

# ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

## **Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Manuale delle operazioni**

Luigi Palmieri (a), Francesco Dima (a), Laretta Bolognesi (b),  
Simone Sarman (b), Cinzia Lo Noce (a), Paolo Chiodini (c),  
Paola Naldoni (b), Marco Ferrario (c), Diego Vanuzzo (e),  
Federico Vancheri (f), Simona Giampaoli (a)  
e il Gruppo di Ricerca “Registro nazionale  
degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori”

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

*(b) Azienda Ospedaliera San Gerardo, Unità Operativa  
di Medicina Ambientale e Occupazionale, Monza*

*(c) Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università dell’Insubria, Varese*

*(d) Unità Operativa Epidemiologia, ASL Firenze, Firenze*

*(e) Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, ASS 4 Medio Friuli, Udine*

*(f) Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**03/35**

Istituto Superiore di Sanità

**Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Manuale delle operazioni.**

Luigi Palmieri, Francesco Dima, Laretta Bolognesi, Simone Sarman, Cinzia Lo Noce, Paolo Chiodini, Paola Naldoni, Marco Ferrario, Diego Vanuzzo, Federico Vancheri, Simona Giampaoli e il Gruppo di Ricerca "Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori"

2003, v, 151 p. Rapporti ISTISAN 03/35

Il registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori è un sistema di sorveglianza delle malattie cardiovascolari, realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età. Ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi coronarici e cerebrovascolari fatali e non fatali in otto aree geografiche rappresentative dell'Italia, 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 viene validato attraverso l'applicazione dei criteri diagnostici del Progetto MONICA per stimare i coefficienti di concordanza diagnostica specifici per area. Vengono descritte le procedure e le metodologie per la raccolta e la validazione degli eventi sospetti coronarici e cerebrovascolari fatali e non fatali.

*Parole chiave:* Eventi coronarici, Eventi cerebrovascolari, Sorveglianza, Registro, Epidemiologia

Istituto Superiore di Sanità

**Register for acute coronary and cerebrovascular events. Manual of operations.**

Luigi Palmieri, Francesco Dima, Laretta Bolognesi, Simone Sarman, Cinzia Lo Noce, Paolo Chiodini, Paola Naldoni, Marco Ferrario, Diego Vanuzzo, Federico Vancheri, Simona Giampaoli e il Gruppo di Ricerca "Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori"

2003, v, 151 p. Rapporti ISTISAN 03/35 (in Italian)

The Italian national register of coronary and cerebrovascular events is a surveillance system of cardiovascular diseases, for the general population aged 35-74 years. It aims to estimate fatal and non-fatal coronary and cerebrovascular events, in eight selected and representative geographic areas of the country, particularly: incidence, attack and fatality rates for coronary and cerebrovascular events, as well as 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: death certificates and hospital discharge diagnoses. Matching these data and 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. Procedures and methods for collecting and validating the suspected fatal and non fatal coronary and cerebrovascular events are reported.

*Key words:* Coronary events, Cerebrovascular events, Surveillance, Register, Epidemiology

Si ringrazia per l'*editing* Anna Maria Giannelli.

Il presente lavoro è stato realizzato nell'ambito delle attività dell'Accordo di collaborazione fra Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità "Attivazione del registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori" (Fascicolo 512C/5) e fra Istituto Superiore di Sanità e Regione Sicilia "Registro per eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori: proposta per una messa a punto di un sistema nazionale di sorveglianza" (Fascicolo D8D).

Per informazioni su questo documento scrivere a: [sgiamp@iss.it](mailto:sgiamp@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it/pubblicazioni](http://www.iss.it/pubblicazioni) e nel sito [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2003 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

**Composizione del Gruppo di Ricerca**  
**“Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori”**

**Unità di coordinamento**

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma

*Simona Giampaoli, Luigi Palmieri, Francesco Dima, Cinzia Lo Noce, Andrea Gaggioli*

**Unità di collaboranti**

**Brianza**

Centro di Studio e Ricerca sulla Patologia Cronico Degenerativa negli Ambienti di Lavoro,  
Università di Milano-Bicocca, Monza

*Giancarlo Cesana, Marco Ferrario, Paolo Chiodini, Simone Sarman, Carla Fornari,  
Lauretta Bolognesi*

**Friuli-Venezia Giulia**

Centro di Prevenzione Cardiovascolare,  
Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, ASS4 Medio Friuli, Udine

*Diego Vanuzzo, Lorenza Pilotto*

**Veneto**

Sistema Epidemiologico Regionale, Ospedale, Castelfranco Veneto

*Paolo Spolaore, Mariapiera Vettori, Francesco Avossa, Stefano Brocco, Elena Schievano*

**Modena**

Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL, Modena

*Carlo Alberto Goldoni, Alessandra Schiavi, Gianfranco De Girolamo, Rita Rielli,  
Zaynalabedin Khafian*

**Firenze**

Unità Operativa Epidemiologia ASL, Firenze

*Eva Buiatti, Alessandro Barchielli, Daniela Balzi, Paola Naldoni*

**Roma**

Ospedale CTO A. Alesini;

Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione Roma E, Roma

*Massimo Uguccioni, Francesco Forastiere, Giovanna Giovannozzi, Nerina Agabiti,  
Milva Gatti, Daniela D'Ippoliti*

**Napoli**

Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Campania, Napoli

Servizio Epidemiologico e Prevenzione ASL NA1, Napoli

Dipartimento di Medicina Clinica, Università Federico II, Napoli

*Sergio Lodato, Enrico De Campora, Andrea Simonetti, Marina Di Gennaro,  
Salvatore Panico, Assunta Lombardo, Amalia Mattiello*

**Caltanissetta**

Azienda Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta

*Federico Vancheri, Anna Maria Giuffrida, Maurizio Alletto, Maddalena Curcio, Paola Sidoti*



# INDICE

<b>Abbreviazioni</b> .....	v
<b>Introduzione</b> .....	1
<b>1.0. Identificazione delle fonti di informazione</b> .....	3
1.1. Raccolta dei dati di mortalità .....	3
1.2. Raccolta dei dati di dimissione ospedaliera.....	4
<b>2.0. Database “Registri Eventi Nazionali.mde”</b> .....	6
<b>3.0. Identificazione dei casi da validare</b> .....	7
3.1. Avvio delle richieste per accedere ai dati dei casi da validare .....	7
3.1.1. Eventi ospedalizzati .....	7
3.1.2. Eventi non ospedalizzati .....	8
<b>4.0. Eventi coronarici</b> .....	9
4.1. Scheda Transfer – Raccolta dati.....	9
4.1.1. Criteri per una corretta raccolta dati.....	9
4.1.2. Codifica dei dati con applicazione dei criteri diagnostici MONICA .....	13
4.2. Questionario – Intervista telefonica .....	25
4.2.1. Diagnosi di morte con codici sospetti per evento coronarico.....	25
4.2.2. Selezione dei casi da intervistare .....	26
4.2.3. Modalità di raccolta delle informazioni .....	26
4.3. Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi.....	27
4.3.1. Presentazione della Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi .....	27
4.3.2. Codifica dei dati e identificazione delle variabili per follow-up ad un anno degli eventi coronarici sicuri o possibili.....	28
<b>5.0. Eventi cerebrovascolari</b> .....	33
5.1. Scheda Transfer – Raccolta dati.....	33
5.1.1. Criteri per una corretta raccolta dati.....	33
5.1.2. Codifica dei dati con applicazione dei criteri diagnostici MONICA .....	38
5.2. Questionario – Intervista telefonica .....	49
5.2.1. Diagnosi sospette per accidente cerebrovascolare .....	49
5.2.2. Selezione dei casi da intervistare .....	49
5.2.3. Modalità di raccolta delle informazioni .....	50

<b>Appendice A</b>	
Algoritmo per la definizione delle categorie diagnostiche MONICA per gli eventi coronarici .....	51
<b>Appendice B</b>	
Eventi coronarici: schede di raccolta dati .....	63
B1. Scheda Transfer – Raccolta dati per evento coronarico e cure in fase acuta da validare.....	65
B2. Questionario – Intervista telefonica per evento coronarico fatale .....	70
B3. Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi .....	73
<b>Appendice C</b>	
Accidenti cerebrovascolari: schede di raccolta dati .....	77
C1. Scheda Transfer – Raccolta dati per evento cerebrovascolare da validare .....	79
C2. Questionario – Intervista telefonica per evento cerebrovascolare fatale .....	86
<b>Appendice D</b>	
Test di prova per gli eventi coronarici e cerebrovascolari su 30 casi.....	89

## ABBREVIAZIONI

AO =	Azienda Ospedaliera
AC =	Arresto Cardiaco
ACV =	Accidente Cerebrovascolare
ARSS=	Agenzia Regionale Dei Servizi Sanitari
ATS =	Arteriosclerosi
ICD-9 =	<i>International Classification of Diseases and causes of death</i> (Classificazione Internazionale delle Malattie), 9° revisione
EC =	Evento Coronarico
ECG =	Elettrocardiogramma
IMA =	Infarto Miocardico Acuto
OE=	Osservatorio Epidemiologico
RCP =	Rianimazione Cardiopolmonare
Ricovero in UC =	Ricovero in Unità Coronarica
RMN =	Risonanza Magnetica Nucleare
SDO =	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SNC =	Sistema Nervoso Centrale
UC =	Unità Collaborante
TAC =	Tomografia Assiale Computerizzata
TIA =	<i>Transient Ischaemic Attack</i> (ischemia cerebrale transitoria)
TSO =	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UTI =	Unità di Terapia Intensiva



## INTRODUZIONE

Il progetto “Registro nazionale per gli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori” ha l’obiettivo di stimare l’occorrenza degli Eventi Coronarici (EC) e degli eventi cerebrovascolari (Accidenti Cerebro-Vascolari, ACV) acuti in aree geografiche rappresentative del Paese, ed in particolare di calcolare:

- tassi di incidenza e di attacco;
- tassi di letalità;
- frequenza di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta;
- valutazione della associazione tra letalità e procedure diagnostiche e terapeutiche.

In Italia, con l’esperienza derivata dal Progetto MONICA (MONItoring of CARdiovascular disease) nelle aree Friuli, Brianza e Latina, sono state messe a punto procedure semplificate, per la sorveglianza delle malattie cardiovascolari (MCV), atte a divenire strumenti agili di impiego corrente in sanità pubblica. Dette procedure semplificate sono state applicate come studio pilota in alcune aree (Caltanissetta, Modena, Napoli, Roma) producendo risultati apprezzabili, ma scarsamente confrontabili in quanto eccessivamente dipendenti dalle procedure utilizzate a livello locale. Questa esperienza quindi ha indicato l’esigenza di sistemi di standardizzazione e validazione che migliorino la comparabilità dei dati.

Il Progetto MONICA, lanciato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità all’inizio degli anni ’80, aveva fra i suoi obiettivi quello di valutare se la riduzione della mortalità per cardiopatia coronarica, identificata in alcuni Paesi, fosse dovuta ad una riduzione effettiva dell’incidenza degli EC oppure ad una misclassificazione della mortalità. Questo obiettivo ha già trovato risposta (*Lancet* 1999;353:1547-57); il progetto ha comunque messo in evidenza l’importanza di avere a disposizione dati attendibili e confrontabili, raccolti in modo standardizzato anche all’interno dei singoli Paesi.

Il sistema semplificato di sorveglianza degli EC e ACV è nato dalla constatazione che i registri MONICA, seppur molto accurati, necessitavano di un sofisticato sistema di validazione degli eventi, eccessivamente dispendioso per una implementazione a livello nazionale.

Recentemente (Ferrario M, Cesana G, Vanuzzo D, *et al. G Ital Cardiol* 1999;29(S2):161-7) è stato sviluppato un metodo di stima della occorrenza ed incidenza degli EC, che permette di calcolare gli eventi tenendo conto dei codici diagnostici “pesati” secondo coefficienti probabilistici derivati dalla concordanza delle cause di morte e di dimissione ospedaliera con le categorie diagnostiche MONICA raccolte attraverso i registri MONICA Brianza, Friuli e Latina.

Una procedura simile è stata stimata anche per gli ACV.

Il progetto si propone di applicare e validare le procedure semplificate, in grado di produrre stime attendibili di incidenza, di attacco, di letalità attraverso lo studio di validazione di campioni di EC e ACV secondo le metodologie MONICA, e di stimare i coefficienti di concordanza diagnostica specifici per area. Le frequenze relative ai singoli codici, riportati nelle cause di dimissione e di morte, vengono disaggregate nelle categorie diagnostiche MONICA sulla base delle informazioni raccolte nelle schede di validazione. Calcolati i valori predittivi positivi, è possibile avvalersi per gli eventi fatali e non fatali di un sistema di aggiustamento che tiene conto della prevalenza riscontrata per i singoli codici della Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases and causes of death*, ICD) riportati come causa di mortalità e dimissione ospedaliera nelle diverse aree geografiche, distintamente per EC ed ACV. Questo sistema uniforma il contributo dei singoli codici diagnostici che prevedibilmente risultano differenti nelle diverse aree sottoposte geografiche.

È attualmente applicato in otto registri deli EC e ACV distribuiti in diverse aree del Paese, tenendo sotto osservazione uomini e donne di età 35-74 anni:

- *nord*: Brianza, Modena, Veneto, Friuli;
- *centro*: Firenze, Roma;
- *sud*: Napoli, Caltanissetta.

Questo rapporto segue il protocollo del progetto già pubblicato nel 2001 (Ferrario M, Giampaoli S, Vancheri F, Vanuzzo D. *Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Protocollo dello studio*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001 – Rapporti ISTISAN 01/08) e descrive in modo dettagliato le fonti, le procedure e le metodologie da adottare per raccogliere, applicare criteri diagnostici standardizzati e codificare correttamente i dati. Seguono quattro Appendici:

- *Appendice A*  
Riporta l'algoritmo per la definizione degli EC secondo le categorie diagnostiche MONICA, con tutte le possibili combinazioni degli indicatori utilizzati (storia, enzimi, ECG, reperti autoptici, storia di malattia ischemica coronarica).
- *Appendice B*  
Riporta la *Scheda Transfer – Raccolta dati* per EC (avvenuti in ospedale e a domicilio: B1); il *Questionario per intervista telefonica* al medico curante o ai familiari per EC fatale (B2); la *Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi* per EC non fatale (B3).
- *Appendice C*  
Riporta la *Scheda Transfer – Raccolta dati* per ACV (avvenuti in ospedale e a domicilio: C1); il *Questionario per intervista telefonica* al medico curante o ai familiari per ACV fatale (C2).
- *Appendice D*  
Riporta alcuni dati e storie cliniche per l'addestramento alla raccolta, all'applicazione dei criteri diagnostici e alla codifica degli EC e degli ACV.

## 1.0. IDENTIFICAZIONE DELLE FONTI DI INFORMAZIONE

Per la raccolta degli eventi correnti vengono utilizzate due fonti di informazione: i registri della mortalità e i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera.

I registri della mortalità sono disponibili presso le Agenzie Regionali dei Servizi Sanitari (ARSS) o gli Osservatori Epidemiologici (OE) a partire dai primi anni '90.

Al fine di identificare gli *eventi fatali* è necessario disporre della causa principale di morte e delle cause iniziale, intermedia e finale; infatti codici come il 250 (diabete) o il 401-404 (ipertensione arteriosa) vengono raccolti solo se in causa secondaria è riportato il 410-414 o il 430-438 (ACV). Pertanto, per quelle aree in cui nei registri di mortalità è riportata solo la causa principale è necessario poter accedere e consultare i certificati di morte originali ISTAT; una copia del certificato ISTAT è conservata presso le Aziende Sanitarie Locali.

Per identificare gli *eventi non fatali* è necessario disporre dei registri delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) su tutta la regione; anch'essi sono disponibili presso le ARSS, gli OE o le Aziende Ospedaliere (AO) (in particolare presso il Centro di Elaborazione Dati). Usualmente questi elenchi contengono tutte le informazioni richieste (data di ammissione, data di dimissione, diagnosi principale e secondarie di dimissione, sesso, età, data di nascita, residenza, abitazione, stato civile, trasferimenti in altre strutture, decesso, codice regionale o codice fiscale dell'assistito), non sempre però riportano il nome e il cognome. In questo caso è necessario richiedere il file del registro dell'anagrafe sanitaria, che contiene nominativi appaiati al codice d'identificazione individuale (codice fiscale o codice sanitario regionale).

Recuperati i certificati di morte e le schede di dimissione ospedaliera vengono individuati gli eventi correnti (fatali e non-fatali) da cui vengono estratti gli eventi da validare.

Le operazioni che si devono svolgere sono concettualmente sintetizzate nei *flow-chart* relativi agli EC e ACV e riportati a pagine 10 e 11 del Protocollo (Ferrario M, Giampaoli S, Vancheri F, Vanuzzo D. *Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Protocollo dello studio*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. Rapporti ISTISAN 01/8) (disponibile dal sito [www.iss.it/pubblicazioni](http://www.iss.it/pubblicazioni)).

È stato realizzato e reso disponibile un programma in ACCESS per l'appaiamento dei file di mortalità e di dimissione ospedaliera, già distribuito alle Unità Collaboranti (UC) che partecipano al progetto.

### 1.1. Raccolta dei dati di mortalità

I codici utilizzati per la selezione degli EC e ACV sospetti ed il loro significato sono sintetizzati nella Tabella 1.

In particolare per gli EC vengono registrati tutti i certificati di morte che in diagnosi principale riportano i codici: 410-414 e 798-799 oppure i codici 250, 401-404, 420-429, 440-447 purché accompagnati in diagnosi secondaria dai codici 410-414.

Per gli ACV vengono registrati tutti i certificati di morte che in diagnosi principale riportano i codici: 342, 430-434, 436-438 oppure i codici 250, 401-404, 427 e 440 purché accompagnati in diagnosi secondaria dai codici 342, 430-434 e 436-438.

**Tabella 1. Codici presi in considerazione per la selezione di EC e ACV sospetti**

<b>Codice</b>	<b>EC sospetti</b>	<b>Codice</b>	<b>ACV sospetti</b>
250	Diabete mellito	250	Diabete mellito
401	Ipertensione essenziale	342	Emiplegia
402	Cardiopatía ipertensiva	401	Ipertensione essenziale
403	Nefropatia ipertensiva	402	Cardiopatía ipertensiva
404	Cardionefropatia ipertensiva	403	Nefropatia ipertensiva
410	Infarto miocardio acuto	404	Cardionefropatia ipertensiva
411	Altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca	427	Disturbi del ritmo cardiaco
412	Infarto pregresso del miocardio	430	Emorragia subaracnoidea
413	Angina pectoris	431	Emorragia cerebrale
414	Altre forme di ischemia cardiaca cronica	432	Altre e non specificate emorragie intracraniche
420	Pericardite acuta	433	Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
421	Endocardite acuta e subacuta	434	Occlusione delle arterie cerebrali
422	Miocardite acuta	436	Disturbi circolari cerebrali acuti mal definiti
423	Altre malattie del pericardio	437	Altri e mal definiti disturbi circolatori dell'encefalo
424	Altre malattie dell'endocardio	438	Postumi delle malattie cerebrovascolari
425	Miocardipatie	440	Arteriosclerosi
426	Disturbi della conduzione		
427	Disturbi del ritmo cardiaco		
428	Insufficienza cardiaca		
429	Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		
440	Arteriosclerosi		
441	Aneurisma dell'aorta		
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 mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità		

## 1.2. Raccolta dei dati di dimissione ospedaliera

Per quanto riguarda le informazioni tratte dalle SDO, vengono selezionate tutte le schede di dimissione ospedaliera che riportano in una delle quattro diagnosi di dimissione disponibili i codici 410-414 per gli EC e 430-434 e 436-438 per gli ACV.

I codici vengono considerati solo quando la degenza in ospedale dura più di *tre giorni*, non è seguita da trasferimento in altra struttura sanitaria, da decesso o da richiesta volontaria di dimissione contro il parere dei sanitari. Per ogni evento vengono selezionati sesso, data di nascita, codice ISTAT di nascita e codice ISTAT di residenza. Dalla prima data di ammissione ospedaliera viene calcolato il tempo in 28 giorni rispetto alla data dei ricoveri successivi, in modo che l'evento ripetuto entro 28 giorni, o trasferito in altra struttura, venga considerato una

sola volta. Ovviamente, il controllo delle informazioni è possibile solo se esiste una lista unica delle diagnosi di dimissione ospedaliera e non ci sono errori di trascrizione nelle informazioni utilizzate per l'appaiamento dei dati.

Identificati gli eventi non fatali in base ai codici di dimissione ospedaliera e alla durata in giorni dalla data di ammissione attraverso il sesso, data di nascita, codice ISTAT di nascita e codice ISTAT di residenza 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:

- a) Se sono passati meno di 28 giorni tra la data di ammissione e la data di morte in ospedale (1° giorno dell'evento - data di ammissione in ospedale; ultimo giorno dell'evento - data di morte) l'evento sospetto viene considerato come unico fatale e preferibilmente gli va attribuita la data di inizio corrispondente alla data di ammissione in ospedale. Va fatta molta attenzione affinché l'evento sospetto non venga considerato due volte, come evento fatale e non fatale. Se gli eventi, nell'arco dei 28 giorni, sono multipli, l'identificazione dell'evento viene fatta tenendo come criterio la causa principale di dimissione ospedaliera o il codice della causa di morte principale (la diagnosi principale di morte prevale sulla diagnosi di dimissione). Usualmente gli eventi che danno luogo a più ricoveri nell'arco dei 28 giorni non sono molti e sono solitamente rappresentati da eventi acuti, seguiti da un ricovero breve per accertamenti (es. coronarografia o ricoveri in strutture specializzate per eseguire intervento chirurgico di *by-pass*).
- b) 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.

## 2.0. DATABASE “REGISTRI EVENTI NAZIONALI.MDE”

Il database “Registri Eventi Nazionali.mde” fornito alle UC aiuta a svolgere le fasi appena descritte. Gli input principali del programma sono i file che raccolgono i dati di mortalità “ISTAT originale” e quelli di dimissione ospedaliera “SDO originale”. Il tracciato del file “ISTAT originale”, che include tutti i dati tratti dai certificati di morte ISTAT, deve essere come quello riportato in Tabella 2. Il tracciato del file “SDO originale”, che include tutti i dati forniti dalle schede di dimissione ospedaliera, deve essere come quello in Tabella 3. Le informazioni contenute nei due tracciati sono quelle rilevabili direttamente dai tracciati SDO forniti su supporto magnetico dalle AO o direttamente dalla ARSS.

**Tabella 2. Definizione, dimensione e descrizioni dei campi del tracciato originale ISTAT**

Nome campo	Tipo dati	Dimensione	Descrizione
cognome	testo	50	
nome	testo	50	
data nascita*	data/ora	gg/mm/aa	
istat nascita*	testo	6	codice ISTAT del comune di nascita
sezzo*	testo	1	1 = uomo; 2 = donna
istat residenza*	testo	6	codice ISTAT del comune di residenza
data morte*	data/ora	gg/mm/aa	
istat morte*	testo	6	codice ISTAT del comune di nascita
deceduto in	testo	1	1=domicilio; 2=istituto di cura (ospedale pubblico o privato); 3=altro
causa principale*	testo	4	codice della causa principale di morte
cod alfa	testo	1	causa principale di morte, lettere A, V, E
causa iniziale	testo	4	codice della causa iniziale di morte
causa intermedia	testo	4	codice della causa intermedia di morte
causa finale	testo	4	codice della causa finale di morte

\*=campi obbligatori

**Tabella 3. Definizione, dimensione e descrizione dei campi del tracciato SDO originale**

Nome campo	Tipo dati	Dimensione	Descrizione
cognome	testo	50	
nome	testo	50	
codice ospedale	testo	6	
cartella clinica	testo	8	
data ricovero	data/ora	gg/mm/aa	
codice individuale	testo	16	codice sanitario o codice fiscale
sezzo	testo	1	1 = uomo; 2 = donna
ISTAT nascita	testo	6	codice ISTAT del comune di nascita
data nascita	data/ora	gg/mm/aa	
ISTAT residenza	testo	6	codice ISTAT del comune di residenza
tipo ricovero	testo	1	1=ordinario; 2=urgente; 3=trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
data dimissione	data/ora	gg/mm/aa	
modalità dimissione	testo	1	1=ordinaria; 2=volontaria; 3=trasferito ad altro ospedale; 4=deceduto
clind_1	testo	4	diagnosi clinica ICD-9 principale
clind_2	testo	4	diagnosi clinica ICD -9 – 2°
clind_3	testo	4	diagnosi clinica ICD -9 – 3°
clind_4	testo	4	diagnosi clinica ICD -9 – 4°

## **3.0. IDENTIFICAZIONE DEI CASI DA VALIDARE**

Nel progetto “Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori” è prevista la validazione di 500 EC sospetti consecutivi, che una volta validati forniranno i valori predittivi positivi e la frequenza dei singoli codici.

Per identificare gli eventi da validare è necessario ordinare per data di morte gli eventi fatali che non sono stati ricoverati e per data di ammissione in ospedale gli eventi non fatali e fatali che sono deceduti in ospedale indipendentemente dall'età e dal sesso. In questo modo è possibile scegliere gli eventi consecutivi. La procedura di ordinamento e selezione degli eventi da validare è svolta automaticamente dal programma “Registri Eventi Nazionali.mde”.

Identificati i casi da validare, l'attività va suddivisa in tre fasi:

- 1) raccogliere le informazioni dalle cartelle cliniche o, per gli eventi fatali che non hanno subito ricovero, dai medici di medicina generale o dai familiari;
- 2) codificare le informazioni raccolte sugli eventi;
- 3) creare le categorie diagnostiche.

Qui di seguito vengono riportate le procedure per accedere ai dati da validare; vengono poi descritte le modalità di raccolta delle informazioni attraverso le Schede transfer – Raccolta dati e vengono descritte le procedure di codifica e di applicazione delle categorie diagnostiche MONICA; infine vengono date alcune informazioni sulla conduzione delle interviste telefoniche ai parenti o ai medici qualora il soggetto sia deceduto a casa o in luogo diverso dall'ospedale.

### **3.1. Avvio delle richieste per accedere ai dati dei casi da validare**

#### **3.1.1. Eventi ospedalizzati**

Estratti i casi, è necessario identificare le strutture in cui sono state ricoverate le persone, e avviare le procedure di richiesta di accesso alle cartelle cliniche nelle strutture ospedaliere.

La procedura suggerita è la seguente:

- invio alle Direzioni Generali ed alle Direzioni Sanitarie di Presidio di una lettera di richiesta di accesso alle informazioni, dettagliando le modalità di rilevazione (visione delle cartelle cliniche per la raccolta dei dati, fotocopia dei documenti di interesse, in particolare elettrocardiogrammi, esami TAC, reperti autoptici), in modo da ottenere l'autorizzazione alla consultazione delle cartelle e all'utilizzazione della fotocopiatrice;
- ottenuto il consenso dalle Direzioni Sanitarie, si prende contatto con i responsabili degli archivi ospedalieri in modo da definire tempi e modalità di accesso.

La persona preposta alla raccolta delle cartelle cliniche deve presentarsi alla struttura ospedaliera con lettera di presentazione, firmata dal responsabile del progetto per l'area di competenza.

Alcuni archivi non garantiscono la disponibilità di più di 15/20 cartelle alla settimana: questo può incidere in modo notevole sulla durata della raccolta. Pertanto, quando il numero di cartelle da consultare è limitato (non più di 20) è utile, dopo aver chiesto la disponibilità al personale di archivio, inviare una lettera in busta chiusa (per problemi legati alla privacy, non bisogna utilizzare fax o e-mail) con l'elenco delle cartelle da revisionare, in modo che il rilevatore,

trovandole pronte, possa in una sola giornata raccogliere tutte le informazioni. Questa modalità è indicata soprattutto quando gli ospedali sono piccoli e sparsi su una vasta area.

La discrezione del personale che raccoglie i dati presso le strutture e la capacità di rapportarsi con il personale amministrativo condizionano il buon esito della raccolta e gli accessi per eventuale proseguimento dello studio. Si raccomanda pertanto la massima disponibilità ed adattabilità.

I dati clinici vengono raccolti attraverso la *Scheda Transfer – Raccolta dati* per EC spiegata nella sezione 4.1 e riportata nell'Appendice B1 oppure per ACV descritta nella sezione 5.1 e riportata nell'Appendice C1.

### **3.1.2. Eventi non ospedalizzati**

Per i soggetti che muoiono prima di arrivare in ospedale, occorre raccogliere i dati per la compilazione della scheda attraverso l'intervista telefonica ai parenti o ai medici curanti.

Al punto 4.2 e 5.2 sono indicati i passaggi per l'avvio delle procedure per le interviste telefoniche.

## 4.0. EVENTI CORONARICI

Di seguito vengono riportate tutte le indicazioni relative alla raccolta e validazione degli EC, nonché le modalità di raccolta dei dati relative al follow up ad un anno dall'evento per gli EC non fatali con categoria diagnostica sicura o possibile.

Le informazioni vengono raccolte con modalità standardizzate attraverso la *Scheda Transfer – Raccolta dati* (Appendice B1). La compilazione di tutte le parti previste in sede di raccolta garantisce la applicazione corretta dei criteri diagnostici per la definizione degli eventi in sede di codifica. In caso di dubbio, è buona norma fotocopiare ed allegare le parti 'incerte' o trascrivere, oltre a quanto indicato nella scheda, eventuali integrazioni di particolare interesse. È meglio raccogliere dati in eccedenza che dover ripetere la raccolta per mancanza di informazioni fondamentali.

Fare attenzione alla giusta identificazione della data di inizio dell'evento, in quanto i dati rilevati sono strettamente collegati ad essa. Viene di seguito presentata la modalità di raccolta dei dati.

### 4.1. Scheda Transfer – Raccolta dati

#### 4.1.1. Criteri per una corretta raccolta dati

I dati per la definizione degli eventi vanno raccolti dalle cartelle cliniche. Per tale raccolta si utilizza la *Scheda Transfer – Raccolta dati* (riportata in Appendice B1); tale scheda consente di raccogliere secondo una metodologia standardizzata le informazioni necessarie per definire l'evento nelle diverse categorie diagnostiche del Progetto MONICA. La *Scheda Transfer – Raccolta dati* va compilata anche per gli eventi fatali, non ricoverati in ospedale, con le informazioni raccolte attraverso il questionario di intervista telefonica al medico curante o ai familiari. Ovviamente alcune parti non potranno essere compilate per mancanza di informazione. La *Scheda Transfer – Raccolta dati* è divisa in varie sezioni, che sono descritte di seguito.

#### A. Dati anagrafici

Il numero progressivo corrisponde all'identificativo dell'evento.

Il campo relativo allo stato della cartella serve al codificatore per verificare lo stato di avanzamento della raccolta delle informazioni. Il codice dell'UC è riportato nella sezione riguardante la codifica delle schede.

Riportare i dati indicati nella cartella clinica. È utile controllare se esistono riferimenti precisi riguardo i parenti prossimi ed i loro recapiti telefonici; questi dati possono essere rilevati o nella cartella clinica o nel diario infermieristico o nel foglio di consenso informato per le notizie cliniche ai congiunti.

Specificare a fianco del numero telefonico se corrisponde ad un familiare o al domicilio del soggetto. Questo dato sarà utile nella raccolta delle informazioni nel follow-up ad un anno dall'evento.

## B. Data di insorgenza dell'attacco

Dalla data di inizio dei sintomi partono i 28 giorni di osservazione dell'evento. Se nell'arco dei 28 giorni si verifica un nuovo attacco la raccolta considera entrambi come unico evento e i dati raccolti vanno riferiti all'episodio più severo.

La data dell'attacco va riferita con la massima precisione possibile al giorno in cui sono comparsi i sintomi riferibili all'attacco coronarico e può non coincidere con la data del ricovero.

Vi sono soggetti che possono manifestare l'attacco dopo diversi giorni dalla data di ammissione in ospedale, così come altri, imputando ad altre cause i sintomi, si presentano all'osservazione medica dopo parecchie ore dall'esordio. Nel caso in cui il soggetto abbia sintomi vaghi, intermittenti, seguiti da sintomi severi e più prolungati, e in seguito ad essi sia stato chiamato il medico, il tempo di inizio deve essere riferito alla comparsa del sintomo più prolungato. Se i sintomi sono vaghi, intermittenti o atipici, il tempo di inizio va riferito al momento della valutazione da parte del medico. In caso di morte in seguito a collasso fatale, la data di inizio dell'attacco e la data di morte coincidono. Quando la persona viene rinvenuta morta e non è possibile ricostruire in modo esatto il tempo dell'attacco, si calcola un tempo medio tra l'ultimo momento in cui la persona è stata vista viva ed il ritrovamento del cadavere.

È fondamentale poter indicare la data precisa dell'inizio dei sintomi severi perché ad essa è strettamente collegata la valutazione dei movimenti enzimatici.

Indicare la struttura presso la quale il soggetto ha ricevuto le cure mediche.

Nella voce '*ospedale*' sono incluse, oltre agli ospedali, le cliniche private convenzionate e non, che abbiano le caratteristiche minimali di diagnosi e cura per malati acuti.

Nella voce '*case di riposo*' vanno assimilate tutte le strutture residenziali per anziani e per la riabilitazione, non attrezzate per l'assistenza a malati in fase acuta.

Nella voce '*domicilio*' vanno inclusi i malati che dopo l'intervento del medico vengono trattati a domicilio.

Nella voce '*senza intervento medico*' vanno inseriti i casi trovati morti o il cui decesso è stato constatato senza che si potesse intervenire in alcun modo (senza avvio delle manovre di rianimazione cardiopolmonare).

Nella voce '*altro*' vanno inseriti i casi che, dopo consultazione del medico curante o consulto ospedaliero, rimangono al domicilio o muoiono prima di arrivare in ospedale o dopo la dimissione dal Pronto Soccorso ove è stato stabilito il non ricovero.

Nella voce '*impossibile conoscere il dato*' riguarda i casi senza informazione.

Indicare se al 28° giorno dalla data di insorgenza dell'attacco il soggetto è vivente.

## C. Sintomi

Identificare dalla cartella clinica la presenza di dolore, la localizzazione e le caratteristiche dello stesso, compresa la durata complessiva dell'evento doloroso. Verificare se è segnalata la durata di 20 minuti o più, in assenza di altre cause non cardiache o non riferibili a malattia arteriosclerotica cardiaca (presenza di altra diagnosi giustificante il dolore toracico).

Il dolore è accettabile se accompagnato da definizioni come 'oppressione', 'disagio', 'sofferenza'.

È importante segnalare se il dolore con durata incerta o inferiore a 20 minuti era presente al momento del ricovero, al momento del decesso, o alla somministrazione da parte del medico o alla assunzione da parte del soggetto di analgesici o nitroderivati.

Riportare se il soggetto ha avuto un esordio con *sintomi atipici*, ma durante il periodo dell'osservazione (entro i 28 giorni) ha avuto episodi con *sintomi tipici*. In questo caso la data di inizio dell'attacco va riportata al primo episodio di sintomo tipico. Riportare inoltre se il soggetto ha avuto shock, sincope o insufficienza ventricolare sinistra.

Tutti questi dati sono indispensabili per applicare con esattezza i criteri diagnostici del MONICA.

Nella Scheda Transfer vanno riportati i sintomi riferiti ad un solo attacco cardiaco.

#### **D. ECG**

Al fine di poter provvedere alla codifica degli ECG, secondo il codice del Minnesota e di definire la categoria diagnostica, occorre raccogliere e codificare almeno 3 ECG, più un quarto opzionale; la scelta va fatta secondo le seguenti indicazioni:

- un tracciato (se presente) registrato prima dell'evento acuto (entro 28 giorni dall'evento in studio) oppure il primo tracciato disponibile al momento dell'attacco;
- due tracciati registrati durante il ricovero in data diversa dal primo;
- un tracciato registrato prima della dimissione.

A discrezione possono essere raccolti ECG che abbiano particolare importanza evolutiva o registrati in momenti diversi da quelli descritti sopra (ECG fatto in occasione di un nuovo episodio di dolore importante e successivo all'attacco); inoltre possono essere selezionati altri ECG nel caso in cui quelli richiesti non siano leggibili per scarsa qualità di registrazione o fotocopiable.

Numerare gli ECG in base alla loro cronologia di esecuzione e trascrivere le date di esecuzione.

#### **E. Enzimi**

Prima di raccogliere i valori degli enzimi relativi all'attacco, identificare la data di inizio dell'attacco.

Riportare il valore massimo degli enzimi indicati il cui dosaggio è stato eseguito entro le 72 ore dall'inizio dell'attacco (o 3 giorni di calendario).

Se gli unici esami disponibili non rientrano in questo arco di tempo, indicare, a lato del dato, la data di effettuazione.

Ogni rilevatore deve recuperare dal laboratorio dell'ospedale o desumere dai fogli di trascrizione degli esami il range dei valori di normalità. Questo dato è indispensabile per una corretta codifica degli enzimi secondo i criteri del progetto MONICA.

Compilare sempre questa parte (anche mettendo tutti no), in quanto è complementare per la giusta definizione degli enzimi. Infatti alcuni di questi potrebbero risultare alterati in concomitanza di una o più delle condizioni specificate.

#### **F. Diagnosi clinica**

Copiare quanto riportato per esteso come diagnosi di dimissione dalla cartella clinica.

#### **G. Precedente infarto del miocardio**

Riportare l'informazione riguardante l'infarto pregresso, la data del ricovero e il nome e la località dell'ospedale. Riportare se l'infarto è documentato in cartella clinica da foglio di dimissione, da copia di precedente cartella clinica, da altri documenti sanitari (codice 3). Il codice 5 si riferisce ad un evento precedente documentato in anamnesi; riportare se in cartella è documentato che il soggetto non ha mai avuto infarto miocardio (codice 6). Il codice 7 quando dalla anamnesi si deduce che non c'è stato un precedente infarto del miocardio (perché non menzionato).

Riportare se il soggetto ha avuto altri episodi diagnosticati come malattia ischemica del cuore, angina pectoris a riposo, angina pectoris da sforzo, insufficienza coronarica, evitando di segnalare come positive storie riferibili a patologie valvolari, cuore polmonare cronico e altre

cardiomiopatie primitive, insufficienza miocardica da malformazione o legata a patologia cardiaca non ischemica.

## **H. Riservato ai casi fatali**

Per i casi fatali indicare la data della morte riportata nella cartella clinica. Questa informazione va, in secondo tempo, verificata con quella riportata sul certificato di morte.

Indicare il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi (che può non corrispondere alla data di ammissione in ospedale, come indicato a pagina 10) e la morte. Indicare se è stata eseguita l'autopsia e trascrivere i reperti autoptici. Se possibile, fotocopiare il reperto autoptico.

## **I. Categoria diagnostica**

L'algoritmo per la definizione della categoria diagnostica è descritto nella sezione 4.1.2. Nell'Appendice A sono riportate le categorie diagnostiche che derivano da tutte le possibili combinazioni di sintomi, enzimi cardiaci, ECG, reperti autoptici e storia di malattia ischemica coronarica.

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

Questa parte della Scheda Transfer va compilata solo per gli EC sicuri o possibili, fatali e non fatali, definiti in base alla categoria diagnostica.

1. Indicare il tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi acuti o, in caso di 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.
2. Indicare chi ha fornito le prime cure o il primo intervento. Tra i soccorritori occasionali addestrati non vanno comprese le figure dei familiari o degli amici che si trovavano sul luogo e che si limitano alla chiamata del soccorso. Se il soggetto ha lamentato dolore, è stata chiamata l'ambulanza e il primo soccorso è stato dato dall'equipaggio dell'ambulanza, indicare, scegliendo tra le possibili risposte, quella più attinente al caso (medico generico, equipe di rianimazione, soccorritore addestrato, ecc.) e riportare l'intervallo di tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi e l'arrivo dell'ambulanza.
3. Indicare se il soggetto ha avuto un arresto cardiaco (AC) fuori dall'ospedale (non occorre che sia documentato con ECG). Indicare, qualora il soggetto abbia avuto un AC fuori dall'ospedale, se sono state praticate manovre di rianimazione cardio-polmonare (RCP) sul luogo dell'evento.
4. Indicare se sono state praticate manovre RCP all'arrivo in ospedale (soggetto non ancora ricoverato). Non sono compresi in questo gruppo i soggetti che hanno l'AC dopo che sono stati presi in carico dal Pronto Soccorso. Questi pazienti sono inclusi nella sezione 5. I soggetti sottoposti a manovre di RCP all'arrivo in ospedale sono quelli che non erano in AC al momento del primo intervento ma lo hanno avuto prima della accettazione in Pronto Soccorso.
5. Indicare se il soggetto ha avuto un AC dopo il ricovero in ospedale. Viene considerato AC ospedaliero anche quello che si verifica dopo l'accettazione in Pronto Soccorso. In questi casi non considerare il campo relativo all'arrivo in ospedale (variabile 124) ma codificare il campo di AC in ospedale (variabile 125 = 1). Indicare, qualora il soggetto abbia avuto un AC in ospedale, se sono state praticate manovre di RCP. Sono comprese le manovre di rianimazione praticate dopo l'accettazione al Pronto Soccorso.

6. Indicare se il soggetto è stato ricoverato in Unità Coronarica (UC) o altra Unità di Terapia Intensiva (UTI). Indicare il numero totale dei giorni trascorsi in UC o altra UTI. Indicare il numero totale dei giorni trascorsi in ospedale; se sono più di 29, scrivere 29.
7. Indicare a quali trattamenti terapeutici il soggetto è stato sottoposto durante il ricovero (*rilevare solo i trattamenti riferiti all'evento coronarico acuto*). In alcuni ospedali, nella cartella clinica, vengono indicati i farmaci utilizzati indicandone il principio attivo e quindi facilitando la codifica, mentre in altri vengono utilizzati i nomi commerciali; pertanto durante la raccolta delle informazioni è opportuna la disponibilità di un prontuario farmaceutico. Riportare se il paziente è stato sottoposto a terapia trombolitica. Segnalare se il soggetto durante il ricovero è stato sottoposto ad indagini diagnostiche mirate, quali la coronarografia, interventi di by-pass aorto-coronarico, l'angioplastica (specificare se riportato, con o senza impianto di stent), impianto di pace-maker.
8. Indicare se è stato eseguito il test alla troponina (marker specifico di danno miocardico in proporzione al grado di insulto subito). Per positivo si intende un valore che è più del doppio il valore normale.
9. Indicare la data di ammissione e di dimissione dall'ospedale riportati sulla cartella clinica. Se le informazioni non sono state raccolte dalla cartella clinica, ma sono state rilevate a mezzo di intervista telefonica, indicare quale persona ha fornito le informazioni e la data dell'intervista.

#### 4.1.2. Codifica dei dati con applicazione dei criteri diagnostici MONICA

Raccolte le informazioni tramite la *Scheda Transfer – Raccolta dati* è necessario codificare e archiviare le informazioni su supporto magnetico. La descrizione dettagliata, riportata qui di seguito, serve per standardizzare codifica e criteri diagnostici adottati e inserire correttamente le informazioni su supporto magnetico, qualsiasi esso sia.

Per quest'ultima operazione è disponibile un programma di inserimento dati predisposto in modo da ridurre al minimo gli errori di trascrizione. È riportato, inoltre, tra parentesi anche il nome assegnato alla variabile nel programma di elaborazione dati, che non necessariamente corrisponde a quanto riportato nella maschera di inserimento.

### A. Dati anagrafici

#### [1-2] Unità Collaborante (UC)

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascuna Unità riportata 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 (VALIDAZIONE)**

Riportare lo stato dell'inserimento e codifica della Scheda Transfer: 1. se la scheda è completa ed inserita; 2. se manca la codifica dell'ECG; 3. se è in fase di raccolta; 4. se la cartella è mancante o l'intervista non è effettuabile.

**[8-67] Raccolta dati anagrafici completi del soggetto  
(COGNOME, NOME, ISTAT NASCITA, DATA NASCITA, ISTAT RESIDENZA, SEX)**

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

Anche nella codifica di informazioni semplici come il cognome e il nome è necessario seguire delle regole; 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 campi 47-52 e 61-66 devono essere compilati inserendo il codice ISTAT del comune corrispondente (tre per il codice ISTAT provincia + tre per il codice ISTAT del comune).

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

## **B. Data di insorgenza dell'attacco**

**[68-73] Data di insorgenza dell'attacco (DONSET)**

La data di inizio dell'attacco (onset) corrisponde all'inizio del sintomo acuto di un EC o, in assenza di sintomi, del collasso fatale.

Nel caso in cui la persona che raccoglie i dati non abbia già identificato la data di insorgenza dell'attacco ricordarsi che se il soggetto ha avuto sintomi vaghi o intermittenti, seguiti da sintomi severi e più prolungati, il tempo di inizio deve essere riferito alla comparsa del sintomo più severo o 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 con dolore tipico. Quando il soggetto presenta sintomi vaghi, intermittenti o atipici, il tempo di inizio va riferito 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 dell'attacco, il giorno sarà codificato 99. In caso di morte in seguito a collasso fatale, la data di inizio attacco e la data di morte coincidono.

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.

Verificare in fase di codifica che alla data di inizio dell'attacco riportata corrispondano date coerenti sugli ECG e dosaggio degli enzimi.

**[74] Trattamento eseguito in (MANAGE)**

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

**Codice 1: ospedale**

Se la valutazione del medico è fatta dopo l'ammissione in ospedale, o quando il soggetto si reca direttamente in ospedale, casa di cura, clinica privata a media o alta specializzazione o quando l'attacco ha inizio in un paziente.

**Codice 2: casa di riposo**

Quando si tratta di struttura protetta, con garanzia di assistenza continua e la presenza del medico almeno per qualche ora tutti i giorni.

**Codice 3: al domicilio**

Quando la consultazione del medico dopo l'attacco porta alla decisione di trattare il soggetto al domicilio.

**Codice 4: senza intervento medico**

Quando non vi è storia di valutazione medica o quando il soggetto muore prima dell'arrivo del medico.

**Codice 5: altro**

Quando il soggetto, dopo consultazione del medico curante o consulto ospedaliero, decide di restare al domicilio, o muore dopo la dimissione dal Pronto Soccorso ove è stato stabilito il non ricovero.

**Codice 9**

Se è impossibile conoscere il dato.

**[75] Sopravvissuto fino al 28° giorno (SURVIVE)**

Indicare se il soggetto 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 soggetto e poter provvedere al completamento della raccolta dei dati mancanti.

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

**C. Sintomi****[76] 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 aterosclerotica (ATS) cardiaca (presenza di altra diagnosi giustificante il dolore toracico).

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

Si 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 soggetto.

Quando il soggetto 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 sarà 1.

In questo caso la data di inizio attacco andrà riportata all'episodio di sintomo tipico.

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

Se i sintomi sono tipici per sede, 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 in sede inusuale: addome superiore, mascella, collo
- dolore condizionato dalla postura o dai movimenti respiratori
- durata inferiore a 20 minuti senza descrizione di evento che ne può aver influenzato la durata (morte, somministrazione di nitroderivati, altro intervento)
- insufficienza acuta ventricolare sinistra
- shock
- sincope
- assenza di malattia cardiaca o malattia ischemica
- cause diagnosticate non cardiache o non ATS.

Il collasso fatale non può essere considerato una sincope; la sincope è reversibile.

Il dolore toracico seguito da sincope è codificato 1.

### **Codice 3: altri sintomi**

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

### **Codice 4: sintomi assenti**

Nei casi non fatali se il soggetto 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: inadeguatamente descritti**

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

### **Codice 9: ignoti.**

## **D. ECG**

### **[77] 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.

### **[78] 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.

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

- A. lo sviluppo in una serie di tracciati di una onda Q diagnostica e/o  
 B. l'evoluzione di una corrente di lesione che dura più di un giorno.

**NB:** 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), inferiore (II, III, aVF) definisce la sede dell'infarto in fase acuta.

**A. Comparsa delle onde Q diagnostiche**

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. 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) oppure
- tracciato con onda Q o QS equivoca (Codice Minnesota 1.2.8 o qualsiasi codice 1.3) e nessun sottoslivellamento importante nel tratto ST (nessun codice 4.1 o 4.2) seguito da un tracciato con onda Q diagnostica **più** sottoslivellamento importante del tratto ST (Cod. Minnesota 4.1 o 4.2) oppure
- tracciato con un'onda Q equivoca e nessun soprasslivellamento del tratto ST seguito da un tracciato con un'onda Q diagnostica codificabile **più** un soprasslivellamento del tratto ST (Codice Minnesota 9.2) oppure
- 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) oppure
- 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 oppure
- tracciato senza onda Q né 9.2 seguito da un tracciato con un'onda Q equivoca **più** 9.2 oppure
- 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.

**B. Evoluzione di una corrente di lesione che dura più di un giorno**

Soprasslivellamento del tratto ST (Codice Minnesota 9.2) che dura più di un giorno (la lesione deve essere presente su tracciati con date differenti) più 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.

**NB:** non è necessario che il soprasslivellamento 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.

### **Codice 2: ECG probabile**

Evoluzione di 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 soprasslivellamento importante del tratto ST in un tracciato ECG (nessun 9.2) seguito da altri tracciati con soprasslivellamento 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)

**NB:** a differenza dei criteri nelle classi precedenti, in questa classe l'evoluzione può andare in entrambe le direzioni, cioè i codici possono migliorare o peggiorare. Notare anche che i criteri non sono identici a quelli della ripolarizzazione che accompagnano lo sviluppo dell'onda Q (gruppo A punti dal 2 al 7) 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

### **Codice 3: ECG non evolutivo**

Codice Minnesota da 1.1.1 a 1.3.6 escluso 1.2.6 o

- sottoslivellamento della giunzione J e del tratto ST da 4.1 a 4.3 o
- onda T ischemica negativa da 5.1 a 5.3 o
- soprasslivellamento del tratto ST codificato con 9.2.

### **Codice 4: altro, compreso l'ECG normale**

Ogni altra alterazione dell'ECG compreso l'ECG normale; controllare le regole dell'ECG non codificabile riportate sotto.

### **Codice 5: ECG non codificabile**

Questa categoria si usa quando tutti gli ECG disponibili raccolti durante l'attacco sono incodificabili, 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 (ad esempio: presenza di onde Q in un ECG codificato con 7.4), la presenza dei seguenti codici fa assegnare l'ECG alla categoria *non codificabile*:

- 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: il 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 la asistolia sopprimono tutti gli altri codici;
- 8.2.2: il ritmo idioventricolare sopprime tutti gli altri codici;
- 8.4.1: la tachicardia sopraventricolare superiore a 140/min. sopprime tutti gli altri codici.

### **Codice 9: nessuno**

ECG non disponibile.

## E. ENZIMI

### [79] Enzimi (ENZ)

Vanno raccolti e riportati i valori massimi registrati entro le prime 72 ore dall'inizio dell'attacco (3 giorni).

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

#### **Codice 1: anormali**

Sono anormali quando 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 in 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 è aumentato ma non supera il doppio del livello massimo normale, durante il periodo di tempo previsto (72 ore o 3 giorni di calendario dall'inizio 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, come 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.

#### **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 in cartella non sono riportati i valori dei dosaggi enzimatici o non sono stati eseguiti.

## F. Diagnosi clinica

### [80-95] Diagnosi Clinica (CLIND1, CLIND2, CLIND3, CLIND4)

Codificare secondo la ICD-9 le diagnosi riportate sulla Scheda Transfer raccolta dalla cartella clinica.

Se la persona è deceduta, trascrivere il codice della causa di morte riportato nel certificato di morte. Utilizzare sempre 4 cifre di codifica e dove la quarta cifra non è disponibile, inserire '9' nell'ultimo spazio. È possibile riportare 4 patologie, utilizzare comunque 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.

## G. Diagnosi precedente infarto miocardico

### [96] Infarto miocardico precedente (PREMI)

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

Codificare "sì" (3 o 5) indicando quando è possibile, nel modo più accurato, la data di insorgenza dell'evento e le notizie in merito al ricovero (se ricoverato per l'evento, in quale ospedale e l'anno).

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

Codificare "no" (6 o 7) quando non è riportata alcuna storia riferibile ad IMA precedente o è documentata l'assenza di infarto precedente nella cartella clinica.

Codificare 9 quando non è possibile conoscere il dato.

### [97] Storia progressa di malattia ischemica coronarica (HISIHD)

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

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

È necessario escludere ragionevolmente la coesistenza di altre forme etiologiche ben definibili quali cardiopatie congenite, cardiopatie reumatiche o valvolari, cuore polmonare cronico e altre cardiomiopatie primitive.

## H. Riservato ai casi fatali

Questa sezione è riservata agli eventi fatali, cioè a coloro che non sono sopravvissuti al 28 giorno (variabile 75 'SURVIVE = no).

### [98-103] Data della morte (DDEATH)

Questo campo va compilato con 888888 per i soggetti con codice 'SURVIVE' = 1.

Inserire la data di morte: giorno, mese e ultime due cifre dell'anno.

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

### [104] Tempo di sopravvivenza all'attacco (ESTST)

Indicare, quando conosciuto o rilevabile, il tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi e la morte. Se questo tempo non è conosciuto con precisione, è meglio codificare 9 piuttosto che fare una stima dei tempi desumendo i dati dal certificato di morte. Codificare 1, 2 o 3 quando il dato è conosciuto e collocabile in uno degli intervalli di tempo riportati. Codificare 4 o 5 se il tempo non è conosciuto, ma esistono motivazioni per dichiarare che possono essere passate più (4) o meno (5) di 24 ore dalla data dell'attacco.

### [105] Autopsia eseguita (NECP)

Indicare se è stato effettuato riscontro autoptico, ed in caso positivo se è stata eseguita autopsia in ospedale (codice 1); in altra sede dal medico legale, in questo ultimo caso, il reperto autoptico va recuperato presso il Tribunale di riferimento; è un evento riscontrabile in caso di persone decedute improvvisamente, e senza causa apparente, a casa o comunque fuori da

istituto di ricovero (codice 2); il codice 3 viene usato nel caso in cui non sia stato eseguito il riscontro autoptico; codice 4 in caso di soggetto sopravvissuto al 28° giorno.

**[106-117] Codifica autopsia (NECP1, NECP2, NECP3)**

Riportare i codici delle cause di morte principali riportate dall'esame autoptico secondo la codifica ICD-9.

**[118] 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:**

Quando il referto autoptico riporta:  
vecchio infarto miocardico o cicatrice (4120)  
stenosi coronarica severa (più del 50% del lume) (4142).

**Codice 3: negativi**

Quando il referto autoptico non evidenzia una causa di morte riconducibile ad EC.

**Codice 4:** sopravvissuto al 28° giorno o autopsia non eseguita  
o (codice 3 o 4 nel campo 105)

**I. Categoria diagnostica**

Dall'insieme delle informazioni raccolte su sintomi, enzimi, ECG ed autopsia è possibile identificare la categoria diagnostica. Nell'Appendice A è riportato l'algoritmo di assegnazione della categoria diagnostica MONICA con tutte le possibili combinazioni di sintomi, enzimi, ECG, storia di malattia ischemica coronarica, sopravvivenza, reperti autoptici.

**[119] 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 diagnostica **sicuro** 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 oppure
- senza sintomi ma con evidenza autoptica di occlusione coronarica cronica o stenosi, o cicatrice di vecchio infarto oppure
- 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**

Gli EC, con rianimazione ad esito positivo che non soddisfa i criteri per la categoria diagnostica sicuro o possibile, vengono inclusi in questo gruppo. Si tratta di casi con 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.

Gli eventi di questa categoria devono essere sopravvissuti al 28° giorno.

**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 9: 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.

Questa categoria non dovrebbe includere eventi non fatali.

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

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

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.

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

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).

**[121] 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 intervento (moglie, figli, amici), quando il loro intervento è limitato alla chiamata dei soccorsi.

**[122] Arresto cardiaco fuori dall'ospedale (CAROUT)**

Indicare se il soggetto ha avuto un AC fuori dall'ospedale

**Codice 1:** quando il soggetto, all'arrivo del primo soccorritore è in AC o comunque apparentemente senza vita (non necessariamente documentato da tracciato ECG). Vanno codificati nella voce 1 anche i malati che non sono in AC all'arrivo del primo

soccorritore, ma hanno un AC durante il trasporto in ospedale e comunque prima della loro ammissione e presa in carico nel Pronto Soccorso di destinazione.

**Codice 2:** quando all'arrivo del primo soccorritore e durante il trasporto in ospedale il soggetto non è in AC.

**Codice 8:** non rilevante perché l'evento si manifesta in un soggetto già ospedalizzato.

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

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

Indicare se sono state praticate manovre di RCP 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 della 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 AC fuori dall'ospedale).

**Codice 8:** quando non si è verificato arresto fuori dall'ospedale (variabile 122 = no) o l'arresto si verifica in soggetto già ospedalizzato.

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

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

Indicare se, all'arrivo in ospedale, sono state praticate manovre di rianimazione cardiopolmonare, a continuazione di quelle iniziate prima o durante il trasporto.

**Codice 1:** quando le manovre di rianimazione iniziano durante il trasporto e vengono continuate fino in ospedale.

**Codice 2:** quando non vengono praticate manovre rianimatorie all'arrivo in ospedale (non AC e non RCP 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.

#### [125] Arresto cardiaco in ospedale (CARIN)

Indicare se il soggetto, dopo l'ammissione in ospedale, ha avuto un AC. Vanno considerati in questo campo anche gli AC che si verificano durante le cure prestate nei locali del Pronto Soccorso, anche se il soggetto non è ancora ricoverato.

**Codice 1:** quando, dopo l'ammissione in ospedale, il soggetto ha un AC.

**Codice 2:** quando non si verifica AC dopo l'arrivo o 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.

#### [126] Manovre di RCP in ospedale (RESIN)

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

**Codice 1:** sì.

**Codice 2:** no.

**Codice 8:** non rilevante (soggetto non ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale o quando non si è verificato AC dopo l'arrivo o il ricovero in ospedale).

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

**[127] Ricovero in UC o in altra UTI (CUNIT)**

Indicare se il soggetto è stato ricoverato in UC o altra UTI, dove per UTI, oltre a quella di cardiologia, sono intesi i reparti di rianimazione o terapia intensiva cardiocirurgica.

**Codice 1:** sì.

**Codice 2:** no.

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

**[128-129] Tempo di ricovero in UC o in UTI (CSTAY)**

Indicare per quanti giorni il soggetto è stato ricoverato in UC o altra UTI.

**Codice: 00-28 giorni** indicare i giorni esatti di ricovero in UC o UTI.

**Codice: 88** non rilevante, non ricoverato in UC o altra UTI.

**Codice: 99** dati insufficienti, oppure quando, pur potendo stabilire che il soggetto è stato ricoverato in UC o in UTI, non è possibile calcolare i giorni esatti di permanenza nella stessa cartella clinica non è riportato il giorno in cui viene trasferito dall'UTI in un altro ospedale.

**[130-131] Totale giorni trascorsi in ospedale (HISTAY)**

Indicare per quanti giorni il soggetto è stato ricoverato in ospedale.

**Codice 00-28 giorni** inserire il numero dei giorni trascorsi in ospedale.

**Codice 29** = 29 o più giorni.

**Codice 88** = non rilevante, non ricoverato.

**[132-157] Farmaci ed altri provvedimenti terapeutici (ANTICOAG-EPARINA\_CL - EPARINA\_BPM - ANTICOAG - ASPIRINA - TICLOPID - INIB\_GLIICO - BETABLOC - CALCIOANT - VERAPAMIL - DIATIAZEM - DIURETICI - ALTRI\_IPOTENS - INOTROP - NITRODERIV - IPOLIP - ACEINIB - SARTANI - INSULINA - ANTIDIAB)**

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

Inserire queste informazioni solo quando la terapia o la procedura è stata eseguita durante il ricovero e comunque entro 28 giorni e non dopo la dimissione o il rientro del soggetto, anche se i dati dei ricoveri successivi sono raccolti in una unica cartella di ricovero.

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

**[158] Test alla troponina (TEST TROPONINA)**

Codificare 1 se il valore della troponina è più del doppio del valore normale; codificare 3 se il valore della troponina è inferiore; codificare 2 se il test non è stato eseguito.

**[159-164] 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.

**[165-170] 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.

**[171] Intervista a (FONT)**

Solo se i dati sono stati reperiti tramite intervista, specificare chi ha risposto all'intervista o chi ha fornito le informazioni. Nel caso in cui i dati siano raccolti da cartella clinica, codificare 8.

**[172-177] Data dell'intervista (DATAINT)**

Solo 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.

## 4.2. Questionario – Intervista telefonica

Gli eventi sospetti per i quali non è disponibile la scheda di dimissione ospedaliera (solo decessi extra-ospedalieri) devono essere validati recuperando tutte le possibili informazioni attraverso le interviste telefoniche al medico curante o ai familiari del deceduto.

Anche per questi eventi sospetti va compilata la *Scheda Transfer – Raccolta dati* (Appendice B1) con tutte le informazioni recuperate dal certificato di morte ISTAT, dai precedenti ricoveri, dalle interviste telefoniche a medici curanti o familiari. I certificati ISTAT si richiedono alla ASL di riferimento.

### 4.2.1. Diagnosi di morte con codici sospetti per evento coronarico

Sono indicati come “sospetti” tutti gli eventi in cui è data come diagnosi di morte principale la malattia ischemica del cuore o la morte improvvisa (ICD-9 410-414 e 798-799). Le cause di seguito elencate vanno selezionate per la verifica solo quando, tra le cause iniziale, intermedia e finale compaiono malattie ischemiche del cuore (ICD-9 410-414) in quanto identificate come sospette per causa di morte coronarica: diabete, ipertensione essenziale, cardiopatia ipertensiva, nefropatia ipertensiva, cardionefropatia ipertensiva, pericardite acuta, endocardite acuta o subacuta, miocardite acuta, altre malattie del pericardio, altre malattie dell'endocardio, cardiomiopatia, disturbi della conduzione, alterazioni del ritmo, insufficienza cardiaca, descrizione complicanze cardiache, arteriosclerosi, aneurisma aortico, altri aneurismi, altre malattie vascolari periferiche, embolia e trombosi, poliarterite nodosa e arteriti similari, altri disturbi delle arterie e delle arteriole (come indicato a pag. 4).

I soggetti vengono suddivisi in base al luogo del decesso specificato sul certificato ISTAT.

Le possibilità di indicazione del luogo del decesso sono:

- a) *abitazione*: è riferito a tutti i soggetti deceduti al domicilio (proprio o di parenti prossimi);
- b) *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 riposo, strutture private o altro che possa essere identificato con tale indicazione;
- c) *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.

Nel certificato di morte ISTAT è riportato anche l'eventuale riscontro autoptico.

#### 4.2.2. Selezione dei casi da intervistare

Per i casi che risultano *deceduti al domicilio* viene realizzata un'intervista telefonica, in modo da convalidare la causa di morte, raccogliere dati sullo stato di salute del soggetto, sulle eventuali malattie cardiache presenti e/o concomitanti, sulla terapia farmacologica in corso e sull'evento specifico che ha portato al decesso.

Per i casi che risultano *in ospedale* si avvia la raccolta della cartella clinica. Nel caso in cui questa ricerca non dia esito utile, si avvia l'intervista telefonica.

Nei casi in cui è indicato *altro* come luogo dell'evento, viene fatta la seguente distinzione:

- ove riportato deceduto durante il trasporto in ospedale o in Pronto Soccorso, vengono trattati come per i casi in cui vi è specifica di evento ospedaliero.
- ove non è indicato il luogo dell'evento, si procede come per i deceduti al domicilio.

#### Modalità di avvio delle interviste telefoniche

È buona norma procedere all'intervista seguendo un questionario in modo da assicurarsi che tutte le possibili domande siano state rivolte. Alcuni dati vengono desunti dal certificato ISTAT: cognome, nome, sesso, data e luogo di nascita, data e luogo di morte, comune di residenza.

Si procede quindi come di seguito schematizzato:

- Ricercare il numero telefonico attraverso l'utilizzo di internet o dell'elenco telefonico.
- Nel caso in cui non risulti possibile individuare il numero telefonico, è buona norma verificare sugli elenchi inviati dai comuni se vi è indicazione di un parente prossimo del soggetto e provvedere alla ricerca del numero telefonico di quest'ultimo come indicato nel punto precedente.
- Nel caso in cui nessuna delle ricerche di cui ai punti precedenti abbia dato risultato positivo per la identificazione del parente, si procede all'invio all'anagrafe del comune di residenza della richiesta di stato di famiglia.
- Nel caso in cui anche tale richiesta non dia la possibilità di rintracciare i parenti del soggetto, occorre ricercare il medico curante per ottenere le notizie utili alla definizione del caso.
- Per l'identificazione del medico curante, qualora non sia possibile risalire allo stesso sulla base dei dati riportati sul certificato ISTAT (timbro e firma), occorre inoltrare richiesta alla ASL di riferimento indicando nella richiesta i dati del soggetto, e chiedendo che venga data indicazione di nome, cognome e numero di telefono del medico curante.

Trovato l'indirizzo ed il recapito del parente, si provvede all'avvio dell'intervista; qualora il parente si rifiuti di collaborare, si procede con il medico curante.

Qualora venga richiesto dai parenti o dal medico curante, è possibile inviare una lettera di presentazione della ricerca in oggetto.

Il rifiuto da parte dei parenti di parlare dell'evento acuto non è fatto raro, quindi è buona norma iniziare l'intervista facendo parlare le persone dello stato generale di salute, del tipo di vita che la persona conduceva, della presenza/assenza di altre malattie, arrivando gradualmente alla descrizione dell'evento.

#### 4.2.3. Modalità di raccolta delle informazioni

Il questionario per l'intervista telefonica (Appendice B2) ai parenti di pazienti deceduti per EC sospetto, senza ricovero ospedaliero, è strutturato in modo da ottenere tutte le informazioni

utili alla corretta compilazione, applicazione di criteri MONICA e codifica della *Scheda Transfer – Raccolta dati per EC* (Appendice B1).

### 4.3. Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi

Per tutti gli EC non fatali validati, selezionati in base alla sopravvivenza, cioè vivi al 28° giorno e con categoria diagnostica di evento sicuro o possibile, viene effettuata un'indagine telefonica per la valutazione dello stato di salute ad un anno dall'evento acuto.

Prima di avviare la procedura per il contatto telefonico con il malato o con i suoi familiari, è opportuno, attraverso una ricerca presso il comune di residenza del paziente, verificarne lo stato in vita. Questa procedura si realizza inviando una lettera intestata al Sindaco ed al responsabile dell'Ufficio Anagrafe richiedendo, dopo una breve presentazione del Progetto e delle motivazioni della richiesta, lo stato in vita e la conferma della residenza della persona.

La ricerca nei tracciati SDO di eventuali successivi ricoveri per patologia coronarica dopo l'evento indice rende più agevole la ricostruzione degli eventi successivi a quello indagato, aiutando soprattutto alla definizione precisa di eventi, di indagini strumentali o di interventi di rivascolarizzazione.

È buona norma che il contatto telefonico con il malato o con i familiari per la raccolta delle informazioni previste dalla scheda di follow-up sia preceduto da una lettera, in modo che il malato od i familiari sappiano il motivo della chiamata e il tipo di informazioni richieste.

La raccolta di informazioni attraverso intervista al medico curante costituisce un'opportunità da utilizzare quando il paziente o i familiari rifiutano il contatto.

Di seguito sono riportati i campi previsti nella *Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi* relativi all'intervista telefonica per la rilevazione dei dati. Questo modulo è preceduto da una 'presentazione' che viene proposta dall'intervistatore al soggetto o suo parente, per spiegare le motivazioni della ricerca.

#### 4.3.1. Presentazione della Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi

La *Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi* (Appendice B3) prevede 4 fasi di compilazione che possono provenire da fonti diverse:

A. *Presentazione e raccolta dei dati preliminari*

Riporta i dati relativi alla conduzione dell'intervista e comprende la nota di presentazione.

B. *Condizioni in vita*

Include lo stato in vita e, per i deceduti, sia la causa di morte riferita dai parenti sia quella riportata nel certificato di morte.

C. *Attuali condizioni di salute*

Riguarda la terapia al momento dell'intervista

D. *Ricoveri ospedalieri*

Riguarda le procedure diagnostiche terapeutiche e i possibili altri eventi a cui il soggetto è stato sottoposto dopo il primo evento.

#### **A. Dati anagrafici e dati preliminari**

Riportare la data di inizio dell'evento registrato e la data del ricovero, qualora sia diverso dal primo.

Indicare la persona che fornisce le informazioni e la disponibilità alla partecipazione all'intervista.

Alla voce partecipazione codificare 2, (sì, interrotta), quando, dopo una iniziale disponibilità, viene dato un esplicito rifiuto alla prosecuzione. Non è incluso il caso di un'intervista interrotta perché il soggetto dichiara di non ricordare i dati richiesti.

Alla voce 5 va codificata l'intervista condotta ai familiari quando il soggetto è deceduto entro i primi 12 mesi dall'evento indice. Raccogliere per questi malati le informazioni disponibili fino alla data del decesso.

#### **B. Condizione in vita**

Riportare lo stato in vita del soggetto ad un anno dall'evento. In caso di comunicazione del decesso del congiunto, indicare la causa della morte riferita dal parente.

Successivamente riportare la causa rilevata nel certificato ISTAT.

#### **C. Attuali condizioni di salute**

Segnalare con il codice corrispondente la percezione dello stato di salute del soggetto, o come lo stato di salute è percepito dai congiunti, dopo l'evento e le eventuali indagini o interventi effettuati.

Indicare se il soggetto si sottopone a regolari controlli medici, specificando le modalità e la frequenza delle visite.

Riportare i farmaci assunti dal soggetto, in particolare le terapie mirate alla patologia coronarica, secondo le indicazioni riportate nella *Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi*.

#### **D. Ricoveri ospedalieri**

Indicare i ricoveri in ospedale e case di cura, occorsi nei 12 mesi successivi alla data dell'evento indice, per problemi cardiovascolari. Questa parte deve essere compilata sia considerando le informazioni date dal malato sia quelle recuperate dalla verifica delle SDO. Riportare il numero dei ricoveri e per ogni ricovero compilare una scheda di ricovero ospedaliero.

Riportare i ricoveri per le indagini strumentali o gli interventi riportati, indicando la data del ricovero, il nome e il luogo dell'ospedale, in modo che sia possibile confermare l'informazione attraverso le SDO.

In caso di imprecisione da parte del soggetto, è possibile utilizzare il codice 99 per l'identificazione del giorno esatto relativo alla procedura o all'intervento.

Per ogni ricovero per motivo cardiovascolare riempire una scheda di ricovero, riportando la data, il luogo, il motivo e la diagnosi di dimissione.

#### **4.3.2. Codifica dei dati e identificazione delle variabili per follow-up ad un anno degli eventi coronarici sicuri o possibili**

Qui di seguito vengono riportate le regole per la codifica e l'inserimento dei dati dell'intervista ad un anno dall'evento nel programma di inserimento della *Scheda Transfer – Follow-up a 12 mesi* (Appendice B3).

## A. Dati anagrafici e dati preliminari

### [1-2] Unità collaborante

Inserire codice identificativo dell'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

### [3-8] Codice ospedale

Inserire il numero di codice dell'ospedale.

### [9-12] 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 EC validati.

### [13-52] Dati anagrafici (COGNOME – NOME)

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).

### [53] Lettera di avviso a domicilio (LETTERA\_DOM)

Campo a risposta sì/no. Indicare se è stata spedita la lettera di presentazione dell'intervista al domicilio del soggetto prima del contatto telefonico.

### [54-61] Data onset (D\_ONSET)

Inserire la data relativa all'inizio dell'EC validato. Il formato è: gg, mm, aaaa. Da questa data calcolare 12 mesi di follow-up.

### [62-69] Data ricovero (D\_RICOVERO)

Inserire la data relativa al giorno di effettuazione del ricovero; questa data può coincidere con la data di inizio dell'EC validato. Il formato è gg, mm, aaaa.

### [70-75] Data dell'intervista (D\_INTERVIEW)

Inserire la data relativa al giorno di effettuazione dell'intervista telefonica o dell'ultimo contatto con il soggetto o suoi familiari. Deve essere riferita alla data di chiusura della raccolta dati.

**[76] Informazioni ottenute da (INFO\_FROM)**

Indicare il soggetto che risponde all'intervista.

Riportare: 1. se è il paziente stesso, 2. se l'intervista è rivolta ad un parente o congiunto (moglie, figlio/a, nipoti, ecc.), 3. se i dati sono ottenuti dal medico curante, 4. se da altra persona. Utilizzare questo codice quando l'intervista è rilasciata da persona non parente e non coabitante del soggetto o quando, impossibilitati a rintracciare il soggetto o suoi familiari, si ottiene notizia dagli uffici anagrafici di emigrazione o decesso del soggetto.

**[77] Partecipazione (PARTECIPAZIONE)**

Inserire il grado di partecipazione del soggetto o dei suoi familiari all'intervista.

Inserire codice 1 quando l'intervista viene completata; il codice 2 quando, dopo aver risposto ad alcune domande l'intervistato si rifiuta di proseguire o di rispondere a domande specifiche; non utilizzare questo codice se il malato non risponde perché non ricorda bene le date relative alle procedure.

Inserire il codice 3 quando vi è un rifiuto totale al contatto, il codice 4 quando il soggetto o suoi familiari non sono contattabili, 5 quando il paziente risulta deceduto prima del termine del follow-up.

**B. Condizioni in vita**

**[78] Condizioni in vita (LIFE)**

Indicare se al momento dell'intervista il paziente è vivo o deceduto.

Utilizzare il codice 3 (perso), quando non è possibile risalire all'informazione.

**[79-84] Data della morte (D\_DEATH)**

Per i casi fatali, inserire la data della morte riferita dal parente.

La data andrà verificata con la ricerca del certificato ISTAT.

**[85-90] Comune di morte (COM\_DEATH)**

Inserire il codice ISTAT del comune di morte (NNN per la provincia e NNN per il Comune).

In caso di informazione mancante, inserire 999999.

**[91-98] Causa di morte riferita dal parente (WHY\_DEATH1- WHY\_DEATH2)**

Inserire, utilizzando la Codifica ICD-9, le cause di morte riferite dal parente. Non utilizzare questi due campi se si possiede il certificato ISTAT relativo al decesso. (in questo caso i campi vengono automaticamente riempiti con i codici '8888').

**[99-110] Cause di morte riportate sul certificato ISTAT (DIA\_DEATH1 - DIA\_DEATH2 - DIA\_DEATH3)**

Inserire la causa principale e le cause intermedia e finale riportate sul certificato ISTAT.

**C. Attuali condizioni di salute**

**[111] Come definirebbe le sue attuali condizioni di salute (HEALTH)**

Inserire il dato relativo ai codici riportati che più si avvicinano alla definizione data dal soggetto o da suo familiare.

**[112] È sottoposto a regolari controlli medici (CONTROLLI)**

Inserire il codice relativo alla risposta data dall'intervistato, se si sottopone regolarmente a controlli dal cardiologo o dal medico di medicina generale o se non esegue nessun controllo specifico.

**[113] Se sì, con quale frequenza (F\_CONTROLLI)**

Inserire il codice relativo alla frequenza con cui il soggetto si sottopone a regolari controlli medici.

**[114] Terapia (TERAPIA)**

Barrare la voce se il soggetto dichiara di assumere terapie per la malattia di cuore. Nel caso il soggetto non ricordi il nome dei farmaci che assume, codificare 2 (no).

**[115-134] Classificazione dei farmaci (ANTICOAG-EPARINA\_CL - EPARINA\_BPM - ANTICOAG - ASPIRINA - TICLOPID - INIB\_GLICO - BETABLOC - CALCIOANT - VERAPAMIL - DIATIAZEM - DIURETICI - ALTRI\_IPOTENS - INOTROP - NITRODERIV - IPOLIP - ACEINIB - SARTANI - INSULINA - ANTIDIAB)**

Codificare i farmaci assunti dal soggetto.

**D. Ricoveri ospedalieri**

**[135-136] Numero di ricoveri occorsi nei 12 mesi successivi l'evento indice (N\_RICOVERI)**

Inserire il numero di ricoveri occorsi nei 12 mesi successivi alla data dell'evento indice per episodi di natura cardiovascolare, ad esclusione dei ricoveri fatti per accertamenti diagnostici o strumentali.

**[137] Coronarografia (CORON)**

Inserire sì, se il soggetto nei 12 mesi successivi all'evento indice è stato sottoposto ad esame coronarografico.

**Ospedale (H\_CORON)**

Inserire l'ospedale presso cui è stato effettuato l'esame.

**[138-143] Data di effettuazione della coronarografia (D\_CORON)**

Inserire la data relativa all'effettuazione dell'esame. La data è inseribile in campi distinti per i giorni, mesi ed anno. Nel caso non si riesca a risalire alla data esatta, è possibile inserire il codice 99.

**[144] Impianto di pace-maker (PMAKER)**

Codificare sì, se il soggetto nei 12 mesi successivi all'evento indice è stato sottoposto ad impianto di Pace Maker.

**Ospedale (H\_PMAKER)**

Inserire l'ospedale presso cui è stato effettuato l'impianto.

**[145-150] Data di impianto del pace maker (D\_PMAKER)**

Inserire la data relativa all'impianto del pace maker. La data è inseribile in campi distinti per i giorni, mesi ed anno. Nel caso non si riesca a risalire alla data esatta, è possibile inserire il codice 99.

**[151] Bypass coronarico (BYPASS)**

Codificare sì, se il soggetto nei 12 mesi successivi all'evento indice è stato sottoposto ad intervento di by-pass coronarico.

**Ospedale (H\_BYPASS)**

Inserire l'ospedale presso cui è stato effettuato l'intervento.

**[152-157] Data di effettuazione dell'intervento di by-pass (D\_BYPASS)**

Inserire la data relativa all'effettuazione dell'intervento. La data è inseribile in campi distinti per i giorni, mesi ed anno. Nel caso non si riesca a risalire alla data esatta, è possibile inserire il codice 99.

**[158] Angioplastica coronarica (ANGIOPLAST)**

Codificare sì, se il soggetto nei 12 mesi successivi all'evento indice è stato sottoposto ad angioplastica coronarica.

**Ospedale (H\_ANGIOPLAST)**

Inserire l'ospedale presso cui è stato effettuato l'intervento.

**[159-164] Data di effettuazione dell'angioplastica (D\_ANGIOPLAST)**

Inserire la data relativa all'effettuazione dell'esame. La data è inseribile in campi distinti per i giorni, mesi ed anno. Nel caso non si riesca a risalire alla data esatta, è possibile inserire il codice 99.

**[165] Riabilitazione cardiologica (RIABILIT)**

Codificare sì, se il soggetto è stato sottoposto a programmi di riabilitazione cardiologica. Inserire l'ospedale presso cui è stata effettuata la riabilitazione.

**[166-171] Data di inizio della riabilitazione (D\_RIABILIT)**

Inserire la data relativa all'inizio della riabilitazione. La data è inseribile in campi distinti per i giorni, mesi ed anno. Nel caso non si riesca a risalire alla data esatta, è possibile inserire il codice 99.

**E. Scheda ricovero**

NB: Le schede dei ricoveri non vengono codificate.

**F. Motivo del ricovero**

NB: Le schede dei ricoveri non vengono codificate.

## 5.0. EVENTI CEREBROVASCOLARI

La *Scheda Transfer – Raccolta dati* per gli ACV è riportata nell'Appendice C1. Le informazioni richieste sono numerose, in quanto per gli ACV non esistono criteri diagnostici basati sulla combinazione di variabili; si raccomanda, pertanto, in sede di raccolta, di compilare tutte le parti e di specificare, qualora previsto, la mancanza di informazione. In caso di dubbio, fotocopiare ed allegare le parti 'incerte' o trascrivere a fianco del campo relativo, oltre a quanto già indicato, eventuali integrazioni di particolare interesse. Vengono qui di seguito descritti i criteri per la corretta raccolta e codifica dei dati.

Anche se la scheda non prevede il campo specifico, indicare a lato dei sintomi se sono durati più o meno di 24 ore. Questo dato è fondamentale per la corretta applicazione dei criteri diagnostici dell'evento.

### 5.1. Scheda Transfer – Raccolta dati

#### 5.1.1. Criteri per una corretta raccolta dati

I dati per la definizione degli eventi vanno raccolti dalle cartelle cliniche. Per tale raccolta si utilizza la *Scheda Transfer – Raccolta dati*; tale scheda consente di raccogliere secondo una metodologia standardizzata le informazioni necessarie per definire l'evento nelle diverse categorie diagnostiche del Progetto MONICA. La *Scheda Transfer – Raccolta dati* va compilata anche per gli eventi fatali, non ricoverati in ospedale, attraverso le informazioni fornite dal medico curante o dai familiari. Ovviamente alcune parti non potranno essere compilate per mancanza di informazione. La *Scheda Transfer – Raccolta dati* è divisa in varie sezioni, che sono analizzate di seguito.

#### A. Dati anagrafici

Il numero progressivo corrisponde all'identificativo dell'evento.

Il campo relativo allo stato della cartella serve al codificatore per verificare lo stato di avanzamento della raccolta. È possibile utilizzare questo campo per evidenziare le cartelle cliniche non rintracciabili.

Per i dati anagrafici riportare i dati indicati in cartella clinica. Sarebbe utile controllare se esistono riferimenti precisi riguardo i parenti prossimi ed i loro recapiti telefonici, in modo da facilitare il follow-up futuro. Questi dati possono essere rilevati o dalla cartella clinica o dal diario infermieristico o dal foglio di consenso informato per le notizie cliniche ai congiunti. Nella raccolta delle informazioni sugli ACV è importante riportare anche lo stato civile; infatti questo è un indicatore utile per valutare il supporto nella riabilitazione e cura del paziente.

#### B. Insorgenza dell'evento

Questa parte va compilata alla fine della raccolta delle informazioni, preferibilmente in sede di codifica:

- **B.1:** Se i dati sono stati raccolti dalla cartella ospedaliera, specificare le date di ammissione e di dimissione dall'ospedale.
- **B.2:** Se i dati sono stati raccolti tramite intervista telefonica al paziente, ai familiari o al medico curante, indicarne la fonte e la data.

*Data insorgenza attacco* - È questo il campo di più difficile interpretazione. Infatti, la data dell'attacco va riferita con la massima approssimazione possibile al giorno in cui sono comparsi i sintomi dell'attacco cerebrovascolare o i sintomi di maggior rilevanza in tutto l'arco dell'evento.

Non sempre la data dell'attacco corrisponde alla data del ricovero. Nella trombosi cerebrale, ad esempio, la sintomatologia può evidenziarsi gradualmente, progredire e peggiorare ed il ricovero può avvenire in data diversa dall'inizio dei sintomi. Nel caso in cui il soggetto abbia sintomi vaghi, intermittenti, seguiti da sintomi severi e più prolungati, e in seguito ad essi sia stato chiamato il medico, il tempo di inizio deve essere riferito alla comparsa del sintomo più severo e prolungato. Quando il soggetto presenta sintomi vaghi, intermittenti o atipici, non seguiti da sintomi più severi, il tempo di inizio va riferito al momento della valutazione da parte del medico. In caso di morte in seguito a collasso fatale, la data di inizio dell'attacco e la data di morte sono concomitanti. Quando la persona, in seguito ad evento fatale, 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 contattata o vista viva ed il ritrovamento del cadavere.

Dalla data di inizio dei sintomi partono i 28 giorni di osservazione dell'evento. Se nell'arco dei 28 giorni si verifica un nuovo episodio di attacco, la raccolta considera entrambi come unico evento e i dati raccolti vanno riferiti all'episodio più severo.

Indicare la struttura presso la quale il soggetto ha ricevuto le cure mediche.

Nel codice 1 (ospedale) vanno inclusi i soggetti trattati in ospedale o cliniche private, convenzionate o no, purchè abbiano le caratteristiche minimali di diagnosi e cura per malati acuti.

Al codice 2 (case di riposo) vanno assimilate tutte le strutture residenziali per anziani e per la riabilitazione, non attrezzate per l'assistenza ad acuti.

Al codice 5 (stroke unit) vanno codificati solo i reparti che rispettano le caratteristiche minime dalla definizione di stroke unit (terapia intensiva e semi intensiva a gestione multidisciplinare per la cura precoce dello stroke). Non possono essere definiti tali i letti di osservazione protetta all'interno dei reparti di neurologia con le stesse caratteristiche assistenziali del reparto base.

Indicare se, al 28° giorno dalla data dell'attacco, il soggetto è vivente. Per la definizione dei 28 giorni vedi le indicazioni sulla data di insorgenza dell'attacco.

### **C. Diagnosi MONICA di evento cerebrovascolare**

Prima di raccogliere le informazioni sulla cartella clinica leggere attentamente la seguente definizione:

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 malati 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, ecc.), i tumori cerebrali o le metastasi; vanno esclusi gli eventi cerebrovascolari secondari a traumi.

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

Per ciascuna voce riguardante i segni focali definiti e la disfunzione focale riportare: 1= sì, 2= no, desumendo le informazioni dalla anamnesi e dal diario clinico. Qualora queste informazioni non siano riportate in cartella scrivere no.

- *Segni focali:*
  - 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.
- *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

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; per *disartria* si intende l'imperfetta articolazione delle parole a seguito di lesioni del SNC o periferico e conseguente alterazione del controllo muscolare.

#### **D. Diagnosi clinica di dimissione ospedaliera**

Copiare quanto riportato per esteso come diagnosi di dimissione ospedaliera rilevata dalla cartella clinica e la codifica usando la ICD-9.

#### **E. Riservato ai casi fatali**

Per i casi fatali, indicare la data della morte come riportato sulla cartella clinica. Va verificata la concordanza con la data riportata sul certificato di morte.

Indicare il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi e la morte; se più di 72 ore riportare il numero dei giorni.

Indicare se è stata eseguita l'autopsia e riportare per esteso la descrizione dei reperti autoptici (è auspicabile disporre della fotocopia del reperto autoptico).

#### **F. Categoria diagnostica**

La categoria diagnostica MONICA viene stabilita dal codificatore dopo che il rilevatore ha riempito in tutte le sue parti la scheda. È importante pertanto che il rilevatore riporti dalla cartella clinica le note relative all'anamnesi e all'esame obiettivo neurologico; se necessario, allegare le fotocopie.

Alcuni casi non rientrano nella definizione MONICA di ACV sicuro e non possono essere inseriti nella categoria *dati insufficienti*=9, in quanto hanno esami strumentali (tomografia assiale computerizzata, TAC; risonanza magnetica; RMI); in questo caso utilizzare i codici della definizione 2 (diagnosi strumentale). Vengono codificati in questo campo gli eventi che hanno esordio repentino, con l'instaurarsi di sintomi non focali che durano giorni e con documentazione per immagini di lesione ischemica od emorragica sicuramente non riferibile ad esiti.

In base alle notizie raccolte, nel caso di evento ischemico, indicare se trattasi di evento trombotico od embolico.

Riportare il referto o i referti per ordine di data o allegare fotocopia degli stessi.

Nel caso in cui l'evento raccolto sia inseribile in una delle categorie diagnostiche valide (ACV sicuro o associato a EC o ACV con dati insufficienti) proseguire nella raccolta dei dati relativi alle sezioni da G a M. Riportare le visite specialistiche (neurologo, internista) e gli esami a cui è stato sottoposto il paziente.

Nel caso si tratti di ricovero programmato per accertamenti/controlli od in caso di TIA, terminare la rilevazione dei dati.

In questo caso, la data di insorgenza dell'evento sarà 99.99.99 (non evento).

## **G. Informazioni sulle condizioni prima dell'evento attuale**

Le informazioni di seguito elencate vanno raccolte solo per gli eventi che rientrano in una categoria diagnostica valida per ACV: ACV sicuro o ACV sicuro associato ad EC, o dati insufficienti. Per le altre categorie (non AVC) lasciare in bianco.

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

Riportare il grado di autosufficienza del soggetto prima dell'evento.

Nel caso di soggetto parzialmente dipendente o completamente dipendente a causa di patologie diverse da pregresso ACV, riportare a lato il motivo della non autosufficienza (handicap, lesioni cerebrali diverse dall'origine ATS, tumori, altro). Per *indipendente* si intende la persona 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 la persona che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per *completamente dipendente* si intende la persona che non può compiere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno. È necessario raccogliere dalla cartella clinica o dall'intervista ai parenti tutte le informazioni riguardanti la storia sulla autosufficienza, sull'ipertensione arteriosa, sui precedenti ACV e EC, sull'abitudine al fumo, sul diabete e sulla fibrillazione atriale prima dell'evento.

*Storia di ipertensione arteriosa* - Il riscontro occasionale di pressione alta riferita dal soggetto o dal parente, senza diagnosi di ipertensione arteriosa, va codificato come 'no'=1; codificare 2 quando la persona è sotto trattamento farmacologico e la terapia è assunta in modo regolare dal soggetto; codificare 3 quando la malattia ipertensiva è stata diagnosticata ma la persona non è sotto trattamento o non assume la terapia in modo conforme alla prescrizione o non è certa l'assunzione di terapia.

*Precedente evento cerebrovascolare* - Cercare nell'anamnesi patologica remota informazioni su un precedente evento.

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. Essendo l'ACV un dato importante nell'anamnesi del soggetto, se non viene menzionato, è più corretta la codifica 'no' che riportare 'dati insufficienti'.

Riportare solo i deficit di linguaggio e motori sicuramente correlati ad un ACV precedente. Non riportare i deficit, anche se presenti, correlati ad altra patologia.

*Abitudine al fumo* - Riportare se il soggetto fumava prima dell'evento; per ex fumatore si intende il soggetto che ha smesso di fumare da almeno tre mesi.

*Precedente infarto del miocardio* - Riportare se il soggetto ha avuto un precedente infarto del miocardio più di 28 giorni prima dell'ACV, se è stato ricoverato ed in che anno ha avuto l'evento. È auspicabile documentare, almeno per gli eventi più recenti, la data precisa del ricovero e la struttura presso la quale è avvenuto il precedente ricovero; se l'evento è avvenuto nel periodo di funzionamento del registro riportare il numero progressivo dell'evento registrato (serial).

Riportare se c'è stato un precedente EC meno di 28 giorni prima dell'ACV; queste informazioni servono per controllare la correttezza dei dati registrati dalle varie fonti di informazione.

Riportare, quanto trascritto in anamnesi, la diagnosi precedente di fibrillazione o flutter atriale, di malattia cardiaca valvolare, di insufficienza cardiaca (scompenso), di diabete, di iperlipidemia (ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia o LDL elevato) e di TIA. Per compilare questa sezione basta che nella cartella clinica sia menzionato il termine clinico, non occorre considerare criteri diagnostici.

## H. Terapia in atto prima dell'evento cerebrovascolare

Indicare se la persona prima del ricovero era in terapia antipertensiva, antitrombotica o ipolipemizzante. Per l'operatore che raccoglie le informazioni, non familiare con la composizione dei prodotti farmaceutici, può essere più facile riportare i nomi commerciali ed effettuare il controllo della composizione in un secondo momento; oppure poter consultare il prontuario farmaceutico.

Riportare se, durante il ricovero, si è verificato un evento iatrogeno, cioè un evento conseguente a terapia farmacologica o chirurgica.

## I. Sintomi e deficit

Specificare se i sintomi riferiti all'ACV sono iniziati fuori dall'ospedale o in ospedale.

Specificare il tempo intercorso dall'inizio dei sintomi neurologici fino alla prima visita del medico, cercando di ricostruirlo al meglio.

*Dati clinici sullo stato di coscienza e deficit motorio al primo esame* - Specificare, se riportato in cartella, lo stato di coscienza e il deficit motorio al primo esame. Per primo esame si intende o quello del medico fuori dall'ospedale o, se il soggetto è stato trasportato subito in ospedale, quello rilevato dal primo medico che ha visitato il soggetto.

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

Si raccomanda di distinguere durante la raccolta le informazioni inerenti la PRIMA VISITA dall'inizio dell'attacco e quelle relative al periodo di MASSIMO DETERIORAMENTO. Il massimo deterioramento può manifestarsi prima del ricovero o durante il ricovero.

Riportare, se presenti, i disturbi della parola. Per disturbo della parola si intendono gli episodi di afasia. La disartria non va considerata.

Riportare la progressione dei sintomi entro le 72 ore dall'inizio dei sintomi; tali informazioni vanno desunte da una attenta lettura della cartella clinica.

## L. Trattamento

Indicare a quali trattamenti terapeutici il soggetto è stato sottoposto durante i primi 7 giorni di ricovero, cioè i trattamenti riferiti all'ACV; in particolare specificare se la cura era in corso prima dell'evento ed è continuata dopo l'ammissione in ospedale, se è stata interrotta dopo l'ammissione in ospedale, se è iniziata dopo l'evento e continuata durante la degenza.

La definizione di dose piena di eparina e bassa dose di eparina deve essere fatta in base alla documentazione nel diario clinico di controlli del PTT. Si indica dose piena quando il trattamento con eparina/eparinoidi *comperta* la modifica dei valori di PTT. Si indica bassa dose di eparina/eparinoidi quando il trattamento *non comperta* la modifica dei valori di PTT.

## M. Prevenzione secondaria

Indicare se sono state effettuate terapie di prevenzione entro i 28 giorni dall'evento (e dopo il 7° giorno di ricovero, per i primi 7 giorni utilizzare il quadro precedente – rilevare solo i trattamenti riferiti all'ACV).

Indicare il grado di autosufficienza del soggetto al momento della dimissione dall'ospedale in relazione all'ACV in oggetto: per *indipendente* si intende la persona 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 la persona che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per *completamente dipendente* si intende la persona che non può compiere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno.

Riportare il luogo verso cui viene diretto il soggetto alla dimissione. Per centro di riabilitazione si intende sia il day hospital sia il centro specializzato di riabilitazione.

### 5.1.2. Codifica dei dati con applicazione dei criteri diagnostici MONICA

Nel codificare considerare gli appunti scritti riportati nella Scheda Transfer, eventuali note e fotocopie allegate. La categoria diagnostica deve essere fatta al momento della codifica e non durante la raccolta dati. Le variabili nel programma di inserimento sono riportate tra parentesi.

## A. Dati anagrafici

### [1-2] Unità Collaborante (UC)

Inserire codice identificativo dell'UC, in base ai codici assegnati a ciascuna Unità riportata 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 d'identificazione dell'evento deve essere lo stesso riportato nel database eventi correnti.

**[7] Stato cartella (VALIDAZIONE)**

Riportare lo stato della cartella clinica.

**Codice 1** = Scheda Transfer completa e inserita;

**Codice 3** = In fase di raccolta

**Codice 4** = Cartella clinica non rintracciabile (o intervista non effettuata)

**[8-68] Raccolta dati anagrafici completi (DDBIRTH, SEX, MARITAL, ISTAT NASCITA, ISTAT RESID)**

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 follow-up.

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

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

Riportare sesso e stato civile secondo la codifica indicata nella Scheda Transfer.

**B. Insorgenza dell'evento**

**[69-74] 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.

**[75-80] 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.

**[81] Intervista a (FONT)**

Se i dati sono stati raccolti tramite intervista, specificare chi ha risposto all'intervista o chi ha fornito le informazioni. In caso di raccolta da cartella clinica, codificare 8.

**[82-87] Data dell'intervista (DINT)**

Se i dati sono stati raccolti tramite intervista, specificare la data dell'intervista effettuata. Riportare il giorno, il mese e le ultime due cifre dell'anno. In caso di raccolta da cartella clinica codificare 8.

Nel codificare considerare gli appunti scritti riportati nella *Scheda Transfer – Raccolta dati*, eventuali note e fotocopie allegate. La categoria diagnostica deve essere fatta al momento della codifica.

**[88-93] Data di insorgenza dell'attacco (DONSET)**

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

Nel caso di non ACV, riportare 99.99.99

**[94] 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.

**[95] Sopravvissuto fino al 28° giorno (SURVIV)**

Indicare se il soggetto è sopravvissuto a 28 giorni dalla data di inizio attacco. Sono presenti 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 soggetto e 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.*

**C. Diagnosi MONICA di evento cerebrovascolare**

**[96-105] Segni focali definiti (EMIP\_MOT, EMIP\_SEN, AFA\_DISF, EMIANOPS, DIPLO, SG\_FISSO, DISGAG, APRAS, ATAS, DIF\_PERC)**

Codificare 1, quando sono presenti i segni focali riportati sulla scheda. La presenza di uno o più di questi segni o sintomi, se presenti in modo continuativo per più di 24 ore, può portare alla codifica dell'evento.

Codificare 2 se i sintomi non sono menzionati in cartella clinica.

**[106-112] Disturbo focale (VERTIG, CEFALIA, VIS\_OFFUS, DISART, CONFUS, COM\_COSC, CONVULS)**

Codificare 1 quando sono descritti sulla scheda i disturbi focali. La sola presenza di tali disturbi non porta alla definizione di ACV sicuro, a meno che non sia disponibile un referto di indagine strumentale per immagini che evidenzia una lesione recente attribuibile all'evento indagato. In questo caso applicare la categoria diagnostica *definizione 2*.

**D. Diagnosi clinica di dimissione ospedaliera**

**[113-128] Diagnosi cliniche di dimissione ospedaliera (CLIND1, CLIND2, CLIND3, CLIND4)**

Codificare la diagnosi riportata sulla scheda dalla persona che raccoglie le informazioni usando la ICD-9 a quattro cifre. Se non è riportata la specifica che permette la codifica della 4° cifra, codificare 9 nell'ultima colonna.

**E. Riservato ai casi fatali**

**[129-134] Data del decesso (DDEATH)**

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

**[135] Tempo di sopravvivenza**

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

- 1 = inferiore a 24 ore;
- 2 = da 24 a 72 ore,
- 3 = più di 72 ore,
- se vivo codificare 8.

**[136-137] 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.

**[138] Autopsia eseguita (NECP)**

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

**[139-150] (NECD1, NECD2, NECD3)**

Riportare per i reperti autoptici solo la codifica dell'ACV:

Codificare **4309** : emorragia subaracnoidea;

Codificare **4319**: emorragia cerebrale

Codificare **4339**: occlusione o stenosi delle arterie precerebrali

Codificare **4349**: occlusione o stenosi delle arterie cerebrali.

Codificare le concause usando la ICD-9

Se il soggetto è vivo inserire i codici 888.

**F. Categoria diagnostica****[151] CATEGORIA DIAGNOSTICA MONICA definizione 1 (DIACAT)**

**Codice 1:** *accidente cerebrovascolare sicuro*

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 EC sicuro. Verificare sulla scheda di raccolta se sono presenti segni o sintomi focali definiti, e se è segnalata la loro durata per un tempo superiore alle 24 ore. Se sono segnalati sintomi focali definiti e non è possibile stabilire con certezza che siano durati per più di 24 ore in modo consecutivo, la categoria diagnostica va codificata '9'.

**Codice 4:** *non accidente cerebrovascolare*

Se l'evento registrato (cioè pervenuto all'osservazione con una diagnosi clinica di ACV) non soddisfa i criteri di ACV sicuro e se emerge un'origine diversa da quella cerebrovascolare, o se viene classificato come ischemia cerebrale transitoria (sintomi focali o non, con durata breve a risoluzione spontanea).

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

Il codice va usato se un ACV sicuro avviene entro 28 giorni da un EC sicuro. In tal caso compilare la scheda e validare anche l'EC.

**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 AVC sicuro o la durata non è sufficientemente definita per stabilire se sia più o meno di 24 ore.

#### **[152]: CATEGORIA DIAGNOSTICA STRUMENTALE definizione 2 (DIACAT1)**

Solo per i casi in cui non è possibile assegnare la categoria MONICA, ma si riscontrano esami strumentali per immagini (TAC o RNM), ove viene evidenziata una lesione ischemica di recente insorgenza, compatibile con la sintomatologia del soggetto e con l'epoca di comparsa della stessa.

##### **Codice 1: accidente cerebrovascolare sicuro su base strumentale**

Si applica questo codice quando la categoria diagnostica MONICA = 4. Infatti, nonostante la diagnosi strumentale risulti positiva, non è possibile assegnare la categoria diagnostica di ACV sicuro in assenza di sintomi focali definiti.

##### **Codice 5: accidente cerebrovascolare sicuro su base strumentale associato ad un evento coronarico**

Nel caso si applichi questo codice, assegnare la categoria diagnostica MONICA = 4. Infatti, nonostante la diagnosi strumentale, non è possibile assegnare la categoria diagnostica di ACV sicuro in assenza di sintomi focali definiti. Utilizzare il Codice 5 solo in concomitanza di EC sicuro entro 28 giorni dall'evento considerato.

Non sono previsti i codici 4 e 9 in questa categoria in quanto per tutti gli altri casi l'assegnazione della categoria diagnostica deve essere fatta rispettando i criteri MONICA, che vanno riportati nella *definizione 1*.

Qualora tutti i casi siano codificati con la applicazione dei criteri MONICA, nel campo DIACAT 2 inserire il codice 8.

I seguenti criteri di identificazione del tipo di ACV vanno utilizzati anche per la codifica dell'ACV con diagnosi strumentale.

In questo caso dovrebbe essere inapplicabile la codifica 436 (altro ACV non specificabile) in quanto la diagnosi strumentale permette l'identificazione del tipo di ACV.

#### **[153-156] Tipo di accidente cerebrovascolare (TYPE)**

Se la diagnosi dell'ACV è 1 o 5 (categoria diagnostica MONICA o strumentale), identificare il tipo di ACV utilizzando i codici (ICD-9) riportati sotto; la diagnosi deve essere confermata dai criteri illustrati. Se la categoria diagnostica è NON ACCIDENTE CEREBROVASCOLARE O DATI INSUFFICIENTI codificare 9999.

##### **– 4309: emorragia subaracnoidea**

*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 indicati, 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.
  - **4319: emorragia intracerebrale**  
(*basilare, bulbare, cerebrale, cerebromeningea, cerebellare, corticale, capsula interna, pontina, sotto corticale, ventricolare*)  
*Sintomi:* in genere insorge improvvisa durante un'attività. Spesso coma a rapido sviluppo, ma piccole emorragie possono non presentare disturbi di coscienza.  
Deficit focali neurologici non sono generalmente sempre presenti.  
*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**  
**4320** emorragia intradurale e epidurale non traumatica  
**4321** emorragia sottodurale non traumatica  
**4329** 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 arteriosclerosi (cardiopatía ischemica, arteriopatía 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 ACV.
  - **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).
- NB:** se non è possibile attribuire l'ictus ad una delle precedenti categorie codificare:
- 4369 accidente cerebrovascolare acuto senza precise specificazioni**  
(*colpo apoplettico, ictus, accidente cerebrovascolare, stroke*).

**[157] 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.

**[158-170] Esame da parte di (EXAM1 – EXAM13)**

Codificare se il soggetto è stato visitato o ha eseguito esami strumentali.

L'informazione dovrebbe essere stata già riportata dal rilevatore dopo aver consultato la cartella clinica.

**NB:** Solo per gli eventi con categoria diagnostica di ACV sicuro, ACV associato a EC o dati insufficienti (definizione 1 e 2), proseguire con la codifica dei restanti campi. per gli altri casi (non ACV) codificare 7 da campo 171 a campo 254.

**G. Informazioni sulle condizioni prima dell'evento attuale**

**[171] 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.

**[172] Autosufficienza del soggetto prima dell'evento cerebrovascolare (SCARE1)**

Codificare tenendo conto delle informazioni riportate nella *Scheda Transfer – Raccolta dati*.

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.

È importante che il rilevatore segnali tutte le situazioni in cui lo stato di autosufficienza del soggetto sia compromesso da problemi o patologie diverse da precedenti ACV, come ad esempio nel caso di portatori di handicap dalla nascita o di situazioni di dipendenza da altra natura.

**[173] Storia di ipertensione arteriosa prima dell'evento cerebrovascolare (HYPERT)**

Codificare tenendo conto delle informazioni riportate nella *Scheda Transfer – Raccolta dati* o desunte dalla cartella clinica o dalla intervista telefonica.

**Codice 1:** quando non vi è storia di diagnosi di malattia ipertensiva. Il riscontro occasionale di pressione alta riferita dal soggetto o dal parente, senza che questo abbia portato alla diagnosi di ipertensione arteriosa, va codificato come 'no'.

**Codice 2:** quando il soggetto sottoposto a trattamento farmacologico dopo diagnosi di malattia ipertensiva e la terapia è assunta in modo regolare.

**Codice 3:** quando il soggetto è iperteso, non assume alcun trattamento per la malattia diagnosticata o assume la terapia in modo non conforme alle prescrizioni o non si sa se è sottoposto a terapia o meno.

**Codice 7:** non rilevante.

**Codice 9:** quando non è possibile risalire al dato.

**[174] Precedente accidente cerebrovascolare (PREVST)**

In base alla descrizione riportata nella *Scheda Transfer – Raccolta dati* specificare se il soggetto ha avuto storia di ACV (escluso il TIA) precedente all'evento in corso (più di 28 giorni prima dell'evento in corso).

**Codice 1:** l'evento precedente si intende documentato quando è rilevabile da cartella clinica, lettera di dimissione o altra documentazione sanitaria.

**Codice 2:** l'evento precedente quando il riscontro è anamnestico e non supportato da altra documentazione clinica (non vanno codificati in questo campo gli episodi di TIA).

**Codice 3:** quando è presente documentazione clinica che escluda un precedente episodio di ACV.

**Codice 4:** quando non vi è documentazione clinica di un precedente ACV e non è menzionato in anamnesi. Si ricorda che essendo un evento 'importante' per il soggetto, il fatto che nell'anamnesi non vengano menzionate malattie cerebrovascolari precedenti è molto probabile che non ne abbia avuti.

**Codice 7:** non rilevante.

**Codice 9:** quando non è possibile accertare o escludere eventi precedenti.

**[175-180] Data del precedente evento cerebrovascolare (DPREST)**

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

Nel caso sia impossibile risalire alla data precisa, inserire 99 nel campo giorno o mese.

**[181] Numero degli accidenti cerebrovascolari precedenti (NRSTRN)**

Riportare il numero degli ACV (esclusi i TIA).

Riportare 7 se non rilevante, 8 se non ha avuto precedenti ACV e 9 se sconosciuto.

**[182] Storia o segni di paralisi o di minor forza derivati da un ACV precedente e presenti all'inizio dell'evento (PPARES)**

Riportare solo i disturbi motori correlati ad un precedente ACV.

I disturbi motori correlati ad altra patologia (vedi campo 172) non devono essere riportati in questo campo.

**[183] Disturbi della parola (disfasia o afasia) causati da un precedente ACV (non è inclusa la disartria) (PSPEECH)**

Riportare solo i disturbi della parola correlati ad un precedente ACV.

I disturbi correlati ad altra patologia non devono essere riportati in questo campo.

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; per *disartria* si intende l'imperfetta articolazione delle parole a seguito di lesioni del SNC o periferico e conseguente alterazione del controllo muscolare.

**[184] Abitudine al fumo di sigaretta (SMOKE)**

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

**[185] Storia di infarto miocardico precedente all'ACV (più di 28 giorni) (PRM1)**

In base alla descrizione riportata sulla Scheda Transfer, specificare se il soggetto ha avuto storia di infarto miocardico precedente all'evento in corso (più di 28 giorni). Se sì, indicare quando

possibile la data di insorgenza dell'evento. Codificare 5 nel caso di un sospetto infarto acuto del miocardio.

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

**[186-191] Precedente infarto del miocardio: data di insorgenza dell'evento (DPRMI1)**

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

**[192-195] Numero progressivo di registrazione (SERPRMI1)**

Se l'EC si è verificato durante il periodo di registrazione riportare il numero progressivo di registrazione (serial della *Scheda Transfer – Raccolta dati EC*).

**[196] Precedente infarto del miocardio meno di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare (PRMI)**

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

Se la codifica è 1 o 2, l'ACV, se sicuro, deve essere portato alla categoria diagnostica 5.

**[197] Diagnosi di fibrillazione o flutter atriale (ATRFIB)**

Codificare **1** quando vi è diagnosi certa precedente o fatta durante il ricovero di fibrillazione atriale (FA) o di flutter atriale.

Questa informazione serve per poter definire il campo 157. Infatti la definizione di episodio embolico, può essere assegnata in presenza di diagnosi di FA durante il ricovero attuale.

La segnalazione in anamnesi di 'episodi' di FA, non documentati al ricovero attuale, non possono portare alla assegnazione del codice 2 al campo 157.

**[198] Diagnosi clinica di malattia valvolare (AVALVE)**

Codificare **1** se è riportata la storia positiva per patologia valvolare in atto.

**[199] Storia clinica o segni di insufficienza cardiaca (CAINSU)**

Codificare **1** se sono presenti notizie anamnestiche o relative all'evento in studio che possono portare alla definizione di insufficienza cardiaca

**[200] Storia clinica di diabete (DIAB)**

Riportare se il soggetto è diabetico ed il tipo di diabete quando possibile (diabete insulino-dipendente DID o diabete non insulino dipendente DNID).

**[201] Storia di iperlipidemia (HLIP)**

Codificare **1** o **5** se vi è storia positiva per iperlipidemia o se il riscontro è relativo all'evento attuale.

**[202] Storia clinica di TIA (PRTIA)**

Codificare l'eventuale storia pregressa positiva per episodi di TIA.

## H. Terapia in atto prima dell'evento cerebrovascolare

### [203-208] Terapia antipertensiva (HYTHERN1 – HYTERN6)

Codificare i farmaci che il soggetto assumeva per la terapia antipertensiva prima dell'inizio dell'ACV.

### [209-213] Terapia antitrombotica (THTHERN1 – THTHERN5)

Codificare i farmaci che il soggetto assumeva per la profilassi antitrombotica prima dell'inizio dell'ACV.

### [214-218] Terapia ipolipemizzante (LIPHERN1 – LIPHERN5)

Codificare i farmaci che il soggetto assumeva per il trattamento ipolipemizzante prima dell'inizio dell'ACV.

### [219] Possibile evento iatrogeno (IATRO)

Specificare se l'ACV può essere attribuito a terapia medica o chirurgica.

## I. Sintomi e deficit

### [220] Luogo di inizio dei sintomi (SYMPLN)

Codificare il luogo dove si sono verificati i primi sintomi.

**Codice 1** quando il caso ha un esordio extraospedaliero.

**Codice 2** quando il caso si è verificato in un soggetto già ospedalizzato.

**Codice 3** quando il caso si è verificato in luogo diverso dal domicilio o ospedale (campagna, vacanza, ecc.).

### [221] 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.

### [222] Dati clinici sullo stato di coscienza al primo esame (CONSCF)

Codificare i dati clinici sullo stato di coscienza *al primo esame medico*.

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

### [223] Deficit motorio al primo esame (PARESF)

Codificare se al primo esame medico erano presenti deficit motori.

### [224] Dati clinici nel periodo di massimo deterioramento (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.

**[225-228] Deficit motorio agli arti nel periodo di massimo deterioramento (RARM, RLEG, LARM, LLEG)**

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

Il deficit motorio va riferito al periodo acuto (massimo deterioramento), sia esso avvenuto fuori dall'ospedale o dopo il ricovero in ospedale.

**[229] Disturbi della parola durante l'ospedalizzazione o al momento della visita medica fuori dall'ospedale (SPEECHN)**

Riportare, se presenti, i disturbi della parola, sia se riferiti prima del ricovero, sia se si manifestano al momento del ricovero o durante la degenza.

**[230] Progressione dei sintomi entro le prime 72 ore dall'inizio dell'evento (COURSEN)**

Indicare come riportato dalla scheda, la progressione dei sintomi, riferiti alle prime 72 ore di osservazione.

## L. Trattamento

**[231-245] Trattamento farmacologico e chirurgico (ACHEP, ACHEPL, ACORAL, ACASA, ACAPL, ACLYT, ACHOSM, ACCORT, ACARIT, ACEVAC, ACMED, ACVAS, ACANG, ACSURG, ACTUT)**

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

La distinzione tra dose piena /bassa dose di eparina, va fatta utilizzando come parametro i valori di PTT: la dose piena di eparina/eparinoidi è quella che provoca alterazioni del PTT; pertanto si tratta di soggetti che vengono sottoposti di frequente a questo esame.

## M. Prevenzione secondaria

**[246-252] Prevenzione secondaria (PRORAC, PRASA, PRAPL, PRMED, PRVESH, PRANG, PRARIT)**

Codificare il trattamento iniziato dopo i primi 7 giorni dall'evento, comunque entro i 28 giorni dall'inizio dell'evento.

**[253] 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.

#### [254] Dimissione dal reparto ospedaliero (DISTO)

Codificare il luogo dove il soggetto continua la cura.

## 5.2. Questionario – Intervista telefonica

Gli eventi sospetti per i quali non è disponibile la scheda di dimissione ospedaliera (solo decessi extra-ospedalieri) devono essere validati recuperando tutte le possibili informazioni attraverso le interviste telefoniche al medico curante o ai familiari del deceduto.

Anche per questi eventi sospetti va compilata la *Scheda Transfer – Raccolta dati* (Appendice C1) con tutte le informazioni recuperate dal certificato di morte ISTAT, dai precedenti ricoveri, dalle interviste telefoniche a medici curanti o familiari. I certificati ISTAT si richiedono alla ASL di riferimento.

### 5.2.1. Diagnosi sospette per accidente cerebrovascolare

Sono indicati come ‘sospetti’ tutti gli eventi in cui è data come diagnosi di morte principale una delle seguenti, codificata seguendo la ICD-9. Ad esclusione dei certificati in cui la causa di morte principale è codificata 342, 430-434 e 436-438, i codici sotto elencati vanno selezionati per la verifica solo quando, tra le cause iniziale, intermedia e finale compaiono malattie cerebrovascolari (342, 430-434, 436-438); questi vengono indagati in quanto identificati come sospetti per causa di morte ACV: diabete mellito, ipertensione essenziale, cardiopatia ipertensiva, nefropatia ipertensiva, cardionefropatia ipertensiva, disturbi del ritmo cardiaco, arteriosclerosi.

Le persone decedute, selezionate in base ai codici ICD-9, vengono poi suddivise in base al luogo del decesso specificato sul certificato ISTAT.

Le possibilità di indicazione del luogo del decesso sono:

- a) *abitazione*: è riferito a tutti i soggetti deceduti al domicilio (proprio o di parenti prossimi);
- b) *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 riposo, strutture private o quant’altro possa essere identificato con tale indicazione;
- c) *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.

Su tutti i gruppi di selezione ed indifferentemente dal luogo di decesso, è possibile identificare i soggetti che sono stati sottoposti a riscontro autoptico, perché indicato sul certificato di morte, controfirmato dal medico che effettua l’autopsia e convalida le cause.

### 5.2.2. Selezione dei casi da intervistare

Per i casi sospetti che risultano *deceduti a domicilio* viene realizzata una intervista telefonica, in modo da convalidare la causa di morte, raccogliere dati sullo stato di salute del

soggetto, sulle eventuali malattie presenti e/o concomitanti, sulla terapia farmacologica in corso e sull'evento specifico che ha portato al decesso.

Per i casi in cui il decesso risulta *in ospedale*, si avvia la raccolta della cartella clinica. Nel caso in cui questa ricerca non dia esito utile, si avvia l'intervista telefonica.

Nei casi in cui è indicato *altro* come luogo dell'evento, viene fatta la seguente distinzione:

- se il soggetto è deceduto durante il trasporto in ospedale o in Pronto Soccorso, si ricerca l'informazione in ospedale;
- se non è specificato il luogo dell'evento, si procede come per i deceduti, ricercando l'informazione al domicilio.

### **Modalità di avvio delle interviste telefoniche**

È buona norma procedere all'intervista seguendo un questionario in modo da assicurarsi che tutte le possibili domande siano state rivolte. Alcuni dati vengono desunti dal certificato ISTAT: cognome, nome, sesso, data e luogo di nascita, data e luogo di morte, comune di residenza.

Si procede quindi come di seguito schematizzato:

- Ricercare il numero telefonico attraverso l'utilizzo di internet o dell'elenco telefonico.
- Nel caso in cui non risulti possibile individuare il numero telefonico, è buona norma verificare sugli elenchi inviati dai comuni se vi è indicazione di un parente prossimo del soggetto e provvedere alla ricerca del numero telefonico di quest'ultimo come indicato nel punto precedente.
- Nel caso in cui nessuna delle ricerche di cui ai punti precedenti abbia risultato positivo per la identificazione del parente, si procede all'invio all'anagrafe del comune di residenza della richiesta dello stato di famiglia.
- Nel caso in cui anche tale richiesta non dia la possibilità di rintracciare i parenti del soggetto, occorre ricercare il medico curante per ottenere le notizie utili alla definizione del caso.
- Per l'identificazione del medico curante, qualora non sia possibile risalire allo stesso sulla base dei dati riportati sul certificato ISTAT (timbro e firma), occorre inoltrare richiesta alla ASL di riferimento indicando nella richiesta i dati del soggetto, e chiedendo che venga data indicazione di nome, cognome e numero di telefono del medico curante.

Trovato l'indirizzo ed il recapito del parente, si provvede all'avvio dell'intervista; qualora il parente si rifiuti di collaborare, si procede con il medico curante.

Qualora venga richiesto dai parenti o dal medico curante, è possibile inviare una lettera di presentazione della ricerca in oggetto.

Il rifiuto da parte dei parenti di parlare dell'evento acuto non è fatto raro, quindi è buona norma iniziare l'intervista facendo parlare le persone dello stato generale di salute, del tipo di vita che la persona conduceva, della presenza/assenza di altre malattie, arrivando gradualmente alla descrizione dell'evento.

### **5.2.3. Modalità di raccolta delle informazioni**

Il questionario per l'intervista telefonica (Appendice C2) ai parenti di pazienti deceduti a seguito di ACV, senza ricovero ospedaliero, è strutturato in modo da ottenere tutte le informazioni utili alla corretta compilazione, applicazione dei criteri diagnostici MONICA e codifica della *Scheda Transfer – Raccolta dati* per ACV (Appendice C1).

**APPENDICE A**  
**Algoritmo per la definizione**  
**delle categorie diagnostiche MONICA**  
**per gli eventi coronarici**



Viene riportato l'algoritmo diagnostico per la classificazione degli EC secondo l'applicazione dei criteri diagnostici MONICA e la costruzione delle categorie diagnostiche descritte nella sezione 4.1.2. Esse derivano dalle possibili combinazioni di sintomi, ECG, enzimi, autopsia e storia di precedente evento. Ai fini della creazione della categoria diagnostica MONICA, alcune definizioni di questi indicatori hanno lo stesso valore. Ad esempio, i *sintomi atipici e inadeguatamente descritti* hanno lo stesso valore; le categorie *altri sintomi, sintomi assenti e sintomi ignoti* hanno lo stesso valore; per l'ECG, il *non evolutivo*, il *non codificabile* e il *nessuno* si equivalgono; per gli enzimi, *equivoci, non specifici, normali, incompleti, dati insufficienti* hanno lo stesso valore.

La seguente tabella riporta, per i parametri che entrano nell'algoritmo diagnostico, gli accorpamenti dei differenti codici e quindi la trasformazione che servirà per la consultazione dell'algoritmo di definizione della categoria diagnostica.

Indicatore	Sigla	Codici che si equivalgono	Semplificazione
Sopravvivenza	SURVIVE	1 = 9	I codici sono quindi 1 e 2 (2 categorie)
Sintomi	SYMPT	2 = 5 3 = 4 = 9	I codici sono quindi 1, 2, 3 (3 categorie)
ECG	ECG	3 = 5 = 9	I codici sono quindi 1, 2, 3 e 4 (4 categorie)
Enzimi	ENZ	2 = 3 = 4 = 5 = 9	I codici sono quindi 1 e 2 (2 categorie)
Reperti autoptici	NECSUM		I codici sono 1, 2, 3 e 4 (4 categorie)
Precedente IMA	PREHIS	1 = 3 = 5 2 = 6 = 7	I codici sono quindi 1, 2 e 9 (3 categorie)
Storia di IHD	PREHIS		I codici sono 1 e 2 (2 categorie)

Per scopi diagnostici la categoria di storia di cardiopatia ischemica (HIDIHD) e la storia di precedente infarto si equivalgono, per cui per PREHIS=1 si intende qualsiasi storia di cardiopatia ischemica o infarto; per PREHIS=2 si intende una storia negativa documentata. PREMI=9 quando i dati sono insufficienti o la storia di cardiopatia ischemica (HISHID) è negativa=2.

Per costruire la categoria diagnostica è possibile, oltre a seguire le regole descritte nel paragrafo 4.1.2, consultare l'algoritmo diagnostico riportato di seguito. Posizionandosi sul tipo di evento, fatale o non fatale, seguendo la categoria del sintomo, enzima, ECG, reperto autoptico e storia relativa all'evento da classificare, sarà facile trovare la categoria diagnostica corrispondente alla combinazione delle variabili. I codici relativi alla categoria diagnostica ottenuta sono:

- 1 = sicuro;
- 2 = possibile;
- 3 = arresto cardiaco ischemico;
- 4 = assenza di infarto miocardico;
- 9 = casi fatali con dati insufficienti.

**Tabella A1. Possibili combinazioni per gli eventi non fatali**

SURVIVE	SYMPT	ECG	ENZ	PREHIS	DIACAT
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	1
1	1	1	1	9	1
1	1	1	2	1	1
1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	9	1
1	1	2	1	1	1
1	1	2	1	2	1
1	1	2	1	9	1
1	1	2	2	1	2
1	1	2	2	2	2
1	1	2	2	9	2
1	1	3	1	1	1
1	1	3	1	2	1
1	1	3	1	9	1
1	1	3	2	1	2
1	1	3	2	2	2
1	1	3	2	9	2
1	1	4	1	1	2
1	1	4	1	2	2
1	1	4	1	9	2
1	1	4	2	1	2
1	1	4	2	2	2
1	1	4	2	9	2
1	2	1	1	1	1
1	2	1	1	2	1
1	2	1	1	9	1
1	2	1	2	1	1
1	2	1	2	2	1
1	2	1	2	9	1
1	2	2	1	1	1
1	2	2	1	2	1
1	2	2	1	9	1
1	2	2	2	1	4 o 3
1	2	2	2	2	4 o 3
1	2	2	2	9	4 o 3
1	2	3	1	1	4 o 3
1	2	3	1	2	4 o 3
1	2	3	1	9	4 o 3
1	2	3	2	1	4 o 3
1	2	3	2	2	4 o 3
1	2	3	2	9	4 o 3
1	2	4	1	1	4 o 3
1	2	4	1	2	4 o 3

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
1	2	4	1	9	4 0 3
1	2	4	2	1	4 0 3
1	2	4	2	2	4 0 3
1	2	4	2	9	4 0 3
1	3	1	1	1	1
1	3	1	1	2	1
1	3	1	1	9	1
1	3	1	2	1	1
1	3	1	2	2	1
1	3	1	2	9	1
1	3	2	1	1	4 0 3
1	3	2	1	2	4 0 3
1	3	2	1	9	4 0 3
1	3	2	2	1	4 0 3
1	3	2	2	2	4 0 3
1	3	2	2	9	4 0 3
1	3	3	1	1	4 0 3
1	3	3	1	2	4 0 3
1	3	3	1	9	4 0 3
1	3	3	2	1	4 0 3
1	3	3	2	2	4 0 3
1	3	3	2	9	4 0 3
1	3	4	1	1	4 0 3
1	3	4	1	2	4 0 3
1	3	4	1	9	4 0 3
1	3	4	2	1	4 0 3
1	3	4	2	2	4 0 3
1	3	4	2	9	4 0 3

Tabella A2. Possibili combinazioni per gli eventi fatali

SURVIVE	SYMPT	ECG	ENZ	NECSUM	PREHIS	DIACAT
2	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	9	1
2	1	1	1	2	1	1
2	1	1	1	2	2	1
2	1	1	1	2	9	1
2	1	1	1	3	1	1
2	1	1	1	3	2	1
2	1	1	1	3	9	1
2	1	1	1	4	1	1
2	1	1	1	4	2	1
2	1	1	1	4	9	1
2	1	1	2	1	1	1
2	1	1	2	1	2	1
2	1	1	2	1	9	1
2	1	1	2	2	1	1
2	1	1	2	2	2	1
2	1	1	2	2	9	1
2	1	1	2	3	1	1
2	1	1	2	3	2	1
2	1	1	2	3	9	1
2	1	1	2	4	1	1
2	1	1	2	4	2	1
2	1	1	2	4	9	1
2	1	2	1	1	1	1
2	1	2	1	1	2	1
2	1	2	1	1	9	1
2	1	2	1	2	1	1
2	1	2	1	2	2	1
2	1	2	1	2	9	1
2	1	2	1	3	1	1
2	1	2	1	3	2	1
2	1	2	1	3	9	1
2	1	2	1	4	1	1
2	1	2	1	4	2	1
2	1	2	1	4	9	1
2	1	2	2	1	1	1
2	1	2	2	1	2	1
2	1	2	2	1	9	1
2	1	2	2	2	1	2
2	1	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	9	2
2	1	2	2	3	1	4

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	1	2	2	3	2	4
2	1	2	2	3	9	4
2	1	2	2	4	1	2
2	1	2	2	4	2	2
2	1	2	2	4	9	2
2	1	3	1	1	1	1
2	1	3	1	1	2	1
2	1	3	1	1	9	1
2	1	3	1	2	1	1
2	1	3	1	2	2	1
2	1	3	1	2	9	1
2	1	3	1	3	1	1
2	1	3	1	3	2	1
2	1	3	1	3	9	1
2	1	3	1	4	1	1
2	1	3	1	4	2	1
2	1	3	1	4	9	1
2	1	3	2	1	1	1
2	1	3	2	1	2	1
2	1	3	2	1	9	1
2	1	3	2	2	1	2
2	1	3	2	2	2	2
2	1	3	2	2	9	2
2	1	3	2	3	1	4
2	1	3	2	3	2	4
2	1	3	2	3	9	4
2	1	3	2	4	1	2
2	1	3	2	4	2	2
2	1	3	2	4	9	2
2	1	4	1	1	1	1
2	1	4	1	1	2	1
2	1	4	1	1	9	1
2	1	4	1	2	1	2
2	1	4	1	2	2	2
2	1	4	1	2	9	2
2	1	4	1	3	1	4
2	1	4	1	3	2	4
2	1	4	1	3	9	4
2	1	4	1	4	1	2
2	1	4	1	4	2	2
2	1	4	1	4	9	2
2	1	4	2	1	1	1
2	1	4	2	1	2	1
2	1	4	2	1	9	1

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	1	4	2	2	1	2
2	1	4	2	2	2	2
2	1	4	2	2	9	2
2	1	4	2	3	1	4
2	1	4	2	3	2	4
2	1	4	2	3	9	4
2	1	4	2	4	1	2
2	1	4	2	4	2	2
2	1	4	2	4	9	2
2	2	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	2	1
2	2	1	1	1	9	1
2	2	1	1	2	1	1
2	2	1	1	2	2	1
2	2	1	1	2	9	1
2	2	1	1	3	1	1
2	2	1	1	3	2	1
2	2	1	1	3	9	1
2	2	1	1	4	1	1
2	2	1	1	4	2	1
2	2	1	1	4	9	1
2	2	1	2	1	1	1
2	2	1	2	1	2	1
2	2	1	2	1	9	1
2	2	1	2	2	1	1
2	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	9	1
2	2	1	2	3	1	1
2	2	1	2	3	2	1
2	2	1	2	3	9	1
2	2	1	2	4	1	1
2	2	1	2	4	2	1
2	2	1	2	4	9	1
2	2	2	1	1	1	1
2	2	2	1	1	2	1
2	2	2	1	1	9	1
2	2	2	1	2	1	1
2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	1	2	9	1
2	2	2	1	3	1	1
2	2	2	1	3	2	1

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	2	2	1	3	9	1
2	2	2	1	4	1	1
2	2	2	1	4	2	1
2	2	2	1	4	9	1
2	2	2	2	1	1	1
2	2	2	2	1	2	1
2	2	2	2	1	9	1
2	2	2	2	2	1	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	9	2
2	2	2	2	3	1	4
2	2	2	2	3	2	4
2	2	2	2	3	9	4
2	2	2	2	4	1	2
2	2	2	2	4	2	2
2	2	2	2	4	9	2
2	2	3	1	1	1	1
2	2	3	1	1	2	1
2	2	3	1	1	9	1
2	2	3	1	2	1	2
2	2	3	1	2	9	2
2	2	3	1	3	1	4
2	2	3	1	3	2	4
2	2	3	1	3	9	4
2	2	3	1	4	1	2
2	2	3	1	4	2	2
2	2	3	1	4	9	2
2	2	3	2	1	1	1
2	2	3	2	1	2	1
2	2	3	2	1	9	1
2	2	3	2	2	1	2
2	2	3	2	2	2	2
2	2	3	2	2	9	2
2	2	3	2	3	1	4
2	2	3	2	3	2	4
2	2	3	2	3	9	4
2	2	3	2	4	1	2
2	2	3	2	4	2	2
2	2	3	2	4	9	2
2	2	4	1	1	1	1
2	2	4	1	1	2	1
2	2	4	1	1	9	1
2	2	4	1	2	1	2

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	2	4	1	2	2	2
2	2	4	1	2	9	2
2	2	4	1	3	1	4
2	2	4	1	3	2	4
2	2	4	1	3	9	4
2	2	4	1	4	1	2
2	2	4	1	4	2	2
2	2	4	1	4	9	2
2	2	4	2	1	1	1
2	2	4	2	1	2	1
2	2	4	2	1	9	1
2	2	4	2	2	1	2
2	2	4	2	2	2	2
2	2	4	2	2	9	2
2	2	4	2	3	1	4
2	2	4	2	3	2	4
2	2	4	2	3	9	4
2	2	4	2	4	1	2
2	2	4	2	4	2	2
2	2	4	2	4	9	2
2	3	1	1	1	1	1
2	3	1	1	1	2	1
2	3	1	1	1	9	1
2	3	1	1	2	1	1
2	3	1	1	2	2	1
2	3	1	1	2	9	1
2	3	1	1	3	1	1
2	3	1	1	3	2	1
2	3	1	1	3	9	1
2	3	1	1	4	1	1
2	3	1	1	4	2	1
2	3	1	1	4	9	1
2	3	1	2	1	1	1
2	3	1	2	1	2	1
2	3	1	2	1	9	1
2	3	1	2	2	1	1
2	3	1	2	2	2	1
2	3	1	2	2	9	1
2	3	1	2	3	1	1
2	3	1	2	3	2	1
2	3	1	2	3	9	1
2	3	1	2	4	1	1
2	3	1	2	4	2	1

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	3	1	2	4	9	1
2	3	2	1	1	1	1
2	3	2	1	1	2	1
2	3	2	1	1	9	1
2	3	2	1	2	1	2
2	3	2	1	2	2	2
2	3	2	1	2	9	2
2	3	2	1	3	1	4
2	3	2	1	3	2	4
2	3	2	1	3	9	4
2	3	2	1	4	1	2* o 4
2	3	2	1	4	2	4 o 9
2	3	2	1	4	9	4 o 9
2	3	2	2	1	1	1
2	3	2	2	1	2	1
2	3	2	2	1	9	1
2	3	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	2
2	3	2	2	2	9	2
2	3	2	2	3	1	4
2	3	2	2	3	2	4
2	3	2	2	3	9	4
2	3	2	2	4	1	2 o 4
2	3	2	2	4	2	4 o 9
2	3	2	2	4	9	4 o 9
2	3	3	1	1	1	1
2	3	3	1	1	2	1
2	3	3	1	1	9	1
2	3	3	1	2	1	2
2	3	3	1	2	2	2
2	3	3	1	2	9	2
2	3	3	1	3	1	4
2	3	3	1	3	2	4
2	3	3	1	3	9	4
2	3	3	1	4	1	2* o 4
2	3	3	1	4	2	4 o 9
2	3	3	1	4	9	4 o 9

segue

continua

<b>SURVIVE</b>	<b>SYMPT</b>	<b>ECG</b>	<b>ENZ</b>	<b>NECSUM</b>	<b>PREHIS</b>	<b>DIACAT</b>
2	3	3	2	1	1	1
2	3	3	2	1	2	1
2	3	3	2	1	9	1
2	3	3	2	2	1	2
2	3	3	2	2	2	2
2	3	3	2	2	9	2
2	3	3	2	3	1	4
2	3	3	2	3	2	4
2	3	3	2	3	9	4
2	3	3	2	4	1	2* o 4
2	3	3	2	4	2	4 o 9
2	3	3	2	4	9	4 o 9
2	3	4	1	1	1	1
2	3	4	1	1	2	1
2	3	4	1	1	9	1
2	3	4	1	2	1	2
2	3	4	1	2	2	2
2	3	4	1	2	9	2
2	3	4	1	3	1	4
2	3	4	1	3	2	4
2	3	4	1	3	9	4
2	3	4	1	4	1	2* o 4
2	3	4	1	4	2	4 o 9
2	3	4	1	4	9	4 o 9
2	3	4	2	1	1	1
2	3	4	2	1	2	1
2	3	4	2	1	9	1
2	3	4	2	2	1	2
2	3	4	2	2	2	2
2	3	4	2	2	9	2
2	3	4	2	3	1	4
2	3	4	2	3	2	4
2	3	4	2	3	9	4
2	3	4	2	4	1	2* o 4
2	3	4	2	4	2	4 o 9
2	3	4	2	4	9	4 o 9

\* = quando il certificato ISTAT o la Cartella di ricovero riportano una storia positiva per cardiopatia ischemica

**APPENDICE B**  
**Eventi coronarici:**  
**schede di raccolta dati**



## B1. SCHEDA TRANSFER – RACCOLTA DATI per evento coronarico e cure in fase acuta da validare

<p><b>A</b> CODICE UNITÀ COLLABORANTE <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NUMERO PROGRESSIVO EVENTO REGISTRATO (SERIAL) <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p><b>STATO CARTELLA:</b>            1: Completa ed inserita            2: Manca codifica ECG            3: In fase di raccolta            4: Cartella clinica non rintracciabile (o intervista non effettuabile)</p> <p><b>DATI ANAGRAFICI</b></p> <p>COGNOME <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>NOME <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>LUOGO DI NASCITA (Comune) <input style="width: 80%;" type="text"/> Prov. <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>DATA DI NASCITA <input style="width: 20%;" type="text"/> giorno <input style="width: 20%;" type="text"/> mese <input style="width: 20%;" type="text"/> anno</p> <p>RESIDENZA (Comune) <input style="width: 80%;" type="text"/> Prov. <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>Indirizzo <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>SESSO 1 <input type="checkbox"/> uomo 2 <input type="checkbox"/> donna</p> <p>Prefisso e numero telefonico <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Parente o persona di riferimento <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input style="width: 40px;" type="text"/>   1-2</p> <p><input style="width: 60px;" type="text"/>   3-6</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/>   7</p> <p>8-27 28-46 <input style="width: 40px;" type="text"/>   47-52 <input style="width: 40px;" type="text"/>   53-60 <input style="width: 40px;" type="text"/>   61-66</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/>   67</p>																												
<p><b>B</b> DATA DI INSORGENZA DELL'ATTACCO</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/> giorno <input style="width: 20px;" type="text"/> mese <input style="width: 20px;" type="text"/> anno</p> <p>TRATTAMENTO ESEGUITO IN:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Ospedale</td><td style="text-align: right;">1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Casa di riposo</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Domicilio</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Senza intervento medico</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro consulto medico</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Impossibile conoscere il dato</td><td style="text-align: right;">9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>SOPRAVVISSUTO FINO AL 28° GIORNO INCLUSO:            1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Trasferito <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	Ospedale	1	<input type="checkbox"/>	Casa di riposo	2	<input type="checkbox"/>	Domicilio	3	<input type="checkbox"/>	Senza intervento medico	4	<input type="checkbox"/>	Altro consulto medico	5	<input type="checkbox"/>	Impossibile conoscere il dato	9	<input type="checkbox"/>	<p><input style="width: 60px;" type="text"/>   68-73</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/>   74</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/>   75</p>										
Ospedale	1	<input type="checkbox"/>																											
Casa di riposo	2	<input type="checkbox"/>																											
Domicilio	3	<input type="checkbox"/>																											
Senza intervento medico	4	<input type="checkbox"/>																											
Altro consulto medico	5	<input type="checkbox"/>																											
Impossibile conoscere il dato	9	<input type="checkbox"/>																											
<p><b>C</b> SINTOMI</p> <p><b>DOLORE</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>SE sì, a) sede ed irradiazione:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>retrosternale</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>precordiale</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>emitorace destro</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>altra sede comprese irradiazioni</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p style="margin-left: 20px;"><i>specificare</i> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>b) durata: 20 minuti o più <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incerto</p> <p><b>SE 'INCERTO' SPECIFICARE SE IL DOLORE È STATO DICHIARATO:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Prolungato</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Continuo</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Presente al momento del decesso</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Presente al momento del ricovero</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Presente alla somministrazione di analgesici o nitroderivati da parte del medico</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Presente all'assunzione del soggetto di analgesici o nitroderivati</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>ALTRI SEGNI, SINTOMI, SINDROMI</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Asma cardiaco</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Edema polmonare acuto</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Shock</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sincope non fatale</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	retrosternale	<input type="checkbox"/>	precordiale	<input type="checkbox"/>	emitorace destro	<input type="checkbox"/>	altra sede comprese irradiazioni	<input type="checkbox"/>	Prolungato	<input type="checkbox"/>	Continuo	<input type="checkbox"/>	Presente al momento del decesso	<input type="checkbox"/>	Presente al momento del ricovero	<input type="checkbox"/>	Presente alla somministrazione di analgesici o nitroderivati da parte del medico	<input type="checkbox"/>	Presente all'assunzione del soggetto di analgesici o nitroderivati	<input type="checkbox"/>	Asma cardiaco	<input type="checkbox"/>	Edema polmonare acuto	<input type="checkbox"/>	Shock	<input type="checkbox"/>	Sincope non fatale	<input type="checkbox"/>	<p><input style="width: 20px;" type="text"/>   76</p>
retrosternale	<input type="checkbox"/>																												
precordiale	<input type="checkbox"/>																												
emitorace destro	<input type="checkbox"/>																												
altra sede comprese irradiazioni	<input type="checkbox"/>																												
Prolungato	<input type="checkbox"/>																												
Continuo	<input type="checkbox"/>																												
Presente al momento del decesso	<input type="checkbox"/>																												
Presente al momento del ricovero	<input type="checkbox"/>																												
Presente alla somministrazione di analgesici o nitroderivati da parte del medico	<input type="checkbox"/>																												
Presente all'assunzione del soggetto di analgesici o nitroderivati	<input type="checkbox"/>																												
Asma cardiaco	<input type="checkbox"/>																												
Edema polmonare acuto	<input type="checkbox"/>																												
Shock	<input type="checkbox"/>																												
Sincope non fatale	<input type="checkbox"/>																												
<p><b>SINTOMI:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Tipici</td><td style="text-align: right;">1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Atipici</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Assenti</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inadeguatamente descritti</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ignoti</td><td style="text-align: right;">9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Tipici	1	<input type="checkbox"/>	Atipici	2	<input type="checkbox"/>	Assenti	4	<input type="checkbox"/>	Inadeguatamente descritti	5	<input type="checkbox"/>	Ignoti	9	<input type="checkbox"/>	Altro	3	<input type="checkbox"/>	<p><input style="width: 20px;" type="text"/>   76</p>										
Tipici	1	<input type="checkbox"/>																											
Atipici	2	<input type="checkbox"/>																											
Assenti	4	<input type="checkbox"/>																											
Inadeguatamente descritti	5	<input type="checkbox"/>																											
Ignoti	9	<input type="checkbox"/>																											
Altro	3	<input type="checkbox"/>																											



<b>G</b>	<b>DIAGNOSI PRECEDENTE INFARTO MIOCARDICO</b> Infarto miocardico precedente (più di 28 giorni prima dell'episodio indice) 1 <input type="checkbox"/> Sì                      2 <input type="checkbox"/> No	
	Se sì, specificare data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> giorno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anno Se ricoverato, indicare in quale ospedale: _____ Sì, documentato da cartella clinica, lettera di dimissione o altra documentazione sanitaria ( <i>specificare</i> _____)                      3 <input type="checkbox"/> Sì, ma non documentato (dato anamnestico)                      5 <input type="checkbox"/> No, infarto assente come risulta da documentazione sanitaria completa riferita fino alla data dell'insorgenza dell'evento attuale                      6 <input type="checkbox"/> No, infarto assente (non documentato)                      7 <input type="checkbox"/> Impossibile conoscere il dato                      9 <input type="checkbox"/> <b>NB: per documentazione si intende quella che riporti diagnosi di IMA, sospetto IMA, arresto CC o sospetto arresto CC</b>	<input type="checkbox"/> 96
	<b>STORIA DI MALATTIA ISCHEMICA CORONARICA</b> 1 <input type="checkbox"/> Positiva                      2 <input type="checkbox"/> Negativa                      9 <input type="checkbox"/> Ignoto	<input type="checkbox"/> 97
<b>H</b>	<b>RISERVATO AI CASI FATALI</b> Data del decesso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> giorno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anno	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 98-103
	<b>TEMPO APPARENTE DI SOPRAVVIVENZA ALL'ATTACCO</b> Meno di 1 ora se conosciuto                      1 <input type="checkbox"/> Da 1 a 24 ore se conosciuto                      2 <input type="checkbox"/> Più di 24 ore se conosciuto                      3 <input type="checkbox"/> Probabilmente più di 24 ore                      4 <input type="checkbox"/> Probabilmente meno di 24 ore                      5 <input type="checkbox"/> Non conosciuto                      9 <input type="checkbox"/> <b>AUTOPSIA ESEGUITA</b> Sì, in ospedale                      1 <input type="checkbox"/> Sì, medico legale                      2 <input type="checkbox"/> No, non eseguita                      3 <input type="checkbox"/> No, sopravvissuto al 28° giorno                      4 <input type="checkbox"/> Descrizione reperti autoptici: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 104  <input type="checkbox"/> 105
	<b>NB: solo per i reperti autoptici la codifica è la seguente:</b> <b>4101:</b> infarto miocardico fresco <b>4102:</b> occlusione coronarica recente <b>4120:</b> vecchio infarto miocardico o cicatrice <b>4142:</b> stenosi coronarica superiore al 50% del volume del vaso (Codificare le concause usando la classificazione ICD-9)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 106-109 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 110-113 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 114-117
	<b>REPERTI AUTOPTICI</b> Sicuri                      1 <input type="checkbox"/> Equivoci                      2 <input type="checkbox"/> Negativi                      3 <input type="checkbox"/> Sopravvissuto al 28° giorno o autopsia non eseguita                      4 <input type="checkbox"/> Allegata fotocopia referti autoptici                      1 <input type="checkbox"/> Sì                      2 <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 118
<b>I</b>	<b>CATEGORIA DIAGNOSTICA</b> Sicura                      1 <input type="checkbox"/> Possibile                      2 <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco ischemico                      3 <input type="checkbox"/> Nessuna                      4 <input type="checkbox"/> Dati insufficienti                      9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 119

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

<p><b>1</b> <b>TEMPO INTERCORSO TRA LA COMPARS DEI SINTOMI E IL PRIMO SOCCORSO</b></p> <p>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                  9. impossibile conoscere il dato</p>	<p> _    120</p>
<p><b>2</b> <b>IL PRIMO INTERVENTO È STATO FORNITO DA:</b></p> <p>1. soccorritore occasionale addestrato                  2. medico generico                  3. équipe 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, nessun intervento                  9. impossibile conoscere il dato</p>	<p> _    121</p>
<p><b>3</b> <b>SI È VERIFICATO ARRESTO CARDIACO FUORI DALL'OSPEDALE</b></p> <p>1. sì                  2. no                  8. non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato)                  9. non è possibile conoscere il dato</p> <p><i>Se Sì, sono state praticate manovre di RCP fuori ospedale</i></p> <p>1. sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)                  2. no                  8. non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato, oppure CAMPO 122 = 2)                  9. non è possibile conoscere il dato</p>	<p> _    122</p> <p> _    123</p>
<p><b>4</b> <b>SONO STATE PRATICATE MANOVRE DI RCP ALL'ARRIVO IN OSPEDALE</b></p> <p>1. sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)                  2. no                  8. non rilevante (evento coronarico occorso a soggetto già ospedalizzato, o CAMPO 122 = no, o soggetto non ospedalizzato)                  9. non è possibile conoscere il dato</p>	<p> _    124</p>
<p><b>5</b> <b>SI È VERIFICATO ARRESTO CARDIACO IN OSPEDALE</b></p> <p>1. sì                  2. no                  8. non rilevante (soggetto non ospedalizzato o già deceduto all'arrivo in ospedale)                  9. non è possibile conoscere il dato</p> <p><i>Se sì, sono state praticate manovre di RCP in ospedale</i></p> <p>1. sì (massaggio cardiaco esterno – defibrillazione elettrica)                  2. no                  8. non rilevante (soggetto non ospedalizzato o CAMPO 125 = 2)                  9. non è possibile conoscere il dato</p>	<p> _    125</p> <p> _    126</p>
<p><b>6</b> <b>IL SOGGETTO È STATO RICOVERATO IN UC O IN ALTRA UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA</b></p> <p>1. sì                  2. no                  9. non è possibile conoscere il dato</p> <p>PER QUANTO TEMPO È STATO RICOVERATO IN UC O IN UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA</p> <p>00-28 giorni  _ _                   88 non rilevante, non ricoverato in UC o UTI                  99 non è possibile conteggiare la degenza in UC o UTI  _ _  128-129</p> <p>N. TOTALE GIORNI TRASCORSI IN OSPEDALE  _ _ </p> <p>00 – 28 in giorni di calendario                  29 = 29 o più giorni                  88 = non rilevante (non ricoverato)  _ _  130-131</p>	<p> _    127</p> <p> _ _  128-129</p> <p> _ _  130-131</p>

<b>7</b>	<b>FARMACI ED ALTRI PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI</b>	
	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	
	<input type="checkbox"/> ANTIARITMICI	<input type="checkbox"/> 132
	<input type="checkbox"/> EPARINA CLASSICA	<input type="checkbox"/> 133
	<input type="checkbox"/> EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE	<input type="checkbox"/> 134
	<input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTI ORALI	<input type="checkbox"/> 135
	<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> 136
	<input type="checkbox"/> TICLOPIDINA O CLOPIDOGRE	<input type="checkbox"/> 137
	<input type="checkbox"/> INIBITORI GLICOPROTEINA IIa/IIIb	<input type="checkbox"/> 138
	<input type="checkbox"/> BETABLOCCANTI	<input type="checkbox"/> 139
	<input type="checkbox"/> CALCIOANTAGONISTI DIIDROPIRIDINICI	<input type="checkbox"/> 140
	<input type="checkbox"/> VERAPAMIL	<input type="checkbox"/> 141
	<input type="checkbox"/> DILTIAZEM	<input type="checkbox"/> 142
	<input type="checkbox"/> DIURETICI	<input type="checkbox"/> 143
	<input type="checkbox"/> ALTRI FARMACI IPOTENSIVI	<input type="checkbox"/> 144
	<input type="checkbox"/> AGENTI INOTROPI POSITIVI	<input type="checkbox"/> 145
	<input type="checkbox"/> NITRODERIVATI	<input type="checkbox"/> 146
	<input type="checkbox"/> IPOLIPEMIZZANTI	<input type="checkbox"/> 147
	<input type="checkbox"/> ACE INIBITORI	<input type="checkbox"/> 148
	<input type="checkbox"/> SARTANI	<input type="checkbox"/> 149
	<input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> 150
	<input type="checkbox"/> ANTIDIABETICI ORALI	<input type="checkbox"/> 151
	<input type="checkbox"/> È STATA PRATICATA DURANTE IL RICOVERO TERAPIA TROMBOLITICA	<input type="checkbox"/> 152
	<input type="checkbox"/> IL SOGGETTO È STATO SOTTOPOSTO A CORONAROGRAFIA	<input type="checkbox"/> 153
	<input type="checkbox"/> IL SOGGETTO È STATO SOTTOPOSTO A BY PASS CORONARICO	<input type="checkbox"/> 154
	<input type="checkbox"/> IL SOGGETTO È STATO SOTTOPOSTO AD ANGIOPLASTICA SENZA STENT	<input type="checkbox"/> 155
	<input type="checkbox"/> IL SOGGETTO È STATO SOTTOPOSTO AD ANGIOPLASTICA CON STENT	<input type="checkbox"/> 156
	<input type="checkbox"/> IL SOGGETTO È STATO SOTTOPOSTO A IMPIANTO DI PACE MAKER	<input type="checkbox"/> 157
<b>8</b>	<b>TEST ALLA TROPONINA</b>	
	1 <input type="checkbox"/> positivo    2 <input type="checkbox"/> non eseguito	<input type="checkbox"/> 158
	3 <input type="checkbox"/> negativo    8 <input type="checkbox"/> non rilevante, morte improvvisa	
<b>9</b>	<b>SE DATI DESUNTI DA CARTELLA OSPEDALIERA:</b>	
	Data ammissione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mese <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 159-164
	Data dimissione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mese <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 165-170
	<b>SE DATI DESUNTI DA INTERVISTA A:</b>	
	1. Congiunto	
	2. Medico curante	
	3. Altro	<input type="checkbox"/> 171
	Data intervista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mese <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 172-177



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

si  no  non ricorda

**SINTOMI**

Ricovero ospedale di \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

Data di ricovero

Data di dimissione

Motivo dimissione \_\_\_\_\_

**NOTIZIE SULL'EVENTO ACUTO**

DATA DI INSORGENZA DELL'EVENTO ACUTO

DATA DELLA MORTE

**LUOGO DI MORTE**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| Fuori dall'ospedale(per strada, in casa, sul lavoro,..) (1)               | 1 <input type="checkbox"/> |
| Durante il trasporto in ospedale (2)                                      | 2 <input type="checkbox"/> |
| In Pronto Soccorso (2)  | 3 <input type="checkbox"/> |
| Avvenuta all'arrivo in ospedale, non chiaro se occorsa prima del ricovero | 4 <input type="checkbox"/> |
| In Unità Coronarica (2)   | 5 <input type="checkbox"/> |
| In altro reparto diverso dall'UCC o terapia intensiva (2)                 | 6 <input type="checkbox"/> |
| Deceduto in altro non specificato posto dell'ospedale (2)                 | 7 <input type="checkbox"/> |

*Per i casi (1) = compilare parti A o B della scheda*

*Per i casi (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 hh  mm

Dove è stato trovato il soggetto \_\_\_\_\_

A che ora è stato visto vivo l'ultima volta? hh  mm

Come si presentava ? \_\_\_\_\_

**PARTE B**

IL SOGGETTO HA AVUTO SINTOMI? si  no

Se si: **DOLORE** si  no  ignoto

**\* Sede**

\_1\_ Petto - \_2\_ Braccio sx - \_3\_ Spalla sx - \_4\_ Gola - \_5\_ Arto superiore dx -  
\_6\_ Dorso - \_7\_ Stomaco e - \_9\_ ignoto

**\* Durata**

20 minuti o più  meno di 20 minuti  incerto

**Se incerto, specificare se il dolore è stato descritto**

- prolungato  continuo  presente al momento del decesso  
 presente al momento del ricovero  
 presente al momento della somministrazione di analgesici da parte del medico  
 presente al momento della assunzione di analgesici o nitroderivati da parte del malato

**\* Qualità**

costrittivo -  oppressivo  urente  trafittivo  ignoto

**\* Intensità**  
 lieve  moderata  forte  ignoto

**Altri segni o sintomi**

Mancanza di respiro  sì  no  ignoto  lieve  intensa  moderata  
 Nausea e/o vomito  sì  no  ignoto  
 Sudorazione  sì  no  ignoto  
 Pallore  sì  no  ignoto  
 Palpitazioni  sì  no  ignoto

**Perdita di coscienza**  **spontaneamente regredita**  **regredita dopo soccorsi**  
 **sincope fatale**  **ignoto**

Asma cardiaco  sì  no  ignoto  
 Edema polmonare acuto  sì  no  ignoto  
 Shock  sì  no  ignoto

Altri sintomi \_\_\_\_\_  
 Luogo inizio sintomi \_\_\_\_\_  
 Ora inizio sintomi \_\_\_\_\_  
 Note \_\_\_\_\_

---

**PARTE C**  
 TESTIMONI ALL'EVENTO  Sì  No  Ignoto

**Il malato è stato soccorso? Se sì, chi ha fornito il primo soccorso?**  
\_1\_ soccorritore occasionale addestrato \_2\_ medico generico  
\_3\_ équipe 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

**Tempo intercorso tra la comparsa dei sintomi ed il primo soccorso**  
\_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

**Se conosciuto in modo esatto :** hh \_1\_ \_2\_ mm \_3\_ \_4\_

**Si è verificato arresto cardiaco prima dell'arrivo in ospedale?**  
 sì  no  ignoto

**Se sì, sono state praticate manovre di rianimazione prima di giungere in ospedale?**  
 sì  no  ignoto

**È stato portato in pronto soccorso?**  
 sì  no  ignoto

**Se sì, di quale ospedale?** \_\_\_\_\_

**AUTOPSIA ESEGUITA**  Sì, in ospedale  Sì, dal medico legale  No  Ignoto

DATA INTERVISTA \_1\_ \_2\_ \_3\_ \_4\_ \_5\_ \_6\_ \_7\_ \_8\_ \_9\_ \_0\_

Intervista effettuata da \_\_\_\_\_



**C**

<b>ATTUALI CONDIZIONI DI SALUTE</b>	
COME DEFINIREBBE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE?	
1 <input type="checkbox"/> eccellenti	
2 <input type="checkbox"/> buone	
3 <input type="checkbox"/> mediocri	
4 <input type="checkbox"/> scarse	
9 <input type="checkbox"/> ignoto o non risponde	<input type="checkbox"/> 111
È SOTTOPOSTO A REGOLARI CONTROLLI MEDICI?	
1 <input type="checkbox"/> sì, preferenzialmente dal medico curante	
2 <input type="checkbox"/> sì, preferenzialmente dal cardiologo	
3 <input type="checkbox"/> sì, medico non precisato	
4 <input type="checkbox"/> no	
9 <input type="checkbox"/> ignoto o non risponde	<input type="checkbox"/> 112
Se sì, con quale frequenza?	
1 <input type="checkbox"/> mensile	
2 <input type="checkbox"/> ogni tre mesi circa	
3 <input type="checkbox"/> ogni sei mesi circa	
4 <input type="checkbox"/> annualmente o più	
9 <input type="checkbox"/> ignoto o non risponde	<input type="checkbox"/> 113
ATTUALMENTE STA ASSUMENDO FARMACI?	
1 <input type="checkbox"/> sì    2 <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> 114
Se sì, quali? <i>(scrivere per esteso il nome dei farmaci riferiti e codificare i farmaci nel quadro sottostante a termine intervista)</i>	
_____	
_____	
_____	
<b>CODIFICA:</b>	<b>1=sì 2=no</b>
Antiarritmici	<input type="checkbox"/> 115
Eparina classica	<input type="checkbox"/> 116
Eparina a basso peso molecolare	<input type="checkbox"/> 117
Anticoagulanti orali	<input type="checkbox"/> 118
Aspirina	<input type="checkbox"/> 119
Ticlopidina o clopidogrel	<input type="checkbox"/> 120
Inibitori glicoproteina iia/iiib	<input type="checkbox"/> 121
Betabloccanti	<input type="checkbox"/> 122
Calcioantagonisti diidropiridinici	<input type="checkbox"/> 123
Verapamil	<input type="checkbox"/> 124
Diltiazem	<input type="checkbox"/> 125
Diuretici	<input type="checkbox"/> 126
Altri farmaci ipotensivi	<input type="checkbox"/> 127
Agenti inotropi positivi	<input type="checkbox"/> 128
Nitroderivati	<input type="checkbox"/> 129
Ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/> 130
Ace inibitori	<input type="checkbox"/> 131
Sartani	<input type="checkbox"/> 132
Insulina	<input type="checkbox"/> 133
Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> 134





**APPENDICE C**  
**Accidenti cerebrovascolari:**  
**schede di raccolta dati**







<b>F</b>	<b>CATEGORIA DIAGNOSTICA</b>	
	<b>Categoria diagnostica MONICA: (Diacat definizione 1)</b> 1 = accidente cerebrovascolare sicuro 4 = non accidente cerebrovascolare 5 = accidente cerebrovascolare sicuro associato ad un evento coronarico 9 = dati insufficienti	<input type="checkbox"/> 151
	<b>Categoria diagnostica strumentale: (Diacat definizione 2)</b> (da compilare qualora la categoria diagnostica MONICA = 4) 1 = Accidente cerebrovascolare sicuro 5 = Accidente cerebrovascolare sicuro associato ad un evento coronarico	<input type="checkbox"/> 152
	<b>Se DIACAT 1 o 5, identificare il Tipo di Accidente Cerebrovascolare</b> <b>In caso di codici dal 4330 al 4349 specificare:</b> 1 = evento trombotico 2 = evento embolico 8 = codici diversi dal 4330-4349, compreso il 9999 9 = dati insufficienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 153-156  <input type="checkbox"/> 157
<b>Esame da parte di</b> <i>1=Si; 2=No; 9=Dati insufficienti</i>		
Medico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 158	
Internista <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 159	
Neurologo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 160	
Puntura lombare <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 161	
Angiografia cerebrale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 162	
Scintigrafia cerebrale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 163	
Elettroencefalogramma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 164	
Doppler carotideo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 165	
Elettrocardiogramma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 166	
TAC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 167	
RMN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 168	
Angiografia in RMN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 169	
Altro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 170	
<b>DA QUESTO PUNTO LA SCHEDA VA COMPILATA SOLO PER GLI EVENTI CON CATEGORIA DIAGNOSTICA DI ACV SICURO, ACV SICURO ASSOCIATO EC, ACV CON DATI INSUFFICIENTI Per le altre categorie codificare 7 = non rilevante</b>		
<b>G</b>	<b>INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI PRIMA DELL'EVENTO ATTUALE</b>	
	<b>Dove viveva prima dell'evento?</b> a casa 1 <input type="checkbox"/> in una struttura per l'assistenza 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non noto 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 171
	<b>Autosufficienza prima dell'evento</b> indipendente 1 <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente 2 <input type="checkbox"/> completamente dipendente 3 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non noto 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 172
	<i>Per <b>indipendente</b> 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 <b>parzialmente dipendente</b> si intende il soggetto che può svolgere solo parte delle attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno; per <b>completamente dipendente</b> si intende il soggetto che non può compiere le attività quotidiane di base (vestirsi, lavarsi, prendere le medicine) senza un aiuto esterno.</i>	
<b>Storia di ipertensione arteriosa prima del verificarsi dell'evento</b> no 1 <input type="checkbox"/> sì, era sotto trattamento specifico con antiipertensivi 2 <input type="checkbox"/> sì, non era sotto trattamento specifico con antiipertensivi 3 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 173	
<b>Precedente evento cerebrovascolare:</b> sì, documentato 1 <input type="checkbox"/> sì, non documentato 2 <input type="checkbox"/> no, documentato 3 <input type="checkbox"/> no, non documentato 4 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 174	
Se sì: data del precedente evento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 175-180	

Numero degli accidenti cerebrovascolari precedenti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non rilevante 7 <input type="checkbox"/> Se non ha avuto precedenti accidenti cerebrovascolari 8 <input type="checkbox"/> Sconosciuto 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 181
Storia o segni di paralisi o minor forza derivati da un accidente cerebrovascolare precedente e presenti all'inizio dell'accidente cerebrovascolare attuale: sì 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non ha avuto precedenti ACV 8 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 182
Disturbi della parola (disfasia/afasia) causati da un accidente cerebrovascolare precedente e persistenti al momento dell'attuale evento cerebrovascolare (non include la disartria): <i>Disfasia: difetto di coordinazione e incapacità di disporre le parole nel giusto ordine, dipendente da lesione centrale.</i> <i>Afasia: incapacità di esprimersi mediante il linguaggio, la scrittura, i gesti o di comprendere il linguaggio parlato o scritto per lesioni dei centri cerebrali.</i> <i>Disartria: imperfetta articolazione delle parole a seguito di lesioni del SNC o periferico e conseguente alterazione del controllo muscolare.</i>	
sì 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non ha avuto precedente ACV 8 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 183
<b>Abitudine al fumo:</b> non fumatore 1 <input type="checkbox"/> Fumatore 2 <input type="checkbox"/> ex fumatore 3 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non conosciuto 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 184
<b>Precedente infarto del miocardio più di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare</b> sì, documentato 1 <input type="checkbox"/> sì, non documentato 2 <input type="checkbox"/> no, documentato 3 <input type="checkbox"/> no, non documentato 4 <input type="checkbox"/> sospetto 5 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non riportato 9 <input type="checkbox"/> Se Sì: <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno	<input type="checkbox"/> 185 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 186-191
Se nel periodo di registrazione Numero progressivo di registrazione <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 192-195
<b>Precedente infarto del miocardio meno di 28 giorni prima dell'evento cerebrovascolare</b> sì, documentato 1 <input type="checkbox"/> sì, non documentato 2 <input type="checkbox"/> no, documentato 3 <input type="checkbox"/> no, non documentato 4 <input type="checkbox"/> sospetto 5 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> non riportato 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 196
<b>Diagnosi di fibrillazione o flutter atriale</b> sì 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 197
<b>Diagnosi di malattia valvolare</b> sì 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 198
<b>Storia clinica o segni di insufficienza cardiaca</b> sì 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 199

<b>Storia di diabete</b> no 1 <input type="checkbox"/> tipo 1° 2 <input type="checkbox"/> tipo 2° 3 <input type="checkbox"/> tipo non specificato 4 <input type="checkbox"/> diagnosticato durante il presente ricovero 5 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 200
<b>Storia di iperlipidemia</b> si 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> dislipidemia diagnosticata durante il presente ricovero 5 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 201
<b>Diagnosi di TIA prima del presente evento</b> si 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 202
<b>H TERAPIA IN ATTO PRIMA DELL'EVENTO CEREBROVASCOLARE</b>		
<b>Terapia antipertensiva</b> 1 = <i>Si</i> 2 = <i>No</i> 7 = <i>Non rilevante</i> 9 = <i>Sconosciuto</i>	Betabloccanti <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Calcio-antagonisti <input type="checkbox"/> ACE-inibitori <input type="checkbox"/> Alpha-adrenergici <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208
<b>Terapia antitrombotica</b> 1 = <i>Si</i> 2 = <i>No</i> 7 = <i>Non rilevante</i> 9 = <i>Sconosciuto</i>	Anticoagulanti <input type="checkbox"/> Acido acetilsalicilico <input type="checkbox"/> Antiaggregante piastrinico <input type="checkbox"/> Trombolitico <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213
<b>Terapia ipolipemizzante</b> 1 = <i>Si</i> 2 = <i>No</i> 7 = <i>Non rilevante</i> 9 = <i>Sconosciuto</i>	Statine <input type="checkbox"/> Fibrati <input type="checkbox"/> Resine <input type="checkbox"/> Acido nicotinico <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218
<b>Possibile evento iatrogeno</b> no 1 <input type="checkbox"/> si, causato da chirurgia, angiografia, ecc. 2 <input type="checkbox"/> si, causato da anticoagulanti o agenti trombolitici 3 <input type="checkbox"/> si, causato da antiaggreganti piastrinici 4 <input type="checkbox"/> altri possibili motivi 5 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 219
<b>I SINTOMI E DEFICIT</b>		
<b>Luogo di inizio dei sintomi</b> fuori dall'ospedale/dopo l'intervento domiciliare 1 <input type="checkbox"/> in ospedale 2 <input type="checkbox"/> altro 3 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 220
<b>Tempo intercorso dall'inizio dei sintomi neurologici fino alla prima visita del medico</b> inferiore a 6 ore 1 <input type="checkbox"/> tra 6 ore ed 11 ore e 59 minuti 2 <input type="checkbox"/> uguale a 12 ore 3 <input type="checkbox"/> tra 12 ore e 23 ore e 59 minuti 4 <input type="checkbox"/> uguale a 24 ore 5 <input type="checkbox"/> superiore a 24 ore 6 <input type="checkbox"/> non rilevante 7 <input type="checkbox"/> dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 221

<p><b>Dati clinici sullo stato di coscienza al primo esame</b></p> <p>completamente cosciente 1 <input type="checkbox"/></p> <p>sonnolento / semicoma 2 <input type="checkbox"/></p> <p>coma 3 <input type="checkbox"/></p> <p>non rilevante 7 <input type="checkbox"/></p> <p>sconosciuto 9 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 222
<p>Per <b>sonnolento</b> si intende uno stato innaturale di torpore o sonnolenza; per <b>semicoma</b> si intende uno stato soporoso, dal quale il soggetto può essere risvegliato; per <b>coma</b> si intende uno stato di incoscienza, dal quale il soggetto non può essere risvegliato neppure con stimolazioni intense</p>	
<p><b>Deficit motorio al primo esame</b></p> <p>Nessun deficit 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Mancanza di forza 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Non valutabile 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Non rilevante 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Sconosciuto 9 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 223
<p><b>Dati clinici nel periodo di massimo deterioramento</b></p> <p>completamente cosciente 1 <input type="checkbox"/></p> <p>sonnolento / semicoma 2 <input type="checkbox"/></p> <p>coma 3 <input type="checkbox"/></p> <p>non rilevante 7 <input type="checkbox"/></p> <p>deceduto in ospedale 8 <input type="checkbox"/></p> <p>sconosciuto 9 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 224
<p><b>Deficit motorio nel periodo di massimo deterioramento</b></p> <p>1 = Nessun deficit</p> <p>2 = Mancanza di forza/paralisi</p> <p>3 = Non valutabile</p> <p>7 = Non rilevante</p> <p>8 = Deceduto in ospedale</p> <p>9 = Sconosciuto</p> <p>Braccio destro <input type="checkbox"/></p> <p>Gamba destra <input type="checkbox"/></p> <p>Braccio sinistro <input type="checkbox"/></p> <p>Gamba sinistra <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228
<p><b>Disturbi della parola nel periodo di massimo deterioramento</b></p> <p>sì 1 <input type="checkbox"/></p> <p>no 2 <input type="checkbox"/></p> <p>non valutabile 3 <input type="checkbox"/></p> <p>non rilevante 7 <input type="checkbox"/></p> <p>sconosciuto 9 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 229
<p><b>Progressione dei sintomi entro le prime 72 ore dall'inizio dell'evento</b></p> <p>Sintomi non modificati 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sintomi in progressione 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Non valutabile 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Miglioramento dei sintomi 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Sintomi fluttuanti 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Non rilevante 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Dati insufficienti 9 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 230
<p><b>L TRATTAMENTO</b></p> <p><b>Cura durante i primi 7 giorni</b></p> <p>1 = No</p> <p>2 = Sì, prima dell'evento e continuato dopo l'ammissione in ospedale</p> <p>3 = Sì, prima dell'evento, ma terminato dopo l'ammissione in ospedale</p> <p>4 = Sì, iniziato dopo l'evento</p> <p>7 = Non rilevante</p> <p>8 = Deceduto</p> <p>9 = Dati insufficienti</p> <p>Dose piena * di eparina / eparinoidi <input type="checkbox"/></p> <p>Bassa dose ** di eparina / eparinoidi <input type="checkbox"/></p> <p>Anticoagulanti (orali) <input type="checkbox"/></p> <p>Acetilsaliciati <input type="checkbox"/></p> <p>Altri antiaggreganti piastrinici <input type="checkbox"/></p> <p>Trattamento trombolitico <input type="checkbox"/></p> <p>Trattamento iperosmotico <input type="checkbox"/></p> <p>Steroidi <input type="checkbox"/></p> <p>Antiarritmici <input type="checkbox"/></p> <p>Evacuazione acuta dell'ematoma <input type="checkbox"/></p> <p>Altra terapia specifica <input type="checkbox"/></p> <p>Terapia vascolare chirurgica <input type="checkbox"/></p> <p>Angioplastica in fase acuta <input type="checkbox"/></p> <p>Altro intervento chirurgico <input type="checkbox"/></p> <p>Soggetto incluso in un trial farmacologico <input type="checkbox"/></p> <p>* = con alterazione del PTT</p> <p>** = senza alterazione del PTT</p>	<input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245

**M****PREVENZIONE SECONDARIA**

Per ridurre il rischio di ulteriori accidenti cerebrovascolari, il seguente trattamento è stato iniziato dopo il 7° giorno di ricovero:

1 = *Si*

2 = *No*

3 = *È stato pianificato, ma non è iniziato entro i 28 giorni*

7 = *Non rilevante*

8 = *Deceduto*

9 = *Dati insufficienti*

Anticoagulanti orali	<input type="checkbox"/>
Acetilsalicilati	<input type="checkbox"/>
Terapia antiaggregante piastrinica	<input type="checkbox"/>
Altra prevenzione secondaria con farmaci*	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>
Angioplastica	<input type="checkbox"/>
Antiarritmici	<input type="checkbox"/>

\* = *antipertensivi o statine*

<input type="checkbox"/>	246
<input type="checkbox"/>	247
<input type="checkbox"/>	248
<input type="checkbox"/>	249
<input type="checkbox"/>	250
<input type="checkbox"/>	251
<input type="checkbox"/>	252

**Autosufficienza alla dimissione ospedaliera**

indipendente	1 <input type="checkbox"/>
parzialmente dipendente	2 <input type="checkbox"/>
completamente dipendente	3 <input type="checkbox"/>
non rilevante	7 <input type="checkbox"/>
deceduto	8 <input type="checkbox"/>
sconosciuto	9 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	253
--------------------------	-----

**Dimissione dal reparto ospedaliero per:**

casa	1 <input type="checkbox"/>
reparto lungo degenti	2 <input type="checkbox"/>
altra istituzione	3 <input type="checkbox"/>
altro ospedale	4 <input type="checkbox"/>
residenza per anziani	5 <input type="checkbox"/>
centro di riabilitazione	6 <input type="checkbox"/>
non rilevante	7 <input type="checkbox"/>
deceduto	8 <input type="checkbox"/>
sconosciuto	9 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	254
--------------------------	-----

## C2. QUESTIONARIO – INTERVISTA TELEFONICA per evento cerebrovascolare fatale

### Presentazione questionario

È stato/a chiamato/a in quanto il Suo nominativo è stato registrato nell'ambito delle attività del Registro Nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari, ricerca del Ministero della Salute. L'indagine è stata realizzata per conoscere meglio 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. 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.

<b>DATI ANAGRAFICI E SOCIO-DEMOGRAFICI</b>	
COGNOME	
NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	_ _  giorno  _ _  mese  _ _ _  anno
RESIDENZA (COMUNE)	
Indirizzo	
SESSO	Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/>
<b>STORIA PREGRESSA</b>	
<b>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?</b>	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se SI specificare _____	
È Stato ricoverato per i precedenti episodi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
In quale Ospedale? _____ Reparto _____ Data _____	
Con quale diagnosi di dimissione? _____	
<b>Storia precedente al verificarsi dell'evento cerebrovascolare</b>	
Luogo dove viveva il soggetto prima del verificarsi dell'accidente cerebrovascolare:	
casa	<input type="checkbox"/>
istituto	<input type="checkbox"/>
dati insufficienti	<input type="checkbox"/>
Performance del soggetto prima del verificarsi dell'accidente cerebrovascolare:	
indipendente	<input type="checkbox"/>
parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/>
completamente dipendente	<input type="checkbox"/>
non conosciuto	<input type="checkbox"/>
Storia o segni di paralisi o minor forza derivati da un accidente cerebrovascolare precedente e presenti all'inizio dell'accidente cerebrovascolare considerato:	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
dati insufficienti	<input type="checkbox"/>
Se Sì: data precedente evento	_ _  giorno  _ _  mese  _ _ _  anno

<b>Disturbi della parola (disfasia/afasia) causati da un precedente accidente cerebrovascolare:</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
dati insufficienti	<input type="checkbox"/>
<b>Abitudine al fumo:</b>	
non fumatore	<input type="checkbox"/>
fumatore	<input type="checkbox"/>
ex fumatore	<input type="checkbox"/>
non conosciuto	<input type="checkbox"/>
<b>Storia di ipertensione arteriosa:</b>	
no	<input type="checkbox"/>
sì, era sotto trattamento specifico antipertensivo	<input type="checkbox"/>
sì, non era sotto trattamento specifico antipertensivo	<input type="checkbox"/>
dati insufficienti	<input type="checkbox"/>
<b>Storia di diabete:</b>	
no	<input type="checkbox"/>
sì, era sotto trattamento specifico	<input type="checkbox"/>
sì, non era sotto trattamento	<input type="checkbox"/>
dati insufficienti	<input type="checkbox"/>
<b>Precedente infarto del miocardio:</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>
Se sì: data presunta	<input type="text"/>   giorno <input type="text"/>   mese <input type="text"/>   anno <input type="text"/>
ricovero presso l'Ospedale _____	
Reparto _____	
<b>Diagnosi di malattia valvolare</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnosi di fibrillazione o flutter atriale</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>
<b>Storia clinica o segni di insufficienza cardiaca</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>
<b>Storia di iperlipidemia</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnosi di TIA</b>	
sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
sconosciuto	<input type="checkbox"/>

<b>TERAPIA PRIMA DELL'EVENTO</b>	
antiaritmici	<input type="checkbox"/>
anticoagulanti (orali)	<input type="checkbox"/>
acido acetilsalicilico	<input type="checkbox"/>
antiaggreganti	<input type="checkbox"/>
trombolitici	<input type="checkbox"/>
betabloccanti	<input type="checkbox"/>
ace inibitori	<input type="checkbox"/>
calcioantagonisti	<input type="checkbox"/>
diuretici	<input type="checkbox"/>
altri farmaci ipotensivi	<input type="checkbox"/>
ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/>
insulina	<input type="checkbox"/>
antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>
Nell'ultimo mese di vita, il suo congiunto è stato ammalato? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> dati insufficienti <input type="checkbox"/> specificare _____	
<b>È STATO RICOVERATO?</b>	
OSPEDALE DI _____	REPARTO _____
DATA DI RICOVERO	_ _  giorno  _ _  mese  _ _ _ _  anno
DATA DI DIMISSIONE	_ _  giorno  _ _  mese  _ _ _ _  anno
MOTIVO _____	
<b>NOTIZIE SULL'EVENTO ACUTO</b>	
DATA 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,..)	<input type="checkbox"/>
Durante il trasporto in ospedale	<input type="checkbox"/>
In Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/>
Avvenuta all'arrivo in ospedale, non chiaro se occorsa prima del ricovero	<input type="checkbox"/>
In terapia intensiva	<input type="checkbox"/>
In altro reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Deceduto in altro non specificato posto dell'ospedale	<input type="checkbox"/>
Se il soggetto è stato trovato morto, specificare:	
Ora del ritrovamento	hh  _ _  mm  _ _
Dove è stato trovato il soggetto _____	
A che ora è stato visto vivo l'ultima volta?	hh  _ _  mm  _ _
Come si presentava? _____	
<b>TEMPO INTERCORSO TRA LA COMPARSA DEI SINTOMI ED IL DECESSO (SE CONOSCIUTO)</b>	
meno di 24 ore	<input type="checkbox"/>
tra 24 e 72 ore	<input type="checkbox"/>
oltre le 72 ore	<input type="checkbox"/> numero di giorni  _ _
non conosciuto	<input type="checkbox"/>
non rilevante, non intervento medico	<input type="checkbox"/>
È STATO PORTATO IN PRONTO SOCCORSO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ignoto	
se sì, di quale Ospedale? _____	
AUTOPSIA ESEGUITA <input type="checkbox"/> SI, in ospedale <input type="checkbox"/> SI, dal medico legale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ignoto	
<b>ESITO INTERVISTA:</b> <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	
Se incompleta:	
Rintracciato il parente, questo si rifiuta di collaborare alla raccolta dati	<input type="checkbox"/>
È impossibile rintracciare il medico curante	<input type="checkbox"/>
Il medico curante rifiuta la collaborazione alla raccolta dati	<input type="checkbox"/>
DATA INTERVISTA <input type="checkbox"/> giorno  _ _  mese  _ _ _ _  anno	
Intervista effettuata da _____	

## **APPENDICE D**

**Test di prova per gli eventi coronarici  
e cerebrovascolari su 30 casi**



I casi riportati qui di seguito vengono utilizzati nell'addestramento degli operatori alla validazione degli eventi sospetti coronarici e cerebrovascolari; consistono in informazioni raccolte da:

- cartella clinica,
- certificati di morte;
- interviste telefoniche ai familiari e ai medici di medicina generale.

Sono riportati, inoltre, gli indicatori della *Scheda Transfer – Raccolta dati* e la codifica dei vari campi.

## CASO N. 101

Uomo	Data di nascita	23.12.1932
	Data del ricovero	03.10.1995

### Sintomi all'esordio: dolore toracico

**ANAMNESI REMOTA:** Sposato, vive con la moglie. Fuma 20/30 sigarette al giorno; non ha mai sofferto di angina né ha mai avuto infarti; non prende farmaci.

**ANAMNESI PROSSIMA:** parecchi giorni prima del ricovero (20.9.1995), durante il mattino, accusa dolore toracico irradiato alle braccia, durato 2 ore e accompagnato da nausea. Il dolore è ricomparso la sera stessa, con durata di 4 ore.

Il giorno successivo è stato visitato dal medico curante il quale ha consigliato riposo a casa e l'esecuzione di esami ematici e di un elettrocardiogramma, prenotato per il giorno 1.10. In seguito è stata fatta la richiesta di un consulto domiciliare con uno specialista, fissata per il giorno 3.10, il quale ha disposto il ricovero urgente in ospedale.

Cinque giorni dopo il ricovero, il paziente ha avuto un ulteriore episodio di dolore toracico durato 4 ore ed associato a nausea.

**OBIETTIVITÀ CLINICA AL RICOVERO:** No dolore in atto. FC 72, PA 142/88; non segni di scompenso. All'ECG evidenza di recente IMA inferiore. Ricoverato in cardiologia per accertamenti.

**DIARIO CLINICO:** Ha avuto numerosi episodi di dolore toracico, ed è stata iniziata terapia con nifedipina, atenololo ed isosorbide mononitrato. L'ECG da sforzo positivo ha portato alla esecuzione di coronaroangiografia il 17.10-

Questa ha dimostrato: diminuito flusso alla parete inferiore del ventricolo sinistro, occlusione dell'arteria coronarica di destra, difetto retrogrado di quella di sinistra. Il ramo anteriore sinistro e l'arteria circonflessa presentano entrambi una riduzione del lume del 25%. È stato deciso che il grado della malattia non richiede intervento chirurgico ed il paziente è stato dimesso con terapia medica il 18.10, con prenotazione di visita ambulatoriale.

È stato rivisto in ospedale il 12.11 e data la scomparsa dell'angina, la terapia con isosorbide mononitrato è stata sospesa.

**DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:** Malattia coronarica (angina) – CVG

ENZIMI	DATA ESECUZIONE				Val max norm
	4.10.95	5.10.95	7.10.95	8.10.95	
CPK	128	95	86	103	175
GPT	26	27	24	17	42
LDH	177	210	196	323	300

Gli enzimi eseguiti dal medico curante non sono disponibili  
ECG: Codifica 2.3 = **Probabile**

TEST CASE SERIAL NUMBER		101 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   4   9
DATANASCITA	2   3   1   2   3   2	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	2   0   0   9   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	2	103 NECP	8
79 ENZIMI	5	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		101 ACC	
DATANASCITA	2   3   1   2   3   2	139 DILTIAZEM	2
119 TIME	5	140 VERAPAMIL	2
120 INITIC	2	141 DIURETICI	2
121 CAROUT	2	142 ALTRI IPOTENS	2
122 RESOUT	8	143 INOTROPO POS	2
123 REAAR	8	144 NITRODERIVATI	1
124 CARIN	2	145 IPOLIPEMIZ	2
125 RESIN	8	146 ACE INIBIT	2
126 CUNIT	2	147 SARTANI	2
127/8 CSTAY	8   8	148 INSULINA	2
129 HSTAY	8   8	149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	1
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	1	173 intervista	9
138 CALCIANT DIIDROP	1		

## CASO N. 102

Donna	Data di nascita	10.03.1942
	Data di morte	18.09.1995

**EVENTO:** Donna, sposata, di 42 anni con due figli. Secondo il medico curante non ha patologie pregresse di rilievo, eccetto il sovrappeso per il quale è stata prescritta terapia con PONDERAX dal 12.08.1995.

Il giorno 18.9, si è svegliata alle 8.30, lamentando indisposizione dolore toracico a sinistra e mancanza di sensibilità alla mano sinistra ed ha continuato a lamentare malessere e dolore toracico per tutta la mattina.

Alle 13.00, si è recata presso l'ospedale per effettuare un controllo ed ha eseguito una radiografia del torace ed un elettrocardiogramma. Il medico, dopo la visita, l'ha dimessa consigliando terapia con compresse di paracetamolo.

Alle 18.55, tornata a casa; all'improvviso mentre beveva il caffè, sembrava soffocare. Il marito ha tentato di aiutarla, poi un vicino ha chiamato l'ambulanza. All'arrivo dell'ambulanza la donna appariva morta. Il medico di famiglia è stato chiamato, ma, non essendo rintracciabile, è stato chiamato un sostituto che ne ha dichiarato la morte. Egli si è però rifiutato di stendere il certificato di morte. È stata informata la polizia e, dopo l'esame del cadavere, e la verifica che non vi erano circostanze sospette sulla morte, è stato disposto il trasferimento della salma all'obitorio locale.

**ESITO VISITA IN OSPEDALE:** 18.09.95 ore 12.57: entra in PS: pressione arteriosa 126/86; FC 56.

Dolore all'emitorace sinistro. Storia di dolore toracico da circa 4 ore, irradiato alle spalle. No dispnea. No dolore toracico precedentemente. Ha avuto l'influenza 3 settimane prima. Il dolore è al torace sinistro, irradiato alla spalla ed al braccio, costante ma peggiora con la respirazione.

**ESAME OBIETTIVO:** apparentemente in buone condizioni. Ritmo sinusale, frequenza cardiaca 60/m, pressione 130/80.

Localmente 'dolente' al margine costale sinistro. All'ascoltazione del torace, rantoli diffusi alle basi. ECG: T invertita in V4, ischemia anteriore. Rx TORACE: negativo **CONCLUSIONI:** nulla di acuto in atto. Si consiglia trattamento con paracetamolo

**REPERTO AUTOPTICO:** giunge all'obitorio il 20.9, su richiesta del medico legale.

Donna apparentemente di mezza età, con moderata obesità.

Vecchia cicatrice addominale in sede di appendicectomia. Nessuna altra lesione presente.

TORACE: bronchi contenenti piccole quantità di muco purulento. Quadro polmonare di edema acuto. Cuore di apparenza normale per peso e dimensione. Presenza di infarto miocardico fresco, del setto interventricolare e interessante la parete anteriore del ventricolo sinistro.

Valvole indenni.

Presenza di placche ateromatose di media entità nella arteria coronarica ascendente di sinistra, ove distalmente il lume è ridotto ad una punta di spillo da ateroma concentrico, e più a valle vi è presenza di trombosi con occlusione del vaso.

La branca circonflessa e la coronaria di destra presentano modesti segni di ATS.

Altri organi: non reperti di anormalità.

**DIAGNOSI AUTOPTICA SUL CERTIFICATO DI MORTE:**

1 infarto miocardico acuto

2 trombosi coronarica

**ECG:** ischemico (3)**ENZIMI:** non disponibili

TEST CASE SERIAL NUMBER		102 TS	
SESSO	2	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	1   0   0   3   4   2	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	1   8   0   9   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	5	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	1   8   0   9   9   5
77NUMERO ECG	2	102 ESTST	2
78 ECG	3	103 NECP	2
79 ENZIMI	9	NECP1	4   1   0   1
116 NECSUM	1	NECP2	4   1   0   2
118 DIACAT	2	NECP3	4   1   4   2
TEST CASE SERIAL NUMBER		102 ACC	
DATANASCITA	1   0   0   3   4   2	139 DILTIAZEM	8
119 TIME	5	140 VERAPAMIL	8
120 INITIC	4	141 DIURETICI	8
121 CAROUT	1	142 ALTRI IPOTENS	8
122 RESOUT	2	143 INOTROPO POS	8
123 REAAR	8	144 NITRODERIVATI	8
124 CARIN	8	145 IPOLIPEMIZ	8
125 RESIN	8	146 ACE INIBIT	8
126 CUNIT	2	147 SARTANI	8
127/8 CSTAY	8   8	148 INSULINA	8
129 HSTAY	8   8	149 ANTIDIAB ORALI	8
130 ANTIARITMICI	8	150 TROMBOL	8
131 EPARINA CLASS	8	151 CORONAROG	8
132 EPARINA BASSO PM	8	152 BY PASS	8
133 ANTICOAGUL ORALI	8	153 ANGIOPL NO STENT	8
134 ASPIRINA	8	154 ANGIOPL STENT	8
135 TICLOPIDINA O CLOPID	8	155 PACE MAKER	8
136 INIBITORI GLICOP	8	156 test troponina	8
137 BETABLOC	8	173 intervista	9
138 CALCIANT DIIDROP	8		

## CASO N. 103

Uomo	Data di nascita	03.08.1936
	Data di ricovero	07.05.1995

### Motivo del ricovero: dolore toracico persistente

**ANAMNESI PROSSIMA:** angina da sforzo dal 1993 che si manifesta facendo le scale o camminando in salita. Si allevia dopo 4/5 minuti di riposo e 1 spray di TNT. L'angina sta peggiorando nelle ultime quattro settimane e si presenta con episodi anche notturni. Due notti fa ha avuto dolore toracico per quattro ore, intermittente, senza sintomi durante la giornata.

La notte scorsa ha avuto un attacco anginoso iniziato alle ore 22, con dolore toracico importante, irradiato alla gola ed al braccio sinistro, accompagnato da dispnea e sudorazione. Ha chiamato il suo medico curante alla 1.30 a.m. ed alle 2, lo ha visto e somministrato 1 fiala intramuscolare di morfina che gli ha alleviato il dolore. Poi ha chiamato l'ambulanza per il ricovero.

**ANAMNESI REMOTA:** angina da sforzo in trattamento. Colecistectomia. Tendenza alla dispepsia, ma non disturbi di recente.

**TERAPIA DOMICILIARE:** TNT spray al bisogno, Atenololo 100 mg/die, Nifedipina 10 mg x 3/die, Digoxina 0.25mg/die.

Sposato, con tre figli, moglie sana; genitori entrambi deceduti in tarda età. Non fuma. Alcool solo occasionalmente. Impiegato nell'ufficio di ente pubblico territoriale.

**ESAME OBIETTIVO:** No dolore all'ingresso in UCC (praticata morfina dal Medico curante)

FC 70 ritmico PA 110/60 – PVC +4

Esame torace: crepitii alle basi ed ai campi medi tossendo.

Dubbio diagnostico: infarto miocardico acuto; angina pectoris; scompenso di cuore sinistro. Inizia terapia con furosemide 40 mg/die orale.

### STORIA CLINICA DELL'EVENTO

7.05: ricovero in UCC . No dolore. Alternanza di ritmo sinusale ad episodi di FA Crepitii alle basi ed al campo medio polmonare. Continua terapia con digoxina e beta-bloccanti

8.05: impiegato, sessantenne non fumatore con angina da sforzo da alcuni anni. Nelle ultime 4 settimane episodi ripetuti di angina con episodi notturni. Dolore toracico a riposo, possibile ima, FA intermittente. All'osservazione: FC 50 ritmico, PVC non rilevata, PA 160/80 . Torace pulito.

9.05: Non dolore. Condizioni generali buone. FC 54, PA 135/65. Si trasferisce in reparto generale

10.05: Lamenta dolore precordiale da ½ ora. Somministrata morfina intramuscolo e trasferito in UCC.

10.05: UCC: frequenza in FA a 100/m<sup>3</sup> – Non scompenso, dolore risolto.

11.05: non dolore o dispnea. FC 54 ritmico. Digoxinemia 1.8 nmol/l

13.05: trasferito in reparto generale; ritmo sinusale. Può essere mobilizzato.

14.05: inizia terapia con Diltiazem; continua digoxina

16.05: episodio di dolore regredito con TNT

17.05: dimissibile nel pomeriggio.

ENZIMI	DATA ESECUZIONE				Val max norm
	7.05.95	8.05.95	9.05.95	16.05.95	
GPT	57	54	37	27	35
CPK	198	312	278	224	215

**Codifica ECG: 2 (possibile)****DIAGNOSI DI DIMISSIONE:** Possibile infarto miocardico, fibrillazione atriale, scompenso di cuore sinistro.**TERAPIA CONSIGLIATA:** TNT spray, Atenololo, Diltiazem, Bendrofluazide, Digoxina.

TEST CASE SERIAL NUMBER		103 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	0   3   0   8   3   6	CLIND2	4   2   7   3
DATA ONSET	0   6   0   5   9   5	CLIND3	4   2   8   1
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	1
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	1	103 NECP	8
79 ENZIMI	2	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		103 ACC	
DATANASCITA	0   3   0   8   3   6	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	5	139 DILTIAZEM	1
120 INITIC	2	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	1
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	1
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	1
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   5	147 SARTANI	2
129 HSTAY	0   9	148 INSULINA	2
130 ANTIARITMICI	2	149 ANTIDIAB ORALI	2
131 EPARINA CLASS	2	150 TROMBOL	2
132 EPARINA BASSO PM	2	151 CORONAROG	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	152 BY PASS	2
134 ASPIRINA	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	154 ANGIOPL STENT	2

## CASO N. 104

Uomo	Data di nascita	26.01.1933
	Data di ricovero	23.11.1996

### Motivo del ricovero: dolore alla schiena e perdita di peso

**ANAMNESI PROSSIMA:** il paziente. Sessantatreenne si è recato a fare una visita ambulatoriale in ottobre, lamentando dal mese di luglio dolore alla schiena, nausea e perdita di peso. Sono stati effettuati degli accertamenti e l'esame del tubo digerente con bario ha dimostrato una deviazione dell'ansa duodenale; ulteriori indagini hanno portato alla conclusione di sospetta massa pancreatica.

Il 23.11 il paziente è stato ricoverato per una laparotomia esplorativa.

**STORIA FAMILIARE :** celibe, meccanico per auto, vive con la madre anziana, diabetica; non fuma, non beve alcolici.

**ANAMNESI REMOTA:** non patologie pregresse di rilievo, incluse patologie cardiache, respiratorie o addominali.

**TERAPIA DOMICILIARE:** nessuna

**ANAMNESI PROSSIMA:** da agosto ha cominciato a perdere peso, ed ha perso fino ad oggi 15 Kg. In precedenza è sempre stato abbastanza bene, praticava le arti marziali in un club di Karatè. Non ha mai avuto ittero o sofferto di calcolosi

**ESAME OBIETTIVO:** segni di perdita di peso, pallore. FC 60, PA 125/75. Torace pulito, toni cardiaci normali. Possibile massa addominale. Assenza di linfonodi palpabili.

Entra in reparto per laparotomia in sospetta massa pancreatica.

### STORIA EVENTO

25.11: intervento di laparotomia e pancreatectomia parziale per carcinoma del pancreas, senza evidenti infiltrazioni agli organi circostanti. Intervento durato 4 ore, difficoltoso e protratto per problemi tecnici. Viene trasferito in unità intensiva chirurgica, con terapia infusione e trasfusione di sangue in corso. Paziente in ventilazione assistita.

26.11: condizioni generali buone. Estubato e in respiro spontaneo; paziente cosciente. Ileo paralitico. Alcuni crepitii alle base polmonari. Terapia infusione in corso.

27.11: ore 10.00: rapido peggioramento delle condizioni generali. Frequenza cardiaca e respiratoria elevata, non evidenza di cause specifiche. Rx torace negativo. ECG: T appiattita.

Ore 12.15: caduta pressoria PA 75/50, assenza risposta all'infusione di liquidi e farmaci inotropi. alle ore 12.30, fibrillazione atriale ad alta frequenza (150bpm). Alle 12.40 AC irreversibile nonostante le manovre rianimatorie. Alle ore 13.00 si constata il decesso.

Viene richiesto riscontro autoptico, ma il medico legale non ritiene necessaria l'esecuzione dell'autopsia in quanto il paziente era in stato di coscienza dopo l'intervento.

Il certificato di morte viene steso dal chirurgo di reparto.

**DIAGNOSI DI MORTE SUL CERTIFICATO**

Arresto cardiaco

Infarto miocardico

Carcinoma del pancreas

(codifica della causa principale 4109).

**CODIFICA ECG:** 3 (ISCHEMICO)**ENZIMI:** non eseguiti

<b>TEST CASE SERIAL NUMBER</b>		<b>104 TS</b>	
SESSO	_1_	CLIND1	_4_ _1_ _0_ _9_
DATA NASCITA	2_ _6_ _0_ _1_ _3_ _3_	CLIND2	_4_ _2_ _7_ _5_
DATA ONSET	2_ _7_ _1_ _1_ _9_ _6_	CLIND3	_1_ _5_ _7_ _9_
MANAGE	_1_	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	_7_
SURVIVE a 28 giorni	_2_	93 HISDH	_2_
76 SINTOMI	_4_	DATA MORTE	2_ _7_ _1_ _1_ _9_ _6_
77 NUMERO ECG	_2_	102 ESTST	_2_
78 ECG	_3_	103 NECP	_3_
79 ENZIMI	_9_	NECP1	_8_ _8_ _8_ _8_
116 NECSUM	_8_	NECP2	_8_ _8_ _8_ _8_
118 DIACAT	_4_	NECP3	_8_ _8_ _8_ _8_
<b>TEST CASE SERIAL NUMBER</b>		<b>101 ACC</b>	
DATANASCITA	2_ _6_ _0_ _1_ _3_ _3_	139 DILTIAZEM	_2_
119 TIME	_1_	140 VERAPAMIL	_2_
120 INITIC	_4_	141 DIURETICI	_2_
121 CAROUT	_2_	142 ALTRI IPOTENS	_2_
122 RESOUT	_8_	143 INOTROPO POS	_2_
123 REAAR	_8_	144 NITRODERIVATI	_2_
124 CARIN	_8_	145 IPOLIPEMIZ	_2_
125 RESIN	_1_	146 ACE INIBIT	_2_
126 CUNIT	_2_	147 SARTANI	_2_
127/8 CSTAY	_8_ _8_	148 INSULINA	_2_
129 HSTAY	_0_ _4_	149 ANTIDIAB ORALI	_2_
130 ANTIARITMICI	_2_	150 TROMBOL	_2_
131 EPARINA CLASS	_2_	151 CORONAROG	_2_
132 EPARINA BASSO PM	_2_	152 BY PASS	_2_
133 ANTICOAGUL ORALI	_2_	153 ANGIOPL NO STENT	_2_
134 ASPIRINA	_2_	154 ANGIOPL STENT	_2_
135 TICLOPIDINA O CLOPID	_2_	155 PACE MAKER	_2_
136 INIBITORI GLICOP	_2_	156 test troponina	_2_
137 BETABLOC	_2_	173 intervista	_9_
138 CALCIANT DIIDROP	_2_		

## CASO N. 105

Uomo                    data di nascita:        14.10.1924  
                          data di ricovero        17.12.1996

### Motivo: dispnea

**STORIA DELLA MALATTIA:** ricoverato il 17.12.96 presso l'unità di cure respiratorie perché da due giorni comparsa di insufficienza respiratoria con riduzione della tolleranza allo sforzo.

Egli soffre da molto tempo di enfisema che gli ha ridotto la capacità di movimento, ed è trattato al domicilio con ossigeno terapia di supporto. Inoltre soffre di malattia coronarica ed ha avuto un infarto nel 1994, per il quale è stato ricoverato ed in seguito ha avuto episodi di angina, ma non negli ultimi 6 mesi. Il medico accettante ha incrementato la terapia con broncodilatatori diuretici e digoxina.

**ESAME OBIETTIVO:** Paziente dispnoico, polso a 110 bpm, ritmico, non rilevata pressione venosa, PA 130/70. Edemi declivi e addome ascitico. ECG: evidenza di pregresso infarto inferiore, effetti digitalici, ipertrofia ventricolare destra e P polmonare.

Conclusione: Cuore polmonare – malattia ischemica cardiaca

**STORIA EVENTO E TRATTAMENTO:** Il paziente è stato posto in trattamento con ossigeno terapia, broncodilatatori, digoxina, diuretici ed un antibiotico di copertura per infezioni.

Le condizioni generali e l'emogasanalisi sono migliorati dopo due giorni e i segni di disturbo ventricolare destro sull'ECG (P polmonare), sono diminuiti.

Il 19.12. : inizia la mobilizzazione; mentre stava camminando per un breve tratto con l'infermiera, ha accusato un improvviso dolore toracico, associato a mancanza di respiro, seguito immediatamente da AC. Le manovre rianimatorie sono immediatamente iniziate, è stato attaccato al monitor che ha mostrato la presenza di complessi dissociati, con frequenza di 40 al minuto, assenza dei polsi periferici. L'infusione di bicarbonato e atropina hanno aumentato la frequenza a 60 bpm ed il ripristino di alcuni respiri spontanei ma tuttavia senza la comparsa clinica di battito cardiaco alla ascoltazione.

Il paziente è stato intubato e defibrillato per la comparsa di FV. Le manovre rianimatorie sono state sospese dopo 25 minuti ed il paziente è stato dichiarato morto. Non è stato richiesto il riscontro autoptico.

**DIAGNOSI CERTIFICATO DI MORTE:** Arresto cardiaco; Cuore polmonare; Cardiopatia ischemica.

Codifica ECG: 9 (ecg non raccolti per codifica)

Enzimi: non disponibili

TEST CASE SERIAL NUMBER		105 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   6   9
DATANASCITA	1   4   10   1   2   4	CLIND2	4   2   7   5
DATA ONSET	1   9   1   2   9   6	CLIND3	4   1   4   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	5
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	1
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	1   9   1   2   9   6
77NUMERO ECG	1	102 ESTST	1
78 ECG	9	103 NECP	3
79 ENZIMI	9	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		105 ACC	
DATANASCITA	2   3   1   2   3   2	139 DILTIAZEM	2
119 TIME	1	140 VERAPAMIL	2
120 INITIC	4	141 DIURETICI	2
121 CAROUT	2	142 ALTRI IPOTENS	2
122 RESOUT	8	143 INOTROPO POS	2
123 REAAR	8	144 NITRODERIVATI	2
124 CARIN	1	145 IPOLIPEMIZ	2
125 RESIN	1	146 ACE INIBIT	2
126 CUNIT	2	147 SARTANI	2
127/8 CSTAY	8   8	148 INSULINA	2
129 HSTAY	0   2	149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	9
138 CALCIANT DIIDROP	2		

## CASO N. 106

Donna	data di nascita	08.08.1930	
		data di ricovero	02.03.1997

### Motivo del ricovero: offuscamento della vista

**ANAMNESI PROSSIMA:** Donna di 66 anni, che da circa 6 mesi lamenta episodi di calo visivo all'occhio destro. Questi episodi si sono presentati in una ventina di occasioni ed in tre di questi erano associati difficoltà alla parola ed alla deglutizione. Gli attacchi durano circa 20 minuti. Si è rivolta ad un neurologo il quale ha posto il sospetto di una patologia a carico delle carotidi. L'angiografia carotidea ha evidenziato la presenza di stenosi bilaterale.

**ANAMNESI REMOTA:** Nessuna evidenza di episodi di angina o di infarto miocardico. Nessuna patologia a carico degli altri organi

**TERAPIA AL DOMICILIO:** Acido Acetilsalicilico 50 mg/die

**STORIA FAMILIARE:** sposata, con due figli maschi ed 1 femmina. Non conosce storia di patologie familiari a carico dei genitori in quanto è stata adottata da bambina e non conosce la famiglia d'origine. Il marito da qualche tempo soffre di bronchite. Lei ha interrotto il lavoro in una lavanderia a causa degli attacchi. Non ha smesso di fumare, anche se afferma di avere ridotto a 10 sigarette al giorno (in precedenza ne fumava 40).

Recentemente ha accusato oppressione al torace mentre cammina al freddo, che si risolve quando si ferma. Di questo problema non ne ha parlato con il suo medico e non assume terapie per questo disturbo. Il dolore toracico non compare frequentemente, se non quando assiste a scene particolarmente emozionanti durante la visione delle soap-opera televisive.

**ESAME OBIETTIVO:** FC 78, PA 155/90. Toni cardiaci validi. Occasionali rantolii polmonari. Polsi periferici ridotti. Soffi carotidei bilaterali. Macchie di nicotina alle dita.

### EVOLUZIONE CLINICA:

02.03.1997: entra in reparto

ore 19.00: la paziente ha avuto un collasso improvviso con assenza di polsi periferici. Arresto cardiaco. Al monitor evidenza di fibrillazione ventricolare. Dopo DC shock, ricomparsa di ritmo sinusale. Trasferita in Rianimazione. FC 110, PA 100/60 – Lidocaina in infusione.

Ore 21.00: ritmo stabile; paziente in VAM. Non apparenti segni focali di danno cerebrale, anche se la valutazione neurologica è parziale a causa della sedazione della paziente (sedata perché attaccata al respiratore). L'ECG non mostra segni evolutivi di lesione cardiaca.

03.03.97: paziente estubata, completamente cosciente. Ritmo stabile, non deficit neurologici; vista dal cardiologo e trasferita in UCC. Programmate nei prossimi 6 giorni esecuzione di coronarografia e arteriografia dei vasi sovraortici. Nel frattempo inizia terapia con Verapamil e viene indicato di smettere di fumare.

04.03.97: trasferita in reparto generale

12.03.97: coronarografia: evidenza di grave patologia trivascolare, in associazione a patologia stenotica carotidea. Viene interpellato il chirurgo vascolare.

14.03.97: Dimessa, in terapia con verapamil. Verrà eseguita valutazione ambulatoriale del chirurgo vascolare.

**DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:**

- Malattia coronarica
- Fibrillazione Ventricolare
- Stenosi carotidea bilaterale
- 30.03.97:visita ambulatoriale cardiologica: stop fumo. Continua verapamil. È stata posta indicazione all'intervento per risoluzione della patologia coronarica e per quella carotidea. Verrà valutata la priorità o la possibilità di intervenire contemporaneamente.

ENZIMI	DATA ESECUZIONE			Val max norm
	2.03.	03.03	04.03	
CPK	24	64	44	35
LDH	200	350	280	215

**CODIFICA ECG:** Probabile (2)

TEST CASE SERIAL NUMBER		106 TS
SESSO	2	CLIND1   4   1   4   9
DATANASCITA	0   8   0   8   3   0	CLIND2   4   2   7   4
DATA ONSET	0   2   0   3   9   7	CLIND3   4   3   3   1
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)   7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH   2
76 SINTOMI	4	DATA MORTE   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST   8
78 ECG	2	103 NECP   8
79 ENZIMI	2	NECP1   8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2   8   8   8   8
118 DIACAT	3	NECP3   8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		106 ACC
DATA NASCITA	0   8   0   8   3   0	138 CALCIANT DIIDROP   2
119 TIME	1	139 DILTIAZEM   2
120 INITIC	4	140 VERAPAMIL   1
121 CAROUT	2	141 DIURETICI   2
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS   2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS   2
124 CARIN	1	144 NITRODERIVATI   2
125 RESIN	1	145 IPOLIPEMIZ   2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT   2
127/8 CSTAY	0   1	147 SARTANI   2
129 HSTAY	1   1	148 INSULINA   2
130 ANTIARITMICI	1	149 ANTIDIAB ORALI   2
131 EPARINA CLASS	2	150 TROMBOL   2
132 EPARINA BASSO PM	2	151 CORONAROG   1
133 ANTICOAGUL ORALI	2	152 BY PASS   2
134 ASPIRINA	2	153 ANGIOPL NO STENT   2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	154 ANGIOPL STENT   2
136 INIBITORI GLICOP	2	155 PACE MAKER   2
137 BETABLOC	1	156 test troponina   2
		173 intervista   9

## CASO N. 107

Uomo                    data di nascita:        25.02.1942  
                          data di ricovero        11.11.1995

### Causa del ricovero: dolore toracico

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:** angina pectoris da sforzo da 6 mesi; la sintomatologia è peggiorata nell'ultimo week-end prima del ricovero.

Alle 21.00 del 11.11, ha accusato un episodio prolungato di dolore toracico, anteriore, irradiato agli arti superiori ed alla mandibola, associato a sudorazione e vomito. La moglie ha chiamato l'ambulanza ed il paziente è arrivato in pronto soccorso alle 22.30 ove è stato visitato da un medico ed alle 23.30 è stato avviato all'UCC dopo una iniezione di morfina, prima di essere posto sotto sorveglianza con monitor.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA :** paziente in trattamento anti-ipertensivo da 4 anni. Nel luglio 1994 ha avuto un ictus cerebrale, con emiparesi destra. Attualmente non segni o sintomi.

**STORIA FAMILIARE:** Disoccupato da 10 anni. Precedentemente addetto alla fornace in una acciaieria. Sposato, vive con la moglie. Fuma 15 sigarette al giorno. Padre deceduto a 55 anni per patologia cardiaca e madre deceduta a 65 anni per K ovarico. Non altri parenti viventi.

**TERAPIA AL DOMICILIO:** Bendrofluazide, metoprololo, nifedipina, nitroderivati, cloropromazina.

**ESAME OBIETTIVO:** Condizioni stabili, FC 78, ritmo sinusale. PA 140/100, torace pulito. All'ECG evidenza di infarto miocardico anteriore.

### DIARIO CLINICO:

12.11: segni di insufficienza cardiaca, sfregamenti pleurici. In trattamento con diuretici tiazidici. Lidocaina in infusione.

13.11: Ritmo stabile, Trasferito dall'UCC.

15.11: persistono segni di scompenso cardiaco sinistro cronico; il paziente oggi ha evidenziato un riacutizzarsi dello scompenso (quadro di edema polmonare). Aumentata la dose di diuretico ed iniziato trattamento digitalico.

17.11: ulteriore episodio di edema polmonare malgrado terapia con diuretici e digitale. Iniziata terapia con vasodilatatori periferici. Sottoposto a scintigrafia miocardica per valutazione del danno muscolare.

19.11: la scintigrafia ha evidenziato una disfunzione ventricolare sinistra globale con ridotta capacità eiettiva. Prognosi infausta. Continua con vasodilatatori e trattamento per lo scompenso, con aggiunta di Captopril.

25.11: Bassa mobilizzazione a causa di ulteriore episodio di edema. Inizia trattamento antibiotico per infezione polmonare.

30.11: durante un episodio di EPA comparsa di AC. Manovre rianimatorie senza successo. Somministrati adrenalina, lidocaina, calcio cloridrato e sodio bicarbonato. Paziente deceduto. Non richiesta autopsia.

Enzimi	DATA ESECUZIONE				Val max norm
	12.11	14.11	16.11	18.11	
CPK	2040	720	205	115	150
LDH	1200	2800	1980	1340	525

**Diagnosi di dimissione:** Infarto miocardico acuto; Disfunzione ventricolo sinistro

**Diagnosi certificato di morte:** Cardiopatia ischemica

**Codifica ECG:** Sicuro (1)

TEST CASE SERIAL NUMBER		107 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   4   9
DATANASCITA	2   5   0   2   4   2	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	1   1   1   1   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	3   0   1   1   9   5
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	3
78 ECG	1	103 NECP	3
79 ENZIMI	1	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	1	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		107 ACC	
DATANASCITA	2   5   0   2   4   2	139 DILTIAZEM	2
119 TIME	3	140 VERAPAMIL	2
120 INITIC	4	141 DIURETICI	1
121 CAROUT	2	142 ALTRI IPOTENS	2
122 RESOUT	8	143 INOTROPO POS	1
123 REAAR	8	144 NITRODERIVATI	1
124 CARIN	1	145 IPOLIPEMIZ	2
125 RESIN	1	146 ACE INIBIT	1
126 CUNIT	1	147 SARTANI	2
127/8 CSTAY	0   2	148 INSULINA	2
129 HSTAY	1   8	149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	1	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	9
138 CALCIANT DIIDROP	2		

## CASO N. 108

Donna                      data di nascita: 13.07.1938  
                                 data di ricovero 14.11.1996

### **STORIA DELL'EVENTO:**

Questa donna, normalmente residente in area Monica, morì improvvisamente durante un viaggio in Brasile ove si è recata a trovare la sorella. La sorella ha telefonato da Rio per dire che pensa che la morte sia stata causata da un attacco cardiaco. I parenti sostengono che stava bene al momento della partenza, non era seguita dal medico curante per patologie particolari, tranne che per una lieve depressione trattata con piccole dosi di tranquillanti. Fumava intensamente fino a 60 sigarette al giorno. Si è apparentemente collassata all'improvviso, mentre stava visitando un museo, senza lamentare alcun sintomo, due giorni dopo il suo arrivo a Rio e subito dopo un pasto abbondante. Stava abbastanza bene e durante i due giorni in Brasile non aveva consultato medici, anche se aveva incontrato il medico dell'ambasciata alla reception dell'albergo il giorno prima di morire. L'equipaggio dell'ambulanza afferma che la donna era già morta al loro arrivo ed è stata certificata la morte senza che siano state eseguite manovre rianimatorie.

Non è stata richiesta autopsia e l'inumazione è stata effettuata in loco. Il certificato di morte dichiara che la causa della morte è da riferire ad insufficienza cardiaca improvvisa e copia del certificato è stata inviata al centro Monica dal medico curante presso il quale era seguita.

### **DIAGNOSI DI MORTE:**

insufficienza cardiaca improvvisa.

**ENZIMI:** non disponibili

**CODIFICA ECG:** non disponibile

TEST CASE SERIAL NUMBER		108 TS	
SESSO	2	CLIND1	4   2   8   9
DATANASCITA	1   3   0   7   3   8	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	1   4   1   1   9   6	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	4	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	2
76 SINTOMI	4	DATA MORTE	1   4   1   1   9   6
77NUMERO ECG	1	102 ESTST	1
78 ECG	9	103 NECP	3
79 ENZIMI	9	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	9	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		108 ACC	
DATANASCITA	1   3   0   7   3   8	138 CALCIANT DIIDROP	8
119 TIME	9	139 DILTIAZEM	8
120 INITIC	9	140 VERAPAMIL	8
121 CAROUT	1	141 DIURETICI	8
122 RESOUT	2	142 ALTRI IPOTENS	8
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	8
124 CARIN	8	144 NITRODERIVATI	8
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	8
126 CUNIT	2	146 ACE INIBIT	8
127/8 CSTAY	8   8	147 SARTANI	8
129 HSTAY	8   8	148 INSULINA	8
		149 ANTIDIAB ORALI	8
130 ANTIARITMICI	8	150 TROMBOL	8
131 EPARINA CLASS	8	151 CORONAROG	8
132 EPARINA BASSO PM	8	152 BY PASS	8
133 ANTICOAGUL ORALI	8	153 ANGIOPL NO STENT	8
134 ASPIRINA	8	154 ANGIOPL STENT	8
135 TICLOPIDINA O CLOPID	8	155 PACE MAKER	8
136 INIBITORI GLICOP	8	156 test troponina	8
137 BETABLOC	8	173 intervista	8

## CASO N. 109

Donna                      data di nascita                      12.12.1931  
    data di ricovero                      30.09.1995

### Motivo del ricovero: dolore toracico

**STORIA DEL PRESENTE ATTACCO:** donna di 63 anni. Si è svegliata nella notte con un dolore toracico importante, continuo, irradiato al dorso ed alle braccia. È iniziato alle 2.00 circa ed alle 2.20 ha chiamato la guardia medica. Il medico dell'emergenza gli ha praticato una iniezione antidolorifica e somministrato della trinitrina.

**ANAMNESI PATOLOGICA PREGRESSA:** visitata per dolore toracico due anni fa ma non è stata fatta alcuna diagnosi. Da circa 9 mesi le è stata diagnosticata angina pectoris, ma non sono stati iniziati trattamenti. Ha avuto un episodio di TIA un anno fa. Non assume alcuna terapia.

**ANAMNESI FAMILIARE:** sposata, lavora a tempo pieno in un negozio. Fuma circa 30 sigarette al giorno. Madre e padre deceduti verso i 60 anni per IMA

**ESAME OBIETTIVO:** Evidentemente sofferente per il dolore toracico. Obesa. FC 70 ritmico, PA 130/90. Tutti i polsi periferici presenti. All'ECG evidenza di vasto IMA anteriore.

### EVOLUZIONE RICOVERO:

30.09: ricoverata in UCC ha manifestato un episodio di FV; trattata con DC shock e massaggio cardiaco esterno. Somministrata eparina, furosemide, nitroderivati, xilocaina. Ripresa del ritmo: FC 70 ritmo sinusale stabile, PA 140/100.

1.10: In respiro spontaneo ma incosciente. PA 105/80, FC 120. Alle ore 11.00 inizia trattamento con farmaci inotropi.

7.10: Rx torace: evidenza di cardiomegalia e edema polmonare. Risponde; all'ecocardiogramma evidenza di ritmo galoppante, con sfregamento pericardico e essudato.

11.10: Coma profondo. Alla TAC evidenza di vasta area di infarto cerebrale. La scintigrafia cardiaca evidenza dilatazione del ventricolo sinistro con setto acinetico e bassa capacità eiettiva.

16.10: Coma profondo. Severo scompenso di cuore e decadimento delle condizioni generali non rispondenti a farmaci. Deceduta alle 12.45. Non sono state tentate le manovre rianimatorie in questa occasione.

Enzimi	DATA ESECUZIONE						Val max norm
	30.09	01.10	2.10	4.10	6.10	10.10	
CPK	510	1870	952	452	162	1800	80
CPK Mb	15	76	22	10	2	24	10
GOT	56	276	184	62	59	72	18
LDH	248	786	1560	1370	920	762	240

**Codifica ECG:** Ischemico (3)

**Diagnosi clinica:**

Infarto miocardico

Shock cardiogeno

Infarto cerebrale

**Diagnosi certificato di morte:**

Infarto miocardio

TEST CASE SERIAL NUMBER		109 TS	
SESSO	2	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	1   2   1   2   3   1	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	3   0   0   9   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	1
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	1   6   1   0   9   5
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	3
78 ECG	3	103 NECP	1
79 ENZIMI	3	NECP1	4   1   0   1
116 NECSUM	1	NECP2	4   1   0   2
118 DIACAT	1	NECP3	4   3   1   1
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		109 ACC	
DATANASCITA	1   2   1   2   3   1	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	2	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	3	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	1
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	1
124 CARIN	1	144 NITRODERIVATI	1
125 RESIN	1	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	1   6	147 SARTANI	2
129 HSTAY	1   6	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	1	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	1	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	1	173 intervista	9

## CASO N. 110

Uomo 59 anni	data di nascita	15/03/1938
	data del decesso	27/07/1997

### **CIRCOSTANZE DEL DECESSO:**

il paziente deceduto era un dirigente, da circa sei mesi in pensione. Ha sempre goduto di buona salute e a parere del curante non ha mai assunto farmaci. Non fumatore.

Alle 13.00 del 27 /07/1997 si trovava a casa con la moglie e aveva appena finito di pranzare quando ha iniziato a lamentarsi per un improvviso dolore in sede toracica da cattiva digestione. La moglie gli ha preparato una tazza di caffè e lo ha accompagnato a letto, successivamente si è recata di sopra per vedere come stava e ha trovato il marito in queste condizioni: sudato, intensamente dispnoico, sofferente per un importante dolore toracico accompagnato da vomito. Ha immediatamente telefonato al curante e quando è risalita al piano superiore ha trovato il marito apparentemente morto a distanza di circa 20 minuti dalla comparsa dei primi sintomi. Successivamente ha avvertito un vicino che ha chiamato la polizia.

La guardia medica è arrivata circa 20 minuti più tardi, ha constatato il decesso ma si è rifiutato di redigere il certificato di morte. La polizia non ha riscontrato segni di violenza e ha convocato il medico necroscopo che ha eseguito un esame esterno del corpo . Non trovando segni di violenza e considerata la vicenda ha deciso di redigere il certificato di morte dichiarando come causa di morte: malattia ischemica cardiaca Non sussistono circostanze sospette circa la morte del paziente. Non è stato richiesto riscontro autoptico.

TEST CASE SERIAL NUMBER		110 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   4   9
DATANASCITA	1   5   0   3   3   8	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	2   7   0   7   9   7	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	4	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	2   7   0   7   9   7
77NUMERO ECG	1	102 ESTST	1
78 ECG	9	103 NECP	3
79 ENZIMI	9	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		110 ACC	
DATANASCITA	1   5   0   3   3   8	138 CALCIANT DIIDROP	8
119 TIME	2	139 DILTIAZEM	8
120 INITIC	2	140 VERAPAMIL	8
121 CAROUT	1	141 DIURETICI	8
122 RESOUT	2	142 ALTRI IPOTENS	8
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	8
124 CARIN	8	144 NITRODERIVATI	8
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	8
126 CUNIT	8	146 ACE INIBIT	8
127/8 CSTAY	8   8	147 SARTANI	8
129 HSTAY	8   8	148 INSULINA	8
		149 ANTIDIAB ORALI	8
130 ANTIARITMICI	8	150 TROMBOL	8
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	8
132 EPARINA BASSO PM	8	152 BY PASS	8
133 ANTICOAGUL ORALI	8	153 ANGIOPL NO STENT	8
134 ASPIRINA	8	154 ANGIOPL STENT	8
135 TICLOPIDINA O CLOPID	8	155 PACE MAKER	8
136 INIBITORI GLICOP	8	156 test troponina	8
137 BETABLOC	8	173 intervista	8



Enzimi	DATA ESECUZIONE				Val max norm
	16.08	17.08	18.08	19.08	
CPK	65%	560%	580%	420%	%del limite sup del normale
CPK Mb	158%	472%	285%	178%	%del limite sup del normale
GOT	84%	386%	452%	285%	%del limite sup del normale
LDH	138%	258%	286%	276%	%del limite sup del normale

**TERAPIA ALLA DIMISSIONE:** Furosemide, potassio, digoxina.

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:** infarto miocardico acuto; scompenso cardiaco congestizio; obesità.

**FOLLOW-UP:** rivisto in ambulatorio il 18.09: migliorato. Continua terapia in atto.

**CODIFICA ECG:** probabile (2)

NON RACCOGLIERE – FUORI ETA' (vedi data di nascita)

TEST CASE SERIAL NUMBER		111 TS	
SESSO	_1_	CLIND1	_ _ _ _
DATANASCITA	0_ 7_ 1_ 0_ 2_ 1_	CLIND2	_ _ _ _
DATA ONSET	_ _ _ _	CLIND3	_ _ _ _
MANAGE	_	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	_
SURVIVE a 28 giorni	_	93 HISDH	_
76 SINTOMI	_	DATA MORTE	_ _ _ _
77NUMERO ECG	_	102 ESTST	_
78 ECG	_	103 NECP	_
79 ENZIMI	_	NECP1	_ _ _ _
116 NECSUM	_	NECP2	_ _ _ _
118 DIACAT	_	NECP3	_ _ _ _
TEST CASE SERIAL NUMBER		111 ACC	
DATANASCITA	_ _ _ _	138 CALCIANT DIIDROP	_
119 TIME	_	139 DILTIAZEM	_
120 INITIC	_	140 VERAPAMIL	_
121 CAROUT	_	141 DIURETICI	_
122 RESOUT	_	142 ALTRI IPOTENS	_
123 REAAR	_	143 INOTROPO POS	_
124 CARIN	_	144 NITRODERIVATI	_
125 RESIN	_	145 IPOLIPEMIZ	_
126 CUNIT	_	146 ACE INIBIT	_
127/8 CSTAY	_ _	147 SARTANI	_
129 HSTAY	_ _	148 INSULINA	_
		149 ANTIDIAB ORALI	_
130 ANTIARITMICI	_	150 TROMBOL	_
131 EPARINA CLASS	_	151 CORONAROG	_
132 EPARINA BASSO PM	_	152 BY PASS	_
133 ANTICOAGUL ORALI	_	153 ANGIOPL NO STENT	_
134 ASPIRINA	_	154 ANGIOPL STENT	_
135 TICLOPIDINA O CLOPID	_	155 PACE MAKER	_
136 INIBITORI GLICOP	_	156 test troponina	_
137 BETABLOC	_	173 intervista	_

## CASO N. 112

Uomo                      data di nascita:            15/06/1933  
                                 data di ricovero:           19/02/1997

### **SINTOMI D'ESORDIO: prolungato dolore toracico**

#### **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

il paziente ha accusato i primi sintomi alle 18.00 del 18/02/1997. Inizialmente pensava che questi fossero causati da una indigestione, motivo per cui ha assunto un certo numero di farmaci contro la dispepsia. Il dolore, localizzato a livello retrosternale basso e all'epigastrio era irradiato al dorso, e associato inizialmente a flatulenze, ma successivamente si ebbe la comparsa di nausea e vomito.

Alle 10.00 della mattina del ricovero la moglie ha interpellato la guardia medica richiedendo una visita domiciliare perché il marito non si sentiva bene. La guardia medica, arrivata intorno alle 11.30, ha visitato il paziente trovando: pressione arteriosa 166/94, frequenza cardiaca 84 presenza di un terzo tono al cuore sebbene ci fosse sofferenza a livello epigastrico. Ha condotto il paziente all'ospedale per sottoporla ad una valutazione completa come un possibile caso di infarto miocardico.

#### **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

Ipertensione nota dal 1985. Comparsa di angina pectoris nel 1990, inizialmente trattata farmacologicamente. Infarto miocardico nel 1991. By-pass coronarico (due rami) nel 1992 con assenza di sintomatologia anginosa per due anni. Ripresa della sintomatologia nel 1994, trattata farmacologicamente poiché una angiografia coronarica eseguita in tale periodo sconsigliava un ulteriore intervento chirurgico.

**STORIA SOCIALE E FAMILIARE:** Coniugato, pensionato ex produttore televisivo. Ex fumatore dal 1991. Due aperitivi al giorno prima dei pasti.

**TERAPIA FARMACOLOGICA:** Atenololo, bendrofluazide.

#### **DIARIO CLINICO:**

19/02/1997: dolore attenuato da somministrazione di morfina, inviato all'Unità di Cura Coronarica come possibile caso di recidiva di infarto miocardico.

20/02/1997: Rx torace normale. Frequenti battiti ventricolari ectopici e breve serie di tachicardia ventricolare trattata con lidocaina intravenosa, iniziato successivamente trattamento orale con procainamide per 48 ore. La terapia con atenololo è stata sospesa.

21/02/1997: L'Rx torace eseguito al letto del paziente mostrava note di insufficienza ventricolare sinistra. Frequenza cardiaca stabile; somministrata singola dose di furosemide: Trasferito dall'UCC al reparto di degenza.

26/02/1997: Dimissibile domani.

#### **DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:**

Recidiva di infarto miocardico

Ipertensione(trattata)

Infarto Miocardico(1991)

By-pass coronarico(1992)

**TERAPIA ALLA DIMISSIONE: Bendrofluazide**

**FOLLOW UP:** Sottoposto a controlli il 01/04/1997. Alcuni episodi di angina e dispnea sotto sforzo, continua la terapia diuretica, pressione arteriosa 152/102. Ripresa terapia con atenololo.

Enzimi	DATA ESECUZIONE			Val max norm
	19.02	20.02	21.02	
CPK	580	780	350	180
CPK Mb	16	34	24	4

TEST CASE SERIAL NUMBER		112 TS	
SESSO	_1_	CLIND1	_4_ _1_ _0_ _9_
DATANASCITA	1_ _5_ _0_ _6_ _2_ _3_	CLIND2	_4_ _0_ _1_ _9_
DATA ONSET	1_ _8_ _0_ _2_ _9_ _7_	CLIND3	_4_ _1_ _2_ _9_
MANAGE	_1_	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	_5_
SURVIVE a 28 giorni	_1_	93 HISDH	_1_
76 SINTOMI	_1_	DATA MORTE	8_ _8_ _8_ _8_ _8_ _8_
77 NUMERO ECG	_4_	102 ESTST	_8_
78 ECG	_1_	103 NECP	_8_
79 ENZIMI	_1_	NECP1	_8_ _8_ _8_ _8_
116 NECSUM	_8_	NECP2	_8_ _8_ _8_ _8_
118 DIACAT	_1_	NECP3	_8_ _8_ _8_ _8_
		117 – copia rep autop	_2_
TEST CASE SERIAL NUMBER		101 ACC	
DATANASCITA	1_ _5_ _0_ _6_ _2_ _3_	138 CALCANT DIIDROP	_2_
119 TIME	_5_	139 DILTIAZEM	_2_
120 INITIC	_2_	140 VERAPAMIL	_2_
121 CAROUT	_2_	141 DIURETICI	_1_
122 RESOUT	_8_	142 ALTRI IPOTENS	_2_
123 REAAR	_8_	143 INOTROPO POS	_2_
124 CARIN	_2_	144 NITRODERIVATI	_2_
125 RESIN	_8_	145 IPOLIPEMIZ	_2_
126 CUNIT	_1_	146 ACE INIBIT	_2_
127/8 CSTAY	_0_ _2_	147 SARTANI	_2_
129 HSTAY	_1_ _2_	148 INSULINA	_2_
		149 ANTIDIAB ORALI	_2_
130 ANTIARITMICI	_1_	150 TROMBOL	_2_
131 EPARINA CLASS	_2_	151 CORONAROG	_2_
132 EPARINA BASSO PM	_2_	152 BY PASS	_2_
133 ANTICOAGUL ORALI	_2_	153 ANGIOPL NO STENT	_2_
134 ASPIRINA	_2_	154 ANGIOPL STENT	_2_
135 TICLOPIDINA O CLOPID	_2_	155 PACE MAKER	_2_
136 INIBITORI GLICOP	_2_	156 test troponina	_2_
137 BETABLOC	_2_	173 intervista	_8_

## CASO N. 113

Donna                      data di nascita:            05/03/1932  
                                 data di ricovero:           23/02/1997

### **SINTOMI D'ESORDIO: importante dolore toracico.**

#### **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

Alle 09.15, mentre stava lavando i piatti dopo la colazione, ha accusato un dolore toracico in sede anteriore irradiato al braccio sinistro, il dolore è durato 30 minuti e poi è diminuito di intensità. La paziente è quindi uscita per condurre degli anziani all'ambulatorio, ma alle 12.00 il dolore è ricomparso con sudorazione e nausea, accompagnato dalla sensazione di malessere. Ha guidato fino all'ospedale e poi ha camminato fino al pronto soccorso dove è stata visitata alle 12.45 e inviata all'Unità di Cura Coronarica alle 13.15.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:** Non precedenti episodi di malattie cardiache. isterectomia per fibromi.

**TERAPIA:** Nessuna

**STORIA SOCIALE E FAMILIARE:** Genitori e affini in buona salute .Anamnesi familiare negativa per malattie cardiache. Nubile, vive da sola, pensionata ex impiegata statale, fumava circa 25 sigarette al dì fino all'ultimo Natale quando ha smesso in seguito al decesso di un amico per neoplasia polmonare.

**ALL'OSSERVAZIONE:** paziente francamente sofferente, pressione arteriosa 125/65 frequenza cardiaca 110 ritmico; l'Rx torace mostra alcune dilatazioni aortiche, elettrocardiogramma non diagnostico.

**SOSPETTO CLINICO:** Ricovero in unità coronarica per escludere la possibilità di infarto miocardico. iniezione intramuscolo di CYCLIZINE e morfina.

#### **DIARIO CLINICO:**

23/02/87: dolore toracico ridotto da una iniezione, successiva ricomparsa e nuova iniezione; sviluppo di ectopie multifocali 8 ore dopo il ricovero. Inizia terapia con lidocaina.

24/02/87: persistono battiti ectopici ventricolari multifocali. Ricomparsa di dolore toracico alle 05.00 seguita da fibrillazione ventricolare alle 05.30, riconversione immediata a ritmo sinusale con singolo D.C. shock. Aumentata la dose di lidocaina; all'ascoltazione segni di scompenso ventricolare sinistro; inizia terapia con furosemide.

25/02/87: ritmo stabile, ridotta la dose di lidocaina.

26/02/87: lidocaina sospesa ieri, cessata la monitorizzazione questo pomeriggio.

27/02/87: trasferita in reparto di degenza.

02/03/87: buona mobilizzazione, inizia terapia con atenololo.

04/03/87: dimessa.

**TERAPIA ALLA DIMISSIONE:** atenololo, moduretic, trinitrina.

**DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:** infarto miocardico, fibrillazione ventricolare.

**CONDIZIONI POST DIMISSIONE:** il curante ha visitato la signora alle 12.00 del 23/03/97.

La paziente sembrava in miglioramento, sebbene contrariata per le condizioni atmosferiche e per il riposo forzato in quanto voleva tornare ad accompagnare gli anziani. La sera stessa, la vicina, si è recata a portarle alcuni prodotti che la signora le aveva chiesto di comprarle. Ha suonato più volte alla porta senza ottenere risposta e si è preoccupata in quanto sentiva il rumore del televisore acceso. La vicina a questo punto è riuscita ad entrare in casa e l'ha trovata deceduta su una sedia. Ha avvertito la polizia la quale ha dichiarato che non sussistevano circostanze sospette, ed è stato chiamato il medico legale che ha accertato alla morte e ha stimato che questa sia avvenuta circa due ore prima. Non venne richiesto riscontro autoptico e il medico legale firmò il certificato di morte dichiarando che la morte era stata causata da: infarto miocardico acuto.

TEST CASE SERIAL NUMBER		113 TS	
SESSO	2	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	0   5   0   3   3   2	CLIND2	4   2   7   4
DATA ONSET	2   3   0   2   9   7	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	1	103 NECP	8
79 ENZIMI	2	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	1	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		113 ACC	
DATANASCITA	0   5   0   3   3   2	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	4	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	4	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	1
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	2
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   4	147 SARTANI	2
129 HSTAY	0   9	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	1	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	1
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	1	173 intervista	8

## CASO N. 114

Uomo                      data di nascita:        12/13/1938  
                             data di ricovero:      09/12/1996

### **SINTOMI D'ESORDIO: dolore toracico per 3 giorni**

#### **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

il paziente, infermiere, ha accusato un importante dolore toracico, durato dalle 01.30 alle 02.00 della mattina del 7 Dicembre mentre era in servizio notturno presso un reparto chirurgico. Il dolore è scomparso lasciandolo piuttosto stanco ma ha pensato che ciò fosse dovuto al turno notturno. Il giorno 8 dicembre iniziavano i suoi giorni di riposo e si è recato a camminare in collina anche se non si sentiva in forma. Ha notato la ricomparsa del dolore toracico associato a dispnea durante la salita e ha dovuto rallentare e fermarsi: si sentiva affaticato e ha dovuto interrompere la camminata sebbene egli normalmente fosse in forma. Dopo il riposo notturno continuava a non sentirsi bene e durante la mattinata si è recato dal proprio medico curante che lo ha sottoposto a elettrocardiogramma. Visto il risultato è stato ricoverato direttamente all'Unità di Cura Coronarica alle 11.30 del 9 Dicembre.

#### **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

frattura composta di tibia e fibula mentre sciava nel febbraio 1982 complicata da trombosi venosa profonda e embolia polmonare. Terapia anticoagulante per 6 mesi. Anamnesi negativa per precedenti malattie coronariche.

**TERAPIA FARMACOLOGICA:** nessuna.

**ALLERGIE:** pollinosi.

#### **STORIA SOCIALE E FAMILIARE:**

coniugato con una infermiera, nessun figlio; genitori deceduti per patologia neoplastica, familiarità negativa per malattie cardiache. Fumatore di 5 sigarette al dì fino a 6 mesi prima, occasionale consumo di alcool.

#### **IN OSSERVAZIONE:**

paziente molto agitato pur in assenza di dolore toracico o dispnea. Pressione arteriosa 110/90 frequenza 96 ritmico, PVC normale, non riscontrate anomalie al torace. L'elettrocardiogramma suggerisce un infarto miocardico.

#### **DIAGNOSI ALL'INGRESSO:**

infarto miocardico acuto ma potrebbe essere avvenuto alcuni giorni fa.

10/12/96: infarto miocardico anteroseptale non complicato, enzimi cardiaci elevati, asintomatico, assenza di reperti patologici a livello polmonare. Inizia terapia con beta bloccante.

11/12/96: assenza di dolore toracico e di segni d'insufficienza cardiaca.

12/12/96: non ulteriori dolori toracici, trasferito al reparto di degenza, continua la terapia con beta bloccanti. Test cardiologici standard per età inferiore ai 50 anni.

29/12/96: esegue coronarografia e venticolografia sinistra: stenosi non critica (25%) dell'arteria coronaria discendente sinistra, peraltro normali le coronarie destra e sinistra, frazione d'ieiezione conservata.

La ventricolografia con Tecnezio99 mostra: discinesia apicale e acinesia del tratto anteroseptale, frazione d'eiezione del ventricolo sinistro (55%). La scintigrafia miocardica con Tallio 201 evidenzia diminuita perfusione nell'area anteroseptale.

07/01/97: dimesso.

**TERAPIA DOMICILIARE:** beta bloccante , trinitrina.

Cod ECG: Probabile 2

**DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE:** infarto miocardico.

Enzimi	DATA ESECUZIONE			Val max norm
	9.12	10.12	11.12	
CPK	720	635	148	80
CPK Mb	48	18	7	10
GOT	82	88	50	18

TEST CASE SERIAL NUMBER		114 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	1   2   0   3   3   8	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	0   7   1   2   9   6	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77 NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	2	103 NECP	8
79 ENZIMI	1	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	1	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		114 ACC	
DATANASCITA	1   2   0   3   3   8	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	6	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	2	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	2
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	2
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   2	147 SARTANI	2
129 HSTAY	2   7	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	1
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	1	173 intervista	8

## CASO N. 115

Uomo                      data di nascita              06.06.1949  
                                  data di ricovero              24.06.1995

### Motivo del ricovero: dolore toracico da oggi

**STORIA DEL PRESENTE EVENTO:** il paziente ha avuto un IMA nel dicembre 1994. Non ha più avuto sintomi dalla dimissione. Oggi, alle 11, mentre si trovava in negozio, ha avuto un dolore al petto, durato circa 10 minuti, accompagnato da palpitazioni, nausea e sudorazione. Ha avuto un altro episodio dopo un'ora ed uno successivo dopo due ore; si è preoccupato e si è recato direttamente al pronto soccorso dell'ospedale dove è stato visitato alle 14.30 e ricoverato in UCC. Ogni episodio di dolore è durato 10 minuti o meno.

**ANAMNESI PREGRESSA:** Tubercolosi da bambino. Sempre da bambino evidenza di lesione alla testa con insufficienza pituitaria e ipogonadismo. Nel dicembre 1994 IMA. Durante questo ricovero è stato riscontrato diabete e posto in trattamento con insulina.

Storia familiare: Storia familiare positiva per malattie di cuore. Celibe, vive con il nipote. Riceve una pensione di invalidità. Fuma 40 sigarette al giorno.

**TERAPIA AL DOMICILIO:** Bumetanide, LentoK, Testosterone, Insulina.

Esame obiettivo: Non dolore; Fisicamente iposviluppato. PA 120/70, FC 86 ritmico; toni cardiaci normali. Nulla a carico degli altri organi ad eccezione della mancanza dei caratteri sessuali secondari.

### EVOLUZIONE DELL'EVENTO:

24.06: ricoverato in UCC. ECG non modificato dalla dimissione dello scorso anno. Continua terapia in corso.

25.06: Non rialzo degli enzimi cardiaci. ECG invariato. Rx torace normale. Trasferito dall'UCC.

26.06: Dimesso. Deve essere rivalutato in ambulatorio tra 6 settimane. ECG da sforzo tra 4 settimane. Continua la terapia in corso.

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE:** Dolore in cardiopatia ischemica; pregresso ima; diabete mellito; ipogonadismo.

### ECG: probabile (2)

	DATA ESECUZIONE						Val max norm
	24.06						
CPK	60						150
LDH	310	34	24				525

TEST CASE SERIAL NUMBER		115 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   4   9
DATANASCITA	0   6   0   6   4   9	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	2   4   0   6   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	5
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	1
76 SINTOMI	2	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	2	103 NECP	8
79 ENZIMI	4	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	4	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		115 ACC	
DATANASCITA	0   6   0   6   4   9	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	4	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	4	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	2
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	2
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   1	147 SARTANI	2
129 HSTAY	0   2	148 INSULINA	1
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	8

## CASO N. 116

Uomo 49 anni.	data di nascita	13.04.1947
	data di ricovero	18.11.1996

### **Motivo del ricovero: insensibilità e formicolio alle braccia, con dolore toracico**

**STORIA DEL PRESENTE EVENTO:** Programmatore di computer. Oggi, verso le 7.00 ha avuto insensibilità e formicolio alle braccia, poi ha avuto dolore e ha cominciato a studiare. Si è sentito molto stanco e si è sdraiato sul letto e subito ha avuto comparsa di dolore toracico.

Ha chiamato l'ambulanza alle 8.15; l'equipaggio di soccorso è arrivato alle 8.35; il paziente era in ritmo sinusale, FC 60/m. Gli è stata praticata una iniezione intramuscolare di morfina con rapido miglioramento dei sintomi. È stato quindi ricoverato direttamente in UCC ove è giunto alle 9.15.

**ANAMNESI REMOTA:** Nessuna storia di malattie pregresse, interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri. Ha avuto sensazione di peso epigastrico e dietro lo sterno per parecchie settimane, senza nessuna associazione con lo sforzo fisico. Ha pensato che questa sensazione fosse dovuta a problemi digestivi, ha assunto degli antiacidi.

**TERAPIA AL DOMICILIO:** nessuna

**STORIA FAMILIARE E SOCIALE:** dichiara di fare un lavoro stressante come programmatore di computer e fumava 1 o 2 pacchetti di sigarette al giorno fino all'agosto u.s., quando ha iniziato a fumare preferibilmente sigari. Vive solo. Nessun altro parente.

**ESAME OBIETTIVO:** PA 135/80, FC 60. Toni cardiaci normali. Non segni di scompenso, torace pulito.

**SOSPETTO DIAGNOSTICO:** infarto miocardico acuto.

### **EVOLUZIONE EVENTO:**

18.11: ha avuto bisogno di molte dosi di morfina solfato endovena e di infusione di nitroderivati. Enzimi cardiaci elevati. Bradicardia con frequenti battiti ectopici, trattato con atropina ed infusione di lidocaina.

19.11: comparsa di dolore, associato alla respirazione con sfregamento pericardico. Bradicardia sinusale e blocco di branca posteriore in alcuni periodi come da fenomeno di Wenckbach, asintomatico, ma è stata considerata la possibilità di impiantare un pace-maker. Continua l'infusione di lidocaina e inizia terapia con procamide per la comparsa di battiti ventricolari prematuri.

20.11: stabile, in ritmo sinusale da 24 ore. Trasferito dall'UCC. Inizia programma di riabilitazione.

1.12: dimesso in terapia con procamide, nitroderivati transdermici e spray.

Deve essere rivisto in ambulatorio di cardiologia presso il dipartimento di riabilitazione.

06.01: visto in ambulatorio. Buone condizioni. Continua la terapia in atto.

**CODIFICA ECG:** sicuro (1)

ENZIMI	DATA ESECUZIONE				Val max norm
	18.11	19.1	20.11	01.12	
CPK	65%	376%	884%	87%	%del limite sup del normale
CPK-Mb	0%	288%	580%	76%	%del limite sup del normale
LDH	56%	98%	222%	264%	%del limite sup del normale

TEST CASE SERIAL NUMBER		116 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	1   3   0   4   4   7	CLIND2	4   2   6   1
DATA ONSET	2   0   0   9   8   5	CLIND3	4   2   7   6
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	3	102 ESTST	8
78 ECG	1	103 NECP	8
79 ENZIMI	1	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	1	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		116 ACC	
DATANASCITA	1   3   0   4   4   7	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	3	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	3	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	2
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	1
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   2	147 SARTANI	2
129 HSTAY	1   9	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	1	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	8

## CASO N. 117

Uomo	data di nascita	15.04.1935
	data di morte	14.07.1996

**RAPPORTO DI POLIZIA:** Il defunto era disoccupato e viveva con la moglie e la sorella, impegnate in lavoro part-time. Era un paziente del Dr. XY, il quale lo aveva in cura da 4 anni, da quanto risulta dalla cartella, per ipertensione e cardiopatia ischemica, in trattamento con metoprololo e moduretic. L'ultima visita medica risale al 20.06, ed il medico gli ha rilevato i valori pressori e rinnovato la prescrizione terapeutica. Questa è stata l'ultima volta che il medico lo ha visitato.

Alle ore 5.00 del 14.07, il paziente stava dormendo con la moglie, quando quest'ultima è stata svegliata dal marito che lamentava indisposizione. Si è recato in bagno, ha vomitato e continuava a lamentarsi di sentirsi molto male. La moglie gli ha preparato una tazza di tè. Verso le 6.45 ha avuto una improvvisa dispnea e collasso. La moglie ha chiamato il medico di emergenza che è arrivato alle 7.30 ed ha constatato la morte del paziente, rifiutando di stendere il certificato. Il medico legale, chiamato in seguito, ha evidenziato che non sussistevano circostanze sospette per la morte del paziente ed è stato trasportato al locale obitorio. Alle 11.30, dopo aver eseguito l'esame esterno del cadavere ed aver visionato la cartella clinica del medico curante, ha steso il certificato di morte che indicava le seguenti cause:

- Cardiopatia ischemica
- Ipertensione arteriosa.

TEST CASE SERIAL NUMBER		117 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   4   9
DATANASCITA	1   5   0   4   3   5	CLIND2	4   0   1   9
DATA ONSET	1   4   0   7   9   6	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	4	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	2	93 HISDH	2
76 SINTOMI	2	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	1	102 ESTST	7
78 ECG	9	103 NECP	3
79 ENZIMI	9	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		117 ACC	
DATANASCITA	1   5   0   4   3   5	138 CALCIANT DIIDROP	8
119 TIME	4	139 DILTIAZEM	8
120 INITIC	2	140 VERAPAMIL	8
121 CAROUT	1	141 DIURETICI	8
122 RESOUT	2	142 ALTRI IPOTENS	8
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	8
124 CARIN	8	144 NITRODERIVATI	8
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	8
126 CUNIT	8	146 ACE INIBIT	8
127/8 CSTAY	8   8	147 SARTANI	8
129 HSTAY	8   8	148 INSULINA	8
130 ANTIARITMICI	8	149 ANTIDIAB ORALI	8
131 EPARINA CLASS	8	150 TROMBOL	2
132 EPARINA BASSO PM	8	151 CORONAROG	8
133 ANTICOAGUL ORALI	8	152 BY PASS	8
134 ASPIRINA	8	153 ANGIOPL NO STENT	8
135 TICLOPIDINA O CLOPID	8	154 ANGIOPL STENT	8
136 INIBITORI GLICOP	8	155 PACE MAKER	8
137 BETABLOC	8	156 test troponina	8
		173 intervista	8

## CASO N. 118

Uomo                    data di nascita:        06/11/1931  
                          data di ricovero:      03/11/1995

### **SINTOMI D'ESORDIO: dolore toracico**

#### **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

il paziente, si è svegliato durante la notte tra il 2 e il 3 novembre con dispnea e dolore toracico anteriore. Il dolore è andato gradualmente aumentando a partire dalle 23.45 e ha chiamato il proprio medico curante alle 02.00. Il medico è arrivato alle 02.45 e ha chiamato l'unità mobile di terapia coronarica alle 03.00, l'unità è arrivata alle 03.19 e il paziente è stato ricoverato all'Unità di cura coronarica alle 04.10.

#### **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

trattamento saltuario per angina pectoris da 10 anni. Colesterolo serico veramente elevato per cui il paziente assume cholestyramine e segue una dieta ipolipidica. Fibrillazione atriale da 3 anni.

**TERAPIA FARMACOLOGICA:** cholestyramine isosorbide mononitrato digossina

**STORIA SOCIALE E FAMILIARE:** vedovo, è stato adottato e quindi non conosce la sua storia familiare. Non fuma e non assume alcolici. Lavora in proprio come pittore e decoratore.

**ALL'OSSERVAZIONE:** pressione arteriosa 140/80, frequenza cardiaca 72 aritmica, non segni di insufficienza cardiaca, non segni a carico degli altri apparati ad esclusione di xantelasmi.

**DIAGNOSI D'INGRESSO:** infarto miocardico.

#### **DIARIO CLINICO:**

04/11/95: enzimi cardiaci normali, diagnosi confermata dall'anamnesi e dal tracciato elettrocardiografico. Asintomatico, Rx torace normale, frequenza cardiaca 80, pressione arteriosa 130/70 temperatura normale. In terapia con diazepam, eparina isosorbide mononitrato analgesici cholestyramine.

05/11/95: asintomatico, viene trasferito in reparto di degenza.

06/11/95: riinizia la terapia con digossina.

08/11/95: inizia la mobilizzazione.

10/11/95: l'Rx torace suggerisce congestione polmonare: somministrato diuretico.

21/11/95: lieve dolore toracico sedato dalla somministrazione di trinitrina.

24/11/95: dimesso; all'ingresso in ospedale il colesterolo era 12 mmol/L, continua dieta ipolipidica.

03/02/96: asintomatico, ha ripreso a lavorare.

#### **TERAPIA ALLA DIMISSIONE:**

digossina, trinitrina spray, isosorbide mononitrato, moduretic, cholestyramine, dieta ipolipidica.

#### **DIAGNOSI CLINICA:**

infarto miocardico acuto

ipercolesterolemia.

CODIFICA ECG: Sicuro (1)

Enzimi	DATA ESECUZIONE			Val max norm
	03.11	04.11	15.11	
CPK	57	45	23	70
GOT	13	13	10	15
LDH	227	189	207	240

TEST CASE SERIAL NUMBER		118 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	0   6   1   6   3   1	CLIND2	2   7   2   0
DATA ONSET	0   2   1   1   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	1
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	1	103 NECP	8
79 ENZIMI	4	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	1	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
TEST CASE SERIAL NUMBER		101 ACC	
DATANASCITA	0   6   1   6   3   1	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	4	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	5	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	1
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	1
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	1
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	1
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   2	147 SARTANI	2
129 HSTAY	2   0	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	1	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	9

## CASO N. 119

Uomo                      data di nascita:      08/05/1937  
                                 data di ricovero:     08/02/1996

### **SINTOMI D'ESORDIO: dolore toracico**

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:** il paziente, alle 18.00, dopo aver cenato, cercava di far ripartire l'automobile in panne ed ha accusato un severo e prolungato dolore toracico irradiato a spalla e braccio destro associato a dispnea e nausea ma non a vomito. Il paziente era sudato ma non aveva le palpitazioni e non aveva mai sofferto di angina pectoris o di infarto miocardico. È rientrato in casa e ha chiesto alla moglie di chiamare il proprio medico curante, suo vicino di casa, alle 19.30. Il medico ha praticato un'iniezione di morfina che ha ridotto il dolore alle 19.45. L'unità mobile di terapia coronarica è arrivata alle 19.58 e il paziente è stato ricoverato all'Ospedale alle 20.26.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:** intervento chirurgico per vene varicose nel 1979.

**TERAPIA FARMACOLOGICA:** nessuna.

**STORIA SOCIALE E FAMILIARE:** il padre è deceduto a 68 anni per malattia cardiaca su base aterosclerotica e un fratello soffre di angina, madre ancora vivente di 84 anni. Coniugato, vive con la moglie che soffre di sclerosi multipla in forma lieve, due figli adulti non più facenti parte del nucleo familiare. Gestisce un negozio di tabaccheria – edicola. Fumava 30 sigarette al giorno fino a 3 mesi fa, consumo di alcolici sporadico.

**ALL'OSSERVAZIONE:** paziente di mezz'età, sofferente malgrado la recente iniezione di morfina, pressione arteriosa 150/100, frequenza cardiaca 80 ritmica, PVC non innalzata. Toni cardiaci puri, non soffi, non edemi periferici, polsi periferici presenti e simmetrici. Apparato respiratorio, addome e sistema nervoso centrale normali.

**DIAGNOSI D'INGRESSO:** infarto miocardico. Ricoverato presso l'Unità di Cura Coronarica.

### **DIARIO CLINICO:**

09/02/96: asintomatico, in osservazione, frequenza cardiaca e temperatura corporea normali, toni cardiaci puri, PVC non innalzata. Crepitii bilaterali a livello basale e medio. Inizia terapia con bumetadine 1 mg.

10/02/96: non dolore toracico. Infarto miocardico all'elettrocardiogramma e complicato da lieve insufficienza ventricolare sinistra. Non episodi precedenti all'anamnesi. All'osservazione: buone condizioni, ben perfuso, frequenza 72 ritmico, pressione arteriosa 130/70, toni cardiaci puri, non segni di scompenso cardiaco. Può essere trasferito in caso di necessità di posti letto. Raccomandata abolizione del fumo e verrà consultato il dietologo al fine di prescrivere una dieta ipolipidica. Trasferito oggi in reparto di degenza, in terapia con bumetadine 1 mg.

11/02/96: non ulteriori episodi di dolore toracico, all'osservazione buone condizioni generali torace nella norma, non segni di scompenso cardiaco.

12/02/96: fornite raccomandazioni circa la guida, gli sforzi fisici, il fumo e la dieta. Buone condizioni, ben mobilizzato, torace nella norma.

14/02/96: dimesso.

**TERAPIA ALLA DIMISSIONE:** atenololo.

**DIAGNOSI CLINICA:** infarto miocardico acuto inferiore complicato da lieve insufficienza ventricolare sinistra.

**CODIFICA ECG:** Probabile (2)

Enzimi	DATA ESECUZIONE		Val max norm
	08.02	09.02	
CPK	56	85	70
LDH	280	298	215

TEST CASE SERIAL NUMBER		119 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   0   9
DATANASCITA	0   8   0   5   3   7	CLIND2	4   2   8   1
DATA ONSET	0   8   0   2   9   6	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	7
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	2
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	4	102 ESTST	8
78 ECG	2	103 NECP	8
79 ENZIMI	2	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
TEST CASE SERIAL NUMBER		117 – copia rep autop	
DATANASCITA	0   8   0   5   3   7	138 CALCIANT DIIDROP	2
119 TIME	3	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	2	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	1
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	1
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	1	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   2	147 SARTANI	2
129 HSTAY	0   5	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	8

## CASO N. 120

Uomo            data di nascita:        18/09/1942  
                  data di ricovero:       14/03/1995

### SINTOMI D'ESORDIO: dolore toracico per 5 ore

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:** ricoverato in ospedale per infarto miocardico acuto nel 1993, angina pectoris da allora. Il giorno del ricovero mentre lavorava come impiegato in un ufficio legale ha accusato un grave dolore toracico irradiato al collo e associato a dispnea. Quando sua moglie è rientrata a casa dal lavoro l'ha trovato a casa sofferente e allora ha chiamato l'ambulanza che l'ha condotto in ospedale dove è arrivato 5 ore dopo l'inizio dei sintomi.

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:** non altre patologie oltre l'infarto miocardico e l'angina. Terapia a domicilio: nifedipina e cerotto transdermico alla nitroglicerina. Fuma circa 20 sigarette al giorno.

**ALL'OSSERVAZIONE:** ancora sofferente. Pressione arteriosa 160/96, frequenza cardiaca 124; assenza di terzo tono cardiaco e di segni di difficoltà cardiaca, polsi periferici assenti. Torace nella norma.

### DIARIO CLINICO:

dolore alleviato dall'iniezione di morfina. Ricoverato in osservazione presso l'Unità di Cura Coronarica, rapida stabilizzazione dei sintomi.

15/03/95: asintomatico durante la notte, elettrocardiogramma e enzimi cardiaci soddisfacenti. Trasferito dall'Unità di Cura Coronarica.

16/03/95: asintomatico, esegue elettrocardiogramma da sforzo, non modificazioni elettrocardiografiche.

17/03/95: dimesso in terapia con nifedipina, non previsto follow-up in ospedale.

20/04/95: sottoposto a visita dal proprio medico curante, continua terapia con nifedipina.

### TERAPIA ALLA DIMISSIONE:

nifedipina, trinitrina spray.

**DIAGNOSI CLINICA:** probabile angina pectoris.

### CODIFICA ECG: Ischemico (3)

Enzimi	DATA ESECUZIONE		Val max norm
	14.03	15.03	
CPK	60	45	150
LDH	350	420	525

TEST CASE SERIAL NUMBER		120 TS	
SESSO	1	CLIND1	4   1   3   9
DATANASCITA	1   8   0   9   4   2	CLIND2	9   9   9   9
DATA ONSET	1   4   0   3   9   5	CLIND3	9   9   9   9
MANAGE	1	92 PREMI (IMA PREGRESSO)	5
SURVIVE a 28 giorni	1	93 HISDH	1
76 SINTOMI	1	DATA MORTE	8   8   8   8   8   8
77NUMERO ECG	2	102 ESTST	8
78 ECG	3	103 NECP	8
79 ENZIMI	4	NECP1	8   8   8   8
116 NECSUM	8	NECP2	8   8   8   8
118 DIACAT	2	NECP3	8   8   8   8
		117 – copia rep autop	2
<b>TEST CASE SERIAL NUMBER</b>		<b>120 ACC</b>	
DATANASCITA	1   8   0   9   4   2	138 CALCIANT DIIDROP	1
119 TIME	5	139 DILTIAZEM	2
120 INITIC	4	140 VERAPAMIL	2
121 CAROUT	2	141 DIURETICI	2
122 RESOUT	8	142 ALTRI IPOTENS	2
123 REAAR	8	143 INOTROPO POS	2
124 CARIN	2	144 NITRODERIVATI	2
125 RESIN	8	145 IPOLIPEMIZ	2
126 CUNIT	4	146 ACE INIBIT	2
127/8 CSTAY	0   1	147 SARTANI	2
129 HSTAY	0   3	148 INSULINA	2
		149 ANTIDIAB ORALI	2
130 ANTIARITMICI	2	150 TROMBOL	2
131 EPARINA CLASS	2	151 CORONAROG	2
132 EPARINA BASSO PM	2	152 BY PASS	2
133 ANTICOAGUL ORALI	2	153 ANGIOPL NO STENT	2
134 ASPIRINA	2	154 ANGIOPL STENT	2
135 TICLOPIDINA O CLOPID	2	155 PACE MAKER	2
136 INIBITORI GLICOP	2	156 test troponina	2
137 BETABLOC	2	173 intervista	8

## CASO N. 121

Serial n. 01837  
Uomo  
Data di nascita 14.07.1927  
Data di ricovero 07.01.1990

### STORIA MEDICA

Riscontro più di 10 anni fa di un'aritmia cardiaca, un unico episodio di palpitazione. Curato per fibrillazione atriale, insufficienza mitralica e cardiomiopatia ipertrofica.

### ANAMNESI PROSSIMA

Durante la notte del 2 gennaio, ha accusato dispnea con impossibilità a dormire disteso. I giorni e le notti seguenti non ha più accusato questi disturbi. Nonostante lavorasse come turnista notturno, si è recato al lavoro – apparentemente per errore – al mattino del 7 gennaio. Alle 10 del mattino era in stato confusionale, per cui è stato mandato a casa. Lo stato confusionale è durato tutto il giorno e alle 22, dopo essersi lamentato di cefalea e dolore toracico, è stato ricoverato in ospedale. Durante il giorno era stato visto per la cefalea da un medico e aveva ricevuto una ricetta per dei farmaci. La P.A. era 178/108.

### CONDIZIONI AL MOMENTO DEL RICOVERO

Stato di coscienza limpido, marcato disorientamento e deficit di memoria. Stato depressivo. Non segni di deficit neurologici focali.

ECG: battiti prematuri ventricolari.

**TAC cerebrale: modesta dilatazione dei ventricoli; piccoli infarti in sede talamica bilateralmente.**

Un'angiografia cerebrale ha mostrato una severa stenosi di entrambe le arterie cerebrali anteriori, moderata arteriosclerosi e stenosi delle arterie cerebrali medie e dell'arteria basilare.

### DECORSO

Durante il ricovero c'è stato un graduale miglioramento della funzione cardiaca, ma nessun miglioramento della memoria e dell'orientamento. Gli episodi di comportamento confusionale sono diventati meno frequenti e il paziente è stato dimesso dall'ospedale il 5 marzo.

**DIAGNOSI:** Infarti cerebrali  
Scopenso cardiaco

TEST CASE SERIAL NUMBER 121	
SESSO	_1_
DATA NASCITA	_1_ _4_ _0_ _7_ _2_ _7_
DATA INIZIO	_0_ _7_ _0_ _1_ _9_ _0_
MANAGE trattamento	_1_
SURVIV sopravv a 28 giorni	_1_
TYPE tipo di ACV	_9_ _9_ _9_ _9_
DIACAT categoria diagnostica	_4_
EXAM 1 medico	_1_
EXAM 2 internista	_2_
EXAM 3 neurologo	_2_
EXAM 4 puntura lombare	_2_
EXAM 5 angiografia cerebrale	_1_
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	_2_
EXAM 7 elettroencefalogramma	_2_
EXAM 8 doppler carotideo	_2_
EXAM 9 elettrocardiogramma	_1_
EXAM 10 TAC	_1_
EXAM 11 RMN	_2_
EXAM 12 angiografia in RMN	_2_
EXAM 13 altro	_2_
CLIND1 diagnosi clinica	_4_ _3_ _4_ _0_
CLIND2 diagnosi clinica	_4_ _2_ _8_ _0_
CLIND3 diagnosi clinica	_9_ _9_ _9_ _9_
CLIND4 diagnosi clinica	_9_ _9_ _9_ _9_
PRESTR precedente ACV	_4_
DDEATH data di morte	_8_ _8_ _8_ _8_ _8_ _8_
SURT sopravvivenza in giorni	_8_ _8_
NECP autopsia	_8_
NECD1 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
NECD2 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
NECD3 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
ICD vers	_2_

## CASO N. 122

Serial n.	01239
Uomo	
Data di nascita	2 novembre 1924
Data di ricovero	31 dicembre 1987
Data di dimissione	8 gennaio 1988
Diagnosi di dimissione	Rottura di aneurisma aortico Emorragia subaracnoidea Ipertensione Artrite reumatoride

Uomo sposato di 63 anni. Pensionato all'età di 54 anni per artrite reumatoide di grado severo, resistente alle terapie convenzionali. Attualmente in terapia con sali d'oro. In terapia antiipertensiva dal 1977. Intervento per un aneurisma dell'arteria poplitea sinistra nel 1985. Nel marzo 1987 aneurisma dissecante dell'aorta toracica con trattamento conservativo medico di riduzione della pressione. Recente valutazione per una possibile disfunzione ipofisaria senza riscontro di rilievi patologici. Attualmente in terapia con: prazosina (antiipertensivo), metoprololo (betabloccanti), prednisolone e iniezioni mensili di sali d'oro.

Il 31 dicembre 1987, al risveglio mattutino, ha accusato moderata cefalea. Alle 22.30 dello stesso giorno, improvvisa comparsa di una cefalea pulsante molto forte e una breve sincope seguita da vomito e convulsioni generalizzate per pochi secondi. È stato immediatamente portato in ospedale con ambulanza, arrivandovi alle 23.10.

Quando è stato visitato da un neurologo in area di emergenza, rispondeva agli stimoli dolorosi ma non era capace di parlare. La PA era 240/120 e il ritmo cardiaco era regolare. Una TAC urgente ha evidenziato la presenza di sangue nelle cisterne della base e nei grandi ventricoli. Ricoverato in neurochirurgia, è stato inserito un drenaggio ventricolare. Un trattamento antiipertensivo per via parenterale ha ridotto la PAS a 170 mmHg. È stato iniziato trattamento con steroidi per prevenire l'edema cerebrale.

Il paziente è gradualmente migliorato e ha iniziato ad essere più vigile. Per la presenza di febbre e sospetta meningite, il drenaggio ventricolare è stato rimosso dopo 5 giorni e sono stati somministrati antibiotici.

Il 7 gennaio le condizioni del paziente si sono improvvisamente deteriorate sino all'incoscienza con pupille dilatate. È stato intubato e trasferito in terapia intensiva per trattamento respiratorio. Una nuova TAC del cranio è risultata essenzialmente normale, ma una TAC del torace ha rivelato una rottura dell'aneurisma aortico, precedentemente diagnosticato, con invasione ematica del mediastino. Dopo 1 giorno e mezzo in coma profondo, il paziente è deceduto. I familiari hanno rifiutato l'autopsia.

TEST CASE SERIAL NUMBER 122						
SESSO						1
DATA NASCITA	0	2	1	1	2	4
DATA INIZIO	3	1	1	2	8	7
MANAGE trattamento						1
SURVIV sopravv a 28 giorni						2
TYPE tipo di ACV	4	3	0	9		
DIACAT categoria diagnostica						1
EXAM 1 medico						2
EXAM 2 internista						2
EXAM 3 neurologo						1
EXAM 4 puntura lombare						2
EXAM 5 angiografia cerebrale						2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale						2
EXAM 7 elettroencefalogramma						2
EXAM 8 doppler carotideo						2
EXAM 9 elettrocardiogramma						2
EXAM 10 TAC						1
EXAM 11 RMN						2
EXAM 12 angiografia in RMN						2
EXAM 13 altro						2
CLIND1 diagnosi clinica	4	4	1	1		
CLIND2 diagnosi clinica	4	3	0	9		
CLIND3 diagnosi clinica	4	0	1	9		
CLIND4 diagnosi clinica	7	1	4	0		
PRESTR precedente ACV						3
DDEATH data di morte	0	8	0	1	8	8
SURT sopravvivenza in giorni						0 8
NECP autopsia						3
NECD1 reperti autoptici	8	8	8	8		
NECD2 reperti autoptici	8	8	8	8		
NECD3 reperti autoptici	8	8	8	8		
ICD vers						2

## CASO N. 123

Serial n.	01721
Uomo	
Data di nascita	12.03.1922
Data di ricovero	23.04.1990

### ANAMNESI REMOTA:

Ipertensione arteriosa nota dal 1985; prescritto trattamento antiipertensivo dal 1987.

Un mese fa si è lamentato di cefalea. Ha consultato un medico che ha pensato che la cefalea fosse legata ad un'artrosi cervicale avanzata (verificata con Rx), per cui è stata iniziata fisioterapia.

Ha smesso di fumare sei anni fa.

Ha bevuto alcolici solo durante i fine settimana.

### ANAMNESI PROSSIMA

Il 22 aprile, svegliandosi dal riposino pomeridiano, ha sentito intorpidimento al braccio destro. Ha avuto difficoltà ad usare il braccio e non è riuscito a portare la tazza di caffè alla bocca per bere.

Condizioni al momento della visita (23.04.1990)

Il giorno successivo è stato visto dal medico di famiglia e immediatamente inviato ad un neurologo per ulteriori accertamenti.

I soli dati anormali erano: lieve paresi alla flessione del gomito destro, mano e dita con movimenti impacciati, difficoltà nella scrittura, disdiadocinesi del braccio destro e lieve compromissione della sensibilità al tatto e al dolore. Non particolare dolore o rigidità alla spalla e al collo. Ha passato la notte a domicilio.

Il 24 aprile ha eseguito una TAC cerebrale, ma non sono state rilevate anomalie.

Trattamento

È stato deciso di trattare il paziente a domicilio. Sono stati prescritti antiaggreganti e terapia riabilitativa.

**DIAGNOSI CLINICA:** Sospetto infarto ischemico cerebrale  
Spondiloartrosi cervicale

TEST CASE SERIAL NUMBER 123	
SESSO	_1_
DATA NASCITA	_1_ _2_ _0_ _3_ _2_ _2_
DATA INIZIO	_2_ _2_ _0_ _4_ _9_ _0_
MANAGE trattamento	_3_
SURVIV sopravv a 28 giorni	_1_
TYPE tipo di ACV	_4_ _3_ _4_ _0_
DIACAT categoria diagnostica	_1_
EXAM 1 medico	_1_
EXAM 2 internista	_2_
EXAM 3 neurologo	_1_
EXAM 4 puntura lombare	_2_
EXAM 5 angiografia cerebrale	_2_
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	_2_
EXAM 7 elettroencefalogramma	_2_
EXAM 8 doppler carotideo	_2_
EXAM 9 elettrocardiogramma	_2_
EXAM 10 TAC	_1_
EXAM 11 RMN	_2_
EXAM 12 angiografia in RMN	_2_
EXAM 13 altro	_2_
CLIND1 diagnosi clinica	_4_ _3_ _4_ _0_
CLIND2 diagnosi clinica	_7_ _2_ _1_ _0_
CLIND3 diagnosi clinica	_9_ _9_ _9_ _9_
CLIND4 diagnosi clinica	_9_ _9_ _9_ _9_
PRESTR precedente ACV	_3_
DDEATH data di morte	_8_ _8_ _8_ _8_ _8_ _8_
SURT sopravvivenza in giorni	_8_ _8_
NECP autopsia	_8_
NECD1 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
NECD2 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
NECD3 reperti autoptici	_8_ _8_ _8_ _8_
ICD vers	_2_

## CASO N. 124

Serial n. 01882  
Uomo  
Data di nascita 12.05.1921  
Data esame 02.11.1989

### STORIA MEDICA

Sempre stato in buona salute. Non storia di ipertensione. Negli ultimi 2 anni tre episodi di improvvisa perdita di forza in entrambe le gambe che si risolvevano in poche ore.

### CONDIZIONI ATTUALI

Si è recato dal suo medico di famiglia per una diplopia comparsa improvvisamente cinque giorni prima e ancora presente anche se meno pronunciata. Gli oggetti erano visti con dislocazione orizzontale. È stato inviato da un neurologo che l'ha esaminato il 2 novembre 1989.

Al momento della visita neurologica, la diplopia era calata. I rilievi neurologici erano:

- emianopsia del quadrante omonimo inferiore, normali movimenti degli occhi
- restanti nervi cranici normali
- normale la forza alle estremità
- riflessi tendinei esagerati a destra
- normale risposta plantare
- lieve atassia bilaterale delle quattro estremità.

È stata prescritta terapia antiaggregante.

Non sono stati effettuati ulteriori accertamenti.

**DIAGNOSI CLINICA:** infarto in territorio vertebrobasilare.

TEST CASE SERIAL NUMBER 124													
SESSO		1											
DATA NASCITA		1		2		0		5		2		1	
DATA INIZIO		2		9		1		0		8		9	
MANAGE trattamento		5											
SURVIV sopravv a 28 giorni		1											
TYPE tipo di ACV		4		3		6		9					
DIACAT categoria diagnostica		1											
EXAM 1 medico		1											
EXAM 2 internista		2											
EXAM 3 neurologo		1											
EXAM 4 puntura lombare		2											
EXAM 5 angiografia cerebrale		2											
EXAM 6 scintigrafia cerebrale		2											
EXAM 7 elettroencefalogramma		2											
EXAM 8 doppler carotideo		2											
EXAM 9 elettrocardiogramma		2											
EXAM 10 TAC		2											
EXAM 11 RMN		2											
EXAM 12 angiografia in RMN		2											
EXAM 13 altro		2											
CLIND1 diagnosi clinica		4		3		4		0					
CLIND2 diagnosi clinica		9		9		9		9					
CLIND3 diagnosi clinica		9		9		9		9					
CLIND4 diagnosi clinica		9		9		9		9					
PRESTR precedente ACV		4											
DDEATH data di morte		8		8		8		8		8		8	
SURT sopravvivenza in giorni		8		8									
NECP autopsia		8											
NECD1 reperti autoptici		8		8		8		8		8			
NECD2 reperti autoptici		8		8		8		8					
NECD3 reperti autoptici		8		8		8		8					
ICD vers		2											

## CASO N. 125

Serial n. 01757  
Data di nascita 22.09.1935  
Data esame 18.02.1988  
Data di dimissione 24.03.1988  
Donna

### STORIA MEDICA

Ipertensione arteriosa nota da 12 anni. Terapia antiipertensiva prescritta, ma assunta irregolarmente. Valori pressori abituali circa 180/110 mmHg.

### ANAMNESI PROSSIMA

Dodici giorni prima del ricovero, ha accusato improvvisamente, mentre era stesa a letto, una severa cefalea localizzata alla parte destra della testa. Il giorno successivo ha accusato nausea e ha vomitato due volte. Ha inoltre notato compromissione della forza motoria al braccio sinistro e in particolare alla gamba sinistra.

Per il persistere di difficoltà nel camminare, la paziente si è recata al Pronto Soccorso dove le è stata riscontrata una PA di 270/130 mmHg. Una TAC ha rivelato un'emorragia nel talamo a destra. È stata perciò ricoverata nel Dipartimento Neurologico dell'ospedale.

### CONDIZIONI AL MOMENTO DEL RICOVERO

Stato di coscienza e condizioni mentali normali. Assenza di segni di irritazione meningea.

Campo visivo, fondo oculare, riflessi pupillari e movimenti oculari tutti normali.

Lieve paresi della gamba sinistra con lieve aumento del tono muscolare e iperreflessia. Non compromissione sensoriale. PA 140/90.

L'ECG mostrava lieve sottoslivellamento ST-T, ritmo cardiaco regolare, frequenza 80/min.

### DECORSO

Tre settimane di riposo a letto in ospedale. Trattata con antiipertensivi e sedativi. Nel primo periodo trattamento anche con terapia antiedemigena con mannitolo.

La PA è rientrata nella norma con una terapia regolare. La funzione motoria è gradualmente migliorata. Una TAC di controllo dopo 4 settimane ha evidenziato che l'ematoma si era riassorbito.

**DIAGNOSI CLINICA:** Emorragia cerebrale  
Ipertensione

TEST CASE SERIAL NUMBER 125	
SESSO	2
DATA NASCITA	2   2   0   9   3   5
DATA INIZIO	0   7   0   2   8   8
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	1
TYPE tipo di ACV	4   3   1   9
DIACAT categoria diagnostica	1
EXAM 1 medico	1
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	1
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	1
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	4   3   1   9
CLIND2 diagnosi clinica	4   0   1   1   9
CLIND3 diagnosi clinica	9   9   9   9
CLIND4 diagnosi clinica	9   9   9   9
PRESTR precedente ACV	4
DDEATH data di morte	8   8   8   8   8   8
SURT sopravvivenza in giorni	8   8
NECP autopsia	8
NECD1 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD2 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD3 reperti autoptici	8   8   8   8
ICD vers	2

## CASO N. 126

Serial n. 01785  
Data di nascita 23.11.1923  
Data di ricovero 23.01.1990  
Data di dimissione 29.01.1990  
Donna

### STORIA MEDICA

Cardiopatia reumatica da più di 20 anni con riscontro di fibrillazione atriale in passato.  
Assunzione irregolare di digossina. Non fuma e non beve.

### ANAMNESI PROSSIMA

Tre giorni prima del ricovero, mentre si stava lavando, ha improvvisamente accusato debolezza al braccio destro e difficoltà a parlare.

Il giorno del ricovero le sue condizioni sono peggiorate con vomito, emiparesi progressiva delle estremità a destra e riduzione del livello di coscienza. È stata portata al Dipartimento di Emergenza dove è stata esaminata da un neurologo e una TAC ha evidenziato una lesione ipodensa nel territorio della basilare. La PA era 120/80. L'ECG mostrava fibrillazione atriale. La paziente è stata ricoverata in ospedale.

### CONDIZIONI CLINICHE AL MOMENTO DEL RICOVERO

PA 90/60. Polso irregolare. L'ECG evidenziava fibrillazione atriale. Presenza di soffio sistolico e diastolico. Ingrandimento del fegato e della milza. Non edemi alle gambe. Stato di coscienza e risposte pupillari normali. Non segni meningei. Moderata afasia e paresi delle estremità a destra. Riflessi tendinei profondi esagerati a destra. Sensibilità non valutabile per afasia. Trattata con vasodilatatori.

Il 28 gennaio, mentre si girava nel letto, la paziente ha improvvisamente perso conoscenza ed è entrata in coma profondo, presumibilmente per una recidiva di infarto cerebrale. Le sue condizioni si sono deteriorate ed è deceduta il giorno dopo.

Non è stata effettuata autopsia.

### DIAGNOSI SULLA CERTIFICAZIONE DI MORTE:

Recidiva di infarto cerebrale  
Steno.insufficienza mitralica  
Cardiopatia reumatica

TEST CASE SERIAL NUMBER 126	
SESSO	2
DATA NASCITA	2   3   1   1   2   3
DATA INIZIO	2   0   0   1   9   0
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	2
TYPE tipo di ACV	4   3   4   1
DIACAT categoria diagnostica	1
EXAM 1 medico	9
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	1
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	1
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	4   3   4   0
CLIND2 diagnosi clinica	3   9   4   1
CLIND3 diagnosi clinica	9   9   9   9
CLIND4 diagnosi clinica	9   9   9   9
PRESTR precedente ACV	4
DDEATH data di morte	2   9   0   1   9   0
SURT sopravvivenza in giorni	0   9
NECP autopsia	3
NECD1 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD2 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD3 reperti autoptici	8   8   8   8
ICD vers	2

## CASO N. 127

Serial n. 01824  
Uomo di 56 anni

Data di nascita: 17.01.1934  
Data di ammissione: 10.05.90

### STORIA CLINICA:

Nell'aprile 1987 è stato visitato presso una clinica universitaria per malattie cardiovascolari. In quella occasione è stato sottoposto ad un ECG; sono stati riscontrati cardiomiopatia ipertrofica ed extrasistoli ventricolari.

### ANAMNESI:

La mattina del 21 giugno 1989 durante la colazione insorge una emiparesi sinistra. Viene trasportato immediatamente in ospedale dove viene sottoposto ad esame TAC che non rivela alcuna anomalia. Le sue condizioni migliorano rapidamente; il giorno seguente il paziente non presenta sintomi di deficienza neurologica. Il 29 giugno 1989 ha una ricaduta, con una persistente emiparesi sinistra e disartria. Il paziente viene nuovamente sottoposto a una TAC con diagnosi di infarto cerebrale. Durante il ricovero viene sottoposto a terapia riabilitativa e alla dimissione ospedaliera è in grado di camminare.

La mattina del 10 maggio 1990 si sente come al solito. Dopo pranzo, mentre lavora nel giardino improvvisamente vede buio davanti agli occhi e cade per terra. Viene trovato da sua moglie alle 3 del pomeriggio e portato immediatamente in ospedale. È vigile, ma non può stare in piedi.

All'ammissione in ospedale il paziente è agitato. P.A.168/86 mmHg. ECG: ipertrofia ventricolare sinistra e sporadici battiti ventricolari prematuri. Movimenti oculari e reazione pupillare normale. Leggera disartria, paralisi con spasticità e contratture a carico del braccio sinistro; moderata paralisi e spasticità della gamba sinistra. Si lamenta dei dolori alla gamba sinistra e la radiografia mostra frattura del femore. Viene trasferito nel Reparto di Ortopedia. Una TAC del cervello mostra che non esistono cambiamenti rispetto ai precedenti esami.

**DIAGNOSTICO:** Frattura femore sinistro  
Precedente infarto cerebrale  
Ipertrofia e aritmia cardiaca

**Nota** per i codificatori: Codificare l'episodio del 10.05.90 come caso 182. Se si desidera codificare altri eventi usare il numero di serie 0196.

TEST CASE SERIAL NUMBER 127	
SESSO	1
DATA NASCITA	1   7   0   1   3   4
DATA INIZIO	1   0   0   5   9   0
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	1
TYPE tipo di ACV	9   9   9   9
DIACAT categoria diagnostica	4
EXAM 1 medico	1
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	2
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	1
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	8   2   1   1   0
CLIND2 diagnosi clinica	4   3   8   9
CLIND3 diagnosi clinica	4   2   9   3
CLIND4 diagnosi clinica	4   2   7   9
PRESTR precedente ACV	1
DDEATH data di morte	8   8   8   8   8   8
SURT sopravvivenza in giorni	8   8
NECP autopsia	8
NECD1 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD2 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD3 reperti autoptici	8   8   8   8
ICD vers	2

## CASO N. 128

Serial N. 01896  
Donna di 61 anni

Data di nascita 06.03.1928  
Data di ammissione 11.10.1989

### STORIA CLINICA:

Dieci anni fa è stata diagnosticata ipertensione arteriosa. La malata assumeva anti-ipertensivi regolarmente, e ogni 6 mesi si sottopone al controllo della pressione arteriosa dal suo medico. Generalmente la sua pressione era di 160/90 mmHg. La signora fuma 20 sigarette al giorno. Non consuma alcoolici. L'ultima visita dal medico curante risale a 5 mesi prima della attuale malattia.

### MALATTIA ATTUALE:

La paziente viene ammessa nel reparto di Neurologia dell'ospedale a causa di una afasia iniziata in modo insidioso negli ultimi cinque giorni.

### CONDIZIONI DELLA PAZIENTE AL RICOVERO:

Sovrapeso moderato. Pressione arteriosa 220/140 mmHg. ECG: ipertrofia ventricolare sinistra e ischemia. Afasia moderata. Nessun altro sintomo neurologico focale. Destrimane.

### PERCORSO DELLA MALATTIA:

La terapia anti-ipertensiva viene intensificata, e aggiustata durante la settimana seguente. Dopo una settimana la pressione arteriosa risulta stabilizzarsi intorno a 150/90 mmHg. Dopo i primi due giorni la afasia gradualmente migliora. La paziente viene dimessa dopo 10 giorni.

### DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Ipertensione  
Encefalopatia ipertensiva  
Ictus emisfero sinistro

Il 15 gennaio 1990 la paziente viene riammessa a causa di una afasia ricorrente con inizio acuto. Assenza di altro sintomo focale. Una TAC mostra un tumore (molto probabilmente glioma di basso grado) nella regione temporo-parietale sinistra. Viene trasferita nel Dipartimento di Neurochirurgia per una biopsia e sottoposta a terapia antineoplastica.

TEST CASE SERIAL NUMBER 128	
SESSO	2
DATA NASCITA	0   6   0   3   2   8
DATA INIZIO	9   9   1   0   8   9
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	1
TYPE tipo di ACV	9   9   9   9
DIACAT categoria diagnostica	4
EXAM 1 medico	2
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	1
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	2
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	4   0   1   9
CLIND2 diagnosi clinica	4   3   7   2
CLIND3 diagnosi clinica	4   3   6   9
CLIND4 diagnosi clinica	9   9   9   9
PRESTR precedente ACV	4
DDEATH data di morte	8   8   8   8   8   8
SURT sopravvivenza in giorni	8   8
NECP autopsia	8
NECD1 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD2 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD3 reperti autoptici	8   8   8   8
ICD vers	2

## CASO N. 129

Serial N. 01245

Donna

Data di nascita:	30 giugno 1923
Data di ammissione:	7 dicembre 1987
Data di dimissione:	7 dicembre 1987
Diagnosi alla dimissione:	Infarto miocardico acuto Infarto embolico cerebellare Diabete mellito

Vedova di 64 anni, non fumatrice, con una storia di diabete di tipo 2, sotto trattamento farmacologico e dieta. Colecistectomia nel 1980. Nell'82, la signora ha avuto un incidente stradale e ha riportato fratture multiple.

Il 30 novembre 1987 si sente male; presenta vomito e diarrea senza febbre. Si rimette lentamente; il 7 dicembre le sue condizioni peggiorano rapidamente con problemi di respiro e stato confusionale. Non presenta dolori al torace, nè mal di testa, nè debolezza agli arti.

Al ricovero in ospedale, il 7 dicembre, appare sonnolente, ma orientata; presenta le estremità fredde e la pelle di colore grigiastro. Ritmo cardiaco regolare a 120/min. Presenti rantoli polmonari. La pressione arteriosa non è misurabile. Apparentemente non sembra avere paresi agli arti; i movimenti oculari e le pupile sono normali. La glicemia è superiore a 15 mmol/l.

La diagnosi preliminare è di precoma diabetico iperosmolare non-chetonico con shock; nel pronto soccorso le viene fatta una flebo di soluzione fisiologica e insulina. La pressione arteriosa sistolica aumenta a 50 mm Hg. L' ECG indica un infarto miocardico sospetto. La malata viene trasferita all'Unità Coronarica del Dipartimento di Medicina, però le sue condizioni deteriorano rapidamente. La respirazione spontanea si perde, persiste l'attività, ECG regolare. Non vengono adottate manovre di resuscitazione; la paziente muore.

Il riscontro autoptico evidenzia un infarto del miocardio transmurale alla parete ventricolare sinistra. È presente anche un grosso infarto cerebrale emorragico.

<b>TEST CASE SERIAL NUMBER 129</b>	
SESSO	2
DATA NASCITA	3   0   0   6   2   3
DATA INIZIO	0   7   1   2   8   7
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	2
TYPE tipo di ACV	4   3   4   1
DIACAT categoria diagnostica	5
EXAM 1 medico	1
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	2
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	2
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	4   1   1   0   1   9
CLIND2 diagnosi clinica	4   3   4   1
CLIND3 diagnosi clinica	2   5   0   0
CLIND4 diagnosi clinica	9   9   9   9
PRESTR precedente ACV	4
DDEATH data di morte	0   7   1   1   2   8   7
SURT sopravvivenza in giorni	0   0
NECP autopsia	1
NECD1 reperti autoptici	4   1   1   0   1   9
NECD2 reperti autoptici	4   3   4   1
NECD3 reperti autoptici	9   9   9   9
ICD vers	2

## CASO N. 130

Serial N. 01803

Uomo, 74 anni

Data di nascita: 02.03.1915

Data di ammissione: 29.04.1989

### ANAMNESI REMOTA

Operato per ipertrofia prostatica; in tale occasione è stata riscontrata ipertensione arteriosa. Per il trattamento è in cura presso una clinica con servizio di day hospital ogni due settimane. Mai fumato; non beve.

### ANAMNESI PROSSIMA

Ad eccezione di una leggera difficoltà alla vista non ha mai avuto problemi di salute prima della notte del 28 aprile: improvvisamente ha presentato difficoltà a respirare, e a parlare mentre stava conversando con la moglie. Viene subito chiamata una ambulanza e ricoverato in ospedale.

### CONDIZIONI ALLA AMMISSIONE:

Pressione arteriosa: 134/100 mmHg. Polso 92, irregolare. ECG: fibrillazione atriale. L'esame neurologico indica una emiparesi del lato destro e afasia.

La TAC realizzata dopo dieci giorni dimostra una lesione ipodensa nella regione talamica e occipitotemporale sinistra.

### PERCORSO CLINICO:

Dopo un mese il paziente è in grado di dire alcune parole. Può mangiare autonomamente e star seduto.

Viene iniziata la riabilitazione per migliorare la postura in piedi.

**DIAGNOSI CLINICA:** Non specificata.

TEST CASE SERIAL NUMBER 130	
SESSO	1
DATA NASCITA	0   2   0   3   1   5
DATA INIZIO	2   8   0   4   8   9
MANAGE trattamento	1
SURVIV sopravv a 28 giorni	1
TYPE tipo di ACV	4   3   4   1
DIACAT categoria diagnostica	1
EXAM 1 medico	1
EXAM 2 internista	2
EXAM 3 neurologo	9
EXAM 4 puntura lombare	2
EXAM 5 angiografia cerebrale	2
EXAM 6 scintigrafia cerebrale	2
EXAM 7 elettroencefalogramma	2
EXAM 8 doppler carotideo	2
EXAM 9 elettrocardiogramma	1
EXAM 10 TAC	1
EXAM 11 RMN	2
EXAM 12 angiografia in RMN	2
EXAM 13 altro	2
CLIND1 diagnosi clinica	9   9   9   9
CLIND2 diagnosi clinica	9   9   9   9
CLIND3 diagnosi clinica	9   9   9   9
CLIND4 diagnosi clinica	9   9   9   9
PRESTR precedente ACV	4
DDEATH data di morte	8   8   8   8   8   8
SURT sopravvivenza in giorni	8   8
NECP autopsia	8
NECD1 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD2 reperti autoptici	8   8   8   8
NECD3 reperti autoptici	8   8   8   8
ICD vers	2

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc  
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

*Roma, dicembre 2003 (n. 4) 7° Suppl.*