



Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**INDAGINE RETROSPETTIVA DELLE VARIABILI CHE
GARANTISCONO LA CORRETTA GESTIONE DEL
PAZIENTE CON STEMI AI FINI DI UN ESITO POSITIVO
DEL TRATTAMENTO DELLA PTCA**

Relatore: Prof.ssa Colmanet Marzia

Correlatore: Dott. Dal Zotto Fabio

Laureanda: Calia Eleonora

Matricola: 1230470

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

INTRODUZIONE PROBLEMA: L'infarto miocardico è la causa più frequente di mortalità e morbilità nel mondo. In Italia la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, l'infarto acuto l'8% della popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni. La valutazione iniziale si basa sull'integrazione di caratteristiche a bassa probabilità e/o ad alta probabilità derivate dal quadro clinico (cioè sintomi, segni vitali), dall'ECG a 12 derivazioni e dalla concentrazione di troponina cardiaca determinata al momento della presentazione al pronto soccorso [durante il triage avanzato] e successivamente in modo seriale. Quando si parla di infarto miocardico acuto un fattore rilevante è il *tempo* poiché il soggetto colpito da IMA per ricevere il trattamento predominante deve raggiungere una sala di emodinamica in un centro Hub entro un lasso di tempo ben definito di 90 minuti.

SCOPO DELLO STUDIO: L'obiettivo di questa tesi è fotografare attraverso un'indagine descrittiva retrospettiva la rete di trasporto urgenza-emergenza dell'Ulss 1 Dolomiti Feltre nella gestione dei casi di infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST ed eventualmente cercare una strategia per ottimizzare gli outcome.

MATERIALE E METODI: Lo studio si sviluppa prendendo in considerazione come campione la popolazione di età compresa tra i 18 e 90 anni con infarto miocardico acuto STEMI che hanno effettuato l'accesso al Pronto Soccorso "Santa Maria del Prato" di Feltre nell'anno 2020. L'arco di tempo preso in considerazione è di sei mesi (01/01/2020 al 30/06/2020). Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una tabella prestrutturata nella quale sono stati raccolti i dati considerati necessari ai fini dello studio e analizzati con analisi statistiche.

RISULTATI: Dei 10970 verbali clinici sono stati selezionati 467 verbali perché rispondenti ai criteri, di cui: 26 codici rossi entrati per distress respiratorio e 441 codici arancioni ammessi per dolore toracico e cardiopalmo; il 53.93% dei casi era di sesso maschile mentre il 46.07% di sesso femminile. Dividendo l'età in due classi, maggiore e minore di 50 anni è emerso come il 77.94% delle persone che hanno avuto accesso in PS ha un'età maggiore di 50 anni; inoltre al 94.43% è stato assegnato un codice Arancione mentre al 5.57% un codice rosso. Del campione selezionato solo 46 hanno avuto una diagnosi di uscita di Sindrome Coronarica Acuta, di cui 35 STEMI/NSTEMI e 11 Angina. Riguardo il mezzo di arrivo in Pronto Soccorso, solo il 12.85% è stato prelevato dagli operatori sanitari del 118 a confronto

con l'87.15% arrivato in autonomia. E' stato opportuno dividere i pazienti in due classi: coloro che presentavano sintomi da più di 24h e da meno di 24h: 284 soggetti < 24h (62.01%) mentre 174 soggetti >24h (37.99%). Nel lasso di tempo studiato, il 76.09% aveva un Infarto del Miocardio ed è stato trattato secondo i protocolli e centralizzato in un centro Hub mentre il 23.91% veniva ricoverato per Angina presso l'ospedale di Feltre nei reparti di Cardiologia ed UCIC. Riguardo l'ora di effettuazione dell'ECG si è riscontrata una percentuale di ritardo causato dal sistema informatico in quanto tecnicamente veniva registrato a procedura avvenuta: 176 pazienti (37.69%) hanno eseguito l'ECG oltre 10' dall'accettazione in triage e dunque dal loro arrivo, 192 i soggetti che hanno eseguito l'ECG entro i tempi prestabiliti dal protocollo, ovvero entro i 10 minuti (41.11%) mentre il 21.20% ha eseguito l'ECG oltre i 10' ma entro i 15'. Dei 14 pazienti trasferiti in emodinamica solo il 3% è stato colpito da un evento cardiovascolare acuto rispetto al 97% dimessi con Dolore Toracico Atipico o ricoverati per eventi cardiovascolari minori. Riguardo, invece, le Diagnosi di Uscita sono stati 117 i pazienti su 467 (25.05%) dimessi per Toracoalgie Aspecifiche, il 9.90% ha avuto come diagnosi di uscita una SCA mentre il 65.05% ha avuto come diagnosi di uscita patologie non inerenti a coronaropatie.

CONCLUSIONI: Dall'analisi dei risultati è stata confermata l'ipotesi di partenza, la rete di trasporto dell'ULSS 1 Dolomiti dell'Ospedale di Feltre garantisce la corretta gestione dell'infarto miocardico acuto STEMI ai fini di un outcome positivo del paziente stesso. Il trasferimento presso la sala di emodinamica dell'Ospedale di Belluno e, quindi, il DOOR to BALLOON viene eseguito entro il gold standard dei 90 minuti.

PAROLE CHIAVE: Infarto Miocardico Acuto, STEMI, door to balloon, PTCA, ritardo.

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO 1: Inquadramento teorico	1
1.1 La Sindrome Coronarica Acuta	1
1.2 Algoritmo Diagnostico e Triage nella Sindrome Coronarica Acuta	4
1.3 Fattori Di Rischio	8
1.4 Trattamento	9
1.4.1 Perché scegliere la PTCA alla fibrinolisi?	9
1.5 L'importanza Del Tempo	13
1.5.1 Caratteristiche Associate Al Ritardo Del Paziente	16
CAPITOLO 2: Materiali e metodi	19
2.1 Disegno di ricerca	19
2.2 Materiali e metodi	20
CAPITOLO 3: Analisi dei risultati	21
3.1 Descrizione Del Campione: caratteristiche del paziente	21
3.2 Confronto Uomo-Donna del campione analizzato	22
3.3 Età del campione divisa in due classi	23
3.4 Codice colore assegnato	24
3.5 Sintomatologia e tempi di accesso in pronto soccorso	25
3.6 Mezzo di Arrivo in Pronto Soccorso	26
3.7 Suddivisione delle SCA tra STEMI, NSTEMI ed Angina Instabile	27
3.8 Orario di esecuzione del primo ECG. È stato eseguito entro i dieci minuti dall'esordio dei sintomi?	28
3.9 Motivo di accesso in Pronto Soccorso	29
3.10 Trasferimenti in Emodinamica e Diagnosi di Uscita	30
3.11 Diagnosi di Uscita	31
CAPITOLO 4: Discussione e conclusione	33
4.1 Discussione	33

4.2 Conclusione	35
4.3 Limiti dello studio	36

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

ALLEGATI

ALLEGATO N°1: Tipi di IMA secondo FUDMI 2018

ALLEGATO N°2: Algoritmo Triage-Avanzato

ALLEGATO N°3: Algoritmo NSTEMI

ALLEGATO N°4: Tabella pre-strutturata raccolta dati

ALLEGATO N°5: Raccolta dati Excel

ALLEGATO N°6: Heart Score

ALLEGATO N°7: Protocollo interno dolore toracico, SCA probabile/definitiva

ALLEGATO N°8: Valutazione e trattamento dei pazienti con dolore toracico in pronto soccorso

CAPITOLO 1: Inquadramento teorico

1.1 La Sindrome Coronarica Acuta

Il termine Sindrome Coronarica Acuta (SCA; *Acute Myocardial Syndrome*, ACS) è un concetto operativo coniato alla fine del secolo scorso¹ per comprendere tutte le situazioni cliniche riferibili ad una ischemia miocardica acuta [angina instabile (*Unstable Angina*, UA) e infarto miocardico acuto (IMA; *Acute Myocardial Infarction*, AMI) con/senza onda Q] che rappresentano un *continuum* di rischio. Le sindromi coronariche acute (SCA) rappresentano una serie di condizioni cliniche associate all'ischemia miocardica acuta che causano l'ostruzione acuta di un'arteria coronarica; la maggior parte delle persone che vivono una SCA hanno delle alterazioni aterosclerotiche nelle arterie coronariche.

La causa principale delle sindromi coronariche acute è lo squilibrio tra la domanda e l'apporto di ossigeno al miocardio². La febbre, la tachicardia e l'ipertiroidismo che aumentano la domanda di ossigeno possono aggravare la SCA, al contrario, un diminuito apporto al miocardio si può verificare in stati ipotensivi, nell'ipossiemia e nell'anemia. È una situazione di emergenza caratterizzata da un esordio acuto di ischemia miocardica che determina la morte del miocardio se non vengono attuati immediatamente interventi risolutivi. Le conseguenze dipendono, dunque, non solo dal grado di ostruzione ma anche dalla localizzazione.

Dopo la "Ridefinizione dell'infarto miocardico" (RDMI) nel 2000³, le condizioni possibili che vanno sotto il nome di sindrome coronarica acuta comprendono:

- STEMI (*ST-elevation myocardial infarction*) caratterizzato dalla tipica alterazione elettrocardiografica del sopraslivellamento del tratto ST;
- NSTEMI (*non-ST elevation myocardial infarction*) che non ha l'alterazione ECG patognomica;

¹ Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina-non-ST segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2000;36:970–1062.

² Brunner, L., Suddarth, D., Cheever, K., & Hinkle, J. (2017). *Infermieristica Medico-Chirurgica*. CEA.

³ Myocardial Infarction Redefined—A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. *EurHeart J* 2000;21:1502-13.

- UA (o meglio quel che resta dell'angina instabile⁴).

Tra di loro si differenziano secondo quanto è abbastanza severa l'ischemia da causare un danno miocardico sufficiente a rilasciare rilevabili quantità di **marcatori cardiaci** (troponina, CK-MB, mioglobina) che indicano un infarto del miocardio.

I pazienti con SCA presentano un ampio e diversificato quadro clinico in cui il sintomo guida è il dolore toracico acuto e i suoi equivalenti (dispnea, dolore epigastrico, dolore al braccio sinistro).

Sulla base dell'elettrocardiografia (ECG) si distinguono due gruppi principali di pazienti: il primo di questi è caratterizzato da un'elevazione del segmento ST persistente (>20 minuti) correlata all'occlusione coronarica, per l'attivazione di una placca instabile, e alla necrosi cardiomiocitica conseguente e che richiede un'immediata riperfusione principalmente tramite angioplastica (STEMI); il secondo gruppo caratterizzato da un ECG privo di persistente elevazione del tratto ST (NSTE-ACS, *non-ST-segment elevation acute coronary syndromes*) - vi può essere elevazione ST transitoria, depressione del tratto ST, anomalie dell'onda T, talora ECG normale – che individua, in presenza di necrosi miocardica dimostrata, i pazienti NSTEMI, per i quali un'immediata coronarografia indicherà l'opportunità della rivascolarizzazione, ovvero, in presenza di ischemia senza necrosi e i pazienti UA (ischemia a riposo o con minimo sforzo in assenza di necrosi o danno acuto miocitico)⁵.

Al fine di un'immediata applicazione delle sopra ricordate strategie diagnostiche e terapeutiche, è sufficiente una sintomatologia suggestiva di ischemia miocardica e una elevazione del tratto ST in almeno due derivazioni contigue all'elettrocardiografia (ECG) per la diagnosi di STEMI⁶. Viceversa, nei pazienti senza ST sopraslivellato alla presentazione, la diagnosi di NSTEMI è posta sulla base dei valori e del loro andamento nel tempo del biomarcatore cardio-specifico cTn⁷.

⁴ Braunwald E, Morrow DA. Unstable Angina. Is it time for a requiem? *Circulation* 2013;127:2452-7.

⁵ Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2020 doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575

⁶ Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2018;39:119-77.

⁷ Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72:2231-64.

Secondo il più recente aggiornamento della ridefinizione dell'infarto acuto del miocardio (*Fourth universal definition of myocardial infarction 2018*, FUDMI), il termine IMA deve essere usato quando vi è evidenza di un “danno miocardico” (*myocardial injury*) con necrosi miocardica, in una situazione clinica coerente con ischemia acuta cardiaca.

Il “danno miocardico” è definito come un'elevazione di troponina (cTn) almeno una volta sopra il 99° percentile superiore della popolazione di riferimento. Inoltre, IMA è classificato secondo la tipologia introdotta dalla “Definizione Universale” del 2007 (UDMI), ripresa dalla “Terza Definizione Universale” (TUDMI) del 2012⁸, in cinque tipi diversi⁹. (Allegato n°1)

Nello specifico, oggetto di studio di questo elaborato sarà l'infarto miocardico acuto STEMI. Quest'ultimo è l'occlusione dell'arteria coronarica spesso dovuta alla rottura della placca aterosclerotica con la successiva occlusione dei trombi portando all'ischemia e alla necrosi del miocardio che viene irrorato da tale arteria. Altre possibili cause sono il vasospasmo (improvvisa vasocostrizione) di un'arteria coronarica, il ridotto apporto di ossigeno derivante da emorragia acuta, anemia, ipotensione arteriosa e l'aumento del fabbisogno di ossigeno in seguito ad aumento della frequenza cardiaca stimolata, ad esempio, dall'ingestione di cocaina.

In tutti questi casi si stabilisce uno squilibrio tra il fabbisogno di ossigeno del tessuto miocardico e il suo effettivo apporto.

Fondamentale è saper riconoscere i segni e i sintomi di questa patologia non solo da parte dei professionisti sanitari e, dunque, dagli infermieri ma soprattutto dal soggetto stesso che li vive, in modo da saper gestire la situazione e ridurre i tempi di arrivo nei centri di emergenza e ricevere soccorso. Nello specifico i segni e sintomi caratteristici sono:

- dolore toracico o peso toracico che può essere irradiato;
- dispnea;
- disagi nella parte superiore del corpo (braccia, spalle, collo, schiena);
- nausea, vomito, vertigini, stordimento, diaforesi e pallore.

⁸ Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD; Writing Group on the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Third universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1581-98.

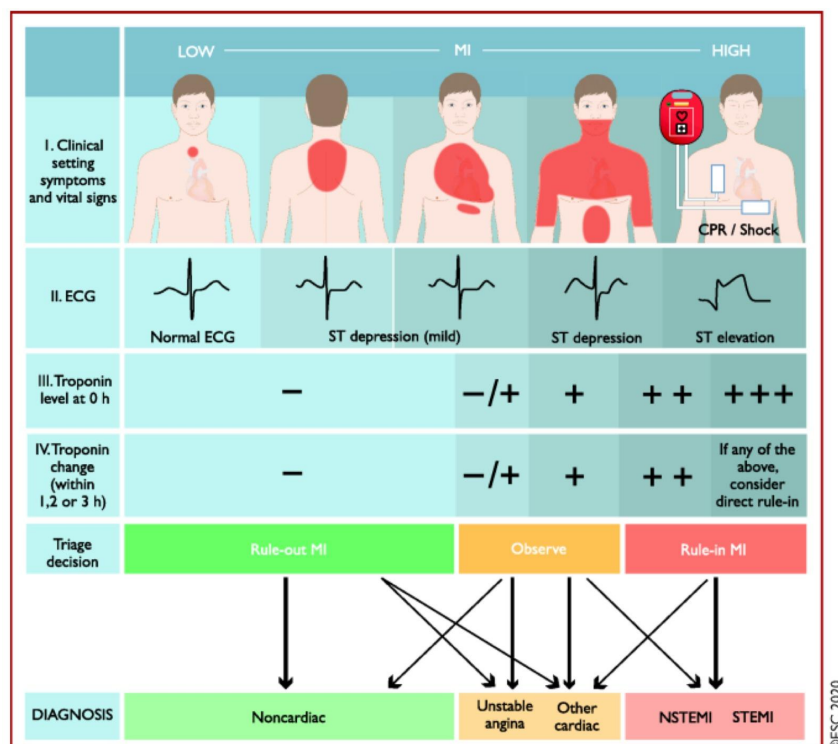
⁹ Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 13;:]. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

1.2 Algoritmo Diagnostico e Triage nella Sindrome Coronarica Acuta

La valutazione iniziale si basa sull'integrazione di caratteristiche a bassa probabilità e/o ad alta probabilità derivate dal quadro clinico (cioè sintomi, segni vitali), dall'ECG a 12 derivazioni e dalla concentrazione di troponina cardiaca determinata al momento della presentazione al pronto soccorso [durante il triage avanzato (Allegato n°2)] e successivamente in modo seriale: viene eseguito il primo punto della Troponina ultrasensibile al tempo 0 (T0) che coincide all'arrivo del paziente in pronto soccorso, il secondo punto (T60) viene eseguito rigorosamente tra i 60'e i 70' dal primo prelievo. Se il risultato è negativo in presenza di dolore toracico può essere eseguito il prelievo hs-Troponin I a 3 ore dall'ingresso o a 6 ore dall'inizio del dolore. In particolare, solo la Troponina I e T sono isoforme specifiche per i cardiomiociti e il solo rilascio nel sangue è successivo a dei danni; questi, possono essere analizzati rapidamente accelerando, così, la formulazione di una diagnosi accurata. Il termine "altro cardiaco" comprende, tra l'altro, miocardite, sindrome di Takotsubo o insufficienza cardiaca congestizia. Il termine "non cardiaco" si riferisce a malattie toraciche come polmonite o pneumotorace.

La troponina cardiaca e la sua variazione durante i prelievi seriali devono essere interpretate come un marcatore quantitativo: più alto è il livello a 0 h o la variazione assoluta durante i prelievi seriali, maggiore è la probabilità della presenza di MI. Nei pazienti che presentano arresto cardiaco o instabilità emodinamica di presunta origine cardiovascolare, l'ecocardiografia deve essere eseguita/interpretata da medici esperti immediatamente dopo un ECG a 12 derivazioni. Se la valutazione iniziale suggerisce una dissezione aortica o un'embolia polmonare, si raccomandano D-dimers e CCTA secondo gli algoritmi dedicati. 1,299 RCP = rianimazione cardiopolmonare; ECG = elettrocardiogramma/elettrocardiografia; MI =infarto del miocardio; NSTEMI =infarto del miocardio senza innalzamento del segmento ST; STEMI = infarto del miocardio con innalzamento del segmento ST. (Fig.1)¹⁰

¹⁰ Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908]



(Figura 1. Algoritmo diagnostico e triage nelle SCA)

Soffermandosi sull'importanza di eseguire un ECG a 12 derivazioni poiché fornisce informazioni utili per la diagnosi di infarto miocardico acuto, non possiamo che parlare del *timing* entro il quale deve essere eseguito. Secondo le linee guida deve essere effettuato entro dieci minuti¹¹ da quando la persona riferisce la comparsa di dolore o da quando arriva in pronto soccorso. Il monitoraggio seriale dell'ECG¹² consente di identificare la sede dell'infarto miocardico e di seguirne l'evoluzione e la risoluzione. In particolare, le variazioni che notiamo a primo impatto sono l'inversione dell'onda T che si presenta sopra la linea isoelettrica, nella comparsa di un'onda Q anomala e nell'innalzamento del tratto ST. Inoltre, nel periodo post-infarto il segmento ST è spesso il primo elemento del tracciato ECG a normalizzarsi. Di solito, le alterazioni dell'onda Q sono permanenti. Inoltre, un vecchio infarto miocardico con ST sopraslivellato si riconosce generalmente dalla presenza di un'onda Q anomala o dalla riduzione dell'altezza dell'onda R senza alterazioni del segmento ST e dell'onda T.

¹¹Borja, I., Stefan, J., Stefan, A., (2017, 26 agosto). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). OUP Academic.

¹²Brunner, L., Suddarth, D., Cheever, K., & Hinkle, J. (2017). Infermieristica Medico-Chirurgica. CEA.

Nello specifico le localizzazioni dell'infarto possono essere:

- Inferiore: D2, D3, aVF
- Anteriore, antero-settale: V1- V4
- Laterale: V5- V6, D1- aVL
- Laterale- alto: D1- aVL
- Antero-laterale: V1-V6

Dunque, essenziale è determinare il trattamento medico più appropriato in situazione di emergenza limitando al minimo il danno del miocardio.

Tali obiettivi vengono raggiunti attualmente seguendo le indicazioni fornite dalle linee guida della SOCIETA' ITALIANA DI CARDIOLOGIA INVASIVA (GISE)¹³ le quali condividono i criteri dell'American College of Cardiology (ACC) e dell'American Heart Association (AHA). Di seguito verranno elencati i punti cardine delle linee guida che indicano di¹⁴:

- Portare il più rapidamente possibile l'assistito in ospedale;
- Effettuare un ECG a 12 derivazioni e valutare il tracciato entro 10 minuti;
- Effettuare un prelievo di sangue venoso per lo svolgimento degli esami reattivi degli enzimi cardiaci con la Troponina;
- Effettuare altre indagini diagnostiche per formulare correttamente la diagnosi di infarto miocardico acuto.

Effettuare i seguenti interventi:

- Supplemento di ossigeno;
- Nitroglicerina;
- Morfina;
- ASA 162-325 mg;
- Beta-bloccanti;
- ACE-inibitori entro 24 h;
- Anticoagulazione con eparina e antiaggreganti piastrinici

¹³Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Eur Heart J 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394 [Epub ahead of print]

¹⁴<https://www.ahrq.gov/gam/summaries/index.html>

Valutare se sussistono le indicazioni per procedere alla riperfusione:

- 1) procedura interventistica coronarica percutanea;
- 2) terapia trombolitica (fibrinolitica).

Se appropriato, proseguire con altre terapie;

- Eparina per endovena o eparina a basso peso molecolare, bivalirudina o fondaparinux sodico;
- Clopidogrel o ticlopidina;
- Inibitori della glicoproteina piastrinica;
- Riposo a letto per 12-24h.

L'assistito in cui si sospetta un infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST può essere trattato immediatamente con una procedura interventistica coronarica percutanea ovvero finalizzate all'apertura dell'arteria coronarica oclusa e alla riperfusione dell'area che è stata privata dell'apporto di ossigeno.

L'infarto miocardico è la causa più frequente di mortalità e morbilità nel mondo. In Italia la mortalità per cardiopatia ischemica rappresenta il 12% di tutte le morti, l'infarto acuto l'8% della popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni.

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nel mondo occidentale: ogni anno provocano la morte di più di 4,3 milioni di persone in Europa e sono causa del 48% di tutti i decessi (54% per le donne, 43% per gli uomini).

Una percentuale tra il 30% e il 40% dei pazienti con SCA sono di prevalenza femminile, un terzo ha un'età >75 anni e un quarto è affetto da diabete. La mortalità, però, è calata negli ultimi dieci anni grazie alle nuove strategie terapeutiche.

Ogni anno, in Italia, circa 120.000 persone sono colpite da infarto e, di queste, circa 25.000 muoiono prima di arrivare in ospedale¹⁵. (ISTAT 2012)

Questo ha portato ad uno sviluppo delle reti tra ospedali di riferimento (HUB) e periferici (SPOKE) per garantire l'accesso all'angioplastica coronarica primaria a tutti i pazienti con STEMI. E' ormai noto come la loro incidenza aumenta con l'età e l'Italia è sicuramente un paese di longevi.

Dati ISTAT relativi al 2001 indicano che più di 10 milioni di persone hanno più di 65 anni; la stima per il 2010 è che il 19.5% della popolazione avrà più di 65 anni e nel 2020 il 22.3%,

¹⁵ https://www.istat.it/it/files//2014/12/Principali_cause_morte_2012.pdf

con un 6% della popolazione con più di 80 anni. Dunque, la popolazione colpita da eventi cardiovascolari sarà sempre maggiore e direttamente proporzionale all'età.

Andando avanti con gli anni, l'ospedalizzazione per pazienti con IMA inizia a ridursi con una differenza del -9.1% tra il 2012 in cui si sono registrati 135.621 e il 2019 con 123.327 ricoveri; questo anche grazie ad un miglioramento della qualità nella codifica della diagnosi di infarto. Inoltre, si è visto come la mortalità per IMA sia in continua diminuzione, dal 10,0% nel 2012 al 7,9% del 2019.

1.3 Fattori Di Rischio

Vari possono essere i fattori di rischio¹⁶ che aumentano lo sviluppo di una cardiopatia in un soggetto, ad esempio:

- L'ipertensione arteriosa: l'ipertensione affatica il cuore, può aumentare le dimensioni rendendolo meno efficiente e favorire l'aterosclerosi. Le persone con ipertensione corrono un rischio maggiore di andare incontro a un evento di infarto o ictus. Fondamentale è tenere, dunque, sotto controllo i valori della pressione arteriosa.
- L'ipercolesterolemia: un eccesso di colesterolo nel sangue può essere, tuttavia, dannoso per il cuore, arterie e cervello. Nel lume interno delle arterie il colesterolo va a danneggiare la parete andando a formare una serie di fenomeni degenerativi come la formazione di placche aterosclerotiche causate da ateromi che diventano vere e proprie incrostazioni rendendo la parete del lume più rigida. Questo è uno dei fattori di rischio principali poiché l'eccesso di colesterolo va ad ostruire l'arteria impedendo o limitando lo scambio di ossigeno.
- Il diabete: provoca complicanze vascolari in tutti i distretti corporei, nello specifico a carico delle arterie coronarie, delle carotidi e del sistema nervoso periferico.
- Il fumo: rappresenta un importantissimo fattore di rischio cardiovascolare soprattutto nelle fasce giovanili. Il fumo riduce la quantità di ossigeno che arriva al cuore, aumenta la pressione sanguigna e il battito cardiaco, danneggia le arterie favorendo la vasocostrizione e il vasospasmo e favorisce la malattia aterosclerotica. Tutto ciò aumenta la probabilità di ictus o di infarto. Lo studio Interheart¹⁷ ha confermato come

¹⁶ <https://www.fondazioneveronesi.it>

¹⁷ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial

il fumo sia una delle cause più importanti di infarto miocardico non fatale, specie nei giovani (sotto i 40 anni); Inoltre anche il fumo passivo aumenta il rischio di patologie cardiovascolari.

- L'obesità e la sedentarietà: innescano tanti fattori di rischio per le patologie cardiache come colesterolo alto, ipertensione e diabete; è fondamentale tenere sotto controllo il valore del BMI per prevenire tante malattie ad esso correlate.
- L'eccesso di alcool e di stress: L'abuso di alcol può causare un aumento continuo della frequenza cardiaca, ipertensione, muscolo cardiaco indebolito e battito cardiaco irregolare. Tutto ciò può aumentare il rischio di infarto e ictus causati dall'alcol, ma anche forti stress, sia fisici che emotivi, mettendo a rischio la salute del cuore
- Familiarità: con questo termine si intende la probabilità di andare incontro a malattie cardiovascolari avendo un parente di primo grado con tali patologie.
- Menopausa: dovuto al calo della produzione di estrogeni.
- Sesso: è fondamentale notare la differenza in età giovane e matura tra gli uomini nettamente più colpiti e le donne.
- Età: incide anche questo fattore, di fatti si nota come è molto più frequente tra i 50 e i 60 anni.

1.4 Trattamento

1.4.1 Perché scegliere la PTCA alla fibrinolisi?

Le evidenze scientifiche hanno mostrato esiti clinici migliori (soprattutto in termini di riduzione degli eventi ischemici ricorrenti) in pazienti con IMA e sopraslivellamento del tratto ST (STEMI - Segment Elevation Myocardial Infarction), trattati precocemente con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)¹⁸.

Il ruolo della PTCA nelle ore immediatamente successive a un episodio di IMA può essere inquadrato distinguendo una PTCA primaria, una PTCA combinata con una terapia di

infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9. PMID: 15364185.

¹⁸ Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/ EACTS guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J* 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394 [Epub ahead of print].

riperfusion farmacologica e una PTCA di salvataggio dopo il fallimento della riperfusion farmacologica. La PTCA primaria viene definita come un'angioplastica senza precedente o concomitante terapia fibrinolitica; la "PTCA di salvataggio" rappresenta una PTCA eseguita su un'arteria coronaria che continui a risultare occlusa nonostante sia stata instaurata una terapia fibrinolitica. Sono stati riscontrati esiti migliori se effettuate precocemente in pazienti di qualsiasi età, compresi coloro che hanno un'età avanzata; questo perché con la PTCA viene trattata anche la lesione ateromastica nella sede di occlusione. Poiché il numero di cellule miocardiche che vanno incontro a necrosi è direttamente proporzionale alla durata della privazione di ossigeno, il tempo che intercorre tra quando l'assistito arriva in pronto soccorso a quando viene effettuata la procedura deve essere inferiore ai 90', il cosiddetto DOOR-TO-BALLOON. Essendo che questa procedura interventistica richiede il raggiungimento di un centro HUB e un personale infermieristico specializzato entro i termini prestabiliti, a volte, è opportuno scegliere delle vie differenti come la terapia fibrinolitica.

La fibrinolisi preospedaliera con angiografia coronarica tempestiva ha determinato un'efficace riperfusion nei pazienti con STEMI in fase iniziale che non hanno potuto eseguire una PCI primaria entro 1 ora dal primo contatto medico. Tuttavia, la fibrinolisi era associata a un lieve aumento del rischio di sanguinamento intracranico.¹⁹

Le linee guida internazionali indicano la riperfusion farmacologica mediante fibrinolisi come trattamento di seconda scelta, eseguendo il trattamento solo nel caso in cui è prevedibile che l'esecuzione della pPCI sia ritardata oltre i 120 minuti, per motivi organizzativi (ad es. sala di emodinamica non disponibile) o logistici (aree geografiche molto distanti dal centro Hub). I farmaci fibrinolitici vengono somministrati per via endovenosa e i più utilizzati comunemente sono l'alteplase, il reteplase e il tenecteplase. Lo scopo dei trombolitici è dissolvere il trombo in un'arteria coronarica permettendo al sangue di fluire nuovamente attraverso l'arteria, la cosiddetta RIPERFUSIONE riducendo al minimo le dimensioni dell'infarto e preservando la funzione ventricolare. Tuttavia, anche se i trombolitici possono dissolvere il coagulo non vanno ad agire sulla lesione ateromastica ed hanno una minor efficace riperfusiva. Dunque, l'assistito potrebbe essere sottoposto a procedure invasive.

¹⁹ Armstrong, P. W., Gershlick, A. H., & Goldstein, P. (2013, April 11). Fibrinolysis or Primary PCI in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine*.

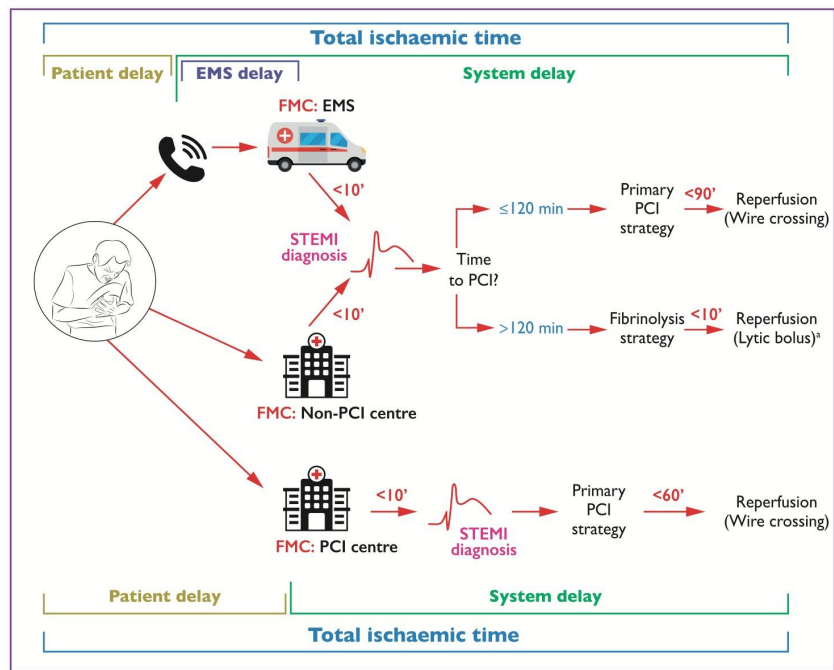
Anche la somministrazione di farmaci trombolitici richiede degli standard precisi:

- Non devono essere utilizzati in presenza di sanguinamento o alterazione della coagulazione;
- Devono essere somministrati entro 30 minuti dalla presentazione in ospedale; questo tempo è spesso chiamato DOOR-TO-NEEDLE.

Riguardo l'infarto miocardico NSTEMI, in riferimento alle linee guida ESC 2020²⁰, il paziente viene classificato in base alla classe di rischio: rischio molto alto, rischio alto e rischio basso. A diagnosi effettuata tramite la presentazione clinica, l'anamnesi, i test di laboratorio e l'ECG eseguito entro i 10', viene scelto il trattamento più adeguato (Allegato n°3). Per la valutazione del rischio viene utilizzata la GRACE risk score, uno strumento di stratificazione del rischio della mortalità intraospedaliera a 6 mesi, a 1 anno e a 3 anni fornendo il rischio di morte e infarto miocardico ad un anno.

Il trattamento, nei pazienti a rischio molto alto ed alto, prevede l'utilizzo di una strategia invasiva precoce con coronarografia diagnostica, seguito dalla rivascolarizzazione coronarica quando opportuna. Riguardo la terapia farmacologica, la somministrazione di aspirina è considerata il gold standard nell'inibizione del trombossano A2 che si esplica ad un dosaggio ≥ 75 mg/die. Il trattamento prevede una dose di carico (150-300 mg per os, 75-250 mg ev) seguita da una dose di mantenimento di 75-100 mg die. Al momento della diagnosi e soprattutto durante la procedura di rivascolarizzazione viene utilizzata l'anticoagulazione parenterale per tutti i pazienti in aggiunta al trattamento antiplastrinico per bilanciare il rischio ischemico ed emorragico. Inoltre, come nello STEMI, il timing è fondamentale per l'esecuzione della PCI che, nel caso di NSTEMI cambia in base alla classe di rischio. Se a rischio molto alto deve essere eseguita entro le 2h; se a rischio alto entro le 24h mentre se a rischio basso viene eseguito in elezione.

²⁰ Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in *Eur Heart J.* 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in *Eur Heart J.* 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in *Eur Heart J.* 2021 May 13;:]. *Eur Heart J.* 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575



(Figura 2. Modalità di presentazione del paziente, tempi di ischemia e selezione della strategia di riperfusione)

Come detto poc'anzi, le procedure interventistiche invasive comprendono l'intervento coronarico percutaneo (PCI) e il bypass aorto-coronarico (CABGs). Questo elaborato si incentrerà sul trattamento della coronaropatia attraverso l'angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA).

L'ANGIOPLASTICA CORONARICA TRANSLUMINALE PERCUTANEA è una procedura interventistica coronarica percutanea mediante la quale un catetere con un palloncino all'estremità viene inserito nella coronaria e posizionato in corrispondenza dell'ostruzione. Il palloncino, una volta gonfiato, spinge la placca contro la parete dell'arteria riaprendo l'ostruzione e migliorando la circolazione. Questo trattamento viene utilizzato in caso di angina o di sindrome coronarica acuta ed ha lo scopo di comprimere e frammentare l'ateroma. A volte vengono applicati degli stent coronarici ovvero una rete metallica cilindrica di acciaio inossidabile che fornisce un sostegno strutturale a un vaso a rischio di occlusione acuta all'interno della coronaria in modo da mantenere la pervietà del vaso dopo che è stato sfilato dal palloncino.

Tante possono essere le complicanze nel corso di questa procedura interventistica come la dissezione dell'arteria coronarica, la perforazione, l'improvvisa chiusura o il vasospasmo.

Fondamentale è l'assistenza infermieristica post-procedura, gli assistiti vengono ricoverati il giorno dell'intervento e in assenza di complicanze vengono dimessi il giorno dopo; se,

invece, ci si trova di fronte ad una procedura urgente, il paziente viene ricoverato in terapia intensiva per qualche giorno.

1.5 L'importanza Del Tempo

Quando si parla di infarto miocardico acuto un fattore rilevante è il *tempo* poiché il soggetto colpito da IMA per ricevere il trattamento predominante deve raggiungere una sala di emodinamica in un centro Hub entro un lasso di tempo ben definito di 90 minuti²¹.

Non si parla più della 'golden hour' di 120 minuti²², ormai superata, perché la tempestività dell'intervento medico è ancora più essenziale del previsto, e perché per ogni 10 minuti di ritardo si registra un 3% addizionale di mortalità. Sono due le strategie principali per accorciare i tempi di accesso all'angioplastica con stent, intervento indispensabile per riaprire le coronarie colpite da infarto: da un lato, infatti, i cittadini *devono imparare a riconoscere subito i segni tipici dell'infarto* (come il dolore costrittivo retrosternale), dall'altra *i soccorsi devono ridurre ogni possibile ritardo* avendo a disposizione mezzi equipaggiati con un elettrocardiografo per fare diagnosi immediata, garantendo il trasferimento nel più breve tempo possibile a centri con un laboratorio di emodinamica o, se il paziente arriva in un ospedale dove può essere sottoposto ad angioplastica, non facendolo passare dall'accettazione di Pronto Soccorso ma andando direttamente in sala di emodinamica, risparmiando solo così circa 20 minuti.

Quando si parla dell'importanza del tempo ci si riferisce a qualsiasi evento o variabile che potrebbe interferire portando ad un ritardo o ad un outcome non desiderato; uno di questi è sicuramente il codice colore che viene assegnato al triage²³; l'infermiere, qui, ha la responsabilità di attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.

Nello specifico, tali codici secondo il decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992 (aggiornato al 9 dicembre 2005) vengono distinti in quattro categorie:

²¹ Antman, E.M., Hand, M., Armstrong, P.W., Armstrong, E.R., Green, L.A., Halasyamani, L.K., ... Smith, S.C., (2007) Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *J Am Cardiol*, 51(2), 210-247

²² https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=75585

²³ DGR n. 1888 del 23 dicembre 2015. Allegato A

- Codice rosso: molto critico, pericolo di vita, emergenza, accesso immediato alle cure;
- Codice giallo: mediamente critico, possibile evoluzione e pericolo di vita;
- Codice verde: poco critico, evento differibile;
- Codice bianco: non critico, non necessita di cure in tempi brevi²⁴.

Riguardo il codice colore Arancione, la Regione Veneto è stata una regione pilota quando era stato appena introdotto; infatti, furono proprio gli Ospedali di Padova, Bassano del Grappa, Treviso, Vicenza e Feltre a sperimentare questo codice triage ritenuto molto utile poiché ha definito i codici triage gialli “ad alto rischio ed in grado di sviluppare un grave peggioramento”, dunque, di essere preso in carico entro 15 minuti. E’ un codice colore che passa per il triage avanzato, nel quale, dopo una valutazione iniziale viene fatto un approfondimento sempre da parte dell’infermiere dei parametri vitali (Pressione Arteriosa, frequenza cardiaca, ECG, prelievi ematici).²⁵

L’introduzione di questo codice ha permesso, dunque, di scemare qualsiasi outcome negativo nei confronti del paziente; questo lo si vede soprattutto nell’infarto miocardico acuto, il quale segno cardine viene dimostrato dal dolore toracico triagiato con codice colore Arancione.

Di seguito vengono riportati i Codici di priorità del triage regionale bifasico, il quale prevede una stratificazione in cinque livelli:

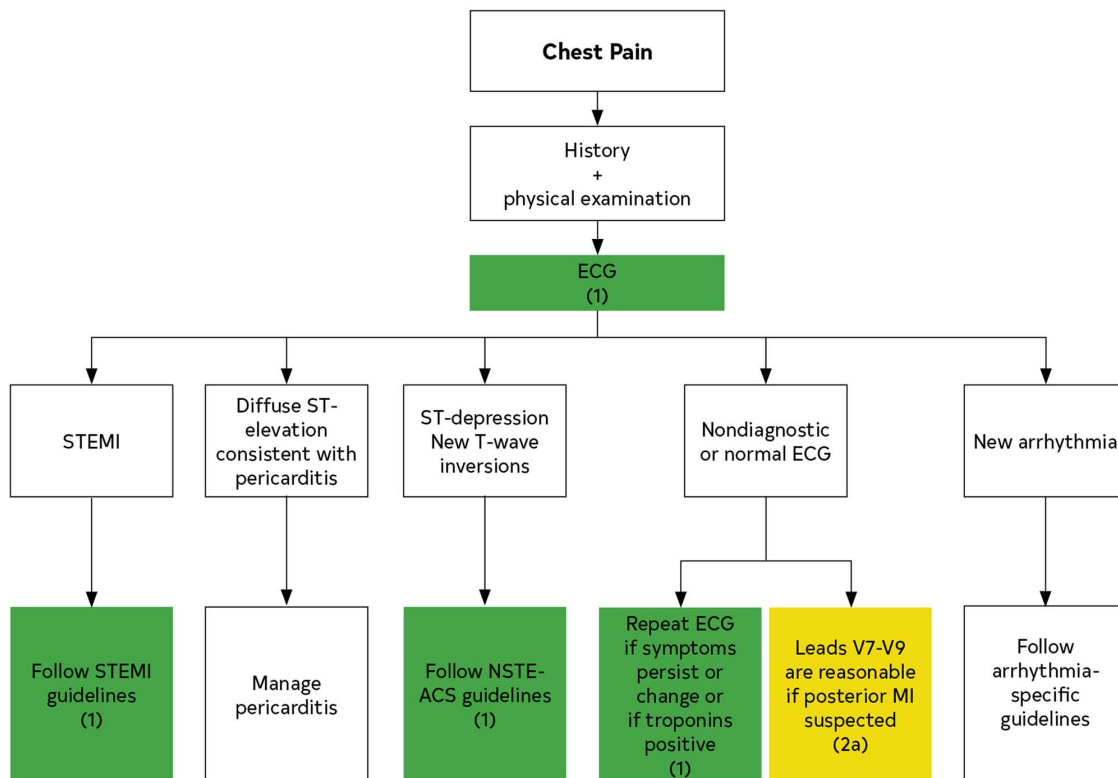
- Codice 1 Rosso: Alterazioni in atto delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;
- Codice 2 Arancione: urgenza, rischio compromissione delle funzionalità vitali (attualmente normali), rischio evolutivo e dolore severo;²⁶
- Codice 3 Giallo: mediamente critico, basso rischio evolutivo, funzioni vitali normali;
- Codice 4 Verde: poco critico, evento differibile, nessuna priorità di rischio, elevata sofferenza; attesa limitata ma subordinata a quella dei codici maggiori;
- Codice 5 Bianco: non critico, non necessita di cure in tempi brevi.

²⁴ DM. 15 Maggio 1992. Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi in emergenza

²⁵https://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/politica/19_aprile_11/codice-arancione-pronto-soccorsoarte-riforma-veneto-apr-ista-5e89f966-5c3e-11e9-b21f-a9bf73d2542a.shtml

²⁶ Ministero della Salute: linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

Nella figura viene mostrata la gestione del dolore toracico²⁷ e le conseguenze che possono essergli attribuite.



(Figura 3. Gestione elettrocardiografica del dolore toracico)

Compito fondamentale dell’operatore sanitario è effettuare una diagnosi pre-ospedaliera prima che il paziente venga ricoverato basata sui segni e sintomi e l’interpretazione dell’ECG. Gli ultimi studi clinici, che ormai coinvolgono migliaia di pazienti, hanno dimostrato però che non esiste in realtà un ‘tempo soglia’ che permetta di discriminare tra intervento tempestivo o meno, ma che la prognosi del paziente peggiora in maniera continua all’aumentare del ritardo nel trattamento. Come viene detto dal presidente della Società Italiana di Cardiologia ‘Ciro Indolfi’: *“Più si indugia maggiore è la quantità di muscolo cardiaco che viene perso e sostituito da tessuto fibroso, non contrattile, con importanti conseguenze nella qualità di vita del paziente”*.²⁸

²⁷Gulati, M., Levy, P.D., Mukherjee, D., Amsterdam, E. (2021, November 30). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 144(22).

²⁸ https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=75585

Per i soggetti che si presentano in condizioni gravissime, con perdita di coscienza o con delle patologie concomitanti specie se di tipo cardiologico la mortalità è molto elevata del 50%-70%, infatti per ogni ritardo di 10 minuti nel trattamento si registrano ben 3 morti in più su 100 pazienti trattati.

Occorrono minuti o ore affinché si sviluppi l'infarto in un'area del miocardio che con il tempo porta a necrosi cellulare. Pertanto, l'espressione "time is muscle" riassume l'importanza di intervenire tempestivamente e con un trattamento appropriato per migliorare e risolvere il problema in atto.

1.5.1 Caratteristiche Associate Al Ritardo Del Paziente

Come si è visto, il fattore predominante che è causa di ritardi nell'attuazione del trattamento definitivo è il tempo. Dall'insorgenza dei sintomi alla chiamata dei soccorsi intercorre un lasso di tempo maggiore a quello desiderato;

Il ritardo può essere **pre-ospedaliero** o **intra-ospedaliero**;

il primo dipende essenzialmente dal soggetto stesso:

- dal lasso di tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e la chiamata ai soccorsi, dall'età del paziente (si è visto, infatti, che maggiore ritardo viene fatto dal paziente anziano);
- dall'ora della comparsa dei sintomi (molto spesso è un dolore notturno 00.00-05.59 e il soggetto si presenta in Pronto Soccorso la mattina seguente);
- il mezzo con cui arriva (per la maggior parte arrivano tutti con mezzo proprio, solo una bassa percentuale chiama l'ambulanza);
- condizioni socio-culturali;
- severità del dolore, il soggetto colpito da dolore toracico si rivolge ai soccorsi solo quando il dolore è severo;
- pandemia Covid-19, che ha portato ad un ridotto tasso di ricoveri ospedalieri dato dalla paura dei pazienti di essere contaminati. E' stata eseguita un'analisi retrospettiva delle caratteristiche cliniche e angiografiche dei pazienti con sindrome coronarica acuta nei primi giorni di pandemia in 15 ospedali del Nord Italia che dimostrò, per l'appunto, oltre ad una diminuzione di ricoveri ospedalieri anche ad un aumento significativo della mortalità non giustificato solo dai casi Covid-19; dunque, rimane la

questione se durante la pandemia non fosse morta gente a casa con una SCA senza aver avuto la possibilità di chiamare i soccorsi.²⁹

Fondamentale è il compito delle campagne di sensibilizzazione affinché diffonda messaggi educativi riguardo il riconoscimento precoce dei segni e sintomi tipici dell'infarto, il controllo della qualità di vita tenendo monitorati i valori del colesterolo LDL, fattore causale della malattia cardiovascolare aterosclerotica. Soprattutto per i soggetti ad alto rischio di malattie cardiovascolari è indispensabile renderli consapevoli della situazione.

Riguardo la situazione Covid-19 di quel momento, sono state fatte alcune analisi che hanno riportato una drastica riduzione del numero di ricoveri per SCA, variabile dal 39.4% al 52.1%, nelle prime fasi della pandemia COVID-19 nel 2020 rispetto a quanto registrato nello stesso periodo (non COVID-19) del 2019; in particolare, sono stati ridotti gli accessi sia per STEMI ma per di più gli NSTEMI con una variabile dal 31.2% al 65.9%³⁰. Nel caso dell'infarto il calo ha raggiunto il -26,5%, contribuendo a un aumento significativo della mortalità, che è arrivata al 14%, triplicando rispetto al 2019.

Potremmo anche avere un ritardo **intraospedaliero** definito come il lasso di tempo che intercorre tra l'arrivo in ospedale e l'inizio della procedura interventistica (pPCI); anche questo influenzato da diversi fattori:

- mezzo di soccorso scelto e disponibilità elisoccorso;
- primo contatto con il medico ed esecuzione ECG entro i 10' con adeguata interpretazione;
- codice triage assegnato correttamente;
- centralizzazione in un centro Hub³¹ più vicino o diretto accesso in una sala di emodinamica senza passare dal Pronto Soccorso.

²⁹ Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy, *The New England Journal of Medicine*

³⁰ Toniolo M, Negri F, Antonutti M, Masè M, Facchin D. Unpredictable fall of severe emergent cardiovascular diseases hospital admissions during the COVID-19 pandemic: experience of a single large center in northern Italy. *J Am Heart Assoc* 2020 May 22. doi: 10.1161/JAHA.120.017122 [Epub ahead of print].

³¹ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 614 del 14 maggio 2019

CAPITOLO 2: Materiali e metodi

2.1 Disegno di ricerca

L'obiettivo di questa tesi è fotografare attraverso un'indagine descrittiva retrospettiva la rete di trasporto urgenza-emergenza dell'Ulss 1 Dolomiti Feltre nella gestione dei casi di infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST ed eventualmente cercare una strategia per ottimizzare gli outcome.

La diffusione di messaggi di prevenzione ed educazione sul riconoscimento di segni e sintomi riguardo l'infarto miocardico acuto è di fondamentale importanza; la prevenzione ed il riconoscimento precoce possono essere fondamentali nell'immediato per salvare la propria vita.

L'**ipotesi** di partenza è:

La rete di trasporto dell'ULSS 1 Dolomiti di Feltre servizio di emergenza-urgenza garantisce il trattamento e la gestione ai centri specializzati entro 90 minuti ai pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST.

I quesiti di ricerca che hanno guidato l'indagine riguardano:

- Quali sono le caratteristiche del paziente? (età, sesso, patologie cardiologiche concomitanti, ecc.)
- Qual è l'orario di esecuzione del primo ECG? È stato eseguito entro i dieci minuti dall'esordio dei sintomi?
- Quanto tempo è passato dall'accettazione in triage alla presa in carico da parte del medico?
- Qual è il codice colore che è stato assegnato?
- Come avviene la gestione di un paziente che arriva in Pronto Soccorso (PS) con infarto STEMI? E il successivo trasporto in emodinamica presso l'Ospedale di Belluno?
- Da quanto tempo ha i sintomi il soggetto e quanto tempo è passato dall'inizio dei sintomi al recarsi in ospedale?

2.2 Materiali e metodi

Lo studio si sviluppa prendendo in considerazione come campione la popolazione di età compresa tra i 18 e 90 anni con infarto miocardico acuto STEMI che hanno effettuato l'accesso al Pronto Soccorso "Santa Maria del Prato" di Feltre nell'anno 2020.

Lo studio è stato condotto nell'arco di sei mesi; sono state consultate (previa autorizzazione) i verbali clinici, presenti nell'archivio dal 01.01.2020 al 30.06.2020. Nello specifico ci si è soffermati sul codice triage Rosso e Arancione e sull'età dai 18 ai 90 anni; la scelta di fermarsi ai 90 anni come termine ultimo è giustificata dal fatto che non si è riscontrato nulla di significativo emerso dai verbali dei soggetti con età maggiore a 90.

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una tabella prestrutturata (Allegato n°4) nella quale sono stati raccolti i dati considerati necessari ai fini dello studio e analizzati con analisi statistiche. Questi dati sono stati poi trasferiti in un foglio di calcolo Excel di Microsoft ed analizzati statisticamente. (Allegato n°5)

Non sempre è stato possibile raccogliere tutti i dati poiché non venivano specificati nei verbali.

CAPITOLO 3: Analisi dei risultati

Nel periodo preso in considerazione per lo studio (dal 01/01/2020 al 31/06/2020) sono stati analizzati 10970 verbali clinici. Di questi, sono stati selezionati 467 casi perché rispondenti ai criteri, di cui: 26 codici rossi entrati per distress respiratorio e 441 codici arancioni ammessi per dolore toracico e cardiopalmo per un totale di 467 casi.

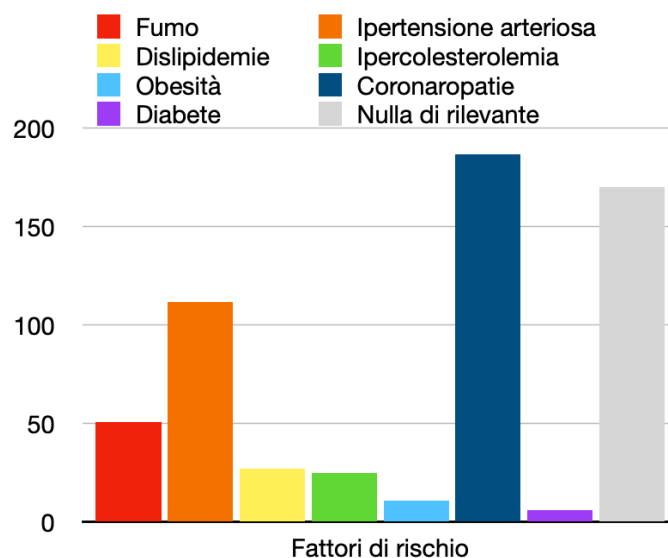
L'analisi dei dati verrà descritta in base ai quesiti di ricerca.

3.1 Descrizione Del Campione: caratteristiche del paziente

Per quanto riguarda l'età 103 persone avevano un'età compresa tra i 18 e i 50 anni mentre 364 avevano un'età tra i 51 e i 90 anni.

A caratterizzare il campione sono state soprattutto le patologie concomitanti associate. Nello specifico, dei 467 soggetti: (grafico 1)

- 187 soggetti aveva storia di cardiopatia, pregressi IMA trattati con PTCA o familiarità per malattie cardiache ovvero il 40.04%;
- 111 soggetti avevano come patologia concomitante l'ipertensione arteriosa ovvero il 23.77%;
- 25 soggetti ovvero il 5.35% avevano l'ipercolesterolemia fattore predittivo dello STEMI che favorisce lo sviluppo degli ateromi andando ad occludere le coronarie;
- 51 soggetti ovvero il 10.92% a partire dai più giovani aveva come fattore di rischio il fumo;
- Solo 170 soggetti non possedevano nulla di significativo per fattori di rischio concomitanti ovvero 31.40%
- 11 soggetti ovvero il 2.36% aveva come fattore di rischio l'obesità;
- 6 soggetti avevano come patologia concomitante il diabete ovvero l'1.29%.



(Grafico 1. Fattori di rischio del campione analizzato)

Di seguito vengono riportati nello specifico i risultati dell'indagine rappresentati da istogrammi.

Cartelle cliniche totali	Cartelle cliniche prese in considerazione	Periodo	Sesso		Codice Triage	
			Maschi	Femmine	Arancione	Rosso
10970	467	Dal 01/01/2020 al 30/06/2020	252	215	441	26

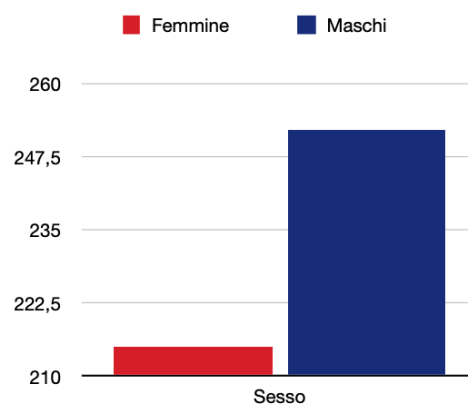
Età campione		Diagnosi SCA		Mezzo di arrivo		Inizio sintomi		Emodinamica
18-50	51-90	STEMI	NSTEMI	Ambulanza	Mezzo proprio	< 24 h	> 24 h	
		46						14
103	364	35	11	60	407	284	174	

(Tabella I)

3.2 Confronto Uomo-Donna del campione analizzato

Nel grafico 2 si può notare come il 53.93% dei casi è rappresentato dal sesso maschile mentre il 46.07% dal sesso femminile. Sia in età giovane che in età matura, l'infarto del

miocardio con i suoi fattori di rischio correlati è più comune negli uomini rispetto che nelle donne. Dunque, il rischio cardiovascolare per le donne e per gli uomini è diverso, poiché mentre gli uomini sono più soggetti a ipertensione arteriosa e frequenza cardiaca elevata, nelle donne il rischio cambia in base alla fase di vita che sta attraversando; infatti, in età fertile gli ormoni estrogeni che vengono prodotti hanno un'azione protettiva sul cuore mentre all'avanzare dell'età e andando incontro alla menopausa in cui gli ormoni estrogeni³² cessano si nota un aumento rilevante di essere colpiti da una malattia cardiovascolare. E' proprio qui che non si nota alcuna differenza di incidenza tra maschio e femmina.



(Grafico 2. Confronto uomo-donna)

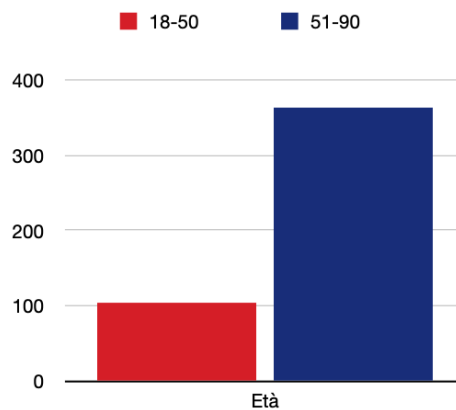
3.3 Età del campione divisa in due classi

Per poter meglio analizzare i dati è stata divisa l'età in due classi, superiore o inferiore ai 50 anni. In questo studio è emerso come la maggior parte delle persone che hanno avuto accesso in PS sia stato per il 77.94% con un'età maggiore di 50 anni in linea con la letteratura che riporta come il soggetto di età compresa tra i 51 e i 90 anni vada incontro maggiormente ad eventi cardiovascolari; il 22.06% è rappresentato da soggetti con un'età inferiore ai 50 anni (grafico 3). Le malattie cardiovascolari e in particolare l'infarto del miocardio colpiscono prevalentemente i soggetti tra i 50 e i 60 anni; questo può dipendere anche dalla familiarità; tanto più un genitore in età giovane è stato colpito da malattia coronarica (in particolare se

³²Leuzzi, C., Marzullo, R., & Modena, M. G. (2012, June 13). La menopausa è un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica? Giornale Italiano Di Cardiologia.

più di un evento) tanto più i figli saranno a rischio. In questo caso la probabilità si aggira intorno al 40-60%.

Proprio per questa ragione, l'Istituto Superiore di Sanità ha stilato la **carta del rischio cardiovascolare**³³ che permette di calcolare il rischio individuale di andare incontro a un evento cardiovascolare maggiore nei successivi 10 anni per persone tra i 40 e i 70 che non ne hanno già subito uno. HeartScore® (Allegato n°6) è un programma di previsione e gestione del rischio che supporta i medici nell'ottimizzazione della riduzione del rischio cardiovascolare individuale. Questo strumento interattivo utilizza la funzione di rischio del progetto SCORE2 e SCORE2-OP per stimare il rischio a 10 anni di infarto miocardico, ictus o morte cardiovascolare, in base a età, sesso, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolo non-HDL.



(Grafico 3. Età del campione per classe)

3.4 Codice colore assegnato

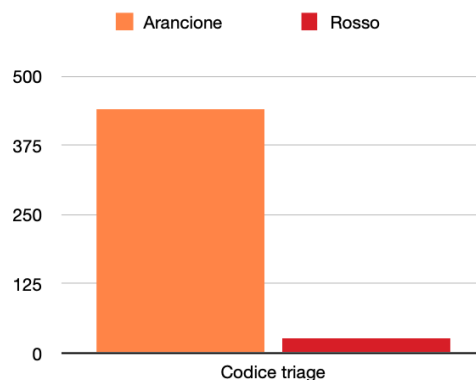
In questo studio ci si è soffermati sui pazienti giunti in Pronto Soccorso e triagati tramite codice colore Arancione o Rosso; in particolare il sintomo maggiormente manifestato da un soggetto che potrebbe avere un infarto in corso è il Dolore Toracico ovvero qualsiasi dolore che anteriormente si colloca tra la base del naso e l'ombelico e posteriormente tra la nuca e la dodicesima vertebra accompagnato da dispnea e diaforesi³⁴.

³³<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/CVcardo> European society of cardiology <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/HeartScore>

³⁴Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al.; Commissione Congiunta ANMCO-SIMEU. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. G Ital Cardiol 2009;10:46-63.

Nel grafico 4 sono stati riportati gli accessi nell'arco dei sei mesi divisi per codice colore. E' emerso come il 94.43% (441 casi) sia stato triagiato come Arancione; in particolare tra questi 441 troviamo come sintomo di entrata il dolore toracico, cardiopalmo, dispnea e sincope mentre il 5.57% è rappresentato dal codice colore Rosso ovvero 26 soggetti entrati per distress respiratorio. Dalla ricerca è emersa una sovrastima del dolore toracico (trriage bifasico regionale applicato alla regione Veneto³⁵) che ha permesso di escludere o prendere in tempo gli eventi di malattia coronarica che erano per l'appunto tempo-dipendenti escludendo, dunque, qualsiasi mortalità. Inoltre, di fondamentale rilevanza, è l'assenza di mortalità durante l'attesa in Pronto Soccorso.

Tra i 467 verbali presi in esame, solo 46 avevano una diagnosi di uscita di "Sindrome Coronarica Acuta" mentre la restante parte era stata dimessa per dolore toracico Aspecifico o ricoverato per motivi non inerenti alle SCA o ancora meglio che non riguardasse un infarto del miocardio.



(Grafico 4. Differenza casi selezionati per codice triage)

3.5 Sintomatologia e tempi di accesso in pronto soccorso

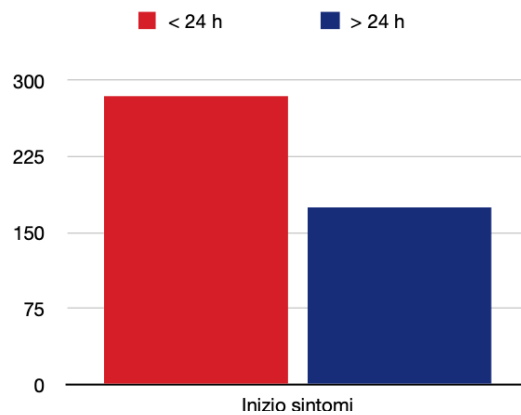
Per quanto riguarda l'insorgenza dei sintomi e la loro durata è stato opportuno dividere i pazienti in due classi: coloro che presentavano sintomi da più di 24h e da meno di 24h.

Così facendo è stato evidente come la maggior parte dei soggetti ha eseguito l'ingresso in ospedale con dei sintomi iniziati la notte stessa e comunque non oltre le 24h. E' possibile prendere visione nel grafico 6, come 284 soggetti presentavano sintomi da meno di 24h

³⁵DGR nr. 1035 del 12 luglio 2019. Allegato A. Indicazioni operative per l'efficiamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso.

ovvero il 62.01 % mentre 174 soggetti ovvero il 37.99 % presentava sintomi che manifestava da più giorni.

Senza dubbio, il recarsi in un dipartimento di emergenza il prima possibile è la scelta migliore per evitare di andare incontro a situazioni irreversibili.



(Grafico 6. Tempo insorgenza sintomi)

3.6 Mezzo di Arrivo in Pronto Soccorso

Seppur oggetto di studio della tesi è l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST è stato difficile dai dati a disposizione suddividere le SCA (sindrome coronarica acuta) attraverso la diagnosi di uscita, poiché alcune venivano dimesse o trasferite con diagnosi di STEMI mentre altre sotto il nome comune di SCA.

Delle 467 cartelle cliniche analizzate sono emersi 46 pazienti entrati per Dolore Toracico, Sincope con diaforesi di cui 35 erano pazienti con un infarto miocardico acuto in corso e 11 con Angina stabile o instabile.

L'arco di tempo dei sei mesi presi in considerazione è stato attraversato dalla pandemia Covid-19 con tutte le ripercussioni legate al rischio di contaminazione tra cui i periodi di lockdown.^{36, 37}

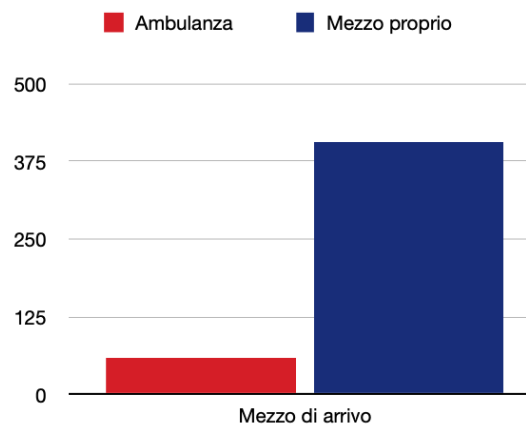
Durante la ricerca è emerso il divario riguardo il numero di accessi effettuati in Pronto Soccorso prima e dopo il Covid. I periodi antecedenti dalla metà del mese di Febbraio hanno registrato un maggior numero di ingressi; questo, sicuramente non fu dovuto ad un calo della

³⁶ https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

³⁷ World Health Organization. Virtual press conference on COVID-19 - 11 March 2020. March 11, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2 [ultimo accesso 4 giugno 2020].

Sindrome Coronarica Acuta, quanto più alla paura della popolazione di contrarre il virus, in un periodo in cui i casi salirono sporadicamente. Questo ha influito negativamente sulla salute del soggetto stesso, il quale timoroso della situazione attuale che si stesse vivendo contattava gli operatori sanitari o si presentava in Pronto Soccorso solo quando i sintomi erano abbastanza severi; ma, quando si parla di malattie coronariche (tempo-dipendenti) il tempo è prezioso perchè riesce a salvare la vita. Il paziente che rimane a casa con dei sintomi fin quando non diventa grave non aiuta la risoluzione del problema soprattutto quando si parla di infarto del miocardio.

Nel grafico 5 è stata rappresentata la differenza tra i soggetti che si sono recati con mezzo proprio e chi tramite la chiamata al 118 con ambulanza; nello specifico solo il 12.85% è stato prelevato dagli operatori sanitari del 118 a confronto con l'87.15% arrivato in autonomia.

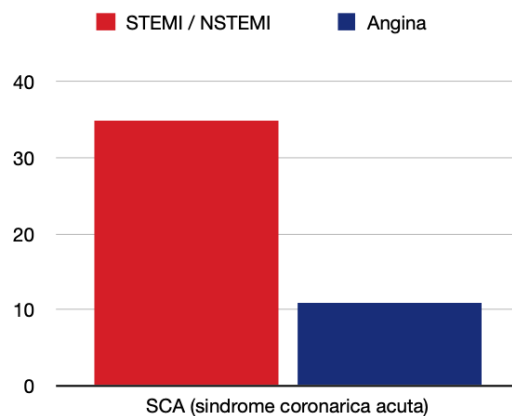


(Grafico 5. Accesso con mezzi al PS)

3.7 Suddivisione delle SCA tra STEMI, NSTEMI ed Angina Instabile

Nel lasso di tempo studiato, il 76.09% aveva un Infarto del Miocardio ed è stato trattato secondo i protocolli e centralizzato in un centro Hub mentre il 23.91% veniva ricoverato per Angina presso l'ospedale di Feltre nei reparti di Cardiologia e UCIC.

Come si evince nel grafico 7 tra le SCA riporta un maggior numero di incidenze sicuramente lo stemi/nstemi rispetto all'angina; il trattamento dello STEMI, secondo l'algoritmo interno (Allegato n°7), deve incentrarsi sull'attuazione di un sistema di emergenza che deve sovrintendere ad una rete interospedaliera ove possibile e ad una rete extraospedaliera in grado di attivare nel minor tempo possibile un efficiente servizio tramite ambulanza o elicottero per raggiungere un centro Hub.



(Grafico 7. Suddivisione delle SCA)

3.8 Orario di esecuzione del primo ECG. È stato eseguito entro i dieci minuti dall'esordio dei sintomi?

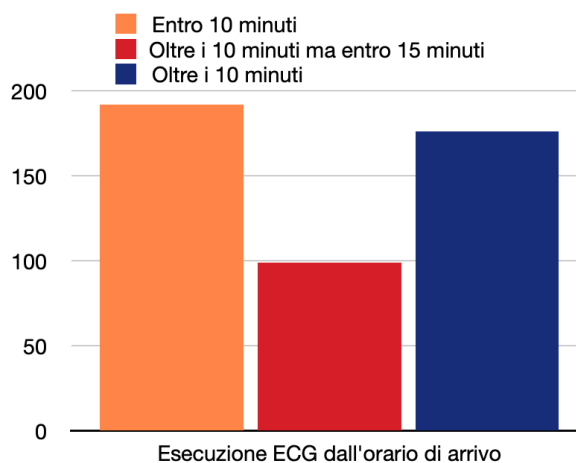
Al fine di ottenere una diagnosi precoce è fondamentale eseguire l'elettrocardiogramma a 12 derivazioni sia in ambiente extra-ospedaliero che in ambiente intra-ospedaliero entro 10' dall'inizio dei sintomi; da questa indagine è emerso come 176 pazienti (37.69%) arrivati in Pronto Soccorso e triagati con codice colore Rosso e Arancione hanno eseguito l'ECG oltre 10' dall'accettazione in triage e dunque dal loro arrivo. Questo, però, è molto discutibile in quanto per la maggior parte dei casi il ritardo era al di sotto dei cinque minuti. Nella raccolta dei dati è stato opportuno suddividere l'orario di effettuazione dell'ECG rispettivamente: Entro 10', Oltre 10' ma entro i 15' ed Oltre i 10'. L'idea di suddividere l'istogramma in questa maniera nasce per giustificare quel ritardo di pochissimi minuti tramite il sistema informatico in quanto tecnicamente nel paziente erano stati eseguiti gli accertamenti e quindi l'ECG e che questo risultava essere registrato nel sistema informativo dopo 1-2 minuti. Quindi potremmo definirlo per la maggior parte un ritardo non reale; per ognuno dei 467 pazienti selezionati è stata calcolata la differenza tra l'ora di arrivo in PS e l'ora effettiva della presa in carico del medico o dove presente del post-triage.

Il percorso di un paziente che arriva in Pronto Soccorso varia in base al codice colore e all'ora in cui si presenta. Dalle ore 06.00 alle ore 18.00 viene effettuato il Post-Triage nel quale vengono misurati i parametri vitali, eseguiti prelievi ematici ed ECG, questo è

fondamentale per accorciare i tempi di una diagnosi e captare ciò che risulta significativo il prima possibile.

In alcuni casi è stato evidente come la presa in carico da parte del medico veniva fatta nell'arco di pochi minuti dall'accettazione in triage senza passare per l'appunto dal post-triage.

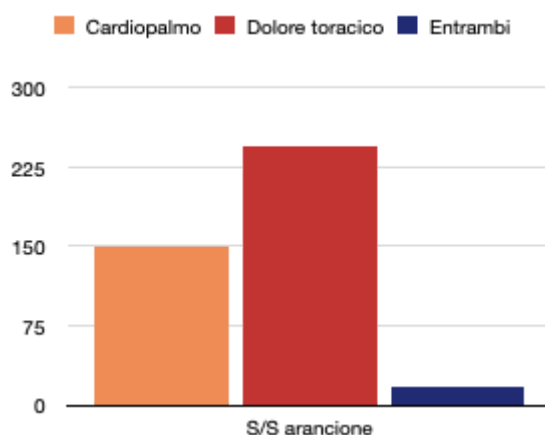
Dall'altro lato sono stati 192 i soggetti che hanno eseguito l'ECG entro i tempi prestabiliti dal protocollo, ovvero entro i 10 minuti (41.11%). Una buona parte di soggetti ha invece eseguito l'ECG oltre i 10' ma entro i 15' ovvero il 21.20% (tra questi vi erano pazienti arrivati per cardiopalmo). Come si può notare nel grafico 8 è stato opportuno, quindi, riportare il ritardo che rientrasse entro i 15 minuti per far emergere un ritardo plausibile che è risultato essere di pochi minuti dettato anche dalla fretta del momento e da una successiva trascrizione tramite il sistema informatico a procedura avvenuta.



(Grafico 8. Tempo esecuzione ECG)

3.9 Motivo di accesso in Pronto Soccorso

La maggior parte dei soggetti colpiti da una Sindrome Coronarica Acuta arrivano in dipartimento d'Emergenza e triagiato come codice colore rosso o arancione in base ai sintomi che accusano; in questa ricerca i pazienti entrati come codice colore Arancione sono in prevalenza e soprattutto per dolore toracico, uno dei sintomi tipici dell'infarto del miocardio. Infatti, come si può notare nel grafico 9, il 59.22% è entrato per dolore toracico, il 36.41% per cardiopalmo mentre solo il 4.37% accusava sia dolore toracico che cardiopalmo.



(Grafico 9. Sintomatologia)

3.10 Trasferimenti in Emodinamica e Diagnosi di Uscita

L'ospedale di Feltre "Santa Maria del Prato" viene definito un centro Spoke; i pazienti che devono raggiungere una sala di emodinamica per eseguire una rivascolarizzazione o una coronarografia devono essere indirizzati presso il centro Hub³⁸ più vicino che in questo caso risulta essere l'ospedale di Belluno "San Martino".

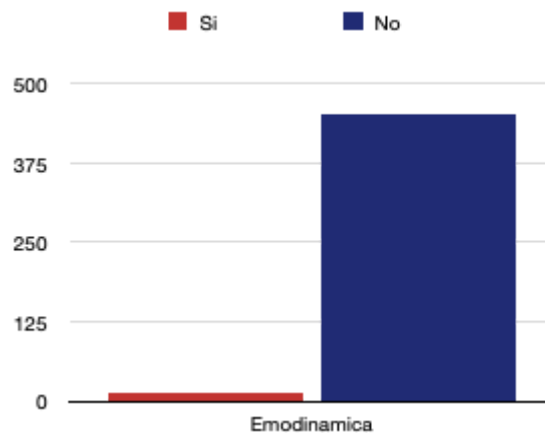
Nell'analisi eseguita è emerso come il soggetto entrato con Dolore Toracico è stato preso in carico dal Triage Avanzato (Allegato n°8) con l'esecuzione dell'elettrocardiogramma e i prelievi dei biomarcatori cardiaci eseguiti e ad accertamenti positivi trasferito immediatamente presso una sala di emodinamica.

Dei 467 verbali clinici analizzati solo 14 pazienti colpiti da un infarto miocardico acuto sono stati trasferiti presso l'emodinamica dell'ospedale di Belluno.

Nel grafico 10 viene rappresentato come solo il 3% dei soggetti nell'arco di sei mesi sono stati colpiti da un evento cardiovascolare acuto rispetto al 97% dimessi con Dolore Toracico Atipico o ricoverati per eventi cardiovascolari minori.

Se volessimo raddoppiare la percentuale in prospettiva di un anno continuando sempre sulla stessa onda, meno del 10% dei soggetti andrebbe incontro a un infarto miocardico acuto.

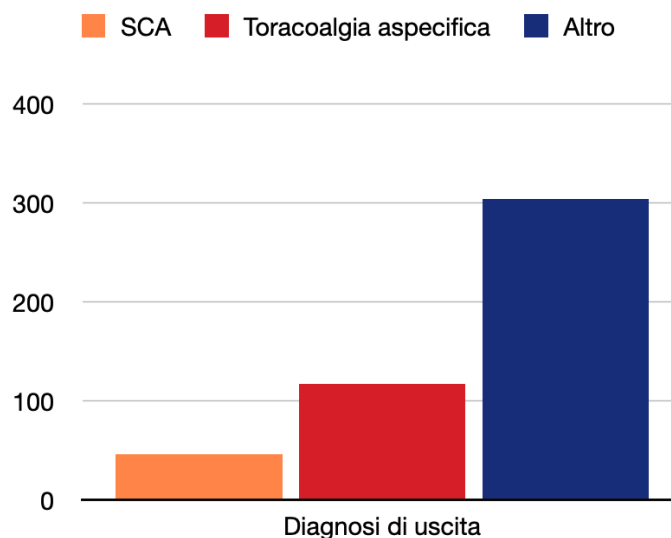
³⁸DGR nr. 614 del 14 maggio 2019. Allegato A. Classificazione strutture ospedaliere.



(Grafico 10. Accessi in sala di emodinamica)

3.11 Diagnosi di Uscita

In questa indagine retrospettiva è stato evidenziato come gran parte delle diagnosi di uscita dei pazienti entrati per dolore toracico, cardiopalmo o dispnea sono stati dimessi per dolore toracico aspecifico, nello specifico sono stati 117 i pazienti su 467 verbali clinici presi in considerazione ovvero 25.05% dimessi per toracoalgie aspecifiche, il 9.90% ha avuto come diagnosi di uscita una SCA mentre 65.05% ha avuto come diagnosi di uscita patologie non inerenti a coronaropatie.



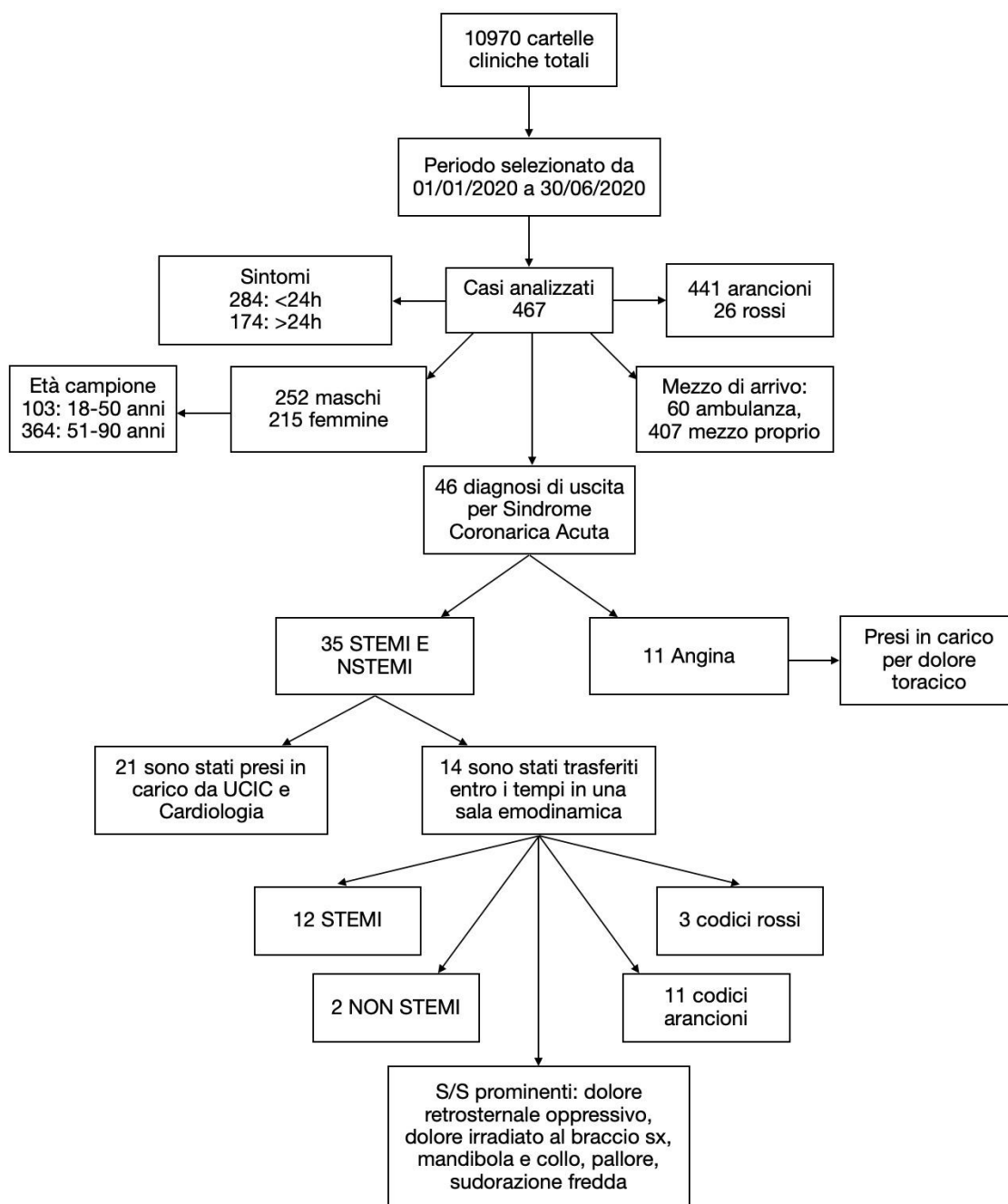
(Grafico 11. Diagnosi di uscita del campione)

CAPITOLO 4: Discussione e conclusione

4.1 Discussione

Rispetto all'ipotesi di partenza core di questo elaborato di tesi ovvero la rete dell'ULSS 1 Dolomiti di Feltre garantisce il trattamento e la gestione ai centri specializzati entro 90 minuti ai pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST possiamo dire che è stata confermata.

Nel flow chart si sono voluti rappresentare in forma schematica i risultati dello studio:



Rispetto la prima domanda riguardante le caratteristiche del paziente arrivato in pronto soccorso si può dire che la maggior parte fossero di sesso Maschile (252 soggetti) rispetto al sesso Femminile (215) e che l'età maggiormente evidente è stata tra i 51 e i 90 anni (364 i primi mentre 103 rappresentavano la fascia di età tra i 18 e i 50 anni). Tra le patologie concomitanti il 40.04% aveva storia di cardiopatia, pregressi IMA trattati con PTCA o familiarità per malattie cardiache (187 soggetti). Dei 467 soggetti analizzati, il 31.40% non possedeva nulla di significativo per fattori di rischio cardiovascolari (170 soggetti), mentre la restante parte aveva dei fattori di rischio correlati quali fumo, diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità e ipercolesterolemia. Rispetto all'ora di esecuzione del primo ECG e se questo è stato eseguito entro i tempi previsti dal protocollo si può dire che non è stato possibile rilevare l'ora esatta del primo ECG eseguito, tuttavia è stata fatta una stima tra il tempo in cui è stato triagiato e l'effettiva presa in carico da parte del medico o dal post-triage: nello specifico, il 41.11% è stato eseguito entro i 10 minuti, per il 21.20% entro i 15 minuti e una parte invece ha avuto la prestazione eseguita oltre i 10 minuti ovvero il 37.69%. La causa di quest'ultimo ritardo la si può giustificare come un ritardo tecnico dovuto dalla registrazione sul portale del sistema interno solo a procedura eseguita che potrebbe richiedere qualche minuto; tuttavia, questo ritardo non ha evidenziato particolari discrepanze nel trattamento e non ha registrato episodi irreversibili a carico del soggetto stesso.

Rispetto al codice colore assegnato dall'infermiere triagista si evidenzia come 441 fossero dei codici Arancioni (94.43%) mentre 26 dei codici Rossi (5.57%). Si nota, dunque, una sovrastima del codice arancione (46 erano avevano effettivamente una diagnosi di SCA su 467 soggetti) che è risultato per la maggior parte come “nulla di significativo per malattie coronariche” e dimessi per dolore toracico aspecifico; questo ha permesso di evitare che qualsiasi evento significativo venisse sfuggito.

Passando alla successiva domanda che riguarda la durata dei sintomi del soggetto e il tempo trascorso dall'inizio dei sintomi all'effettivo arrivo in ospedale si può dedurre che 284 pazienti presentavano sintomi da meno di 24 ore mentre 174 pazienti da più di un giorno.

Volendo rispondere all'ultima domanda riguardo alla gestione di un paziente con STEMI che arriva in Pronto soccorso e il suo successivo trasporto presso una sala di emodinamica di un centro Hub (Ospedale di Belluno) si può dedurre che è stato effettuato entro l'ora prevista dal protocollo in modo da ricevere il trattamento di prima scelta entro 90 minuti. In particolare, 35 erano tra STEMI e NSTEMI di cui 14 trasferiti presso una sala di emodinamica entro i tempi prestabiliti: 12 risultavano essere degli STEMI mentre 2 NSTEMI trasferiti per coronarografia (diagnostica) che poteva trasformarsi in interventistica. Dei 21 restanti

pazienti sono stati presi in carico dalle unità operative di Cardiologia e UCIC e in particolare, tra questi, gli NSTEMI si presume che abbiano eseguito un'angioplastica nei giorni a seguire della presa in carico mentre i due STEMI diagnosticati come tardivi non sono stati trasportati in emodinamica. La risposta la si può ricercare nell'età stessa del paziente in quanto l'avanzare dell'età e le patologie concomitanti compresa la situazione clinica del paziente è significativa in vista di un intervento come la PTCA che richiede l'esecuzione di un'anestesia e la somministrazione di un mezzo di contrasto che non va a favore di pazienti con grave insufficienza renale cronica.

Dal punto di vista del Covid-19³⁹, l'anno 2020 è stato un periodo particolare in cui si è notato un calo di accessi in pronto soccorso degli ultimi mesi rispetto ai primi analizzati; questo si deve in realtà non ad una diminuzione di sindrome coronarica acuta ma dalla paura nei confronti della popolazione di contrarre il virus ed essere infettati.

Per gestire le emergenze in sicurezza in quel periodo è stato predisposto un Pronto soccorso Covid che centralizzava i pazienti con sintomi tipici Covid quali febbre, tosse, mal di gola, debolezza e dolore muscolare.

4.2 Conclusione

La JOINT COMMISSION (2011)⁴⁰ promuove l'adesione a un insieme di interventi indispensabili per persone con infarto miocardico acuto. La prevenzione è fondamentale sia per qualsiasi soggetto che abbia o meno familiarità o che sia stato colpito da eventi cardiovascolari maggiori. Questi interventi, secondo la AHA/ACC⁴¹, prevedono: l'abolizione del fumo, il monitoraggio della pressione arteriosa entro un certo range con adeguata attività fisica (almeno 30' al giorno, 3-4 volte alla settimana) e dieta iposodica con consumo di frutta, verdura e fibre; anche il profilo lipidico con il relativo consumo di grassi deve essere monitorato e gli eventuali valori del colesterolo; mantenere un peso adeguato poiché l'obesità mette sotto sforzo il cuore e potrebbe portare a colesterolo elevato, diabete e pressione

³⁹ Vecchio, S., Fileti, L., & Reggi, A. (2020, July 21). Impatto della pandemia COVID-19 sui ricoveri per sindrome coronarica acuta: revisione della letteratura ed esperienza monocentrica. *Giornale Italiano Di Cardiologia*.

⁴⁰ www.jointcommission.org

⁴¹ Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction – Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *Circulation* 2004; 110: 588-636

arteriosa elevata; gestione dello stress quotidiano. Questi rappresentano la categoria dei rischi modificabili a cui bisogna attenersi per salvaguardare la salute del nostro corpo.

Inoltre, una buona diffusione sul riconoscimento dei segni e sintomi dell'infarto miocardico acuto è fondamentale per la popolazione; questo può essere fatto dagli infermieri o da tutta l'equipe sanitaria tramite degli interventi di diffusione dell'informazione che risultino di facile interpretazione ed efficaci. Il soggetto stesso deve saper riconoscere i sintomi caratteristici in modo da poter chiamare i soccorsi il prima possibile, eliminando il ritardo evitabile in modo da raggiungere il pronto soccorso e ricevere le cure il prima possibile poiché, quando si parla di IMA, il tempo è prezioso ed attendere nella propria abitazione aspettando che il sintomo passi o rivolgersi/chiamare i soccorritori quando il sintomo peggiori non è la strategia migliore per prevenire un evento coronarico maggiore che potrebbe diventare da lì a pochissimo tempo irreversibile.

Per concludere, in riferimento all'ipotesi di partenza dello studio, dopo un'attenta analisi dei dati si può dire che la gestione ed il trasporto da parte dell'equipe multidisciplinare viene gestita in modo corretto e soprattutto che il trasferimento e quindi, il DOOR to BALLOON viene eseguito entro il gold standard dei 90 minuti. L'ipotesi di partenza è stata confermata, la rete di trasporto dell'ULSS 1 Dolomiti dell'Ospedale di Feltre garantisce la corretta gestione dell'infarto miocardico acuto STEMI ai fini di un outcome positivo del paziente stesso.

Questo è stato reso possibile grazie all'organizzazione dell'equipe sia in ambito intra-ospedaliero che extraospedaliero poiché ha saputo intervenire entro i giusti tempi riuscendo ad ottenere un risultato positivo ed evitare la mortalità.

4.3 Limiti dello studio

I limiti di questo studio sono stati essenzialmente due: il primo è dovuto alla metodologia utilizzata ovvero la raccolta dati retrospettiva eseguita tramite i verbali cartacei dell'archivio del pronto soccorso; poiché la registrazione talvolta non permetteva una comprensione delle dinamiche è stato opportuno confrontarsi con il Coordinatore del PS per avere maggiore chiarezza riguardo i dati. In particolare è risultato difficile reperire l'orario di effettuazione dell'ECG, calcolato tramite l'orario di arrivo in Triage e l'ora della presa in carico dal medico o dal Triage avanzato.

Ulteriore limite è stato rappresentato dal periodo Covid ed in particolare dall'11 Marzo 2020 quando l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia in quanto è emerso un divario di accessi in pronto soccorso per i mesi antecedenti il Covid del periodo analizzato. Dunque non sapremo come sarebbe stato questo periodo analizzato e che dati avremmo potuto raccogliere in assenza di Covid.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

Antman, E.M., Hand, M., Armstrong, P.W., Armstrong, E.R., Green, L.A., Halasyamani, L.K., ... Smith, S.C., (2007) Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *J Am Cardiol*, 51(2), 210-247

Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction – Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Tim Heart Association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *Circulation* 2004; 110: 588-636

Armstrong, P. W., Gershlick, A. H., & Goldstein, P. (2013, April 11). Fibrinolysis or Primary PCI in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine*.

Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina-non-ST segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2000;36:970–1062.

Braunwald E, Morrow DA. Unstable Angina. Is it time for a requiem? *Circulation* 2013;127:2452-7.

Brunner, L., Suddarth, D., Cheever, K., & Hinkle, J. (2017). *Infermieristica Medico-Chirurgica*. CEA.

Borja, I., Stefan, J., Stefan, A., (2017, 26 agosto). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). OUP Academic.

Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2020 doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575

Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 13;:]. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in *Eur Heart J*. 2021 May 14;42(19):1908]

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 614 del 14 maggio 2019

DGR nr. 614 del 14 maggio 2019. Allegato A. Classificazione strutture ospedaliere.

DGR nr. 1035 del 12 luglio 2019. Allegato A. Indicazioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso.

DGR n. 1888 del 23 dicembre 2015. Allegato A.

DM. 15 Maggio 1992. Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi in emergenza

Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E. (2021, November 30). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 144(22).

Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2018;39:119-77.

Leuzzi, C., Marzullo, R., & Modena, M. G. (2012, June 13). La menopausa è un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica? *Giornale Italiano Di Cardiologia*.

Ministero della Salute: linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

Myocardial Infarction Redefined—A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. *EurHeart J* 2000;21:1502-13.

Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J* 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394 [Epub ahead of print]

Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al.; Commissione Congiunta ANMCO-SIMEU. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. *G Ital Cardiol* 2009;10:46-63.

Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy, *The New England Journal of Medicine*

Toniolo M, Negri F, Antonutti M, Masè M, Facchin D. Unpredictable fall of severe emergent cardiovascular diseases hospital admissions during the COVID-19 pandemic: experience of a single large center in northern Italy. *J Am Heart Assoc* 2020 May 22. doi: 10.1161/JAHA.120.017122 [Epub ahead of print].

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72:2231-64.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD; Writing Group on the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Third universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1581-98.

Vecchio, S., Fileti, L., & Reggi, A. (2020, July 21). Impatto della pandemia COVID-19 sui ricoveri per sindrome coronarica acuta: revisione della letteratura ed esperienza monocentrica. *Giornale Italiano Di Cardiologia.*

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9. PMID: 15364185.

World Health Organization. Virtual press conference on COVID-19 - 11 March 2020. March 11, 2020.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2 [ultimo accesso 4 giugno 2020].

<https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/2815/articoli/28468/> (consultato il 01/09/2022)

<https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-dell-apparato-cardiovascolare/coronaropatia/infarto-acuto-del-miocardio> (consultato il 27/08/2022)

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=203192> (consultato il 06/09/2022)

<https://www.ahrq.gov/gam/summaries/index.html> (consultato il 11/06/2022)

www.jointcommission.org (consultato il 03/07/2022)

https://www.istat.it/it/files//2014/12/Principali_cause_morte_2012.pdf (consultato il 04/07/2022)

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=75585 (consultato il 04/07/2022)

<https://www.fondazioneveronesi.it> (consultato il 20/07/2022)

<https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/HeartScore>
(consultato il 29/08/2022)

https://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/politica/19_aprile_11/codice-arancione-pronto-soc-corsoparte-riforma-veneto-apripista-5e89f966-5c3e-11e9-b21f-a9bf73d2542a.shtml
(consultato il 01/09/2022)

https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 (consultato il 03/09/2022)

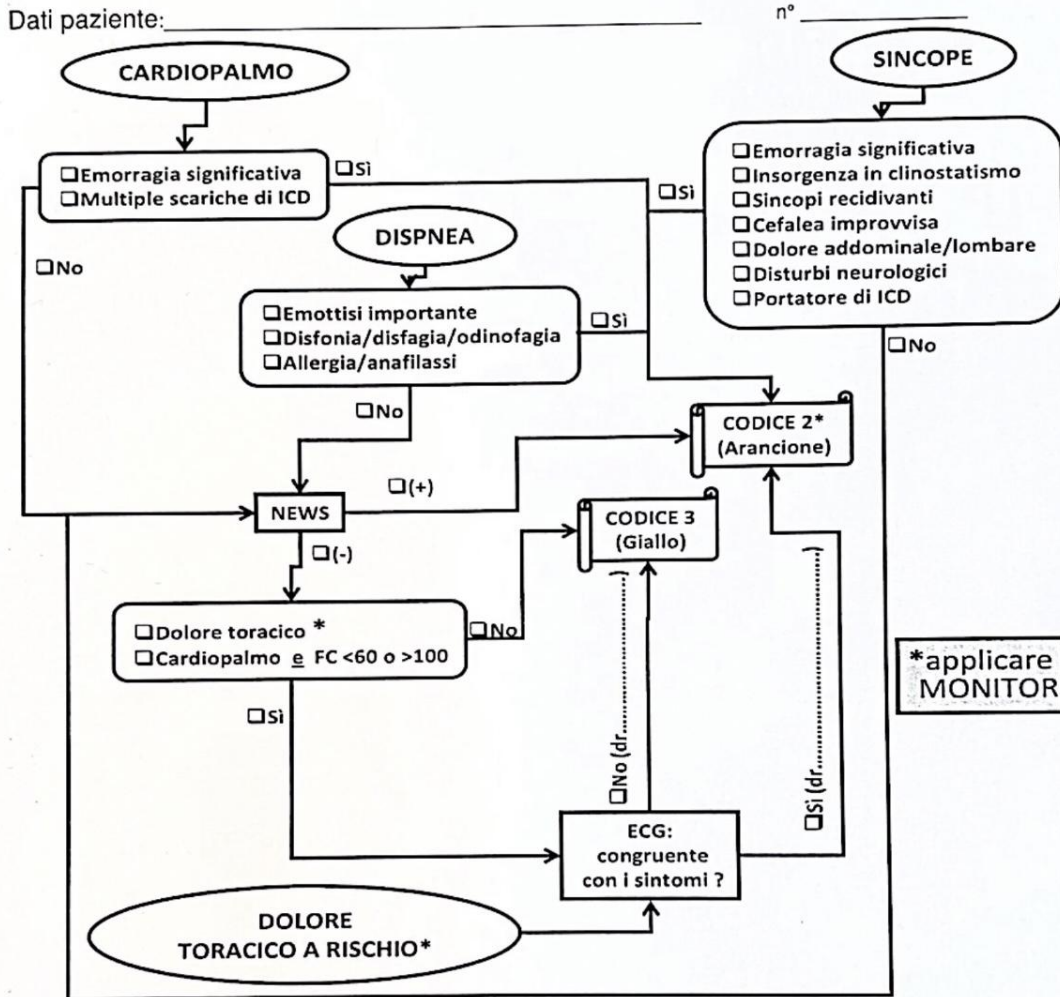
ALLEGATI

Allegato n°1: Tipi di IMA secondo FUDMI 2018

Tipo 1	IMA spontaneo. Patologie sottostanti: rottura, ulcerazione, fissurazione, erosione o dissezione di una placca aterosclerotica con conseguente trombo intraluminale in una o più arterie coronariche che determina una diminuzione di flusso sanguigno o emboli piastrinici distali con necrosi miocardica; il paziente ha una CAD conosciuta oppure no. Criteri diagnostici: <i>rise & fall</i> di (hs)cTn con almeno un valore sopra il 99° percentile URL e almeno uno dei segni ischemici seguenti: sintomi di ischemia miocardica; nuovi significativi innalzamenti del segmento ST, onda T o LBBB; sviluppo di onde Q patologiche all'ECG; evidenze all' <i>imaging</i> di perdita di miocardio vitale o di anomalie nella motilità parietale; identificazione di un trombo intracoronarico con angiografia o autopsia.
Tipo 2	IMA secondario ad uno sbilanciamento tra richiesta e fornitura di ossigeno. Patologie sottostanti: condizioni diverse da CAD che contribuiscono allo sbilanciamento tra richiesta e fornitura di ossigeno che conducono a danno miocardico e necrosi (es. disfunzione endoteliale coronarica, spasmo coronarico, embolismo coronarico, tachi/bradi-aritmia, anemia, insufficienza respiratoria, ipotensione, ipertensione con/senza LVH). Criteri diagnostici: <i>rise & fall</i> di (hs)cTn con almeno un valore sopra il 99° percentile URL e almeno uno dei segni ischemici seguenti: sintomi di ischemia miocardica; nuovi significativi innalzamenti del segmento ST, onda T o LBBB; sviluppo di onde Q patologiche all'ECG; evidenze all' <i>imaging</i> di perdita di miocardio vitale o di anomalie nella motilità parietale.
Tipo 3	Morte dovuta a IMA. Patologie sottostanti: di solito una placca coronarica instabile. Criteri diagnostici: morte improvvisa con sintomi suggestivi di ischemia miocardica e possibili segni ECG ischemici/LBBB o fibrillazione ventricolare ma senza evidenza di biomarcatori (non prelevati o non ancora innalzati); talora conferma autoptica.
Tipo 4a	IMA correlato a PCI ≤48 h dalla procedura. Patologie sottostanti: embolizzazione distale dalla placca aterosclerotica, prolungata azione del balloon, occlusione di branca laterale, dissezione vasale, occlusione vascolare improvvisa. Criteri diagnostici: elevazione cTn 5x ≥99° percentile URL in pazienti con valori basali di cTn nella norma (<99° percentile) oppure elevazione ≥20% di cTn se i valori basali erano elevati stabilmente o in discesa; e, in aggiunta, nuovi segni ischemici all'ECG o onde Q o dimostrazione via <i>imaging</i> di perdita di miocardio vitale o di anomalie alla motilità parietale o segni angiografici di complicazione periprocedurale.
Tipo 4b	IMA correlato a trombosi dello <i>stent</i>. Patologie sottostanti: trombo dello <i>stent</i> impiantato con conseguente occlusione o alterazione del flusso sanguigno nell'arteria coronarica. Criteri diagnostici: trombosi dello <i>stent</i> dimostrata angiograficamente o all'autopsia in un quadro di ischemia miocardica secondo i criteri diagnostici del tipo 1.
Tipo 4c	IMA correlato a ri-stenosi dello <i>stent</i>. Patologie sottostanti: in procedure per <i>stent</i> ma con assenza delle complicazioni precedenti. Criteri diagnostici: non dimostrazione angiografica di complicazioni ma criteri sovrapponibili a quelli per il tipo 1.
Tipo 5	IMA correlato a CABG ≤48 h dalla procedura. Patologie sottostanti: occlusione acuta del trapianto, prolungata ipotensione durante la procedura, manipolazioni del cuore, dissezione dell'arteria coronarica, eventi microvascolari correlati alla riperfusione, danno miocardico dalla generazione di radicali liberi dell'ossigeno, insufficienza delle aree riperfuse. Criteri diagnostici: elevazione cTn 10x ≥99° percentile URL in pazienti con valori basali di cTn nella norma (<99° percentile) oppure elevazione ≥20% di cTn se i valori basali erano elevati stabilmente o in discesa; e, in aggiunta, nuove onde Q o segni angiografici di occlusione del trapianto o dell'arteria coronarica o dimostrazione via <i>imaging</i> di perdita di miocardio vitale o di anomalie alla motilità parietale.

Allegato n°2: Algoritmo Triage Avanzato

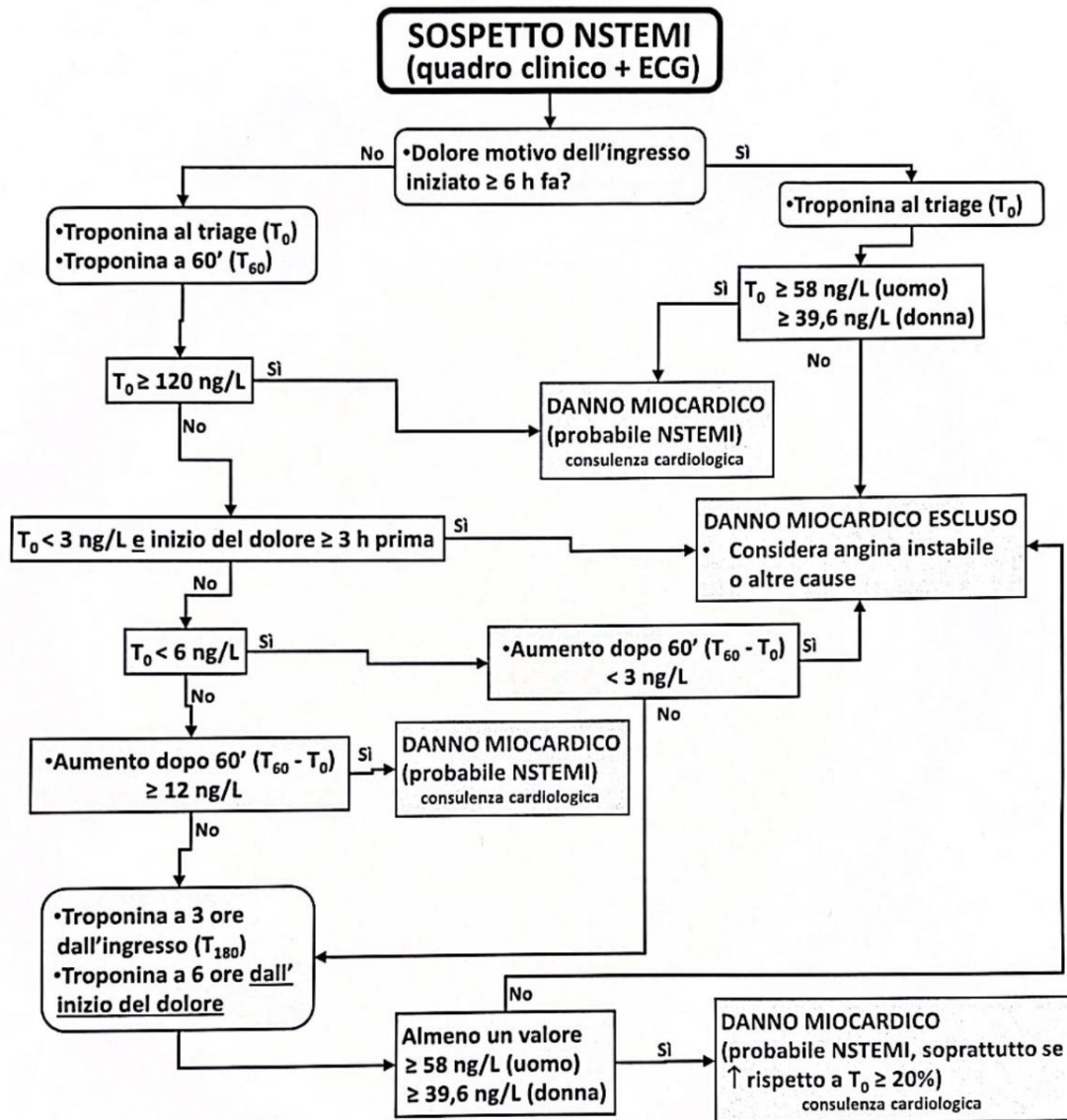
UOC PRONTO SOCCORSO FELTRE
 SCHEDA TRIAGE AVANZATO



		NEWS						
valori		3	2	1	0	1	2	3
	F.R.	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
	SpO2	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
	Necessità di O2		+		-			
	P.A.S.	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
	F.C.	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
	ACVPU				A			CVPU
	Temp C°	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	

Tot: 0-4 punti Tot: 3 punti in un singolo parametro
 negativo Tot: ≥ 5 punti positivo

Allegato n°3: Algoritmo NSTEMI



NOTE:

- Valori riferiti ad ADVIA Centaur® XP hs-Troponin I
- Se risultato del laboratorio è <2,5 ng/L, considerare che il valore sia 2,2 ng/L (limit of detection)
- Se dolore ricorrente fare riferimento a quello più intenso e duraturo o che abbia spinto il paziente ad accedere al PS
- T₆₀ va fatta rigorosamente tra i 60' e i 70' dal primo prelievo

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation
- Fourth universal definition of myocardial infarction (2018)

Allegato n°4: Tabella pre-strutturata raccolta dati

Orario di arrivo			
Motivo di ingresso			
Mezzo di arrivo	<input type="checkbox"/> ambulanza	<input type="checkbox"/> mezzo proprio	<input type="checkbox"/> altro
Età			
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Durata dei sintomi	<input type="checkbox"/> < 24 h	<input type="checkbox"/> > 24 h	
Segni e sintomi			
Codice triage			
Orario di presa in carica del medico			
Esecuzione ECG entro i 10'	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Risultato ECG			
Patologie concomitanti			
Esami troponina T e troponina I			
Emodinamica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Esecuzione PTCA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Diagnosi di uscita			
Ricovero	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

Allegato n°5: Raccolta dati Excel

	Motivo di ingresso	Mezzo di arrivo	Età	Sesso	Ora di arrivo	Inizio sintomi	Segni e sintomi	Codice colore	Tempo ECG/ presa in carico medico	Diagnosi ECG	Patologie concomitanti	Esami svolti	Emodinamica	Diagnosi di uscita	Ritorno
Paziente 1	Dispnea e dolore toracico	Mezzo proprio	50	F	h 16:55	<24h	Sensazione di costrizione toracica e fiato corto con dolore crampiforme alla schiena e al braccio sx	Arancione	Entro 10' h 17:04	Ecg nella norma	fumo	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 2	Cardiopalmò e dolore toracico	Mezzo proprio	63	M	h 15:24	<24h	avvertire tachicardia	Arancione	Oltre 10' h 15:36	Ecg nella norma	progressi episodi cardiopalmò	Tri negativa	No	Episodio di FA pericardio in corso di ipotassiemia	No
Paziente 3	Dolore toracico	Mezzo proprio	53	M	h 22:16	>24h	brividi di freddo, gola secca e vomito	Arancione	Entro 10' h 22:20	Ecg nella norma	fumo, ipercolesterolemia	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 4	Dolore toracico	Ambulanza	71	F	h 23:55	<24h	episodio ipertensivo	Arancione	Entro 10' h 00:02	Ecg nella norma	IPA, ipercolesterolemia	Tri negativa	No	Episodio di epistatragia indifferenziata	No
Paziente 5	Cardiopalmò, dolore toracico	Mezzo proprio	49	M	h 19:30	<24h	algie trattive in regione sotto diafragica sx	Arancione	Oltre 10' h 20:04	Ecg nella norma	-	Tri negativa	No	Toracografie di vertebre toraciche muscoloscheletrici	No
Paziente 6	Oppressione toracica	Mezzo proprio	74	F	h 16:34	>24h	senso di costrizione toracica	Arancione	Entro 10' h 16:43	Ecg nella norma	-	Ecografia aortica nella norma	No	Toracologie di versimile natura muscoloscheletrica, inamotizzazione gansia	No
Paziente 7	Oppressione toracica	Mezzo proprio	83	F	h 21:36	<24h	peso toracico aumentato	Arancione	Oltre 10' h 21:50	ECG biacardiaci sinusale	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Toracografie in corso di versimile natura muscoloscheletrica, inamotizzazione gansia	No
Paziente 8	Oppressione toracica	Mezzo proprio	38	M	h 20:54	>24h	peso esagerato, astenia, nausea	Arancione	Entro 10' h 21:03	ECG biacardiaci sinusale	-	Tri negativa	No	Toracografie in corso di versimile natura muscoloscheletrica, inamotizzazione gansia	No
Paziente 9	Cardiopalmò	Mezzo proprio	77	M	h 10:50	<24h	Tosse produttiva da tempo, tachicardico	Arancione	Oltre 10' h 11:03	-	Recente ricovero in cardiologia per scompenso di cardiopatia ischemica post infartuale, Portatore ICD Biventricolare	-	No	Tachicardio atriale con CVE	No
Paziente 10	Cardiopalmò	Mezzo proprio	57	M	h 03:27	>24h	Separazione di cardiopalmò antinco	Arancione	Entro 10' h 03:35	Ecg nella norma	IPA	EGA lieve ipocalemia	No	Cardiopalmò non presente in visita	No
Paziente 11	Cardiopalmò	Mezzo proprio	61	F	h 20:50	<24h	Astenia	Arancione	Entro 10' h 20:59	Ecg nella norma	Ipercolesterolemia, IPA	Esami ematici nella norma	No	Progresso episodio di TPS	No
Paziente 12	Dolore toracico con irradiazione ad arto superiore sx	Mezzo proprio	38	F	h 20:15	>24h	Fermicolio e dolore mano sx, dolore emitorace anteriore sx, parestesia alle labbra	Arancione	Entro 10' h 20:23	Ecg nella norma	fumo	Ecografia aorta addominale nella norma	No	Dolore toracico indifferenziato e parestesia mano sx	No
Paziente 13	Dolore toracico	Mezzo proprio	70	F	h 02:14	<24h	Dolore toracico irradiato al braccio sx	Arancione	Entro 10' h 02:17	Ecg nella norma	-	Esami ematici nella norma	No	-	No
Paziente 14	Distress respiratorio, dolore toracico, dispnea	Ambulanza	73	M	h 23:59	<24h	Dolore toracico irradiato al collo e mandibola	Rosso	Entro 10' h 00:07	Ecg tachicardia	Cardiopatia ischemica, duplice bypass aorto coronarico	-	No	/	SI, LUCIC
Paziente 15	Distress respiratorio, dolore toracico, dispnea	Ambulanza	56	M	h 12:06	<24h	Dolore retrosternale	Rosso	Entro 10' h 12:08	-	-	-	No	Arresto cardiaco in ps DECESSO	No
Paziente 16	Dolore toracico	Mezzo proprio	72	F	h 17:09	>24h	Dolore retrosternale oppressivo, nausea	Arancione	Oltre 10' post tr h 17:20 medico h 17:40	Ecg nella norma	fumo	Tri negativa	No	Dolore retrosternale, baricostipollia di origine ischemica	No
Paziente 17	Cardiopalmò	Mezzo proprio	26	F	h 19:56	>24h	avvertire cardiopalmò	Arancione	Entro 10' h 20:03	-	-	-	No	/	SI, genitaria
Paziente 18	Dolce toracico	Mezzo proprio	36	F	h 14:06	<24h	dolore retrosternale oppressivo	Arancione	Entro 10' h 14:15	Ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Dolore epigastrico aspecifico	No
Paziente 19	Cardiopalmò	Mezzo proprio	64	M	h 16:36	<24h	avvertire battito irregolare	Arancione	Oltre 10' post tr h 16:48 medico h 16:55	Ecg nella norma	obesità e ipercolesterolemia	-	No	Cardiopalmò in attesa di ablazione per abnormità aspecifico	No
Paziente 20	Dolore toracico	Mezzo proprio	82	M	h 16:41	>24h	-	Arancione	Entro 10' h 16:50	Ecg nella norma	-	Tri negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 21	Near sincopa, cardiopalmò	Mezzo proprio	43	F	h 15:43	>24h	-	Arancione	Entro 10' h 15:50	Ecg nella norma	Ablazione FA con efficace	Tri negativa	No	Instabilità senza evidenza di vertigine, dolore toracico di origine muscolo scheletrica	No
Paziente 22	Distress respiratorio in cardiopalmò	Ambulanza	33	F	h 19:39	<24h	episodio dolore toracico	Rosso	Entro 10' h 16:48	FA	-	-	No	Iniziale SC in corso di cardiopatia FA permanente	No
Paziente 23	Dolore toracico	Mezzo proprio	80	M	h 08:34	<24h	algia toracica atto superiore sx	Arancione	Entro 10' post tr h 08:40 medico h 08:50	Ecg nella norma	-	Tri negativa	No	Dolore toracico per sx altopico per angor aspecifico	No
Paziente 24	Cardiopalmò	Mezzo proprio	40	M	h 14:17	>24h	Tachicardico	Arancione	Entro 10' h 14:25 medico h 14:40	ecg nella norma	Cardiopatia valvolare aortica sottoposta a sostituzione con bioprotesi	esami ematici nella norma	No	Episodio di cardiopalmò	No
Paziente 25	Cardiopalmò	Mezzo proprio	49	F	h 12:06	<24h	avvertire cardiopalmò	Arancione	Oltre 10' h 12:17	FA	Ablazione, portatore di fibrile aritrogena	esami ematici nella norma	No	Recidiva FA	No

Paziente 26	Dolore toracico	Mezzo proprio	62	M	h 18:22	<24h	dolore toracico retrosternale	Arancione	Entro 10' h: 30	ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Toracoalgia aspecifica	No
Paziente 27	Dolore toracico, cardiopalmo	Mezzo proprio	48	M	h 04:25	>24h	Dolore toracico, cardiopalmo, peso epigastrico	Arancione	Entro 10' h 04: 34	ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico a base probabile ischemica	No
Paziente 28	Dolore toracico pericarditico infiammatorio	Mezzo proprio	61	F	h 13:46	>24h	Dolore toracico pericarditico infiammatorio	Arancione	Entro 10' post tr h13:50 medico h14:00	ecg nella norma	Bronchite acuta	TnI negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 29	Dolore toracico, febbre	Mezzo proprio	47	M	h 20:21	<24h	oppressione toracica	Arancione	Entro 10' h 20: 25	ecg nella norma	-	-	No	Dolore emitoracico sx	No
Paziente 30	Dolore toracico, cardiopalmo	Mezzo proprio	38	F	h 09:19	<24h	oppressione toracica	Arancione	Entro 10' h 09: 29	ecg nella norma	Stenosi aortica	TnI in riabzo	No	Dolore toracico	SI, cardiologia
Paziente 31	Dolore toracico	Ambulanza	87	M	h 23:14	<24h	Dolore toracico irradiato alla spalla	Arancione	Entro 10' h 23: 20	ECG nella norma	Progresso IMA, 2018 NSTEMI con rivascolarizzazione	TnI in riabzo	No	Dolore Toracico con movimento	SI, Medicina
Paziente 32	Dolore emitoracica dx e dispnea	Mezzo proprio	45	F	h 22:01	<24h	Dolore toracico Aspecifico	Arancione	Oltre 10' h:22:15	ECG nella norma	-	TnI negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 33	Dolore emitoracica dx e dispnea	Mezzo proprio	76	M	h 15:06	>24h	peso toracico emitoracico sx	Arancione	Oltre 10' h 15:17	ECG nella norma	-	TnI Negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 34	Cardiopalmo	Mezzo proprio	88	F	h 12:59	>24h	Extrasistole sinistramaticale	Arancione	Oltre 10' h 13:11	ECG extrasistole	Esami nella norma	Esami nella norma	No	Extrasistole sinistramaticale	No
Paziente 35	Dolore toracico e dispnea	Mezzo proprio	86	M	h 07:09	>24h	dolore toracico anteriore	Arancione	Entro 10' h 07: 17	ECG ritmo sinusale	recente intervento di vitrectomia	TnI Negativa	No	Dolore epigastrico e nausea in cardiopalmo	No
Paziente 36	Cardiopalmo e peso toracico	Mezzo proprio	57	M	h 20:23	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 20:35	ECG: bradicardia sinusale	-	TnI Negativa	No	Cardiopalmo a basso profilo di rischio	No
Paziente 37	Dolore toracico	Mezzo proprio	50	M	h 19:04	<24h	Dolore toracico irradiato alla spalla sx	Arancione	Entro 10' h 19: 10	ECG ritmo sinusale	HEART SCORE 3	TnI Negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 38	Cardiopalmo	Mezzo proprio	67	M	h 16:23	<24h	evoerto cardiopalmo	Arancione	Entro 10' post tr h16:40	FA	NEWS +	-	No	FA recidiva,CVE efficace	No
Paziente 39	Dolore epigastrico irradiato al braccio dx	Mezzo proprio	74	M	h 13:26	>24h	Insipienza, dolore epigastrico irradiato braccio dx	Arancione	Entro 10' post tr h13:26 medico h 13:46	ECG ritmo sinusale	pz cardiopatico, triplice bypass AOC, PM bicamerale	TnI Negativa	No	Dolore epigastrico e addominale	No
Paziente 40	Dolore toracico	Mezzo proprio	55	F	h 23:15	<24h	dolore toracico tipo trifasico	Arancione	Entro 10' h 23: 20	ECG ritmo sinusale	obesità e fumo	Esami nella norma	No	Toracoalgie aspecifiche	No
Paziente 41	Sincope e dolore toracico	Mezzo proprio	71	M	h 20:45	<24h	discomfort toracico	Arancione	Entro 10' h 20: 55	ECG ritmo sinusale	portatore di aneurisma dell'aorta	Esami nella norma	No	Episodio pre-sincope dopo affaticamento fisico	No
Paziente 42	Dolore interscapolare	Mezzo proprio	58	F	h 19:11	>24h	Dolore toracico evocato latito interscapolare	Arancione	Oltre 10' h 19:25	ECG ritmo sinusale	IPA	Bloumvali e D-dimero negativi	No	Dolore toracico evocato dallo sforzo fisico	No
Paziente 43	Dolore toracico	Ambulanza	62	M	h 17:41	>24h	parestesia arto sup sx e emivolto dx	Arancione	Entro 10' h 17: 50	ECG nella norma	SC in pz con stenosi aortica	TnI negativa	No	Toracoalgie ASPECIFICHE	SI, cardiologia
Paziente 44	Cardiopalmo	Mezzo proprio	49	F	h 12:33	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 12: 42	ECG ritmo sinusale	-	TnI negativa	No	Toracoalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 45	Cardiopalmo	Mezzo proprio	74	M	h 12:37	>24h	-	Arancione	Entro 10' post tr h12:45 medico h 12:59	-	fatta ablazione flutter atriale, antiabuse, alcol	-	No	Toracoalgie ASPECIFICHE	SI, Cardiologia
Paziente 46	Distress Respiratorio	Mezzo proprio	83	M	h 20:52	>24h	malessere generale	Rosso	Entro 10' h 20: 35	-	PTCA-esami nel 2017, FA non trattata, SC, portatore PM	-	No	-	SI, Cardiologia
Paziente 47	Dolore Toracico	Mezzo proprio	39	F	h 18:45	>24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 19:00	ecg nella norma	PTCA	TnI negativa	No	Toracoalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 48	Dolore Toracico	Ambulanza	58	F	h 16:25	<24h	dolore toracico intermittente	Arancione	Entro 10' post tr h16:31 medico h 16:50	ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 49	Dolore Toracico	Ambulanza	78	M	h 13:16	<24h	oppressione toracica	Arancione	Entro 10' post tr h 13:25 medico h 14:00	-	pz cardiopatico	TnI negativa	No	Dolore Toracico in pz cardiopatico	SI, UCIC
Paziente 50	Dolore Toracico	Mezzo proprio	84	F	h 21:19	<24h	bruciore toracico anteriore	Arancione	Oltre 10' h 21:30	ECG ritmo sinusale	in attesa di bypass	TnI negativa	No	-	No
Paziente 51	Dolore toracico	Mezzo proprio	57	F	h 21:38	>24h	Dolore toracico non irradiato	Arancione	Entro 10' h 21: 46	ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Toracoalgie ricorrenti a base probabile di origine ischemica	No
Paziente 52	Cardiopalmo	Mezzo proprio	33	F	h 19:10	>24h	senza-zione battito affilato	Arancione	Oltre 10' h 19:22	ECG ritmo sinusale	programmato Holter 24h	esami nella norma	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 53	Dolore Toracico	Mezzo proprio	84	M	h 16:05	<24h	Dolore toracico irradiato al braccio sx	Arancione	Entro 10' post tr h 16:30	ECG ritmo sinusale	nulla di rilevante	esami nella norma	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 54	Dolore Toracico	Mezzo proprio	72	F	h 04:36	>24h	-	Arancione	Entro 10' h 04: 17	ECG ritmo sinusale	nulla di rilevante	esami nella norma	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 55	Dolore toracico	Mezzo proprio	90	M	h 02:14	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 02: 17	ECG ritmo sinusale	-	TnI negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 56	Dolore toracico	Mezzo proprio	57	F	h 09:25	>24h	dolore emitoracica dx, essiccatato dalla tosse e dall'espiro	Arancione	Oltre 10' h 09:53	ECG ritmo sinusale	tonsillectomia	-	No	verosimile Dolore toracico di parete	No
Paziente 57	Episodio pre-sincope	Ambulanza	73	M	h 08:37	>24h	Dolore emitoracico sx e addominale	Arancione	Oltre 10' h 08:50	FA parossistica	-	-	No	Episodio FA parossistica e pre-sincope	No
Paziente 58	Dolore toracico	Ambulanza	84	M	h 15:59	<24h	dolore toracico durante rifiltri	Arancione	Entro 10' h 16: 16	ECG ritmo sinusale	2019 STEMI PTCA e ablazione	TnI negativa	No	Dolore toracico Aspecifico	No
Paziente 59	Oppressione toracica e astenia	Mezzo proprio	58	M	h 15:39	>24h	astenia	Arancione	Oltre 10'	Aritmia da FA	-	TnI negativa	No	Techardiopatia con BBea e FA	No

Paziente 60	Sincope	Mezzo proprio	74	F	h 13:41	<24h	episodio sincope	Arancione	h 14:42 (parage 14:07) Oltro 10'	FA parossistica	-	esami nella norma	No	FA parossistica con pause	SI, LUCIC
Paziente 61	Dolore toracico e dispnea	Mezzo proprio	70	F	h 08:03	>24h	dolore fianco dx, retrosternale	Arancione	h 10:20 (così triage 08:10) Entro 10'	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	Dolore Toracico di natura non cardiopolmonare	No
Paziente 62	Cardiopalmio	Mezzo proprio	87	M	h 03:35	-	-	Arancione	h 03:35 Entro 10'	ipocostralem 2017 NSTEMI, ipertensione	-	-	No	Dolore toracico	SI LUCIC
Paziente 63	Dolore toracico	Ambulanza	62	F	h 04:49	<24h	dolore tipico arto sx	Arancione	h 04:51 Entro 10'	Ecg anormale	Arteria Cardiaca	Trn negativa	No	Dolore Toracico in Cardiopatia	NO
Paziente 64	Dispnea da sforzo	Mezzo proprio	77	M	h 17:44	>24 h	tosse e dispnea	Arancione	h 18:11 Oltro 10'	Tachi aritmia da FA	Arteria Cardiaca	-	No	SC in FA non diabete ad elevata ventilazione	SI LUCIC
Paziente 65	Cardiopalmio	Mezzo proprio	73	M	h 09:53	>24h	-	Arancione	Entro 10' 10.03 post trn 10.08medic	Bradicardia	ipertroidismo, ex fumatore	Trn negativa	No	Bradicardia da Bav 2.1	SI LUCIC
Paziente 66	Distress respiratorio	Ambulanza	74	F	h 06:21	<24h	dispnea importante	Rosso	Entro 10' h 06:31	ecg nella norma	Sc + polipatologica	-	No	SC di cardiopalmio valvolare aortico	SI Cardico
Paziente 67	Cardiopalmio	Mezzo proprio	85	F	h 15:17	-	-	Arancione	Oltro 10' post trn 15:37 medico h 16:11	FA	FA cronica	-	No	FA cronica	NO
Paziente 68	Cardiopalmio	mezzo proprio	87	M	h 09:21	>24 h	-	Arancione	Oltro 10' h 10:57	Tachicardia ritmica	cardiopatia ipertensiva, episodi FA	-	No	residuo FA (forse ablastone)	NO
Paziente 69	FA	Mezzo proprio	89	M	h 12:06	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 12:07	FA	pregresse FA	-	No	FA CVE efficace	No
Paziente 70	Dolore toracico, palloso sudato freddo	Mezzo proprio	94	M	h 15:27	<24h	dolore retrosternale, sudorazione	Rosso	Entro 10' h 15:28	ecg nella norma con leve alterazioni	fumo, ipercostolemia	-	Trasferimento a BL	SCA	Trasferimento BL
Paziente 71	Cardiopalmio	Mezzo proprio	87	M	h 14:34	<24h	oppressione toracica retrosternale	Arancione	Oltro 10' h 14:49	Tachicardia sopraventricolare	-	-	No	STEMI INFERIORE SUBACUTO	SI, LUCIC EMOGNAMICA BL
Paziente 72	Dolore toracico	Mezzo proprio	81	M	h 14:23	>24h	dolore retrosternale	Arancione	Entro 10' h 14:28	RS con onde T invertite	-	Trn in realzo	SI	STEMI INFERIORE SUBACUTO	SI, LUCIC
Paziente 73	Dolore toracico	Mezzo proprio	83	F	h 13:45	>24h	dolore retrosternale irradiato	Arancione	Oltro 10' h 14:13 post trn 14:19 medico	ecg nella norma	2012 NSTEMI	Trn negativa	No	ANGINA DA SFORZO	SI, LUCIC
Paziente 74	Dolore Toracico	mezzo proprio	43	M	h 10:32	>24h	retrosternale irradiato posteriormente	Arancione	Oltro 10' h 10:58	ECG nella norma	fumo	Trn negativa	No	Dolore Toracico INDIFFERENZA TO	No
Paziente 75	Dispnea	Mezzo proprio	63	M	h 09:31	>24h	dispnea	Arancione	Entro 10' h 09:41 (post trn h 09:45 medico)	ecg nella norma	Iperensione arteriosa (IPA)	-	No	SC da intossicazione To	No
Paziente 76	Distress Respiratorio	Mezzo proprio	85	M	h 08:52	>24h	dal retrosternale che si irradia con il braccio destro	Rosso	Entro 10' h 08:54	ecg nella norma, alter ripolarizz	Cardiopatia Ischemica	-	No	SC da intossicazione To	SI, LUCIC
Paziente 77	Dolore toracico e dispnea	Mezzo proprio	38	F	h 00:23	<24h	Dolore trafilato al dorso	Arancione	Oltro 10' h 00:54	ecg nella norma	Precedente FA e ablazione	Trn negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 78	Sincope	Ambulanza	96	M	h 23:31	<24h	insipienza e iltero	Arancione	Entro 10' h 23:38	ecg nella norma	Cardiopatico, STEMI 2019 con PTCA	-	No	Sincope recidivanti in pz portatore PM	SI, LUCIC
Paziente 79	Dolore Toracico	Mezzo proprio	62	F	h 18:01	>24h	-	Arancione	Oltro 10' post trn h 18:23 h 18:16 medico	ECG nella norma	Heat score: basso rischio	Trn negativa	No	episodi dolore toracico	No
Paziente 80	Dolore Toracico	mezzo proprio	43	M	h 17:18	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 17:25	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 81	Dolore tor e difficoltà respiratoria	mezzo proprio	26	M	h 18:16	>24h	"vuoto al cuore"	Arancione	Oltro 10' h 18:27	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 82	Cardiopalmio	mezzo proprio	98	M	h 11:06	>24h	cardiopalmio maggiormente quando è agitato	Arancione	Oltro 10' post trn h 11:29 medico h 11:36	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 83	Cardiopalmio	mezzo proprio	63	F	h 11:03	<24h	sensazione cardiopalmio	Arancione	Oltro 10' post trn h 11:24 medico h 11:24	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	Cardiopalmio da stato anabico	No
Paziente 84	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	94	F	h 21:57	>24h	tosse persistente	Arancione	Oltro 10' h 22:37	ECG nella norma	-	esami nella norma	No	Cardiopalmio con virus vie aeree	No
Paziente 85	Cardiopalmio	mezzo proprio	76	F	h 20:37	>24h	dolore al braccio sx	Arancione	Oltro 10' h 21:09	FA	IPA, dislipidemia, cardiopatia valvolare mitralica	-	No	Tosse in bronchiti acuta virale	No
Paziente 86	Distress respiratorio	Ambulanza	23	F	h 17:26	<24h	episodio dolore toracico	Rosso	Entro 10' h 17:27	ECG nella norma	-	Trn indosabile	No	Dolore Toracico ASPECIFICO con somnitz	No
Paziente 87	Dolore Toracico	mezzo proprio	71	F	h 14:38	<24h	menanza forza arto sup sx	Arancione	Entro 10' h 14:47	ECG nella norma	IPA, dislipidemia	Trn negativa	No	SCA NSTEMI cardiopatia in att	SI, LUCIC
Paziente 88	Dolore toracico	Ambulanza	82	F	h 11:34	<24h	mezzo proprio	Arancione	Oltro 10' post trn h 11:50 medico h 11:50	ECG nella norma	-	Trn negativa	No	FA non urgenze cardiopatia in att	No
Paziente 89	Dolore toracico	mezzo proprio	66	F	h 11:30	>24h	dolore che vania col respiro	Arancione	Oltro 10' post trn h 12:03 medico h 12:25	ECG nella norma	cardiomegalia	Trn negativa	No	Cardiomegalia, non urgenze	No
Paziente 90	Cardiopalmio	mezzo proprio	70	F	h 09:23	<24h	inverto cardiopalmio	Arancione	Oltro 10' post trn h 09:45 medico h 10:03	flutter atriale	IPA, extrastriola, ipertroidismo	Trn negativa	No	FLUTTER ATRIALE trattato con CVE	No
Paziente 91	Dispnea e dolore toracico	mezzo proprio	98	M	h 05:33	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 05:44	ECG nella norma	-	-	No	Dispnea e dolore toracico	No
Paziente 92	Cardiopalmio	mezzo proprio	55	F	h 00:25	<24h	dolore toracico	Arancione	Oltro 10' h 00:41	ECG nella norma	heart score 2	Trn negativa	No	Dolore toracico atipico per natura cardiaca	No

Paziente 93	Cardiopalmio	mezzo proprio	47	M	h 19:32	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 20:24	tachicardia sinusale	ex fumatore, 2013 IMA con PTCA	Tri negativa	No	episodio tachicardia sinusale	No
Paziente 94	Dolore toracico	mezzo proprio	40	F	h 05:07	<24h	dolore ipocostale dx con vomito	Arancione	Oltre 10' h 05:19	ECG nella norma	-	esami nella norma	No	Dolore addominale ipocondrio sx	No
Paziente 95	Dispnea e cardiopalmio	mezzo proprio	71	M	h 18:47	<24h	-	Arancione	Oltre 10' post tr h 19:05 medico h 21:26	BEV	ablazione per FA 5 anni fa	esami nella norma	No	Rari BEV in progressa FA	No
Paziente 96	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	30	F	h 15:31	>24h	dolore dorsale e sovrainnesto sx	Arancione	Oltre 10' post tr h 16:09 medico h 16:45	ECG nella norma	-	Tri negativa	No	Toracodia ASPECIFICA	No
Paziente 97	Dispnea	mezzo proprio	89	M	h 08:07	>24h	edemi caviglie, fatica a camminare	Arancione	Oltre 10' post tr h 08:21 medico h 08:24	-	ex fumatore, dislipidemia, IPA	-	No	scoperto di cardiopatia ischemica e scompenso	si, medicina
Paziente 98	Dispnea	mezzo proprio	84	M	h 04:03	<24h	algia toracica	Arancione	Entro 10' h 04:12	ECG nella norma	cardiopatia ipertensiva	Tri mosca	No	SC e sospetta SCA	si, medicina
Paziente 99	Dispnea	mezzo proprio	71	F	h 15:02	<24h	petto toracico e spossatezza	Arancione	Oltre 10' post tr h 15:21 medico h 15:49	ecg nella norma	FA parossistica	Tri negativa esami nella norma	No	cardiopalmio in nota FA	No
Paziente 100	Cardiopalmio	mezzo proprio	80	F	h 14:16	>24h	negli dolore toracico	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:40 medico h 15:27	flutter atriale	-	esami nella norma Tri negativa	No	medica fibriloflutter, feita CVE	No
Paziente 101	Dolore toracico	mezzo proprio	77	F	h 11:26	>24h	dolore intermittente	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:17 medico h 12:24	ecg nella norma	IPA, ipercolesterolemia	eseguiti esami	No	NSTEMI	SI, UCIIC
Paziente 102	Cardiopalmio	mezzo proprio	47	M	h 04:22	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 04:41	FA	2019 FA, trattata con ablazione	esami ematici nella norma	No	FA, feita CVE in cardiologia	No
Paziente 103	Dolore toracico	mezzo proprio	73	M	h 10:59	<24h	dolore toracico diffuso intermittente, sudorazione fredda sintomatico	Arancione	Entro 10' h 11:06	ecg nella norma	HEART SCORE 6	Tri negativa	No	dolore toracico non di natura cardiaca	No
Paziente 104	Cardiopalmio	mezzo proprio	54	F	h 20:23	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 21:19	FA	-	esami ematici nella norma	No	FA non diabete	No
Paziente 105	Cardiopalmio	mezzo proprio	18	F	h 19:08	>24h	-	Arancione	Oltre 10' post tr h 20:28	ecg nella norma	-	esami nella norma	No	Cardiopalmio non presente in visita	No
Paziente 106	Dolore toracico intermittente	mezzo proprio	59	M	h 14:09	>24h	dolore toracico anteriore	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:20 medico h 15:37	ecg nella norma	familiari permiatite cardiache	Tri in aumento	No	SOSPETTA SCA	SI, UCIIC
Paziente 107	Dolore precordiale	mezzo proprio	81	F	h 13:54	<24h	bruciore toracico anteriore	Arancione	Entro 10' h 14:04	ST soprasistoleto	IPA, dislipidemia	Tri in aumento	No	SCA	SI, UCIIC
Paziente 108	Cardiopalmio	mezzo proprio	67	M	h 20:49	>24h	-	Arancione	Oltre 10' post tr h 21:20 medico h 21:49	ecg nella norma	-	Esami ematici nella norma	No	Cardiopalmio	No
Paziente 109	Dolore toracico e near sincope	Ambulanza	74	F	h 19:16	<24h	bruciore epigastrico	Arancione	Oltre 10' h 19:31	ecg nella norma	Cardiopatia ischemica post-incidente (PTCA+ stent 2010)	-	No	Pre-sincope (nulla di carico)	No
Paziente 110	Dolore toracico	Ambulanza	70	M	h 13:16	-	ridotta tolleranza agli sforzi	Rosso	Entro 10' h 13:18	arresto cardiaco	-	-	No	Diagnosi	No
Paziente 111	Dolore toracico e capogiri	Mezzo proprio	85	F	h 12:29	>24h	malessere e dolore toracico anteriore	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:41 medico h 14:46	ecg nella norma	-	Esami ematici nella norma	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 112	Dolore toracico e dispnea	Mezzo proprio	50	F	h 11:08	>24h	dolore che varia con movimento e tosse	Arancione	Oltre 10' post tr h 11:28 medico h 11:43	Ecg nella norma	-	Tri indistabile, Durin, Rx neg	No	Dolore toracico di parete con tosse	No
Paziente 113	Cardiopalmio	Mezzo proprio	98	M	h 07:04	<24h	riferisce cardiopalmio	Arancione	Entro 10' h 07:13	FA	-	-	No	episodio FA a risoluzione spontanea,	No
Paziente 114	Dolore toracico in FA	Mezzo proprio	77	F	h 04:21	<24h	febbre, versamento pericardico e pleurico	Arancione	Entro 10' h 04:22	FA parossistica	brucceitei e CVE per FA	-	No	Dolore toracico, versamento pleurico e pericardiale	si, medicina
Paziente 115	Dolore toracico	Mezzo proprio	43	F	h 18:26	>24h	dolore irradiato al braccio sx	Arancione	Oltre 10' post tr h 18:45 medico h 18:59	Ecg nella norma	lumo, IPA	Esami ematici nella norma	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 116	Cardiopalmio e dolore toracico	Mezzo proprio	59	M	h 16:04	>24h	algia toracica	Arancione	Oltre 10' h 16:18	Ecg nella norma	-	-	No	Cardiopalmio	No
Paziente 117	Dispnea e sincope	Mezzo proprio	75	M	h 14:37	>24h	dispnea ingrossante	Arancione	Oltre 10' h 14:52	Ecg nella norma	Coriopatite	Tri mosca	No	Insuffi respiria in nota cardiopatia	si, medicina
Paziente 118	Dolore toracico ingrossante	Mezzo proprio	67	F	h 11:14	<24h	dolore oppressivo retrosternale	Arancione	Entro 10' h 12:20	Ritmo sinusale	IPA, ipercolesterolemia	Tri negativa	No	Toracodia ASPECIFICA	No
Paziente 119	Cardiopalmio	Mezzo proprio	46	F	h 16:10	<24h	riferisce cardiopalmio	Arancione	Entro 10' h 16:17	Ritmo sinusale	Suspensione ip antineumatica	Esami ematici nella norma	No	Cardiopalmio per sospen antiaritm volontaria	No
Paziente 120	Dolore toracico	Mezzo proprio	32	M	h 12:50	<24h	dolore regione toracica sx minime	Arancione	Oltre 10' post tr h 13:05 medico h 13:56	Ritmo sinusale	fumatrice fino a 1 anno fa, IPA, dislipidemia	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 121	Cardiopalmio	Mezzo proprio	76	F	h 19:16	<24h	extrastole in visita	Arancione	Oltre 10' post tr h 19:20 medico h 20:12	RS con sporadici BEVS	(percolesterolemia e diabete)	Tri negativa	No	Riferito Cardiopalmio	No
Paziente 122	Cardiopalmio	Mezzo proprio	79	F	h 15:01	<24h	riferisce cardiopalmio	Arancione	Oltre 10' post tr h 15:45 medico h 16:02	FA	FA	Esami ematici nella norma	No	episodio FA	No
Paziente 123	Dolore toracico	Mezzo proprio	74	M	h 14:38	>24h	astenia	Arancione	Oltre 10' post tr h 15:08 medico h 15:26	Ecg nella norma	Portatore PM	Esami ematici nella norma	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 124	Cardiopalmio	mezzo proprio	49	M	h 02:37	>24h	dispnea	Arancione	Entro 10' h 02:43	Tachicardia sinusale	-	Esami ematici nella norma	No	tachicardia sinusale	No
Paziente 125	IMA	mezzo proprio	49	M	h 17:32	>24h	Palpito, sudato freddo, vertigini, dispnea toracica	Rosso	Oltre 10' h 17:43	IMA	obesità, fumo, IPA	-	SI	IMA Inscor h18:01	SI, UCIIC trasporto emodinamica

Paziente 126	Cardiopalmi e oppressione toracica	mezzo proprio	71	M	h 16:43	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 17:03	FA parossistica	cardiopalmi ischemici, 207/NS/STEMI, IPA, dislipidemia	TnI lieve rialzo e BNP	No	FAP con ritrinito spontaneo RS episodi sincopali, BBD	No
Paziente 127	Sincope	mezzo proprio	65	M	h 14:04	<24h	malessere, astenia, vertigini, sudorazione calda	Arancione	Oltre 10' post tr 15:14	Ecg nella norma	-	-	No	si, UIC	No
Paziente 128	Cardiopalmi	mezzo proprio	53	M	h 07:59	-	algia anto superiore sx e	Arancione	Oltre 10' h 08:18	RS con BEV	IPA	Esami ematici nella norma	No	Extrasistolie	No
Paziente 129	Dolore toracico	mezzo proprio	73	F	h 18:40	>24h	algia anto superiore sx e posteriormente	Arancione	Oltre 10' h 17:03	Ecg nella norma	IPA	-	No	Toracalgia	No
Paziente 130	Dolore toracico	mezzo proprio	75	M	h 10:22	<24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10' post triag h 10:52 medico 10:59	RS	-	Esami ematici nella norma	No	Angina da sforzo	No
Paziente 131	Dolore toracico	Ambulanza	59	M	h 22:41	-	dolore toracico in regione SCA riferito al cardiopalmi	Arancione	Entro 10' h 22:45	Ecg nella norma	NSTEMI con PTCA (in 4 giorni)	fatta curva TnI	No	Dolore toracico in regione SCA	Si, Cardiologia
Paziente 132	Cardiopalmi	mezzo proprio	65	F	h 22:25	>24h	dolore retrosternale riferito al cardiopalmi	Arancione	Oltre 10' h 22:37	RS	IPA	-	No	Riferisce cardiopalmi	No
Paziente 133	Dolore toracico	mezzo proprio	70	F	h 14:23	>24h	dolore regione manimaria sx	Arancione	Oltre 10' post triag h 14:49 medico h 14:59	ecg nella norma	FA cronica, dislipidemia, IPA, familiarità malattie cardiovascolari	TnI negative	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 134	Cardiopalmi	Ambulanza	78	M	h 14:00	-	-	Arancione	Entro 10' h 14:07	ecg nella norma	IPA	-	No	Riferisce cardiopalmi	No
Paziente 135	Dolore toracico	mezzo proprio	81	M	h 11:27	<24h	dolore retrosternale	Arancione	Entro 10' h 11:36	inversione onde T	impianto PM	TnI negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	no, dimessa per accertam
Paziente 136	Cardiopalmi	Ambulanza	79	F	h 07:26	<24h	riferisce cardiopalmi	Arancione	Oltre 10' h 07:41	RS tendente a bradicardia	IPA, ipocolesistolici/FA parossistica	-	No	Riferisce cardiopalmi	No
Paziente 137	Dolore toracico	mezzo proprio	47	M	h 15:44	<24h	dolore toracico, crampi	Arancione	Oltre 10' post tri 16:04 medico 17:52	NSTEMI	PTCA+STEMI 2013	TnI lieve rialzo, elevazione CKP	No	neidiva NSTEMI	Si, Cardiologia
Paziente 138	Dolore toracico	mezzo proprio	86	M	h 09:39	>24h	dolore emitoracico sx	Arancione	Oltre 10' post tri 11:30	ecg nella norma	IPA, progressa SCA con arresto cardiaco	INR> range	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 139	Dolore tor e dispnea	mezzo proprio	70	M	h 10:11	>24h	-	Arancione	Oltre 10' h 10:36	Ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 140	Distress respiratorio	mezzo proprio	89	F	h 09:43	<24h	sensazione di cardiopalmi, peso retrosternale	Rosso	Oltre 10' h 09:57	FA	IPA	Esami ematici nella norma	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 141	Dolore toracico	mezzo proprio	51	M	h 05:44	>24h	dolore braccio sx tipo fitte	Arancione	Oltre 10' h 06:09	ecg nella norma	IPA	rifiuta di rimanere in attesa di ee	No	Dolore braccio sx	Rifiuta ricovero
Paziente 142	Cardiopalmi	mezzo proprio	23	M	h 04:09	<24h	sensazione di cardiopalmi	Arancione	Oltre 10' h 04:40	FA	-	-	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 143	Dolore toracico	mezzo proprio	54	M	h 02:54	<24h	peso retrosternale continuo con vomito	Arancione	Entro 10' h 02:58	IMA	IPA, fumo	-	SI	IMA invitato in emodinamica BL	Si, UCIC
Paziente 144	Cardiopalmi	mezzo proprio	80	F	h 17:57	<24h	dolore toracico in regione SCA cardiopalmi	Arancione	Oltre 10' post tr h 18:10 medico 18:19	bradicardia	-	Esami ematici nella norma	No	bradicardia, non riferisce al momento	No
Paziente 145	Dolore toracico	mezzo proprio	60	M	h 16:35	<24h	dolore emitoracico sx	Arancione	Oltre 10' post tr h 16:56 medico h 17:14	ecg nella norma	IPA, diabete	TnI negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 146	Dolore toracico	mezzo proprio	54	M	h 14:25	<24h	dolore toracico dopo cardiopalmi	Arancione	Oltre 10' post triag h 14:37 medico 15:14	FA parossistica	progressa FA	TnI negativa	No	primo epi FAP a risoluzione spontanea	No
Paziente 147	Dolore toracico	mezzo proprio	80	M	h 13:32	<24h	dolore retrosternale in regione SCA	Arancione	Oltre 10' post tr h 13:58 medico 14:30	ecg nella norma	cardiopatia valvolare aortica + PN	-	No	Dolore toracico in pz con storia di ipertensione arteriologica	Si, Cardiologia
Paziente 148	Cardiopalmi, peso toracico	mezzo proprio	71	M	h 01:43	<24h	diagnosi e peso toracico	Arancione	Oltre 10' h 02:00	FA di nuovo ricontro	-	TnI negativa	No	FA di nuovo ricontro	No
Paziente 149	Dolore toracico	Ambulanza	71	M	h 01:33	<24h	sudorazione algida e vomiti	Arancione	Entro 10' h 01:37	ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	ectasia aortica su valvola bicuspidale	Si, UCIC
Paziente 150	Dolore toracico	Ambulanza	43	F	h 18:22	>24h	agitazione, lieve discomfort toracico	Arancione	Oltre 10' post tri h 18:40 medico 21:30	Ecg nella norma	dislipidemia, diabete	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 151	Dolore toracico	mezzo proprio	54	M	h 21:34	<24h	algia toracica anto sup sx	Arancione	Oltre 10' h 22:05	ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 152	Dolore toracico	dalle cardiologia	73	M	h 13:46	<24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 14:29	Ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 153	Distress respiratorio	mezzo proprio	78	M	h 08:43	> 24h	Dolore toracico in regione sottodiastole sx, ipoapnea	Rosso	Entro 10' h 08:52	RS con BEV, NSTEMI	FA con CVE, IPA, dislipidemia	Ipoapnea	SI	NSTEMI, trasfer e BL per coronarografia	Si, UCIC
Paziente 154	Dolore toracico	mezzo proprio	35	F	h 01:54	>24h	bruciere ipocondrio sx	Arancione	Oltre 10' h 02:05	ecg nella norma	portatrice IVD/fumo	rifiuta osservazione ee	No	Dolore toracico	Rifiuta ricovero
Paziente 155	Cardiopalmi, peso toracico	mezzo proprio	76	M	h 22:43	<24h	dispnea senso peso toracico	Arancione	Entro 10' h 22:47	FA	4 aa fa ablazione, precedenti FA	TnI negativa	No	Residua FA a ricovero spontanea	No
Paziente 156	Cardiopalmi	mezzo proprio	80	F	h 15:10	<24h	senso di callo fermo	Arancione	Oltre 10' post tr h 15:31 medico 15:26	Ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Riferisce cardiopalmi	No
Paziente 157	Dolore toracico	mezzo proprio	41	M	h 13:02	<24h	Pallido, sudato freddo	Rosso	Entro 10' h 13:03	si rileva 20-25° di asistolia	No fibr cardiovascolari	Qualche valore ee alterato	No	Episodi sincopali di ridi	Si, UCIC
Paziente 158	Oppressione toracica	mezzo proprio	50	M	h 11:51	<24h	dolore precordiale	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:18 medico h 12:42	Ecg nella norma	No fibr cardiovascolari	TnI negativa heart score 2	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 159	Cardiopalmi	mezzo proprio	56	M	h 07:29	<24h	cardiopalmi tachicardico	Arancione	Oltre 10' h 07:57	Tachiaritmia da FA	sdr ansiosa	Esami ematici nella norma	No	FA parossistica, trattata con CVE	No

Paziente 160	Dolore toracico e precordiale	43	M	h 19:09	<24h	verigini, discoloriti	Aranzione	Entro 10' post tri h19:14 medico h20:31	Ecg nella norma	diabete, dislipidemia	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 161	Dolore toracico	72	F	h 14:29	>24h	dolore toracico anteriore	Aranzione	Oltre 10' post tr h 14:55 medico 15:05	-	fumo, IPA, sovrappeso, dislipidemia	-	No	Sospetta miocardite	SI, UCIC
Paziente 162	Cardiopalmio	80	F	h 08:57	<24h	dolore trafitto	Aranzione	Oltre 10' h00:10	FA parossistica	valvulopatia mitralica, FA	-	No	FA parossistica	No
Paziente 163	Dolore toracico e cardiopalmio	51	M	h 05:55	<24h	dolore toracico dx midascorico cardiopalmio	Aranzione	Oltre 10' h06:16	Ecg nella norma	Heart score basso rischio	TnI negativa	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 164	Dolore toracico	88	M	h 05:30	<24h	dolore retrosternale	Aranzione	Oltre 10' h 05:51	ecg nella norma	-	TnI negativa	No	lieve pericardite	No
Paziente 165	Cardiopalmio	84	F	h 03:51	<24h	reflusso cardiopalmio	Aranzione	Oltre 10' h 04:07	RS	IPA, no fdr cardiovascolari	Esami ematici nella norma	No	Rif cardiopalmio	No
Paziente 166	Dolore toracico e cardiopalmio	31	F	h 18:58	<24h	ferita fitta al cuore	Aranzione	Oltre 10' post tr h16:27 medico h 20:19	Ecg nella norma	Heart score basso rischio	TnI negativa	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 167	Dolore toracico e dispnea	84	F	h 14:02	>24h	dolore toracico intermittente	Aranzione	Oltre 10' post tr h 14:21 medico h 19:30	FA	cardiopatia ischemica con rivascolarizzazione	-	No	SC	SI, medicata
Paziente 168	Dolore toracico	85	M	h 05:58	<24h	dolore retrosternale irradiato alla spalla sx	Aranzione	Oltre 10' h 06:31	ecg nella norma	cardiopatia ipertonica dilatativa,	TnI negativa	No	Dolore toracico	No
Paziente 169	Dolore toracico	60	F	h 12:59	<24h	dolore in sede sternale	Aranzione	Oltre 10' h 13:10	ecg nella norma	Heart score 2	TnI negativa	No	Dolore toracico a basso rischio per origine coronarica	No
Paziente 170	Cardiopalmio	72	F	h 12:58	<24h	dolore braccio dx	Aranzione	Entro 10' h 13:10	sporadiche extrasistolali	FAP, IPA, dislipidemia	Esami ematici nella norma	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 171	Dolore toracico	20	M	h 10:44	>24h	algia toracica anteriore	Aranzione	Entro 10' h 10:51	ecg nella norma	fumo	TnI negativa	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 172	Dolore toracico	18	M	h 11:50	>24h	dolore intermittente al torace	Aranzione	Oltre 10' post tr h12:08 medico h12:27	ecg nella norma	fumo	TnI negativa	No	Toracologie di natura miocob-natura scheletrica	No
Paziente 173	Dolore toracico	75	F	h 09:34	>24h	dolore precordiale irradiato posteriormente	Aranzione	Oltre 10' post tr h 09:48 medico h10:14	ecg nella norma	IPA, diabete	TnI negativa	No	Toracologie di origine parietale	No
Paziente 174	Dolore toracico e cardiopalmio	72	F	h 22:20	>24h	dolore toracico irradiato posteriormente	Aranzione	Oltre 10' h 22:41	ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Riferisce cardiopalmio	No
Paziente 175	Dolore toracico	77	F	h 21:04	<24h	peso toracico	Aranzione	Entro 10' h 21:05	ecg nella norma	polivulopatia	-	No	SCA	SI, UICIC
Paziente 176	Dolore toracico	62	F	h 20:55	<24h	dolore retrosternale oppressivo	Aranzione	Oltre 10' h 21:20	ecg nella norma	IPA	TnI neg D-dimero nella norma	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 177	Dolore toracico	24	M	h 00:25	<24h	dolore trafitto sottocostale sx	Aranzione	Oltre 10' h 00:47	ecg nella norma	fumo	TnI negativa	No	Toracologie a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 178	Dolore toracico	48	M	h 18:14	<24h	soporoso, asintomo, sudato freddo	Aranzione	Oltre 10' h 18:34	ecg nella norma	esiti gravi emorragia cerebrale	TnI negativa	No	Toracologie a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 179	Dolore toracico	71	F	h 14:05	<24h	dolore irradiato al collo	Aranzione	Oltre 10' h 14:44	ecg nella norma	IPA	-	No	Dolore toracico	SI, UCIC
Paziente 180	Dolore toracico	42	M	h 14:05	<24h	dolore emitorace sx	Aranzione	Oltre 10' post triag h14:17 medico 14:20	ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 181	Dolore toracico	64	M	h 03:55	<24h	dolore emitorace sx	Aranzione	Entro 10' h 04:03	ecg nella norma	5 aa fa flutter atriale (CVE)	-	No	Dolore toracico	SI, UCIC
Paziente 182	Peso toracico e dispnea	43	F	h 21:15	>24h	dolore retrosternale oppressivo	Aranzione	Entro 10' h 21:22	ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Dolore Toracico ASPECIFICO	No
Paziente 183	Peso toracico e dispnea	58	F	h 18:21	<24h	oppressione sternale, sudorazione fredda	Aranzione	Oltre 10' post tri h 19:00 medico h 19:12	ecg nella norma	-	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 184	Sincopo, dolore sternale	85	F	h 11:31	<24h	sudorazione fredda, dolore oppressivo	Aranzione	Oltre 10' h 11:51	STEMI INFERIORE	iperfunzione e dislipidemia	-	No	Dolore toracico	SI, UICIC
Paziente 185	Dolore toracico	86	F	h 10:23	<24h	dolore regione sottocostale sx	Aranzione	Oltre 10' h 10:38	ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 186	Cardiolo e dolore precordiale	74	F	h 03:11	<24h	avverte cardiopalmio	Aranzione	Oltre 10' h 03:24	FA	preced. PTCA+ stent	-	No	FA sdz ipertensione indolenta	No
Paziente 187	Cardiopalmio e dispnea	69	M	h 12:33	>24h	riferisce cardiopalmio e dispnea	Aranzione	Oltre 10' h 12:46	FA	nulla di rilevante	-	No	Cardiopatica ipertensiva da FA	No
Paziente 188	Dolore toracico	63	F	h 10:28	<24h	dolore sternale irradiato alle braccia	Aranzione	Entro 10' post tr h 10:35 medico h 10:42	ecg nella norma	fumo, padre deceduto per IMA, dislipidemia	-	No	Dolore toracico	SI, UCIC
Paziente 189	Dolore toracico	18	M	h 02:26	>24h	tremori e sudorazione fredda	Aranzione	Entro 10' h 02:30	ecg nella norma	presenti istori di rischio	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 190	Dolore toracico e cardiopalmio	40	F	h 23:10	<24h	senso di peso toracico	Aranzione	Oltre 10' h 00:21	ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 191	Dolore toracico e respiratorio	81	F	h 16:47	<24h	distruzione	Aranzione	Entro 10' h 16:53	NSTEMI	IPA	TnI in rialzo	No	NSTEMI	SI, UCIC
Paziente 192	Cardiopalmio	61	M	h 08:05	<24h	peso tachiaritmico	Aranzione	Oltre 10' h 08:27	FA	precedenti FA con ablazione	-	No	Recidiva FA non databile	No
Paziente 193	Dolore toracico	84	F	h 07:22	<24h	dolore toracico retrosternale oppressivo	Aranzione	Entro 10' h 07:23	ecg nella norma	-	TnI in rialzo	No	SCA	SI, UCIC

Paziente 194	Dolore toracico	mezzo proprio	75	F	h 18:34	>24h	dolore retrosternale sotto sforzo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 18:32	BBsx	lieve ipercostolesterolemia ex laboratorio	No	Angina instabile	SI, UCCIC
Paziente 195	Cardiopalmio	mezzo proprio	71	F	h 18:21	<24h	riferisce dolore cardiopalmo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 18:40 medico h 18:50	TSV	FA peggiora abiazione, sostituzione valvolare aortica	No	FA parossistica	No
Paziente 196	Dolore toracico	mezzo proprio	72	F	h 08:44	<24h	dolore retrosternale	Aranzione	Oltre 10' post tr h 08:59 medico h 09:03	Ecg nella norma	IPA, epistodi FA	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 197	Dolore toracico	mezzo proprio	85	F	h 03:18	<24h	dolore toracico dx	Aranzione	Oltre 10' h 03:54	Brodicardio giunzionale	cardiopalmia perenne	No	SC	SI, medicina
Paziente 198	Dolore toracico	mezzo proprio	59	F	h 14:02	<24h	dolore al toraco	Aranzione	Oltre 10' post tr h 14:17	Ecg nella norma	-	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 199	Cardiopalmio	mezzo proprio	57	F	h 12:22	>24h	riferisce dolore cardiopalmo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 12:52 medico h 12:54	Ecg nella norma	nulla di rilevante	No	episodio di cardiopalmio a risoluz spontanea	No
Paziente 200	Cardiopalmio	mezzo proprio	61	M	h 13:58	<24h	riferisce dolore cardiopalmo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 15:30	Ecg nella norma	reciente intervento di BYPAC	No	Dolore toracico a risoluzione spontanea	No
Paziente 201	Dolore toracico	mezzo proprio	65	M	h 10:32	>24h	dolenzia regione laterale sx irradiato al collo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 10:51 medico 11: 08	Ecg nella norma	familiari per coronaropatia	No	Dolore toracico INDIFFERENZA	No
Paziente 202	Dolore toracico	mezzo proprio	69	M	h 08:54	> 24h	dolore toraco retrosternale	Aranzione	Oltre 10' h 10:16	angina	IPA, stenosi aortica valvolare sovera	No	angina di recente insorgenza	SI, UCCIC
Paziente 203	Distress respiratorio	mezzo proprio	85	M	h 12:50	>24h	dolore sotto sforzo	Rosso	Entro 10'h 13:00	NSTEMI	stenosi aortica severa	No	NSTEMI in stenosi aortica severa	SI, UCCIC
Paziente 204	Dolore toracico	Ambulanza	70	M	h 09:25	<24h	nega dolore	Aranzione	Entro 10' h 09: 29	SCA	coronaropatia già risolucata	SI (non attivato elicos per nebbia)	STEMI trasfer h 10:59	Trasferimento BL TI
Paziente 205	Dolore toracico	mezzo proprio	58	F	h 07:38	>24h	dolore retrosternale verso sina	Aranzione	Oltre 10' h 07:51	Ecg nella norma	nulla di rilevante	No	Toracologie persistenti	No
Paziente 206	Dolore toracico	mezzo proprio	37	F	h 03:21	<24h	algia retrosternale	Aranzione	Entro 10' h 03: 23	Ecg nella norma	IPA	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 207	Cardiopalmio	mezzo proprio	55	M	h 19:47	<24h	sensazione di dolore cardiopalmo	Aranzione	Entro 10' h 19: 51	FA	ipopossitemia	No	FA trattata con CWE efficace	No
Paziente 208	Bradicardia	mezzo proprio	72	F	h 14:41	<24h	dolore braccio sx e astenia	Aranzione	Oltre 10' h 14:53	bradicardia	lieve iperpotassiemia	No	bradicardia	si, Ucc
Paziente 209	Dolore toracico	mezzo proprio	74	M	h 14:00	<24h	dolore al petto post-prandiale e sotto sforzo	Aranzione	Oltre 10' h 14:35	RS con inversione onde T preceduti	IPA, ipercolesterolemia	No	Dolore toracico	No
Paziente 210	Cardiopalmio	mezzo proprio	72	M	h 12:18	<24h	riferisce dolore cardiopalmo	Aranzione	Oltre 10' post tr h 12:31 medico 12:50	FA	-	No	recidiva FA, a risoluzione spontanea	No
Paziente 211	Dispnea e dolore toracico	mezzo proprio	43	F	h 15:08	>24h	dolore irradiato alla spalla sx, collo e torace	Aranzione	Oltre 10' h 15:38	Ecg nella norma	nulla di rilevante	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 212	Cardiopalmio	mezzo proprio	71	M	h 11:21	>24h	FC e levata nessun sintomo	Aranzione	Entro 10' h 11: 28	FA	cardiopalmia pertransiva	No	FA trattata con CWE efficace	No
Paziente 213	Cardiopalmio	mezzo proprio	69	M	h 07:10	<24h	dolore emborace sottosternale sx	Aranzione	Oltre 10' h 07:41	FA	in attesa di abiazione	No	Cardiopalmio e dolore toracico in FA	No
Paziente 214	Dolore toracico	mezzo proprio	71	M	h 09:13	<24h	dolore regione sternale braccio sx	Aranzione	Entro 10' h 09: 14	Ecg nella norma	pz con problemi cardiologici	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 215	Cardiopalmio	mezzo proprio	28	F	h 21:04	<24h	algia spalla dx	Aranzione	Entro 10' h 21: 11	TPSV	nulla di rilevante	No	Cardiopalm con bradino RS	No
Paziente 216	Dispnea	Ambulanza	87	M	h 04:28	<24h	febbre e dispnea	Aranzione	Oltre 10' h 05:58	arresto cardiocircolatorio	pz pluripulmonico	No	sospetta SARI	No
Paziente 217	Dolore toracico	mezzo proprio	65	M	h 11:02	<24h	dolore retrosternale	Aranzione	Oltre 10' h 11:15	Ecg nella norma	pz cardiopulco	No	dolore toracico	No
Paziente 218	Dolore toracico	mezzo proprio	56	M	h 10:09	<24h	dolore retrosternale e vertigine	Aranzione	Oltre 10' h 10:22	Ecg nella norma	fumo	No	Dolore toracico Aspecifico	No
Paziente 219	Dolore toracico	mezzo proprio	77	F	h 19:37	<24h	discomfort toracico retrosternale	Aranzione	Oltre 10' h 20:00	angina instabile	Recente NSTEMI, IPA, ipercolesterolemia	No	Angina instabile	SI, Cardiologia
Paziente 220	Dolore toracico e febvre	mezzo proprio	75	M	h 19:48	<24h	febvre, astenia e dolore toracico	Aranzione	Oltre 10' post tr h 20:09 medico h 20:27	Ecg nella norma	nulla di rilevante	No	Toracologie ASPECIFICHE e	No
Paziente 221	Dolore toracico e febvre	mezzo proprio	42	F	h 16:02	>24h	febvre torace, astenia e febvre	Aranzione	Oltre 10' h 16:24	Ecg nella norma	nulla di rilevante	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 222	Dolore toracico	mezzo proprio	82	F	h 13:49	<24h	episodio presincopale, dolore toracico	Aranzione	Entro 10' h 13: 57	Ecg nella norma	IPA, anemia	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 223	Cardiopalmio	mezzo proprio	55	M	h 22:11	<24h	sensazione di dolore cardiopalmo ischemico	Aranzione	Entro 10' post tr h 22:11 medico h 22:19	FA	precedenti FA	No	FA con ipotalino RS	No
Paziente 224	Cardiopalmio	mezzo proprio	70	F	h 23:59	<24h	sensazione cardiopalmio	Aranzione	Oltre 10' h 00:28	FA	cardiopalmia ischemica trattata con pulsanti	No	recidiva FA	No
Paziente 225	Dolore toracico, dispnea	mezzo proprio	79	F	h 12:31	<24h	tosse e dispnea	Aranzione	Oltre 10' h 12:51	ecg nella norma	IPA, dispnea, cibesia severa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 226	Dolore toracico	mezzo proprio	52	M	h 22:50	<24h	dolore che varia con movimento	Aranzione	Entro 10' h 23: 00	Ecg nella norma	IPA, tabagista	No	Dolore a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 227	Dolore toracico	mezzo proprio	47	F	h 14:35	<24h	oppressione regione sternale, vertigini, parossiale	Aranzione	Entro 10' h 14: 42	Ecg nella norma	lieve ipercostolesterolemia	No	Dolore a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 228	Cardiopalmio	mezzo proprio	85	M	h 11:59	<24h	dispnea e tosse	Aranzione	Oltre 10' h 12:16	RS	IPA, prurito cibesia, BPCO	No	FA con ipotalino RS cardiopalmio	No

Paziente 229	Dolore toracico	mezzo proprio	46	F	h 14:36	>24h	dispnea	Arancione	Oltre 10 ^h h 14:53	ecg nella norma	lumo	-	No	Epicardio di dolore toracico	No
Paziente 230	Dolore toracico	mezzo proprio	62	M	h 20:01	>24h	oppressione toracica superiore	Arancione	Oltre 10 ^h h 20:50	Ecg nella norma	IMA sottoposto angioplastica	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 231	Dolore toracico	mezzo proprio	52	F	h 09:36	<24h	dolore toracico anteriore irradiato scapola dx	Arancione	Oltre 10 ^h h 10:35	Ecg nella norma	ex lumatiche	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 232	Dolore toracico	mezzo proprio	30	F	h 08:34	<24h	dolore retrosternale irradiato al collo e mandibola	Arancione	Entro 10 ^h h 08:43	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico non cardiaco	No
Paziente 233	Dolore toracico	mezzo proprio	54	F	h 18:10	>24h	dolore toracico	Arancione	Oltre 10 ^h h 18:13	Ecg nella norma	ipercolesterolemia e familiarità per malattia cardiovascolari	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 234	Cardiopalmi	mezzo proprio	67	F	h 15:43	<24h	sensazione di cardiopalmi	Arancione	Entro 10 ^h h 15:46	FA	nulla di rilevante	-	No	episodi FA con ripetute sport RS	No
Paziente 235	Dolore toracico	mezzo proprio	49	M	h 19:18	>24h	dolore toracico irradiato al braccio e capogiti	Arancione	Entro 10 ^h post tr h 19:21 medico	Ecg nella norma	labagista	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 236	Cardiopalmi	mezzo proprio	60	F	h 13:02	<24h	avverte cardiopalmi	Arancione	Oltre 10 ^h h 13:24	ecg nella norma	familiarità per cardiopatia	-	No	Cardiopalmi con ipertensione RS	No
Paziente 237	Cardiopalmi	mezzo proprio	77	M	h 11:23	>24h	irregolarità del ritmo ischiatrica	Arancione	Entro 10 ^h h 11:26	Tachiaritmia	ipercolesterolemia	Esami ematici nella norma	No	Cardiopalmi tachiaritmia	No
Paziente 238	Cardiopalmi	mezzo proprio	70	F	h 22:09	<24h	avverte cardiopalmi	Arancione	Oltre 10 ^h h 22:56	FA	ex CVE per FA	-	No	Recidiva FA trattata con CVE	No
Paziente 239	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	41	M	h 11:25	>24h	dolore retrosternale urente	Arancione	Entro 10 ^h post tr h 11:44	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	no
Paziente 240	Dolore toracico	mezzo proprio	55	M	h 10:52	<24h	dolore toracico anteriore	Arancione	Entro 10 ^h post tr h 10:52 medico h 11:06	ecg nella norma	1 anno fa pericardite	Tri negativa	no	pericardite	No
Paziente 241	Dolore toracico	mezzo proprio	70	F	h 04:13	>24h	dolore all'encefalite dx poi retrosternale	Arancione	Entro 10 ^h h 04:15	STEMI anteriore subacuto	nulla di rilevante	Tri massa	SI	STEMI trasferito emodi BL	SI, ULCIC
Paziente 242	Dolore toracico	mezzo proprio	80	M	h 07:59	>24h	lieve toracalgia con dispnea	Arancione	Oltre 10 ^h h 08:36	FA	nulla di rilevante	Tri negativa	No	FA o SC	SI, ULCIC
Paziente 243	Dolore toracico	mezzo proprio	40	M	h 20:04	>24h	fornicillo mare sx	Arancione	Entro 10 ^h h 20:13	Ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 244	Dolore toracico	mezzo proprio	28	F	h 17:35	>24h	febbricità e mal di gola	Arancione	Oltre 10 ^h h 18:13	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 245	Dolore toracico	mezzo proprio	43	M	h 12:44	>24h	dolore epigastrico irradiato spalla dx	Arancione	Oltre 10 ^h h 13:06	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	no
Paziente 246	Cardiopalmi	mezzo proprio	90	F	h 02:59	<24h	avverte cardiopalmi affannosi	Arancione	Entro 10 ^h h 03:04	FA	IPA, dislipidemia	lieve ipokaliemia	No	Recidiva FA	No
Paziente 247	Cardiopalmi	mezzo proprio	55	M	h 23:43	<24h	cardiopalmi	Arancione	Entro 10 ^h h 23:52	FA	nota FA parossistica	-	No	FA tornato in RS spontaneo	No
Paziente 248	Peso toracico	mezzo proprio	60	F	h 10:21	>24h	-	Arancione	Oltre 10 ^h h 10:34	Ecg nella norma	ipercolesterolemia e lumo	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 249	Cardiopalmi	Ambulanza	71	F	h 10:37	<24h	peso retrosternale	Arancione	Oltre 10 ^h h 10:49	FA	FA non databile	Tri negativa	No	Cardiopalmi, FA non databile	SI, Cardiologia
Paziente 250	Cardiopalmi	mezzo proprio	69	F	h 09:07	>24h	cardiopalmi intermittenti	Arancione	Entro 10 ^h h 09:12	precedenti FA	FA sottoposto ad ablazione	Tri negativa	No	Recidiva FA	No
Paziente 251	Dolore epigastrico	mezzo proprio	47	F	h 21:52	<24h	parestesia braccio sx	Arancione	Entro 10 ^h h 21:59	Ecg nella norma	ipercolesterolemia	Tri negativa	No	Dolore toracico infarctuale	No
Paziente 252	Dolore toracico	Ambulanza	60	M	h 18:57	<24h	dolore toracico anteriore irradiato anto superiore sx	Arancione	Entro 10 ^h h 18:59	STEMI anteriore	ipercolesterolemia	Tri massa	SI	STEMI trasfer emodiam BL	SI, BL
Paziente 253	Dolore toracico	mezzo proprio	48	F	h 09:50	>24h	dolore regione mammillia sx	Arancione	Entro 10 ^h h 09:54	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 254	Cardiopalmi	mezzo proprio	42	F	h 14:41	>24h	tosse secca, agitazione	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 15:11	ecg nella norma	-	-	No	Cardiopalmi	No
Paziente 255	Dolore toracico	mezzo proprio	48	M	h 10:47	>24h	febbre e dolore toracico	Arancione	Entro 10 ^h post tr h 10:51 medico h 11:12	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 256	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	70	M	h 11:51	>24h	due episodi di dolore fastidioso in sede polmonare sx	Arancione	Entro 10 ^h h 11:59	Ecg nella norma	pz cardiopatico	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 257	Dolore toracico	Ambulanza	77	F	h 16:28	<24h	dolore epigastrico intenso con sudorazione fredda	Arancione	Oltre 10 ^h h 16:43	Ecg nella norma	progressa SCA	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 258	Cardiopalmi	Ambulanza	82	F	h 15:15	<24h	cardiopalmi persistente	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 15:33 medico h 15:41	FA permanente	modificata tp	Tri negativa	No	FA permanente	No
Paziente 259	Dolore toracico	mezzo proprio	64	M	h 13:38	<24h	dolore interscapolare con sudorazione	Arancione	Oltre 10 ^h h 14:01	STEMI	nulla di rilevante	Tri massa	?	STEMI	Trasferimento BL h 14,24
Paziente 260	Cardiopalmi	mezzo proprio	55	F	h 17:48	>24h	dolore toracico	Arancione	Oltre 10 ^h h 18:04	Tachicardia sinuale	IPA	Tri negativa lieve ipopotassemia	No	Riferisce cardiopalmi	No
Paziente 261	Cardiopalmi	mezzo proprio	64	M	h 11:40	>24h	dolore sternale intermittente, dolore toracico	Arancione	Entro 10 ^h h 11:46	RS	IPA e ipercolesterolemia	Tri lieve rialzo	No	Cardiopalmi e Dolore toracico	No
Paziente 262	Dolore toracico	Ambulanza	74	M	h 00:19	>24h	dolore toracico	Arancione	Entro 10 ^h h 00:21	STEMI anterolaterale esteso	IPA	Tri massa	SI, angioplastica urgente	STEMI emodinamica BL	Trasferimento BL Udc
Paziente 263	Dolore toracico	Ambulanza	73	F	h 21:56	>24h	dolore anteriore emborica sx	Arancione	Oltre 10 ^h h 22:12	Ecg nella norma	IPA e dislipidemia	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICHE	No
Paziente 264	Dolore toracico	mezzo proprio	81	M	h 19:04	<24h	dolore in sede sternale	Arancione	Entro 10 ^h h 19:06	FA tachicardica	stenosi aortica, FA non databile, dislipidemia	Tri in rialzo ma compatibile come in passato	No	FA	SI, Udc

Paziente 265	Cardiopalmolo	mezzo proprio	69	M	h 10:35	>24h	referisce cardiopalmolo dolore retrosternale ingratificante	Arancione	Entro 10' h 10:37	FA	progressa FA, ex fumatore cardiopatia schemica, 2016 NSTEMI	Tri negativa	No	Recidiva FA tratta con CVE	No
Paziente 266	Dolore toracico	Ambulanza	87	M	h 22:51	<24h	febbre ipressia	Arancione	Entro 10' h 22:56	Ecg nella norma	Ecg nella norma	Tri modesto rischio	No	Angina ipoz cardiopalmolo	No
Paziente 267	Cardiopalmolo	Ambulanza	76	M	h 14:50	>24h	agitazione al torace	Arancione	Oltre 10' post tri h 15:03 e dopo h 15:25	FA	nulla di significativo COVID +	-	No	recidiva FA in pz covid+	Si, pneumologia
Paziente 268	Dolore toracico	mezzo proprio	80	F	h 12:55	>24h	cardiopalmolo tachiaritmico sia a riposo che a sforzo battito cardiaco accelerato	Arancione	Oltre 10' post tri h 13:21 medico h 14:53	Ecg nella norma	ex fumatore, pericardite acuta	Tri negativa	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 269	Cardiopalmolo	mezzo proprio	81	F	h 10:28	>24h	cardiopalmolo tachiaritmico sia a riposo che a sforzo	Arancione	Oltre 10' h 10:52	epis di cardiop tachiaritmico	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Episodio di cardiopalmolo	No
Paziente 270	Cardiopalmolo	mezzo proprio	69	F	h 11:21	>24h	avverte cardiopalmolo tachiaritmico al retrosterno al braccio sx	Arancione	Oltre 10' h 11:40	lieve tachicardia	dislipidemia, familiarità per malattie cardio	Tri negativa	No	Tachicardia funzionale	No
Paziente 271	Cardiopalmolo	mezzo proprio	28	F	h 10:48	>24h	cardiopalmolo tachiaritmico al retrosterno al braccio sx	Arancione	Entro 10' h 11:35	lieve tachicardia sinusale	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Tachicardia funzionale	No
Paziente 272	Dolore toracico	Ambulanza	68	M	h 22:24	<24h	cardiopalmolo tachiaritmico sia a riposo che a sforzo	Arancione	Entro 10' h 22:25	RS con blocco di branca dx	nulla di rilevante	Tri in aumento	No	Angina da sforzo	Si, UciC
Paziente 273	Dolore toracico e cardiopalmolo	mezzo proprio	78	M	h 15:02	>24h	cardiopalmolo e dolore toracico	Arancione	Oltre 10' h 15:13	-	FA sottoposto ad ablez 2018	Tri negativa	No	Riferisce cardiopalmolo	No
Paziente 274	Dolore toracico e cardiopalmolo	Ambulanza	69	M	h 19:41	<24h	peso retrosternale	Arancione	Entro 10' h 19:42	aritmia atriale	progressa FA, fumo	Tri negativa	No	Nuovo un FA	No
Paziente 275	Dolore toracico	mezzo proprio	82	F	h 12:07	<24h	dolore urente torace superiore, discomfort	Arancione	Oltre 10' h 12:07	Ecg nella norma	recente PTCA per NSTEMI	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 276	Dolore toracico e cardiopalmolo	mezzo proprio	55	M	h 00:07	<24h	referisce cardiopalmolo	Arancione	Oltre 10' h 00:21	FA	progressa FA	Tri negativa	No	Recidiva FA tratta con CVE	No
Paziente 277	Sincope	Ambulanza	88	M	h 21:01	<24h	lamente dolore	Arancione	Oltre 10' h 21:33	STEMI	STEMI già evoluto	Tri in aumento	No	STEMI già evoluto	Si, UciC
Paziente 278	Dolore toracico e distress respir	mezzo proprio	85	F	h 15:18	>24h	dolore toracico in sede retrosternale	Rosso	Entro 10' h 15:24	arresto cardiocircolatorio	SCA in stenosi aortica severa	BNP +	No	Arresto cardiocircolatorio h 19:30	Decesso h 21:44
Paziente 279	Tachicardia	mezzo proprio	73	M	h 14:42	<24h	referisce tachicardia	Arancione	Entro 10' h 14:51	sensazione di cardiopalmolo	progressa FA	Tri negativa	No	Cardiopalmolo	No
Paziente 280	Cardiopalmolo e dispnea	mezzo proprio	75	M	h 11:16	>24h	otopnea e dispnea da sforzo	Arancione	Oltre 10' post tri h 11:35 medico h 11:36	FA	IPA, disploidemia	-	No	episodio FA	No
Paziente 281	Cardiopalmolo	mezzo proprio	72	M	h 11:11	<24h	avverte cardiopalmolo anomico	Arancione	Entro 10' h 11:14	FA	fatta pica-sintet, progressa FA	Tri negativa	No	Recidiva FA tratta con CVE	No
Paziente 282	Dolore toracico	mezzo proprio	60	F	h 11:05	<24h	dolore toracico scapola e seno dx	Arancione	Entro 10' h 11:13	Ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 283	Cardiopalmolo	mezzo proprio	74	M	h 01:52	>24h	episodio cardiopalmolo aritmico	Arancione	Entro 10' h 02:02	FA	IPA con cardiopatia	Tri negativa	No	recidiva FA	No
Paziente 284	Dolore toracico e cardiopalmolo	mezzo proprio	39	F	h 21:46	>24h	dolore sovramammario sx	Arancione	Oltre 10' h 21:59	Tachicardia	nulla di rilevante hear score 1	Tri negativa, lieve ipotensione	No	Toracologie ASPECIFICHE	No
Paziente 285	Cardiopalmolo	mezzo proprio	78	F	h 11:08	>24h	cardiopalmolo tachiaritmico	Arancione	Oltre 10' h 11:19	FA parossistica	IPA, bypass, proesi valvulare aortica	Tri negativa	No	FA parossistica	No
Paziente 286	Cardiopalmolo	mezzo proprio	73	M	h 05:02	<24h	astenia, episodio di fame d'aria	Arancione	Oltre 10' h 05:25	FA	progressa FA	esami nella norma	No	recidiva FA tratta con CVF	No
Paziente 287	Dolore toracico	Ambulanza	74	M	h 19:36	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 19:43	NSTEMI	pz con SC	Tri in relizo	No	NSTEMI	Si, UciC
Paziente 288	Cardiopalmolo	mezzo proprio	65	M	h 11:12	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 11:28	FA parossistica	-	-	No	FA paross con CVE	No
Paziente 289	Cardiopalmolo	mezzo proprio	71	F	h 17:31	<24h	avverte cardiopalmolo	Arancione	Entro 10' h 17:35	Ecg nella norma	posticibe protesi valvulare meccanica cardiopatia ipertensiva, FA	Tri negativa	No	epis fibrillo-Flutter recidivante	No
Paziente 290	Cardiopalmolo	mezzo proprio	80	F	h 14:01	<24h	sensazione cardiopalmolo	Arancione	Oltre 10' h 15:03	FA parossistica	cardiopatia ipertensiva, FA	Tri negativa	No	Epa FA ora a ritmo	No
Paziente 291	Cardiopalmolo	mezzo proprio	76	F	h 23:06	>24h	astenia	Arancione	Oltre 10' h 23:19	FA parossistica	IPA, FA con CVE	esami ematici nella norma	No	recidiva FA	No
Paziente 292	Dolore toracico	mezzo proprio	76	F	h 18:19	<24h	algia toracica	Arancione	Oltre 10' h 18:34	Ecg nella norma	cardiopatia ipertensiva, IPA	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 293	Toracologia	Ambulanza	81	M	h 13:04	<24h	referisce toracologia	Arancione	Entro 10' h 13:06	NSTEMI	PTCA cardiopalmolo già sottop a PTCA	Tri lievemente positiva	No	recidiva NSTEMI	Si, UciC
Paziente 294	Bradicardia	mezzo proprio	70	M	h 01:22	<24h	avverte cardiopalmolo	Arancione	Entro 10' h 01:26	Bradicardia	IPA	esami ematici nella norma	No	Cardiopalmolo	No
Paziente 295	Cardiopalmolo	mezzo proprio	71	F	h 21:57	<24h	episodio presincopale	Arancione	Entro 10' h 22:01	Cardiopalmolo	IPA, diabete	-	No	Riferisce cardiopalmolo	No
Paziente 296	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	55	F	h 19:58	>24h	oppressione retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 20:21	Ecg nella norma	familiarità per IMA	Tri negativa	No	Toracologie a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 297	Dolore toracico	mezzo proprio	54	F	h 20:33	>24h	dolore irradiato a scapola sx e dispnea	Arancione	Oltre 10' h 20:49	Ecg nella norma	-	Tri negativa	No	Dolore torico ASPECIFICO	No
Paziente 298	Cardiopalmolo	mezzo proprio	47	M	h 23:34	<24h	sensazione di cardiopalmolo	Arancione	Entro 10' h 23:41	FA	velutare ablazione	-	No	Recidiva FA tratta con CVE	No
Paziente 299	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	68	F	h 16:34	>24h	oppressione toracica antrore	Arancione	Oltre 10' h 16:47	Tachicardia sinusale	moderata IPA e fumo	esami ematici nella norma	No	Discomfort toracico ASPECIFICO	No
Paziente 300	Dolore toracico	mezzo proprio	41	M	h 19:32	>24h	dolore sternale irradiato emibrace sx	Arancione	Entro 10' h 19:41	Ecg nella norma	fumo, IPA	esami ematici nella norma	No	Dolore toracico INDIFFERENZA	No
Paziente 301	Cardiopalmolo	mezzo proprio	71	M	h 23:31	<24h	Comparsa cardiopalmolo	Arancione	Entro 10' h 23:34	FA	FA parossistica	K 3.7	No	FA toracico in RS specifico	No
Paziente 302	Dolore toracico e dispnea	Ambulanza	70	F	h 06:48	<24h	dolore oppressivo regione sternale	Arancione	Oltre 10' post ir h 18:09 medico h 18:50	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri in relizo	No	Dolore toracico e dispnea	Si, medicina
Paziente 303	Cardiopalmolo	mezzo proprio	51	F	h 18:44	>24h	cardiopalmolo	Arancione		extrastatella	-	Tri negativa	No	Extrastatella	No

Paziente 304	Cardiopalmolo	mezzo proprio	85	M	h 07:32	<24h	cardiopalmolo dolore continuo regione mammaria sx	Avanzione	Oltre 10' h 08:25	FA	progressa FA stemi infero-laterale 2010, IPA	esami ematici nella norma	No	recidiva FA normofrequente	No
Paziente 305	Dolore toracico e cardiopalmolo	mezzo proprio	50	F	h 08:26	>24h	cardiopalmolo	Avanzione	Oltre 10' h 08:39	Ecg nella norma	stemi infero-laterale 2010, IPA	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 306	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	84	M	h 11:00	>24h	angina da sforzo	Avanzione	Oltre 10' post tr h11:06	angina da sforzo	cardiopatia ischemica a valvolare	-	No	Angina da sforzo	Si, Cardiologia
Paziente 307	Cardiopalmolo	mezzo proprio	71	F	h 17:04	<24h	cardiopalmolo con oppressione toracica	Avanzione	Oltre 10' post tr h 17:21 medico 17:48	FA	progressa FA	-	No	portatrice protesi valvolare mitralica	No
Paziente 308	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	48	F	h 21:43	>24h	dolore toracico mammario, litio corio	Avanzione	Oltre 10' h 21:54	Ecg nella norma	nulla di significativo	Trn negativo	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 309	Dolore toracico	Ambulanza	70	M	h 12:16	>24h	senazione cardiopalmolo e oppressione retrosternale	Avanzione	Oltre 10' h 12:32	Ecg nella norma	-	Trn negativa	No	Dolore toracico e bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 310	Dolore toracico	mezzo proprio	88	M	h 12:56	<24h	-	Avanzione	Oltre 10' post tr h 13:11 medico 13:16	Ecg nella norma	recente NSTEMI	Trn negativa	No	Dolore toracico da sforzo	No
Paziente 311	Dolore toracico	mezzo proprio	87	F	h 07:48	>24h	dolore toracico oppressivo, urente cardiopalmolo da tempo (non venuto in ps per covid)	Avanzione	Oltre 10' h 08:12	Ecg nella norma	PTCA 2014 per angina	Trn negativo	No	Dolore toracico non coronarico	No
Paziente 312	Cardiopalmolo	mezzo proprio	76	F	h 12:21	>24h	pallido e sudato	Avanzione	Oltre 10' post tr h 13:02 medico h 13:04	FA	FA non stabile	Esami ematici nella media	No	FA non stabile	No
Paziente 313	Sincope	Ambulanza	73	M	h 13:02	<24h	diagnosi a riposo e sforzo, dolore toracico	Rosso	Oltre 10' h 13:04	BLOCCO AV	IPA, displicemia, ex fumatore	-	No	Siccità da biscove AV	Si, Usc
Paziente 314	Dolore toracico	mezzo proprio	73	M	h 17:13	<24h	diagnosi in sede sternale	Avanzione	Oltre 10' post tr h 17:24 medico 17:32	Ecg nella norma	2007 STEMI: trombolisi e bjac	Trn negativa	No	Dolore toracico	No
Paziente 315	Dolore toracico	mezzo proprio	48	M	h 14:22	>24h	malessere generalizzato	Avanzione	Oltre 10' h 15:23	Ecg nella norma	nulla di significativo	Trn negativa	No	precordiali e a bassa probabilità di origine ischemica FA parossistica	No
Paziente 316	Cardiopalmolo	mezzo proprio	96	M	h 07:13	<24h	irritico cardiopalmolo	Avanzione	Oltre 10' h 07:37	Ecg nella norma	IPA	-	No	epidemiologia FA parossistica	No
Paziente 317	Dispnea	mezzo proprio	74	M	h 14:01	>24h	oppressione retrosternale sotto sforzo	Avanzione	Oltre 10' h 14:21	Ecg nella norma	2019 STEMI con pica+ stent	Trn negativa	No	Dolore toracico e dispnea	No
Paziente 318	linea destra respiratorio	mezzo proprio	78	F	h 14:37	>24h	dispnea a riposo e sforzo, dolore toracico	Rosso	Oltre 10' h 14:56	blocco di branca sx	-	Trn in aumento	No	SC in sospetto NSTEMI SUBACUTO	Si, Usc
Paziente 319	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	73	M	h 21:34	<24h	peso retrosternale, senso di ansia	Avanzione	Oltre 10' h 21:50	Ecg nella norma	nulla di significativo	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 320	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	35	M	h 23:03	>24h	dolore trattico regione mammaria sx	Avanzione	Oltre 10' h 23:11	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 321	Cardiopalmolo	mezzo proprio	75	M	h 10:07	<24h	FC elevati nessun sintomo	Avanzione	Oltre 10' post tr h 10:15 medico h 10:41	FA	pregressi epi FA, ex tabagista	-	No	episodi FA trattati con OVE	No
Paziente 322	Dolore toracico e cardiopalmolo	mezzo proprio	84	M	h 11:47	<24h	oppressione toracica	Avanzione	Oltre 10' post tr h 12:02 medico h 12:53	FA	FA non stabile	Trn negativa	No	FA non stabile	No
Paziente 323	Cardiopalmolo	mezzo proprio	96	F	h 12:12	>24h	cardiopalmolo tachiaritmico	Avanzione	Oltre 10' h 12:25	tachicardia atriale	tachicardia atriale trattata con OVE	-	No	Tachicardia atriale trattata con OVE	No
Paziente 324	Dolore toracico	mezzo proprio	48	M	h 20:34	<24h	sigla toracica anteriore	Avanzione	Oltre 10' post tr h 21:02 medico 21:23	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Trn negativa	No	Toraceo/gia da sforzo	No
Paziente 325	Dolore toracico	mezzo proprio	85	F	h 08:06	>24h	regione sottomammaria sx	Avanzione	Oltre 10' h 08:54	Ecg nella norma	ipertensione arteriosa	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 326	Cardiopalmolo	mezzo proprio	38	M	h 09:04	>24h	senazione cardiopalmolo	Avanzione	Oltre 10' post tr h 09:17 medico h 09:22	Ecg nella norma	nulla di rilevante	esami ematici nella norma	No	Riflessa cardiopalmolo	No
Paziente 327	Dolore toracico	mezzo proprio	84	M	h 16:17	<24h	dolore precordiale non irradiato	Avanzione	Oltre 10' post tr h 16:38 medico h 17:26	Ecg nella norma	ipercolesterolemia, familiarità per malattie cardio	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 328	Dolore toracico	mezzo proprio	33	M	h 16:50	<24h	dolore retrosternale irradiato spalla sx	Avanzione	Oltre 10' post tr h 17:15 medico h 17:32	Ecg nella norma	progresso pericarditi	Trn negativa	No	recidiva periferica	No
Paziente 329	Sincope e oppressione toracica	mezzo proprio	83	F	h 18:00	<24h	dolore retrosternale irradiato al gluglio	Avanzione	Oltre 10' h 18:06	Ecg nella norma	-	Trn negativa	No	dolore toracico, epicardio, sincopale	Si, Cardiologia
Paziente 330	Cardiopalmolo	mezzo proprio	71	F	h 09:00	<24h	riferisce cardiopalmolo	Avanzione	Oltre 10' post tr h 09:47	Aritmia cardiaca	progresso aritmie	Trn negativa	No	recidiva aritmia cardiaca	No
Paziente 331	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	58	F	h 10:04	>24h	dolore ombrosico dx	Avanzione	Oltre 10' h 10:28	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Trn negativa	No	Toraco/gia	No
Paziente 332	Peso toracico intermittente	mezzo proprio	42	F	h 10:53	<24h	dolore continuo retrosternale	Avanzione	Oltre 10' h 11:02	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Trn negativa	No	Peso toracico intermittente	No
Paziente 333	Dolore toracico	mezzo proprio	26	F	h 21:53	<24h	dolore trattico regione sternale	Avanzione	Oltre 10' h 21:56	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Trn negativa	No	Dolore toracico ASPEC/FICO	No
Paziente 334	Cardiopalmolo	mezzo proprio	86	F	h 22:47	<24h	senazione cardiopalmolo aritmico	Avanzione	Oltre 10' h 23:10	Ecg nella norma	ipertensione arteriosa, FA	ipopoliesteremia	No	Riferisce cardiopalmolo	No
Paziente 335	Distress respiratorio	mezzo proprio	88	M	h 10:35	>24h	ricontra desaturazione a dispnea	Rosso	Oltre 10' h 10:46	SCA	cardiopatia	-	No	SCA	Si, Usc
Paziente 336	Cardiopalmolo	mezzo proprio	41	M	h 11:28	>24h	ripresa extrasistola	Avanzione	Oltre 10' post tr h 11:31 medico h 12:16	extrasistole ransime	2013 extrasistola	Blomortali nella norma	No	riferisce cardiopalmolo	No

Paziente 337	Dolore toracico	mezzo proprio	44	M	h 09:29	<24h	dolore toracico oppressivo	Arancione	Entro 10' h 09:33	STEMI	nulla di rilevante	Tri in rialzo	SI	STEMI trasferim ematica BL h 09:35	SI, Ulcic
Paziente 338	Dolore toracico	mezzo proprio	47	M	h 14:42	>24h	dolenzia retrosternale intensa	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:59 medico h 17:18	Ecg nella norma	IPA	esami ematici nella norma	No	dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 339	Cardiopalmo	mezzo proprio	70	M	h 17:37	<24h	dolore retrosternale acuto intenso	Arancione	Entro 10' h 17:40	FA	progressa FA	-	No	Recidiva FA trattata con CVE	No
Paziente 340	Dolore toracico	mezzo proprio	62	F	h 17:54	<24h	raizo termico, aumenta con l'inspirazione	Arancione	Oltre 10' post tr h 18:05 medico h 18:34	Ecg nella norma	Familiarità per malattie cardiache	Tri negativa	No	Toracoalgia	No
Paziente 341	Dolore toracico	mezzo proprio	61	M	h 09:52	>24h	astenia, senso di oppressione toracica	Arancione	Entro 10' h 09:55	Ecg nella norma	ex fumatore	Tri negativa	No	Dolore toracico a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 342	Dolore toracico	mezzo proprio	80	F	h 15:49	>24h	pre-sincope riferisce cardiopalmo tachistimico	Arancione	Oltre 10' post tr h 16:05 medico h 16:11	FA cronica, ipertensione cardiopatia con stenosi aortica mod	sinonali aortica medio-severa	Tri curva debolmente +	No	FA cronizzata	No
Paziente 343	Cardiopalmo	mezzo proprio	81	M	h 17:06	<24h	dolore toracico sx in sede epigastrica	Arancione	Oltre 10' h 17:42	FA normofrequente	cardiopatico	Tri negativa	No	episodio presincopale Cardiopalmo in attesa di ablazione	No
Paziente 344	Cardiopalmo	mezzo proprio	69	M	h 07:37	<24h	dolore toracico sx in sede epigastrica	Arancione	Oltre 10' h 07:38	FA	In attesa di ablazione	-	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 345	Dolore toracico	Ambulanza	50	M	h 13:50	<24h	bradicardia, no posito periferico	Arancione	Entro 10' h 13:41	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico recidiva FA	No
Paziente 346	Cardiopalmo	mezzo proprio	66	F	h 20:36	<24h	riscontro posito anemico	Arancione	Entro 10' h 08:39	arresto cardiaco	progressa FA miocardiopatia, IPA e insulto renale	esami ematici nella norma	No	recidiva FA	No
Paziente 347	Allerazione sensorio	Ambulanza	72	F	h 08:34	<24h	febbre, sincopo, trovato a terra	Rosso	Entro 10' h 10:05	FA	progressa pica per ecg da sforzi	-	No	arresto cardiaco, decesso h 11:19	No
Paziente 348	Cardiopalmo	mezzo proprio	66	M	h 10:05	>24h	dolore irradiato al collo	Arancione	Entro 10' h 10:06	FA	ex IMA, portatore di silent	lieve ipopotassemia	No	paross/persistenti (CVE)	No
Paziente 349	Diretress respiratorio	Ambulanza	89	M	h 20:06	<24h	dolore regione costale sx, sudorazione profusa	Rosso	Oltre 10' h 20:43	asiastolia	-	esami ematici nella norma	No	arresto cardiocoronario	No
Paziente 350	Dolore toracico	mezzo proprio	76	M	h 01:46	<24h	oppressione toracica laterocentrale	Arancione	Oltre 10' h 02:03	dissociazione elettromeccanica	ex IMA, portatore di silent	Tri negativa	No	dissociazione elettromeccanica decessa h 17:40	No
Paziente 351	Dolore toracico	mezzo proprio	79	F	h 06:12	>24h	dolore precordiale	Arancione	Oltre 10' h 06:24	Bradicardia	FA, IPA	Tri negativa	No	bradicardia	No
Paziente 352	Dolore toracico	mezzo proprio	67	M	h 19:48	<24h	oppressione toracica laterocentrale	Arancione	Oltre 10' h 20:04	Ecg nella norma	SC, FA	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 353	Dolore toracico	mezzo proprio	20	M	h 22:00	<24h	dolore precordiale	Arancione	Entro 10' h 22:06	Ecg nella norma	-	Tri in aumento poi normale	No	Dolore toracico non di natura cardiaca	No
Paziente 354	Dolore Toracico	mezzo proprio	55	M	h 10:01	>24h	FC elevata	Arancione	Oltre 10' h 10:20	Ecg nella norma	padre con insi, IPA, fumo	-	No	pericardite	No
Paziente 355	Cardiopalmo	mezzo proprio	83	M	h 15:34	>24h	ricorso cardiopalmo	Arancione	Entro 10' h 15:40	FA	FA non stabile, ex fumatore	esami ematici nella norma	No	FA non stabile (valutare CVE)	No
Paziente 356	Cardiopalmo	mezzo proprio	34	F	h 17:14	<24h	dolore toracico retrosternale	Arancione	Oltre 10' post tr h 17:37 medico h 17:50	Tachicardia parossistica a RS	nota per episodi ipsv	-	No	Episodio Tachicardia parossistica a risoluzione spontanea	No
Paziente 357	Dolore toracico	mezzo proprio	47	M	h 09:53	>24h	epiciclo cardiopalmo	Arancione	Oltre 10' post tr h 10:09 medico h 11:32	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 358	Oppressione toracica	mezzo proprio	65	M	h 10:46	>24h	sensazione cardiopalmo	Arancione	Entro 10' post tr h 10:56 medico h 11:32	Ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Cardiopalmo	No
Paziente 359	TPSV	mezzo proprio	49	F	h 14:27	<24h	fastidio toracico, brividi e vomito	Arancione	Entro 10' h 14:31	TPSV	-	esami ematici nella norma	No	TPSV a risoluzione spontanea	No
Paziente 360	Peso toracico	mezzo proprio, per riceviero	42	M	h 08:45	<24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 09:01	FA	fumo	-	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 361	Dolore toracico	mezzo proprio	51	F	h 14:39	>24h	aritmia senza sintomi	Arancione	Oltre 10' post tr h 17:13 medico h 17:17	Ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 362	Cardiopalmo	mezzo proprio	72	M	h 16:54	>24h	oppressione al gluglio	Arancione	Entro 10' h 18:05	FA	Cardiopalmo ipertensiva pz coronaropatico	-	No	recidiva FA	No
Paziente 363	Dolore toracico	mezzo proprio	86	M	h 18:00	<24h	dolenzia crampiforme epigastrico	Arancione	Oltre 10' h 13:23	Ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 364	Dolore toracico	mezzo proprio	82	M	h 13:11	<24h	dolore retrosternale toracico anteriore	Arancione	Oltre 10' h 18:59	Ecg nella norma	fumatore	esami ematici nella norma	No	Dolore toracico a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 365	Dolore toracico	mezzo proprio	54	M	h 18:43	>24h	dolore emboragc anteriore sx	Arancione	Oltre 10' h 00:06	Ecg nella norma	numerose pericarditi	Tri negativa	No	pericardite acuta ischemica	No
Paziente 366	Dolore toracico	mezzo proprio	33	M	h 23:55	<24h	dispnea e dolore spalla sx	Arancione	Oltre 10' h 13:04	FA	prefresa FA, ipertensione	esami ematici nella norma	No	recidiva FA, CVE inefficace	No
Paziente 367	Cardiopalmo	mezzo proprio	68	M	h 12:50	<24h	dolore toracico retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 07:40	Ecg nella norma	Heart Score 0	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 368	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	45	M	h 07:28	<24h	avverti cardiopalmo intermittente	Arancione	Entro 10' h 21:53	SCA	IPA	Tri in rialzo	No	Sospetta SCA	SI, Ulcic
Paziente 369	SOSPETTA SCA	mezzo proprio	45	M	h 21:46	<24h	avverti cardiopalmo intermittente	Arancione	Entro 10' h 23:40	Ecg nella norma	referti episodi di tachicardia	-	No	Riferisce cardiopalmo	No
Paziente 370	Cardiopalmo	mezzo proprio	45	F	h 23:19	>24h	avverti cardiopalmo intermittente	Arancione	Entro 10' h 00:00	FA	progressa FA	lieve ipopotassemia	No	Dolore toracico a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 371	Cardiopalmo	mezzo proprio	72	M	h 23:56	<24h	avverti cardiopalmo intermittente	Arancione	Entro 10' h 00:00	FA	progressa FA	lieve ipopotassemia	No	trattata con CVF	No

Paziente 372	Cardiopalmio	mezzo proprio	81	M	h 11:47	<24h	astenia, tachicardia, mallessere generale	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:20-12:46	Tachicardia atriale	-	-	No	Tachicardia atriale ricorrente casuale	No
Paziente 373	Dolore toracico	mezzo proprio	76	F	h 13:10	>24h	dolore arto super sx	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:08 medico h 14:32	Ecg nella norma	dilipidemia, IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico	No
Paziente 374	Cardiopalmio	mezzo proprio	61	F	h 14:19	<24h	senazione cardiopalmio	Arancione	Oltre 10' h 14:32	FA parossistica	-	-	No	FA trattata con CVT	No
Paziente 375	Cardiopalmio	mezzo proprio	55	M	h 14:19	>24h	episodio senso di affanno	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:33 medico h 18:47	FA	fumo, obesità, ipertiponciemia	ipertiponciemia	No	FA trattata con CVE efficace	No
Paziente 376	Dolore toracico	mezzo proprio	47	M	h 00:18	<24h	episodio toracoalgia	Arancione	Entro 10' h 00:21	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore torac a bassa probab di origine ischemica	No
Paziente 377	Cardiopalmio e dolore toracico	mezzo proprio	33	M	h 14:06	>24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 14:28	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico aspecifico	No
Paziente 378	Cardiopalmio	mezzo proprio	90	F	h 16:04	<24h	senazione cardiopalmio	Arancione	Oltre 10' h 16:28	FA	IPA	iponatriemia, ipoK	No	Episodio FA trattata con CVT	SI, geriatrica
Paziente 379	Dolore toracico	mezzo proprio	59	M	h 05:56	<24h	dolore retrosternale gravativo	Arancione	Oltre 10' h 06:30	NSTEMI	dislipidemia, ex fumatore	2' TnI in rialzo	No	NSTEMI	SI, Uoic
Paziente 380	Tachicardia SV	mezzo proprio	77	M	h 10:14	>24h	tachicardia che non avverte	Arancione	Oltre 10' post tr h 11:00-11:00	Ecg nella norma	IPA	-	No	Tachicardia con rifinitino RS	No
Paziente 381	Dolore toracico	mezzo proprio	67	M	h 10:56	<24h	pallido e sudato	Arancione	Entro 10' h 10:56	Ecg nella norma	pz coronaropatico	TnI negativa	No	Dolore toracico	SI, medicina
Paziente 382	Cardiopalmio	mezzo proprio	65	F	h 15:17	<24h	cardiopalmio	Arancione	Oltre 10' h 15:33	FA	pregresse FA	ipopotassiemia	No	recidiva FA trattata con CVT	No
Paziente 383	Dolore Toracico	mezzo proprio	44	M	h 17:08	<24h	dolore pressorio retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 17:19	Ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 384	Cardiopalmio	mezzo proprio	42	M	h 07:44	<24h	avverte aritmia	Arancione	Oltre 10' h 07:58	FA	progressa ablazione per FA	ipopotassiemia	No	FA trattata con CVE efficace	No
Paziente 385	Dolore toracico	mezzo proprio	65	M	h 10:12	<24h	dolore retrosternale arto superiore sx	Arancione	Entro 10' h 10:15	SCA	-	TnI in rialzo	SI	SCA in via emodinamica BL h 16:29	SI, Uoic
Paziente 386	Cardiopalmio	mezzo proprio	65	M	h 11:21	>24h	astinomialico	Arancione	Oltre 10' h 13:21	Flutter atriale	In lista per ablazione, pz non per FA, SC, ipertensione	-	No	Flutter trattato con CVE	No
Paziente 387	Bradcardia	mezzo proprio	80	M	h 14:00	>24h	astenia	Arancione	Oltre 10' h 14:30	Bradcardia	Bradcardia	-	No	bradcardia	SI, Uoic
Paziente 388	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	47	M	h 20:52	<24h	dolore trifallico retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 21:13	Ecg nella norma	tabagista	TnI negativa	No	Dolore toracico a bassa probabilità di origine ischemica	No
Paziente 389	Dolore toracico	mezzo proprio	53	M	h 14:37	>24h	debolezza in regione epigastrica	Arancione	Oltre 10' post tr h 15:05 medico h 15:31	Ecg nella norma	IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 390	Dolore toracico	mezzo proprio	77	M	h 16:56	>24h	bruciore eseso in regione epigastrica avverte	Arancione	Oltre 10' h 17:22	Ecg nella norma	pz cardiopatico, IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 391	Cardiopalmio	mezzo proprio	63	M	h 14:12	<24h	avverte cardiopalmio	Arancione	Entro 10' h 14:20	Tachicardia	pz cardiopatico	esami emato nella norma	No	episodio di cardiopalmio	No
Paziente 392	Cardiopalmio	mezzo proprio	70	F	h 09:50	<24h	senazione battito irregolare	Arancione	Oltre 10' h 10:12	FA	pregresse FA	TnI negativa	No	recidiva FA	No
Paziente 393	Cardiopalmio	mezzo proprio	77	M	h 13:14	<24h	febbre e tosse	Arancione	Entro 10' h 13:24	FA	obeso, fumo, ipertensione	TnI negativa	No	Cardiopalmio	No
Paziente 394	Dolore toracico	Ambulanza	78	F	h 10:32	<24h	dolore sternale allo scendere con palloro e sudorazio	Arancione	Entro 10' h 10:33	NSTEMI	ex fumatore, ipertesa, familiarità	TnI in rialzo	No	NSTEMI	SI, Uoic
Paziente 395	Dolore toracico e cardiopalmio	mezzo proprio	79	M	h 16:08	<24h	oppressione retrosternale, dolore toracico	Arancione	Oltre 10' h 16:21	FA	FA cronica, vasculopatia carotidea	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 396	Dolore retrosternale	mezzo proprio	28	F	h 17:53	<24h	dolore braccio sx che peggiora con respiro	Arancione	Entro 10' h 18:02	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 397	Bradcardia	mezzo proprio	69	M	h 05:26	>24h	lieve toracoalgia sx	Arancione	Entro 10' h 05:33	Bradcardia	IPA, TPSV tratta con ablazione	TnI negativa	No	bradcardia (no urgenze)	No
Paziente 398	Cardiopalmio	Ambulanza	60	F	h 09:16	<24h	dolore toracico	Arancione	Entro 10' h 09:17	episodi TPSV	pregressa extrasistolica, TPS	TnI mosso	No	episodi TPSV (fare test sforzo)	No
Paziente 399	Cardiopalmio	mezzo proprio	69	F	h 12:31	<24h	astenia, ipertensione	Arancione	Entro 10' h 12:41	Tachicardia sinusale	IPA, ipercolesterolemia	-	No	Ritense cardiopalmio (port recorder)	No
Paziente 400	Bradcardia	mezzo proprio	72	M	h 12:56	<24h	pre-sincope	Arancione	Oltre 10' h 13:26	Bradcardia	-	-	No	Bradcardia	SI, Uoic
Paziente 401	Cardiopalmio	mezzo proprio	77	F	h 09:27	<24h	avverte cardiopalmio	Arancione	Entro 10' post tr h 09:36 medico h 10:36	Bradcardia sinusale con BAV I	FA, IPA	TnI negativa	No	episodi FA parossistica	No
Paziente 402	Cardiopalmio	mezzo proprio	47	F	h 09:46	>24h	episodio cardiopalmio tachiaritmia, astenia	Arancione	Oltre 10' post tr h 09:59 medico h 11:52	Ecg nella norma	Dislipidemia e sovrappeso	TnI negativa	No	Episodio cardiopalmio tachiaritmia	No
Paziente 403	Cardiopalmio	mezzo proprio	66	M	h 11:04	<24h	avverte palpitazioni	Arancione	Oltre 10' post tr h 11:04 medico h 11:46	Ecg nella norma	pregresso episodio FA	-	No	refitese cardiopalmio	No
Paziente 404	Dolore toracico	mezzo proprio	27	F	h 14:28	>24h	oppressione toracica, astenia, cefalea	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:53 medico h 16:01	Ecg nella norma	nulla di rilevante	lieve ipocalcemia	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 405	Cardiopalmio	mezzo proprio	80	F	h 17:11	>24h	avverte cardiopalmio	Arancione	Oltre 10' h 17:27	FA	pregressi episodi FAP	-	No	FA trattata con CVE efficace	No

Paziente 406	Cardiopalmone e dispnea	mezzo proprio	57	F	h 18:34	>24h	dispnea, astenia	Arancione	Oltre 10' h 18:53	FA	IPa, episodio cardiopalmo tachicardico	TnI negativa	No	FA	No
Paziente 407	Dolore toracico e cardiopalmo	mezzo proprio	78	F	h 21:12	<24h	oppressione toracica e alla gola, sensazione cardiopalmo	Arancione	Entro 10' h 21:22	FA	nulla di rilevante	Ipotassiemia	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 408	Dolore toracico	mezzo proprio	57	F	h 23:28	>24h	senso di affaticamento alle spalle	Arancione	Entro 10' post tr h 23:30 medico h 00:08	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Toracalgia ASPECIFICHE	No
Paziente 409	Cardiopalmone	mezzo proprio	86	M	h 08:27	<24h	astenia, relesione e cardiopalmo	Arancione	Entro 10' h 08:34	Ibrillo-flutter normofrequente	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Riflesco cardiopalmo	No
Paziente 410	Dolore toracico	mezzo proprio	77	M	h 10:00	<24h	sudorazione fredda, pre-sincope	Arancione	Oltre 10' post tr h 10:15 medico h 10:38	NSTEMI	lieve ipercostolemia, no fdr cardiovascolari	TnI in rialzo	SI	NSTEMI tendivo trasf emodinamica BL per coronarografia	SI, Ulcic
Paziente 411	Bradycardia	mezzo proprio	89	M	h 10:08	<24h	-	Arancione	Entro 10' h 10:13	Bradycardia	dislipidemia	TnI negativa	No	Bradycardia	SI, Ulcic
Paziente 412	Cardiopalmone	mezzo proprio	43	F	h 10:58	<24h	refriscop cardiopalmo	Arancione	Entro 10' h 10:59	TPSV	pregresse TPSV	-	No	recidiva TPSV	SI, Ulcic
Paziente 413	Dolore toracico	Ambulanza	66	F	h 00:48	<24h	dolore toracico costrittivo continuo con esacerbazione con essercitazioni	Arancione	Entro 10' h 00:52	Ecg nella norma	Microripatia ischemica cronica ostruttiva	-	No	microripatia ischemica cronica ostruttiva	SI, Ulcic
Paziente 414	Dolore toracico	mezzo proprio	85	F	h 09:58	<24h	discomfort al torace	Arancione	Oltre 10' post tr h 10:14 h 10:25	Tachicardia atriale con blocco	IPa	-	No	SOSPETTO NSTEMI	SI, Ulcic
Paziente 415	Cardiopalmone e dispnea	mezzo proprio	85	F	h 11:56	<24h	dispnea da sforzo	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:30 medico h 12:48	FA	SC FA non databile, dispnea da sforzo	TnI negativa	No	FA SC e dispnea	No
Paziente 416	Dolore toracico	mezzo proprio	42	M	h 18:13	>24h	dolore oppressivo retrosternale	Arancione	Entro 10' post tr h 18:23 medico h 18:33	Ecg nella norma	ex tabagista, IPA, familiarita CAD	esami ematici nella norma	No	Dolore toracico ipa con familiarita per coronaropatia ASPECIFICHE	No
Paziente 417	Dolore toracico	mezzo proprio	63	F	h 01:49	<24h	-	Arancione	Oltre 10' h 02:00	Ecg nella norma	FAP, IPA, ipercostolemia	TnI negativa	No	Toracalgia ASPECIFICHE	No
Paziente 418	Dolore toracico	mezzo proprio	46	M	h 05:26	<24h	sudorazione fredda, lieve insidioso retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 05:49	Ecg nella norma	sovrappeso, ex fumatore e AVgressa IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico	No
Paziente 419	Dolore toracico	mezzo proprio	64	M	h 09:38	<24h	dolore toracico e dispnea	Arancione	Entro 10' h 09:42	Ecg nella norma	ex IMA pz cardiopatico	TnI negativa	No	episodio dolore toracico	No
Paziente 420	Dolore toracico	mezzo proprio	65	M	h 15:03	<24h	discomfort al torace	Arancione	Oltre 10' h 15:25	Ecg nella norma	recemie NSTEMI e PTCA	TnI in aumento	No	Dolore toracico cardiopatico	No
Paziente 421	Dolore toracico	mezzo proprio	72	F	h 19:50	>24h	algie retrosternali oppressive	Arancione	Entro 10' post tr h 19:50 medico h 20:36	Ecg nella norma	IPa	TnI negativa	No	Toracalgia a bassa probabilita di origine ischemica	No
Paziente 422	Cardiopalmone	mezzo proprio	87	F	h 20:12	<24h	astenia e cardiopalmo	Arancione	Oltre 10' h 20:42	Flutter atriale	pregresso flutter atriale, displicemia	TnI negativa	No	Recidiva flutter atriale	No
Paziente 423	Cardiopalmone	mezzo proprio	65	M	h 08:18	>24h	cardiopalmone	Arancione	Oltre 10' post tr h 08:30 medico h 08:56	FA	IPa, ablazione 2015-2020	-	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 424	Dolore toracico	mezzo proprio	67	F	h 13:15	<24h	-	Arancione	Oltre 10' post tr h 13:35 medico h 14:18	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 425	Dolore toracico e cardiopalmo	mezzo proprio	21	F	h 21:50	<24h	dolore toracico retrosternale e cardiopalmo	Arancione	Oltre 10' h 23:22	Ecg nella norma	nulla di rilevante	D-dimero positivo	No	Riferisce dolore toracico e cardiopalmo	No
Paziente 426	Dolore toracico	Ambulanza	51	M	h 12:15	<24h	peso in regione sternale irradiato al giugulo	Arancione	Oltre 10' post tr h 12:34 medico h 12:36	Ecg nella norma	sovrappeso, fumo e IPA	TnI negativa	No	Dolore toracico INDIFFERENZA	No
Paziente 427	Dolore toracico	mezzo proprio	57	M	h 21:14	<24h	dolore sternale opposto al collo	Arancione	Entro 10' h 21:15	STEMI	stemi 2008-2018	TnI in rialzo	SI	STEMI tratf emodinamico per CNGF h 21:30	SI, Ulcic
Paziente 428	Dolore toracico	mezzo proprio	84	M	h 07:50	<24h	dolore regione sternale non irradiato	Arancione	Oltre 10' h 08:02	Ecg nella norma	precedente IMA, cardiopatia ischemica	TnI negativa	No	Dolore toracico cardiopatico	No
Paziente 429	Dolore retrosternale	mezzo proprio	77	F	h 11:32	<24h	retrosternale con sudorazione fredda	Arancione	Oltre 10' post tr h 11:49 medico h 12:26	Ecg nella norma	precedente IMA	TnI negativa	No	Dolore retrosternale	No
Paziente 430	Dolore toracico	Ambulanza	74	M	h 12:06	>24h	astenia, ipertensione e tachicardia	Rosso	Entro 10' h 12:06	tachiaritmia	ipertensione in pz con severa cardiopatia	TnI negativa	No	ipertensione in pz con severa cardiopatia	SI, Ulcic
Paziente 431	Cardiopalmone	mezzo proprio	79	F	h 14:14	<24h	-	Arancione	Oltre 10' post tr h 14:42 medico h 14:31	Blocco AV II-III grado	cardiopatia ischemica trattata con pica-stent, IPA, ipercostolemia	-	No	Bradycardia BAV 2°-3° grado	SI, Ulcic
Paziente 432	Cardiopalmone	Ambulanza	59	M	h 17:54	<24h	cardiopalmone durante prova da sforzo	Arancione	Oltre 10' h 18:08	FA	nulla di rilevante	TnI negativa	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 433	Distress respiratorio	Ambulanza	80	F	h 19:11	<24h	tachicardia e dispnea	Rosso	Entro 10' h 19:12	TPSV	postione PM, IPA	K 6.1	No	TPSV sottopatia a CVE	SI, medicina
Paziente 434	Dolore toracico	mezzo proprio	75	M	h 04:17	<24h	dolore retrosternale torace sx	Arancione	Oltre 10' h 04:28	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico APECIFICO	No
Paziente 435	Dolore retrosternale	mezzo proprio	71	M	h 10:48	>24h	peso retrosternale durante sforzo	Arancione	Entro 10' post tr h 11:23	NSTEMI	FA	-	No	NSTEMI con SC	SI, Ulcic
Paziente 436	Cardiopalmone	mezzo proprio	71	F	h 13:28	<24h	sensazione cardiopalmo	Arancione	Entro 10' post tr h 13:38 medico h 14:18	FA	pregresse FA	TnI negativa	No	Residua FA cronizzata	No
Paziente 437	Bruccore retrosternale	mezzo proprio	30	F	h 14:36	<24h	brucore retrosternale	Arancione	Oltre 10' h 14:56	Ecg nella norma	nulla di rilevante	TnI negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No

Paziente 438	Dolore toracico	mezzo proprio	89	F	h 19:59	<24h	dolore toracico retrosternale, irradiato al dorso e all'arto sx	Arancione	Oltre 10 ^h h 20:29	IIMA	pz cardiopatica	Tri in aumento	No	IIMA	SI, Udc
Paziente 439	Cardiopalmo	Ambulanza	74	F	h 00:19	<24h	"striballo al petto"	Arancione	Entro 10 ^h h 00:23	FA	nulla di rilevante	D-dimero negativo	No	FA a risoluzione spontanea	No
Paziente 440	Arresto cardiaco	Ambulanza	80	M	h 12:26	<24h	incidente motociclista	Rosso	Entro 10 ^h h 12:32	Arresto cardiaco	eseguita RCP inefficace	-	No	Arresto cardiaco, infarto?	Decesso h 12:13
Paziente 441	Angina instabile	mezzo proprio	88	F	h 12:30	>24h	peso dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 12:44 medico h 13:02	Angina instabile	cardiopatia isocemica	Tri negativa	No	Angina Instabile	SI, Udc
Paziente 442	Dolore toracico	mezzo proprio	43	M	h 15:30	<24h	insorgenza dolore alle spalle	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 15:44 medico h 16:09	Ecg nella norma	tabagista	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 443	Cardiopalmo	mezzo proprio	70	F	h 18:43	<24h	astenia, sensazione di cardiopalmo tachicardico	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 18:46 medico h 19:02	FA	IPA, fumo	-	No	FA trattata con CVF efficace	No
Paziente 444	Oppressione toracica	mezzo proprio	46	F	h 03:07	<24h	costrizione toracica	Arancione	Entro 10 ^h h 03:11	Ecg nella norma	episodi di FAP	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 445	Distress respiratorio e dolore toracico	Mezzo proprio	83	F	h 23:49	<24h	distress respiratorio e dolore toracico	Rosso	Oltre 10 ^h h 00:04	Ecg nella norma	progressa aritmia da FA	esami ematici alterati	No	Inauff respir acuta in cardiopatia	SI, Rianimazione
Paziente 446	Distress respiratorio, cardiopalmo	Ambulanza	89	F	h 14:48	<24h	cardiopalmo tachiantino	Rosso	Entro 10 ^h h 14:54	Ecg nella norma	IPA, cardiopatia ipertensiva	-	No	SC in FA	SI, medicina
Paziente 447	Distress respir e cardiopalmo	Ambulanza	80	F	h 10:01	<24h	irritisce cardiopalmo	Rosso	Entro 10 ^h h 10:02	Flutter atriale parossistico	PM e FA	-	No	Recidiva FA e distress respiratorio	SI, medicina
Paziente 448	Cardiopalmo	Mezzo proprio	71	M	h 00:56	<24h	avvertito cardiopalmo	Arancione	Oltre 10 ^h h 01:07	FA	FA con ablazione 2010-2015 e IPA	-	No	recidiva FA con RS	No
Paziente 449	Cardiopalmo	Mezzo proprio	67	F	h 01:50	<24h	sensazione cardiopalmo con protrusione toracica	Arancione	Entro 10 ^h h 02:00	ecg nella norma	IPA, ipokaliemia	esami ematici nella norma	No	Tachicardia	No
Paziente 450	Dolore Toracico	Mezzo proprio	46	M	h 12:08	<24h	retrosternale dolore	Arancione	Entro 10 ^h h 12:18	ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 451	Cardiopalmo	Mezzo proprio	50	M	h 17:10	<24h	sensazione di battito anmico	Arancione	Oltre 10 ^h h 18:08	ecg nella norma	nulla di rilevante	esami ematici nella norma	No	Riferisce cardiopalmo	No
Paziente 452	Dolore Toracico	Mezzo proprio	83	F	h 08:40	<24h	dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10 ^h h 08:53	ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Dolore retrosternale di natura gastroenterogastrica	No
Paziente 453	Cardiopalmo	Ambulanza	70	F	h 18:43	<24h	astenia, avvertito cardiopalmo	Arancione	Oltre 10 ^h h 19:02	FA	IPA, fumo	Tri negativa	No	FA trattata con CVF	No
Paziente 454	Cardiopalmo	Mezzo proprio	53	M	h 10:54	<24h	astenia durante test da sforzo	Arancione	Entro 10 ^h h 10:56	sospetta angina	IPA, fumo, dislipidemia	-	No	Sospetta angina da sforzo	SI, cardiologia
Paziente 455	Dolore Toracico	mezzo proprio	52	M	h 15:44	>24h	dolore toracico in sede precordiale	Arancione	Entro 10 ^h h 15:49	ecg nella norma	fattori di rischio cardi	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 456	Cardiopalmo	mezzo proprio	50	M	h 00:24	<24h	sensazione di cardiopalmo	Arancione	Oltre 10 ^h h 00:46	ecg nella norma	nulla di rilevante	esami ematici nella norma	No	Riferisce cardiopalmo	No
Paziente 457	Dolore Toracico	mezzo proprio	69	M	h 22:56	>24h	dolore retrosternale	Arancione	Entro 10 ^h h 23:04	angina instabile	cardiopatia ischemica cronica	-	No	Angina instabile	SI, cardiologia
Paziente 458	Dolore Toracico	Ambulanza	77	F	h 21:02	<24h	dolore spalla sx e torace	Arancione	Oltre 10 ^h h 22:43	ecg nella norma	cardiopatia ischemica	Tri negativa	No	dolore spalla ad embriose sx	No
Paziente 459	Dolore Toracico	mezzo proprio	81	F	h 14:22	<24h	astenia e dolore retrosternale	Arancione	Oltre 10 ^h post tr h 15:00 medico h 16:01	ecg nella norma	nulla di rilevante	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 460	Dolore Toracico	mezzo proprio	85	F	h 08:35	<24h	dolore toracico anteriore	Arancione	Oltre 10 ^h h 08:48	ecg nella norma	-	Tri 2 punto in rialzo	No	IPA in pz cardiopatico	No
Paziente 461	Oppressione toracica	mezzo proprio	46	F	h 03:07	>24h	costrizione toracica	Arancione	Entro 10 ^h h 03:11	ecg nella norma	episodi FAP	Tri negativa	No	Dolore toracico ASPECIFICO	No
Paziente 462	Cardiopalmo	mezzo proprio	28	M	h 09:29	<24h	avverte cardiopalmo tachiaritmico	Arancione	Oltre 10 ^h h 09:41	FA	recidiva FA	esami ematici nella norma	No	recidiva FA trattata con CVF	No
Paziente 463	Cardiopalmo	mezzo proprio	65	M	h 09:43	<24h	avverte aritmia	Arancione	Oltre 10 ^h h 10:14	ecg nella norma	IPA	-	No	Riferisce cardiopalmo	No
Paziente 464	Fornicollio emisoma sx, sudorazione	mezzo proprio	89	M	h 13:06	<24h	malessere, sudorazione con febbre, dolore embriosa sx	Arancione	Oltre 10 ^h h 13:32	ecg nella norma	IPA	Tri negativa	No	Toracalgie ASPECIFICHE	No
Paziente 465	Dolore toracico e dispnea	mezzo proprio	51	M	h 06:31	>24h	dolore toracico puntorio	Arancione	Oltre 10 ^h h 06:48	ecg nella norma	-	-	No	piccola tumefazione parasternale sx	No
Paziente 466	Cardiopalmo	mezzo proprio	80	M	h 07:06	<24h	dopo incubo avverte cardiopalmo tachiantino	Arancione	Oltre 10 ^h h 07:21	FA	IPA, FAP	esami ematici nella norma	No	FA trattata con CVE	No
Paziente 467	Dolore toracico	mezzo proprio	84	M	h 16:38	<24h	dispnea	Arancione	Entro 10 ^h h 16:45	FA	iniziale SC	esami ematici nella norma	No	FA non stabile con instabile SC	No

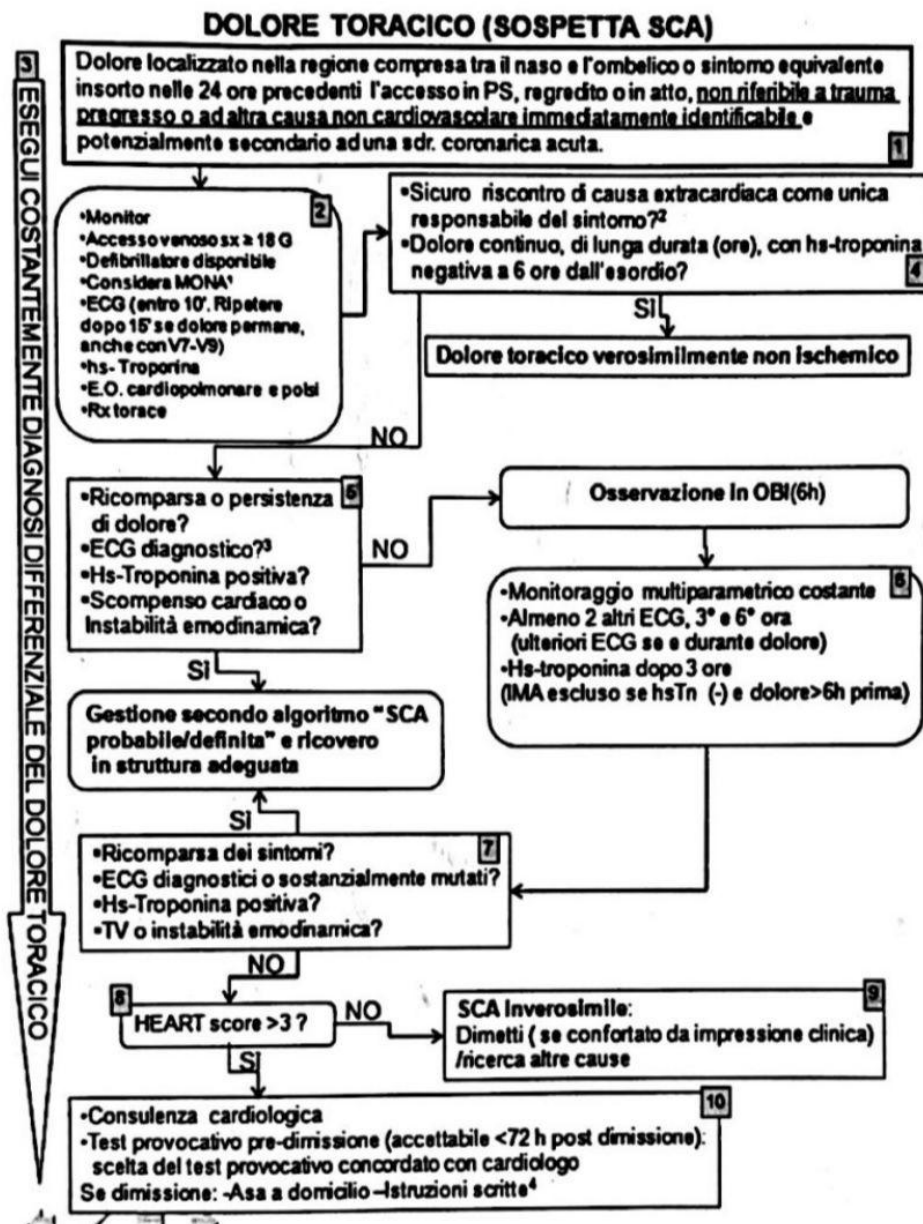
Allegato n°6: Heart Score

TABLE 1. Composition of the HEART Score for Chest Pain Patients in the Emergency Room

HEART score for chest pain patients			
<u>H</u>istory	Highly suspicious	2	
	Moderately suspicious	1	
	Slightly suspicious	0	
<u>E</u>CG	Significant ST-depression	2	
	Non specific repolarization disturbance	1	
	Normal	0	
<u>A</u>ge	≥ 65 year	2	
	45 – 65 year	1	
	≤ 45 year	0	
<u>R</u>isk factors	≥ 3 risk factors or history of atherosclerotic disease	2	
	1 or 2 risk factors	1	
	No risk factors known	0	
<u>T</u>roponin	≥ 3x normal limit	2	
	1-3x normal limit	1	
	≤ normal limit	0	
		Total	

ECG indicates electrocardiogram.

Allegato n° 7: Protocollo interno Dolore Toracico/ SCA sospetta o definitiva.



CON L' ECG POTREMO RILEVARE 3 SITUAZIONI:

➤ **STEMI (ST elevation myocardial infarction)**

- Nuovo sovraslivellamento ST ≥ 1mm in almeno due derivazioni anatomicamente contigue (per V2 e V3 vedi oltre)
- Per V2-V3 il valore soglia del sovraslivellamento ST è il seguente:
Maschi <40 : ↑ 2,5 mm

> 40: ↑ 2 mm

Femmine : ↑ 1,5 mm

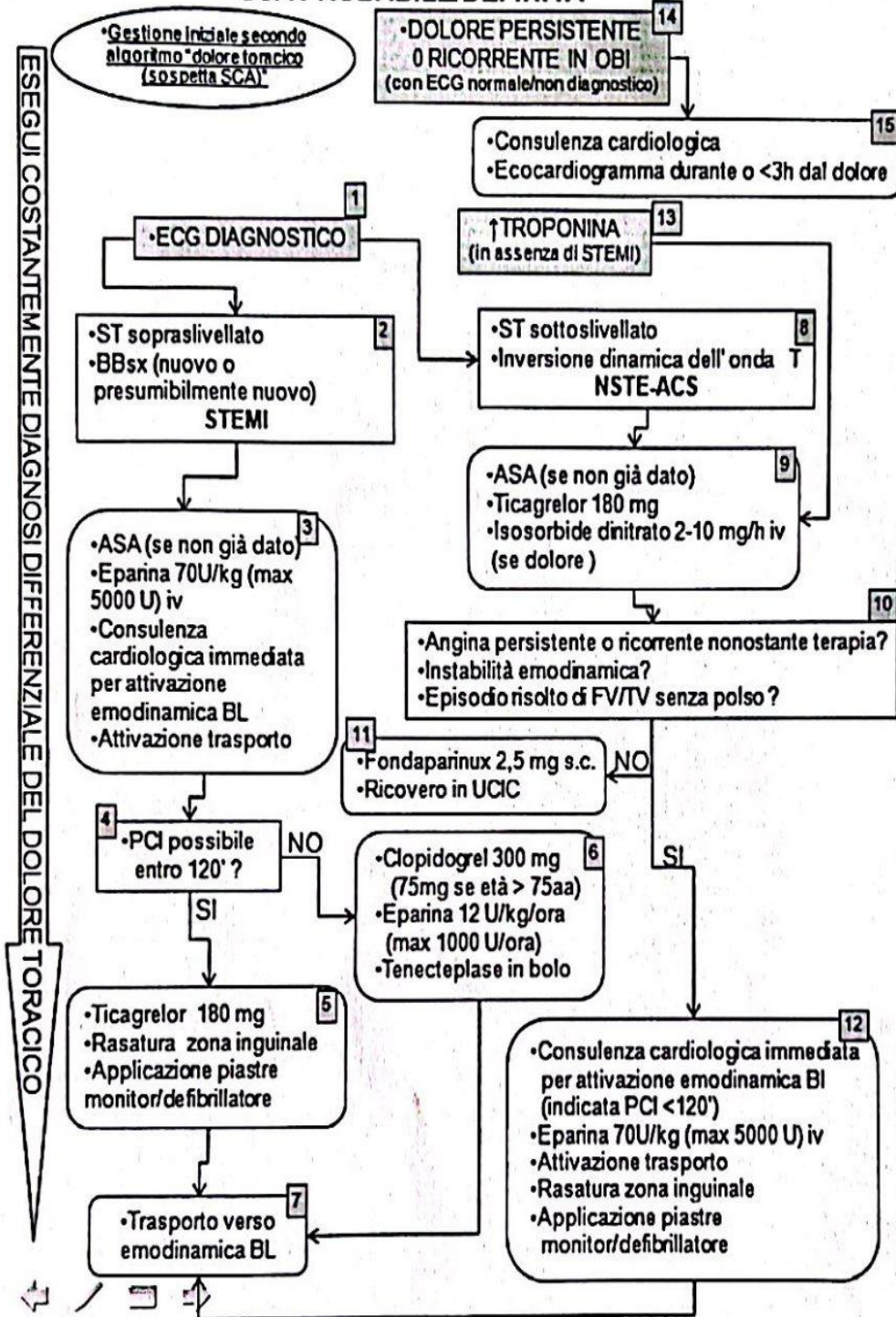
- Sottoslivellamento di V1 e V2 con sovraslivellamento V7-V9 (Infarto posteriore)
- BBsx nuovo o presumibilmente nuovo.

➤ **NSTE-ACS (*non ST elevation acute coronary syndrome*)**

- Nuovo sottoslivellamento ST $\geq 0,5$ mm in due derivazioni anatomicamente contigue
- Nuova onda T invertita ≥ 1 mm in 2 derivazioni anatomicamente contigue con R dominante.

➤ **ECG NORMALE/NON DIAGNOSTICO** (va ripetuto dopo 15' se dolore persistente)

SCA PROBABILE/DEFINITA



Allegato n°8: Valutazione e trattamento dei pazienti con dolore toracico in pronto soccorso

