

SCHEDA 4

Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)

Percutaneous coronary angioplasty

VOLUME DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA		
ESITO	MORTALITÀ OSPEDALIERA O A 30 GIORNI	SOPRAVVIVENZA
n. studi (n. partecipanti)	38 (3.964.531)	3 (31.107)
n. studi con associazione positiva (n. partecipanti)	25 (2.940.619)	2 (13.690)
Cut-off ad alto volume (casi/anno) range: media: mediana:	24-600 275 209	401-1.500 575,5
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Post 2010 (alti vs. bassi)* 10 (1.322.342) 0,87 (0,83-0,91) 33-600	
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Lin 2016 (alti vs. bassi)* 12 (1.361.837) OR 0,79 (0,72-0,86) 24-1.000	

* 1 studio in comune / 1 study in common

Tabella 4. Angioplastica coronarica percutanea (PTCA); risultati della revisione sistematica.

Table 4. Percutaneous coronary angioplasty; systematic review results.

Il PNE 2016 documenta un rischio di morte a 30 giorni dopo PTCA eseguita entro 48 ore in IMA con un valore medio nazionale di 4,5% e una variabilità tra poli ospedalieri illustrata in figura 4.1. Le informazioni derivate dalla SDO non consentono di definire con precisione l'intervallo di tempo intercorso tra l'ingresso del paziente in ospedale e l'esecuzione della procedura e di distinguere accuratamente tra i diversi tipi di PTCA; la migliore approssimazione è considerare l'intervallo di 0-1 giorno (48 ore).

ANGIPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA ENTRO 48H IN IMA: RISCHI AGGIUSTATI DI MORTALITÀ PER POLO OSPEDALIERO

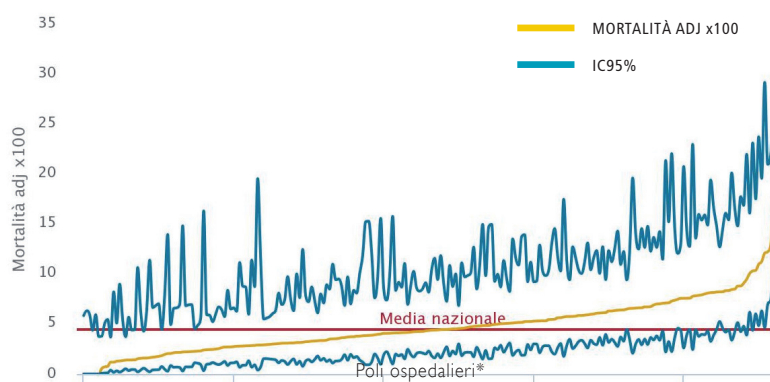


Figura 4.1. Angioplastica coronarica percutanea entro 48h in IMA: rischi aggiustati di mortalità per polo ospedaliero. Italia 2015.

Figure 4.1. Percutaneous coronary angioplasty within 48h in AMI: mortality risks adjusted by facility, Italy 2015.

* I poli ospedalieri sono ordinati per rischio crescente / Facilities are arranged by increasing risk

Fonte: PNE, Edizione 2016
Source: Italian National Outcome Evaluation Programme 2016

Si osserva un'associazione tra volume di attività e mortalità a 30 giorni (figura 4.2). In particolare, la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce fino a circa 100 interventi per anno, volume identificato come punto di svolta, e poi tende a stabilizzarsi. Non si rilevano differenze

SEGUE ►

VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITI DELLE CURE

importanti tra la relazione osservata nel 2015 e quella osservata nel 2010 per i poli ospedalieri a maggior volume di attività, sebbene nel 2015 la mortalità a 30 giorni per i volumi inferiori ai 100 interventi l'anno sia più bassa rispetto a quella osservata nel 2010.

**ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (PTCA) ENTRO 48 H IN IMA:
ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO**

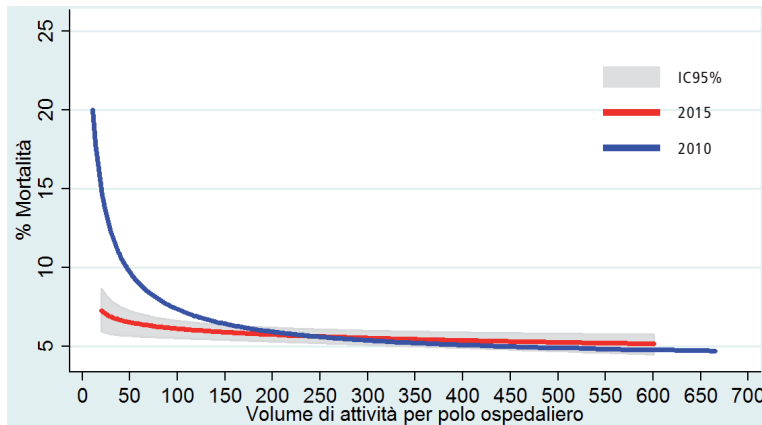


Figura 4.2. Angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 48 h in IMA: associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per polo ospedaliero. Italia 2010-2015.
Figure 4.2. Percutaneous coronary angioplasty within 48h in AMI: association between 30-days mortality and volume of activity by facility. Italy 2010-2015.

Vengono di seguito presentati i volumi totali di attività per PTCA (in IMA entro 48 ore, in IMA oltre le 48 ore, in condizioni cliniche diverse da IMA) degli ospedali italiani. In Italia nel 2015 sono stati effettuati 129.222 ricoveri con almeno un intervento; 318 poli ospedalieri hanno effettuato più di 50 interventi annui. Il volume mediano di attività annuo è pari a 236,5 con uno scarto interquartile di 434,25; 125.058 ricoveri con almeno un intervento sono stati eseguiti in 287 poli ospedalieri (90,3%) con un volume di attività superiore ai 100 interventi annui.

**ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (PTCA):
DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DI POLI OSPEDALIERI PER VOLUME TOTALE DI ATTIVITÀ**

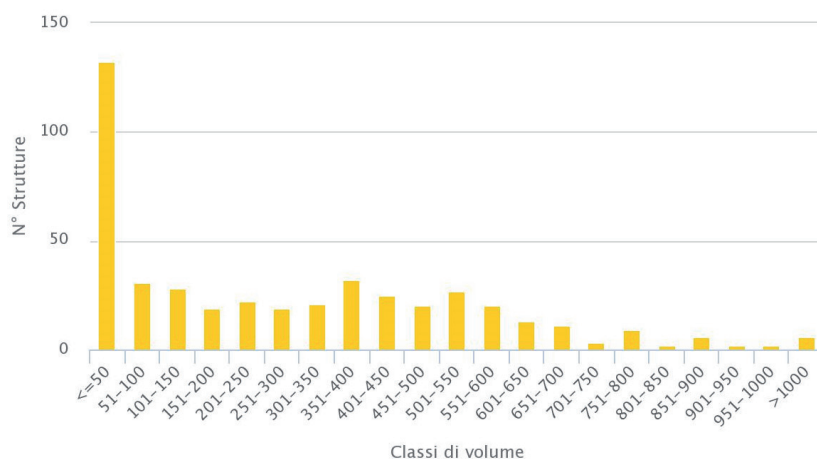


Figura 4.3. Angioplastica coronarica percutanea (PTCA): distribuzione del numero di poli ospedalieri per classi di volume totale di attività. Italia 2015.
Figure 4.3. Percutaneous coronary angioplasty: distribution of the facilities by volume of activity. Italy 2015.

Per tutte le analisi, la definizione dell'esposizione sulla base dei volumi del polo ospedaliero anziché dell'unità operativa potrebbe essere soggetta a misclassificazione. Le informazioni contenute nelle SDO non consentono di identificare validamente le PTCA eseguite in service in poli ospedalieri diverse da quella di degenza. Ciò comporta una possibile misclassificazione del volume di attività, con sovrastima del numero degli ospedali a basso volume a cui viene attribuita l'esecuzione della procedura e una sottostima del volume di PTCA di altri ospedali.