale |__| SI', dal medico legal |__| e NO |__| Ignoto |__|

ESITO INTERVISTA: Completa |__| Incompleta |__|

Se incompleta:

Rintracciato il parente, questo si rifiuta di collaborare alla raccolta dati	|__|
E' impossibile rintracciare il medico curante	|__|
Il medico curante rifiuta la collaborazione alla raccolta dati	|__|

DATA INTERVISTA |__|__| giorno |__|__| mese |__|__|__|__| anno

Intervista effettuata da_____

Codici utilizzati nella Scheda di intervista telefonica per ACV fatali extra-ospedalieri

I dati raccolti attraverso l'intervista vanno riportati sulla Scheda Transfer degli ACV da validare e si provvede alla codifica della stessa come precedentemente descritto (pag. 73).

Di seguito vengono riportate le procedure per l'avvio delle interviste telefoniche mirate alla identificazione dei congiunti.

I certificati ISTAT raccolti vengono codificati seguendo le regole di convalida ISTAT e archiviati per comune. Da questi viene fatta la selezione dei casi sospetti per morte cerebrovascolare, come di seguito indicato.

I certificati ISTAT vengono suddivisi in base:

diagnosi di morte con codici sospetti indicata come causa principale di morte o presente in causa secondaria

luogo di decesso (abitazione, istituto di cura, altro)

presenza o meno di riscontro autoptico.

1. Diagnosi di morte sospette per ACV

Sono indicati come soggetti 'selezionati', tutti gli eventi in cui è data come diagnosi di morte principale una delle seguenti codifiche CIM-9. Ad esclusione dei certificati in cui la causa di morte è codificata 342, 430-434 e 436-438, tutti i codici sottoelencati vanno selezionati per la verifica solo quando, tra le cause iniziale, intermedia e finale compaiono gli accidenti cerebrovascolari; questi verranno indagati in quanto identificati come sospetti per causa di morte cerebrovascolare:

250	diabete
342	emiplegia
401	ipertensione essenziale
402	cardiopatia ipertensiva
403	nefropatia ipertensiva
404	cardionefropatia ipertensiva
427	alterazioni del ritmo
430	emorragia subaracnoidea
431	emorragia intracerebrale
432	altre e non specificate emorragie intracraniche
433	occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
434	occlusione delle arterie cerebrali
436	malattia cerebrovascolare acuta ma definita in modo insufficiente
437	altre malattie cerebrovascolari definite in modo insufficiente
438	postumi delle malattie cerebrovascolari
440	aterosclerosi

2. Luogo di decesso (abitazione, istituto di cura, altro)

I soggetti suddivisi per categoria di codifica CIM-9, vengono poi selezionati in base al luogo di decesso specificato sul certificato ISTAT.

Le possibilità di indicazione del luogo del decesso sono:

- Abitazione: è riferito a tutti i soggetti deceduti al domicilio (proprio o di parenti prossimi).
- Istituto di cura: tutti i soggetti deceduti in regime di ricovero. Non tutti questi certificati riguardano però gli ospedali; sono compresi anche i decessi avvenuti in casa di cura, casa di riposo, strutture private o altro che possa essere identificato con tale indicazione.

Per identificare l'istituto in cui è avvenuto il decesso, ove presente, si risale al luogo attraverso la dicitura riportata sul timbro dell'istituto o ospedale, posto a piè di pagina, vicino al timbro del medico certificante il decesso. Ove mancante, si risale in prima istanza all'ospedale del comune

in cui è avvenuto il decesso e di seguito alle strutture sanitarie presenti sullo stesso territorio comunale.

- Altro: con questa dicitura vengono di solito indicati gli eventi occorsi per strada, in locali pubblici o gli eventi occorsi durante il trasporto in ospedale o di soggetti giunti cadavere in pronto soccorso.

Questi due ultimi casi sono solitamente specificati sul certificato di morte. In caso di mancanza di specificazione, vengono dati come eventi extra ospedalieri.

3. Presenza di riscontro autoptico

Su tutti i gruppi selezionati ed indifferentemente dal luogo del decesso, è possibile identificare i soggetti che sono stati sottoposti a riscontro autoptico, sia perché indicato sul certificato, sia per la controfirma del medico che effettua l'autopsia e convalida le cause di morte.

Vi sono dei casi in cui si 'presume' il riscontro autoptico in base a:

firma del certificato da parte del medico necroscopo;

data del certificato con data diversa dalla data di morte (2 o 3 giorni successivi)

descrizione delle cause di morte anatomopatologiche, con indicazione di sede e segmento dei vasi interessati.

SCHEDA DI RACCOLTA DATI PER FOLLOW-UP AD UN ANNO DEGLI EC

Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari

Dati Anagrafici	
Codice Unità Collaborante	|__|__| 1-2
Numero progressivo evento registrato	|__|__|__|__| 3-6
Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	7-26
Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	27-46

Presentazione questionario
E' stato/a chiamato/a in quanto il Suo nominativo è registrato nell'ambito delle attività del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici, ricerca patrocinata dal Ministero della Sanità. L'indagine è stata realizzata per conoscere l'occorrenza e la terapia dell'infarto miocardico, al fine di prevenire e curare meglio questa malattia che rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari del nostro Paese. Questa telefonata è orientata a raccogliere una serie di informazioni che possano aiutare a combattere la malattia. In ottemperanza alla Legge sulla privacy (L. 675/96 e successive modificazioni), La informiamo che le informazioni che ci vorrà fornire verranno trattate solo per fini scientifici, per effettuare statistiche e non verranno rilasciate a nessun organismo né pubblico né privato. La ricerca è comunque stata autorizzata secondo quanto previsto all'art. 5 del Dlg 282/99 e dalla legge 502/92.
La ringraziamo in anticipo per la collaborazione.

DESIDERA RICEVERE LETTERA DI AVVISO A DOMICILIO 1 |__| SI' 2 |__| NO	|__| 47
DATA EVENTO INDICE |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	☐☐☐☐☐☐ 48-53
A. DATI PRELIMINARI	
DATA DELL'INTERVISTA |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	☐☐☐☐☐☐ 54-59
INFORMAZIONI OTTENUTE DA: 1 |__| SOGGETTO STESSO 2 |__| PARENTE 3 |__| MEDICO CURANTE 4 |__| ALTRO	|__| 60
PARTECIPAZIONE: 1 |__| SI' 2 |__| RIFIUTO 3 |__| NON CONTATTABILE	|__| 61
NOME DEL MEDICO CURANTE _____	
INDIRIZZO DEL MEDICO CURANTE _____	
B. CONDIZIONI IN VITA 1 |__| Vivo 2 |__| Deceduto 3 |__| Perso	|__| 62
SE DECEDUTO: DATA DEL DECESSO |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno	|__|__|__|__|__|__| 63-68

COMUNE DEL DECESSO _____ |__|__|__|__|__|__| 69-74

Causa di morte riferita:

_____ |__|__|__|__| 75-78

_____ |__|__|__|__| 79-82

Diagnosi clinica riportata sul certificato di morte (se reperito)

1._____ |__|__|__|__| 83-86

2._____ |__|__|__|__| 87-90

3._____ |__|__|__|__| 91-94

RICOVERI OSPEDALIERI (indicare solo i ricoveri in ospedali e case di cura occorsi nei quattro mesi successivi alla data dell'evento indice, per problemi cardiovascolari, in ordine cronologico)

NUMERO DI RICOVERI OCCORSI: |__| |__| 95
NB: Per ogni ricovero registrare una Scheda Ricovero Ospedaliero riportata alla fine del questionario

Nei dodici mesi successivi alla dimissione dall'evento indice,
SI' E' SOTTOPOSTO AD INDAGINI CLINICHE-STRUMENTALI, quali:

Coronarografia 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 96
Se SI', Ospedale _____
Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 97-102

Nei dodici mesi successivi alla dimissione dall'evento indice,
E' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI INTERVENTI:

Impianto di pace-maker 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 103
Se SI', Ospedale _____
Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 104-109

By-pass coronarico 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 110
Se SI', Ospedale _____
Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 111-116

Angioplastica coronarica 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 117
Se SI', Ospedale _____
Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 118-123

Riabilitazione cardiologica 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 124
Se SI', Ospedale _____
Data di inizio della riabilitazione |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno |__|__|__|__|__|__| 125-130

C. ATTUALI CONDIZIONI DI SALUTE

COME DEFINIREBBE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE?

1 |__| eccellenti
2 |__| buone
3 |__| mediocri
4 |__| scarse |__| 131

E' SOTTOPOSTO A REGOLARI CONTROLLI MEDICI?

1 |__| SI', preferenzialmente dal medico di base
2 |__| SI', preferenzialmente dal cardiologo
3 |__| SI', medico non precisato
4 |__| NO |__| 132

Se SI', CON QUALE FREQUENZA?

1 |__| ogni tre mesi circa
2 |__| mensilmente |__| 133

ATTUALMENTE STA ASSUMENDO TERAPIE? 1 |__| SI' 2 |__| NO |__| 134

Se SI', QUALI FARMACI ASSUME?

_____

_____

_____

_____

Codifica: 1=Sì 2=No

antiaritmici	|__|	|__| 135
eparina classica	|__|	|__| 136
eparina a basso peso molecolare	|__|	|__| 137
anticoagulanti orali	|__|	|__| 138
aspirina	|__|	|__| 139
ticlopidina o clopidogrel	|__|	|__| 140
inibitori glicoproteina IIA/IIIB	|__|	|__| 141
betabloccanti	|__|	|__| 142
calcioantagonisti diidropiridinici	|__|	|__| 143
verapamil	|__|	|__| 144
diltiazem	|__|	|__| 145
diuretici	|__|	|__| 146
altri farmaci ipotensivi	|__|	|__| 147
agenti inotropi positivi	|__|	|__| 148
nitroderivati	|__|	|__| 149
ipolipemizzanti	|__|	|__| 150
ACE inibitori	|__|	|__| 151
sartani	|__|	|__| 152
insulina	|__|	|__| 153
antidiabetici orali	|__|	|__| 154

Fine dell'intervista
La ringraziamo della gentile collaborazione.

INTERVISTA: 1 |__| Completata 2 |__| Interrotta 3 |__| Rifiuto completo |__| 155

INTERVISTATORE

_____

Scheda ricovero

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__|

RICOVERO |__|__| di |__|__|

Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno

Ospedale _____

Reparto _____

Motivo del ricovero

_____

_____

Diagnosi di dimissione (da SDO)

_____

_____

Numero cartella clinica (da SDO) |__|__|__|__|__|__|__|__|

Scheda ricovero

Numero progressivo evento registrato |__|__|__|__|

RICOVERO |__|__| di |__|__|

Data |__|__| giorno |__|__| mese |__|__| anno

Ospedale _____

Reparto _____

Motivo del ricovero

_____

_____

Diagnosi di dimissione (da SDO)

_____

_____

Numero cartella clinica (da SDO) |__|__|__|__|__|__|__|__|

Codici utilizzati nella scheda per il follow-up degli EC

[1-2]: Unità Collaborante

Inserire codice identificativo della UC, in base ai codici assegnati a ciascuna unità e riportati di seguito.

Codice	Unità Collaborante
01	Area Brianza – Monza
02	Area Friuli
03	Roma
04	Napoli
05	Caltanissetta
06	Modena
07	Firenze
08	Veneto

[3-6]: numero progressivo evento registrato

Inserire codifica di registrazione progressiva degli eventi raccolti.

[7-46]: cognome e nome del soggetto in registro

Cognome e Nome: per il cognome abolire gli apostrofi (Deliseria e non D'Eliseria); unire i prefissi (Distefano e non Di Stefano); unire i cognomi doppi così anche per i nomi (Carloalberto e non Carlo Alberto).

Presentazione del questionario: questo breve testo serve per la presentazione dell'intervistatore al fine di permettere all'utente chiamato di conoscere l'argomento dell'intervista e di poter comprendere meglio le domande che verranno di seguito poste.

[47]: lettera di avviso a domicilio

E' possibile, nel caso la persona chiamata non sia del tutto convinta delle garanzie rilasciate dall'intervistatore, inviare al domicilio una lettera di presentazione del progetto contenente gli scopi dell'intervista in modo da rendere più agevole il contatto telefonico.

[48-53]: data dell'evento indice

Sì riferisce alla data ONSET o del ricovero riportata sulla Scheda Transfer della raccolta ospedaliera.

DATI PRELIMINARI

[54-59]: data dell'intervista

Inserire la data in cifre riferita al giorno, mese ed anno del contatto telefonico per l'intervista.

[60]: persona che fornisce le informazioni

Inserire, tra le opzioni segnalate, il codice relativo alla persona che rilascia le informazioni.

[61]: rifiuto

E' possibile che venga rifiutato il rilascio delle informazioni richieste o che la persona chiamata non voglia collaborare. Se possibile, qualora anche dopo l'invio della lettera al domicilio non si ottenga una adesione al progetto, chiedere il nominativo e l'indirizzo del medico curante al fine di poter girare allo stesso l'intervista.

CONDIZIONI IN VITA

[62]: stato in vita

Indicare se la persona in oggetto è vivente, deceduta o non rintracciabile (emigrata dopo l'evento indice...).

[63-68]: data del decesso

Nel caso la persona sia deceduta, indicare la data del decesso. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno del decesso.

[69-74]: comune del decesso
Trascrivere il comune del decesso, codificandolo con il numero ISTAT.
[75-82]: causa di morte riferita
Inserire la codifica delle cause di morte ove riferite, seguendo la CIM-9.
[83-94]: diagnosi clinica riportata sul certificato di morte
Riportare le cause del certificato di morte codificate secondo la CIM-9.
[95]: numero dei ricoveri ospedalieri
Indicare il numero di ricoveri ospedalieri occorsi dopo la dimissione per l'evento indice (ove presenti). Per ogni ricovero indicato, compilare una Scheda di ricovero ospedaliero riportata alla fine della Scheda di intervista per il follow-up.
[96]: coronarografia
Indicare se è stata eseguita una coronografia nei 12 mesi successivi l'evento indice.
[97-102]: data della coronarografia
Indicare giorno, mese e le ultime due cifre dell'anno della data eventuale della coronarografia.
[103]: impianto di pace-maker
Interventi eseguiti nei 12 mesi successivi l'evento indice e relative date.
[104-109]: data dell'impianto di pace-maker
Indicare giorno, mese e le ultime due cifre dell'anno dell'impianto di pace-maker.
[110]: by-pass coronarico
Indicare se è stato eseguito by-pass coronarico nei 12 mesi successivi all'evento indice.
[111-116]: data del by-pass coronarico
Indicare giorno, mese e le ultime due cifre dell'anno dell'intervento di by-pass coronarico.
[117]: angioplastica
Indicare se è stata eseguita angioplastica nei 12 mesi successivi all'evento indice.
[118-123]: data dell'angioplastica
Indicare giorno, mese e le ultime due cifre dell'anno dell'intervento di angioplastica.
[124]: riabilitazione cardiologica
Indicare se è stato indirizzato ad un centro per la riabilitazione cardiologica dopo l'evento indice.
[125-130]: data di inizio della riabilitazione
Indicare giorno, mese e le ultime due cifre dell'anno della data di inizio della riabilitazione.

ATTUALI CONDIZIONI DI SALUTE
[131]: condizioni di salute
Indicare, secondo la percezione dell'intervistato, le proprie condizioni di salute al momento attuale.
[132-133]: controlli medici
Indicare se il soggetto si sottopone a regolari controlli medici, e la frequenza degli stessi, in base alle opzioni segnalate.
[134-154]: terapia farmacologica
Indicare se il soggetto riferisce terapie farmacologiche in atto ed i farmaci utilizzati.
[155]: status finale dell'intervista
Indicare se l'intervista è stata completata, interrotta o se vi è stato il rifiuto da parte della persona.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Enrico Garaci
Direttore responsabile: Giuseppe Benagiano

Coordinamento redazionale:
Paola De Castro e Sandra Salinetti

Stampato dal Servizio per le attività editoriali
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA

La riproduzione parziale o totale dei Rapporti *e* Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.

Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Roma, giugno 2001 (n. 2) 2° Suppl.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici
pubblicati nei Rapporti *e* Congressi ISTISAN *è dei singoli autori*