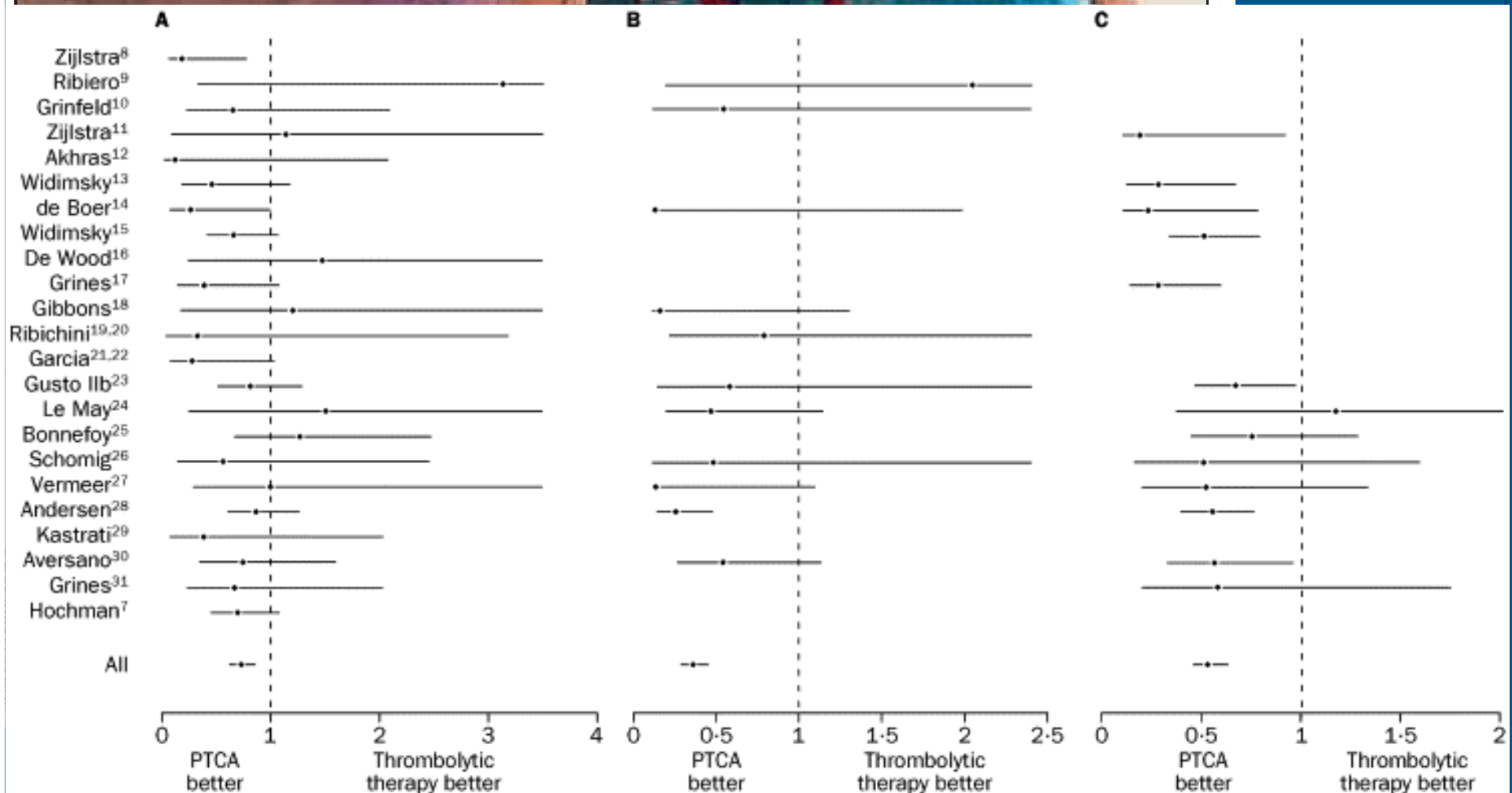


# Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials

THE LANCET • Vol 361 • January 4, 2003

Ellen C Keeley, Judith A Boura, Cindy L Grines



## Drug-eluting stents: a systematic review and economic evaluation

RA Hill,<sup>1</sup> A Boland,<sup>1</sup> R Dickson,<sup>1\*</sup> Y Dündar,<sup>1</sup>  
A Haycox,<sup>2</sup> C McLeod,<sup>1</sup> R Mujica Mota,<sup>1</sup>  
T Walley<sup>1</sup> and A Bagust<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Liverpool Reviews and Implementation Group, University of Liverpool, UK

<sup>2</sup> The University of Liverpool Management School, UK

\* Corresponding author

## Conclusions

The conclusions of the assessment are that the use of DES would be best targeted at the subgroups of patients with the highest risks of requiring reintervention, and could be considered cost-effective in only a small percentage of such patients. This is similar to the conclusion of our previous assessment.

### Executive summary

Health Technology Assessment 2007; Vol. 11: No. 46

Health Technology Assessment  
NHS R&D HTA Programme  
[www.hta.ac.uk](http://www.hta.ac.uk)



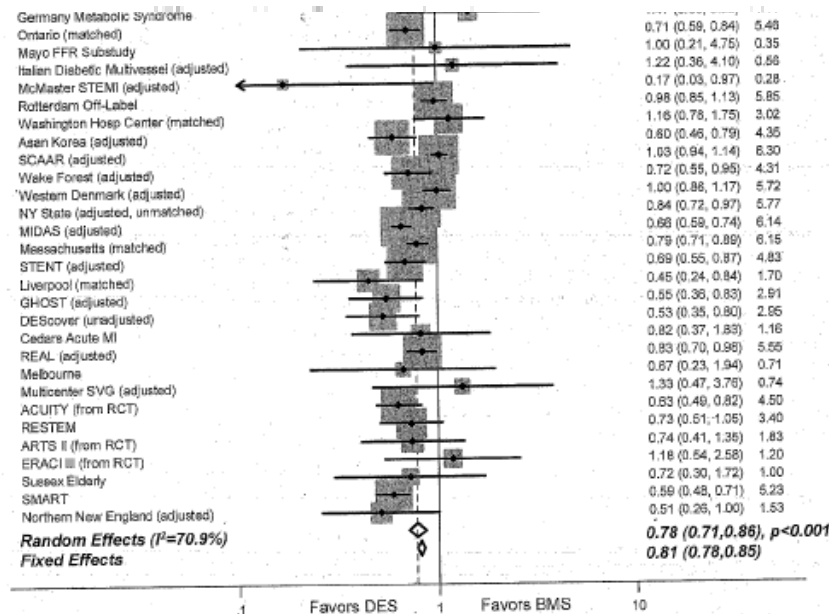
Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio Sanitario Regionale  
Regione Lazio



## Safety and Efficacy of Drug-Eluting and Bare Metal Stents Comprehensive Meta-Analysis of Randomized Trials and Observational Studies



**Conclusions**—In RCTs, no significant differences were observed in the long-term rates of death or myocardial infarction after DES or BMS use for either off-label or on-label indications. In real-world nonrandomized observational studies with greater numbers of patients but the admitted potential for selection bias and residual confounding, DES use was associated with reduced death and myocardial infarction. Both RCTs and observational studies demonstrated marked and comparable reductions in target vessel revascularization with DES compared with BMS. These data in aggregate suggest that DES are safe and efficacious in both on-label and off-label use but highlight differences between RCT and observational data comparing DES and BMS. (*Circulation*. 2009;119:3198-3206.)



**Figure 2.** Meta-analysis of all-cause mortality with DES vs BMS. A, RCTs; B, observational studies. Dots represent the individual study estimates; boxes, study weights; and lines, 95% CIs.

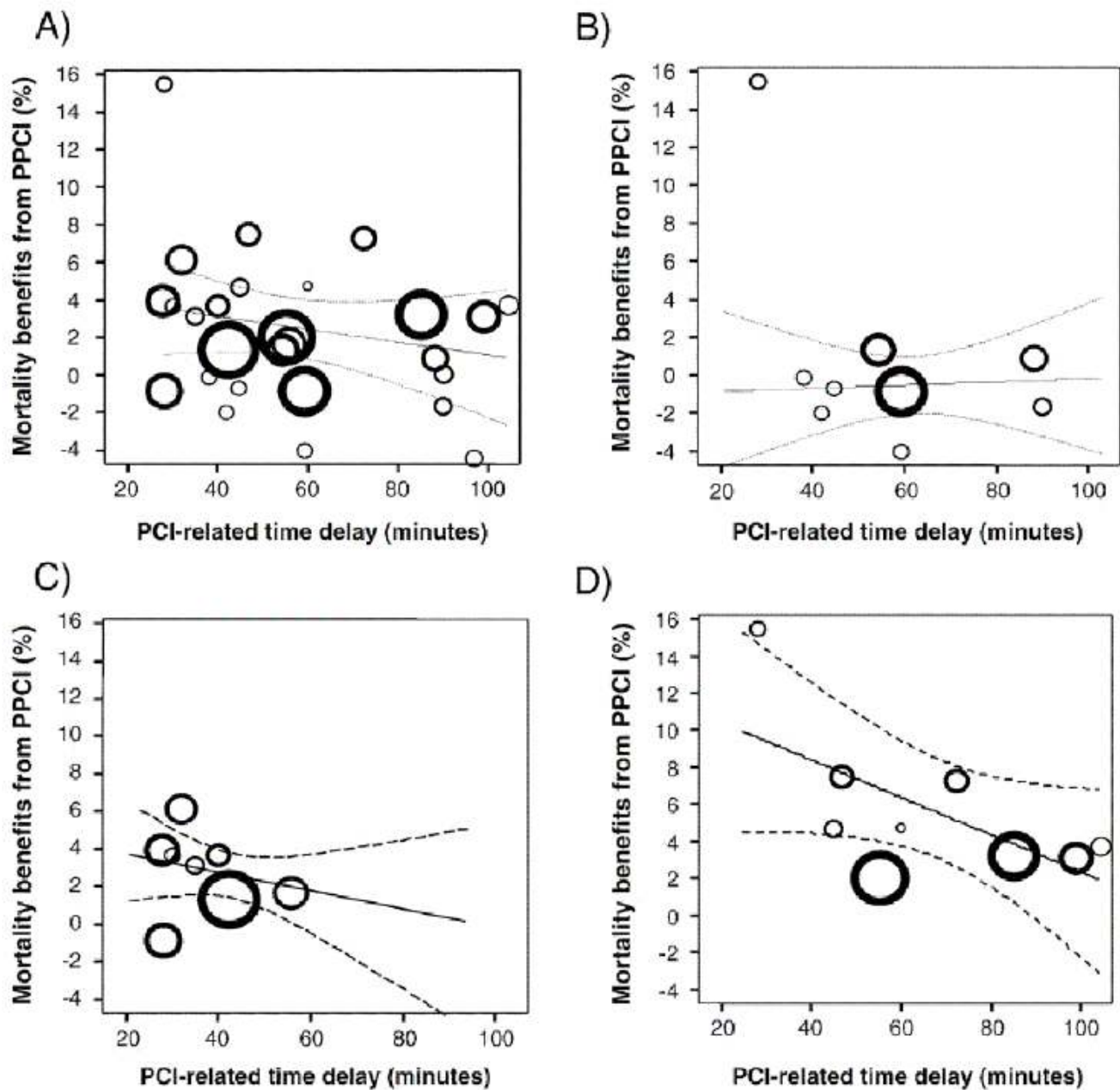


*Percutaneous coronary intervention-related time delay, patient's risk profile, and survival benefits of primary angioplasty vs lytic therapy in ST-segment elevation myocardial infarction.*

RESULTS: A total of 27 trials were finally included, with 4399 patients randomized to primary angioplasty and 4474 patients randomized to fibrinolysis. The relationship between the benefits from primary angioplasty and PCI-related time changed

according to risk profile. ***The higher the risk profile, the larger the reduction in mortality benefits from primary angioplasty as compared with fibrinolysis per each 10 minutes of PCI-related time delay (0.75%, 0.45%, and 0%, in high-, medium-, and low-risk patients, respectively).***

Furthermore, the impact was observed only in trials enrolling patients within the first 6 hours from symptom onset. CONCLUSIONS: When primary angioplasty is selected as reperfusion strategy, all efforts should be attempted to shorten time-to-treatment, particularly in medium- or high-risk patients and in early presenters, because in these patients, a larger loss of mortality benefits as compared with fibrinolysis is observed per each 10 minutes of PCI-related time delay.



**Fig. 2** Regression line showing the relationship between benefits in mortality from primary angioplasty vs PCI-related time delay in all trials (A) and according to risk profile (B, low risk; C, medium risk; D, high risk). Each trial is represented by a circle, whose size is proportional to the sample size of each trial.



Dipartimento di  
Epidemiologia  
del Servizio Sanitario  
Regionale



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA**



LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Guida alla lettura

Geografia

Fonti informative

Criteri di record linkage

Metodi statistici

### Indicatori di Esito

Risultati per indicatore

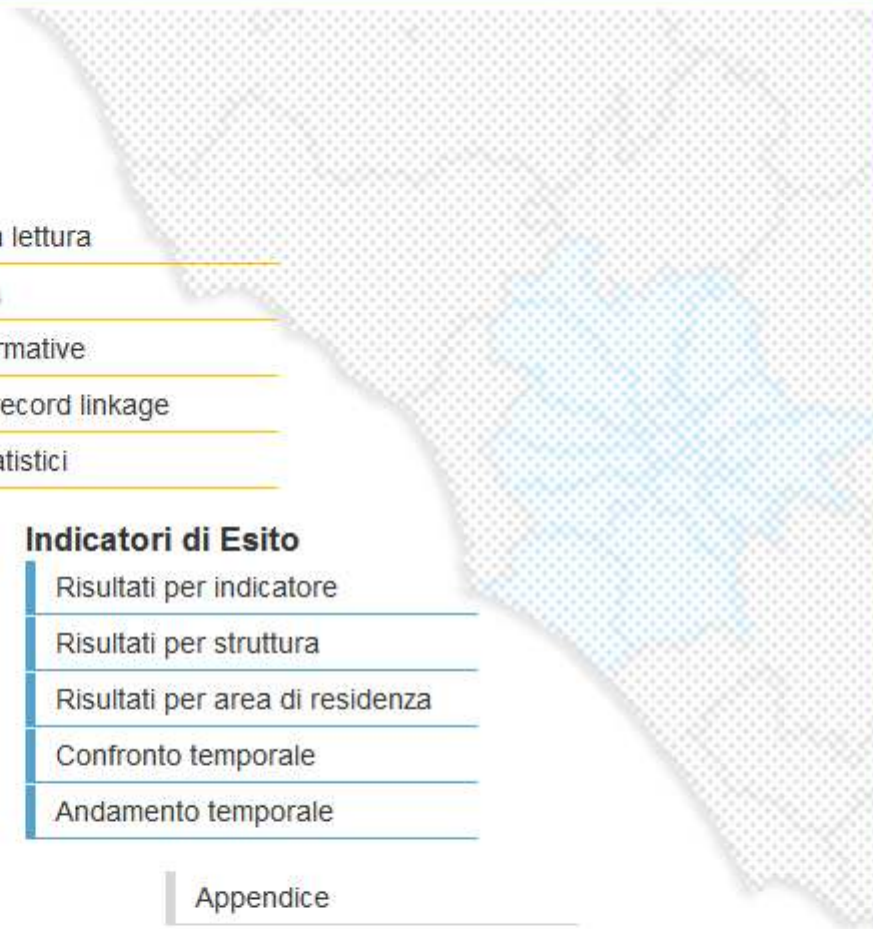
Risultati per struttura

Risultati per area di residenza

Confronto temporale



Andamento temporale




Appendice

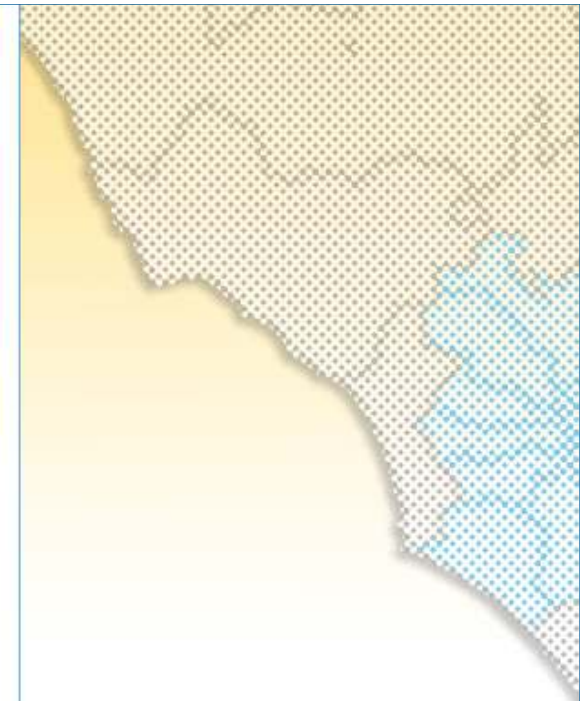
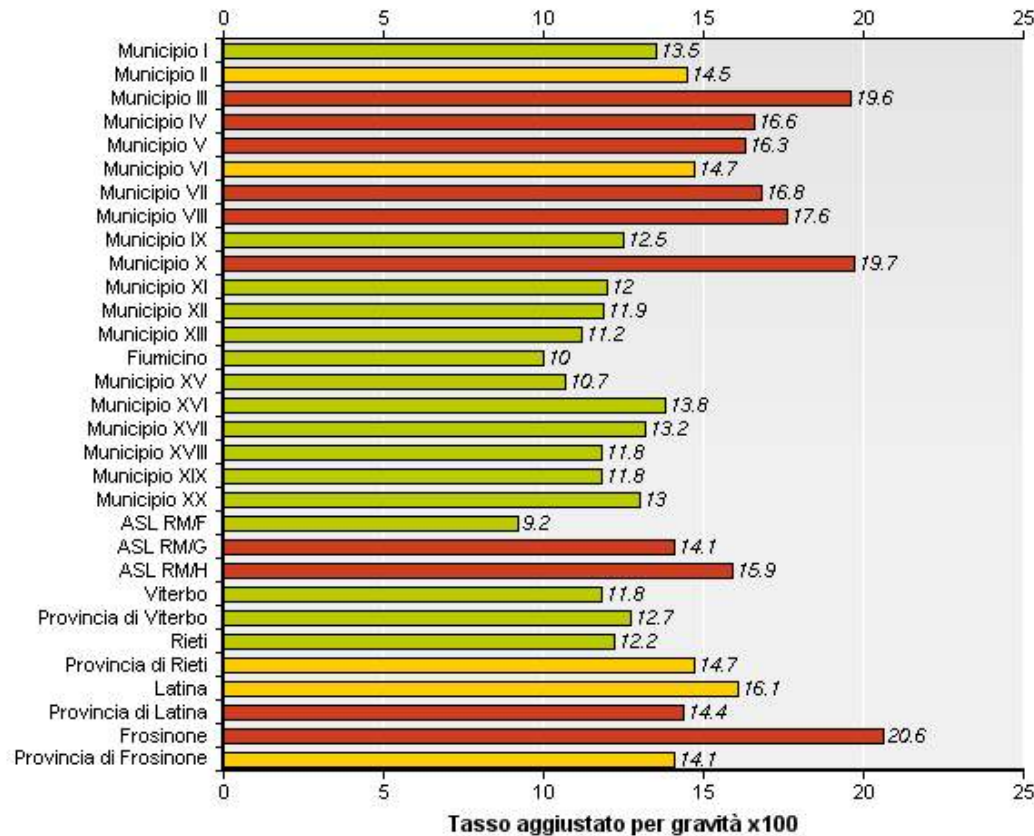




### Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero - totale

-  sintesi risultati
-  vedi tabella
-  vedi mappa

-  aree con risultato più favorevole
-  aree con risultato non significativamente diverso dal riferimento
-  aree con risultato significativamente diverso dal riferimento



# *Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni dopo ricovero*

## **Modello predittivo**

	<b>n</b>	<b>rr</b>	<b>p</b>
Eta' in anni		1.06	0.000
Genere (Donne vs Uomini)	6,078	1.03	0.499
Tumori maligni*	867	1.34	0.000
Diabete* (ric. ind.)	4,102	0.84	0.003
Diabete*	2,069	1.41	0.000
Disturbi metabolismo lipidico (ric. ind.)	3,179	0.28	0.000
Disturbi metabolismo lipidico	789	0.86	0.219
Malattie ematologiche	697	1.12	0.178
Iperensione arteriosa* (ric. ind.)	7,153	0.41	0.000
Iperensione arteriosa*	3,400	1.02	0.709
Infarto miocardico pregresso	2,522	0.82	0.002
Cardiomiopatie (ric. ind.)	313	0.76	0.105
Cardiomiopatie	257	0.78	0.141
Malattie cerebrovascolari *	1,218	1.31	0.000
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) (ric. ind.)	1,196	0.81	0.014
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)	1,122	1.09	0.245
Nefropatie croniche	923	1.28	0.002
Pregresso bypass aortocoronarico	549	0.75	0.057
Altro intervento sul cuore	99	2.24	0.000





home



stampa



nuova ricerca



Scheda informativa



Protocollo



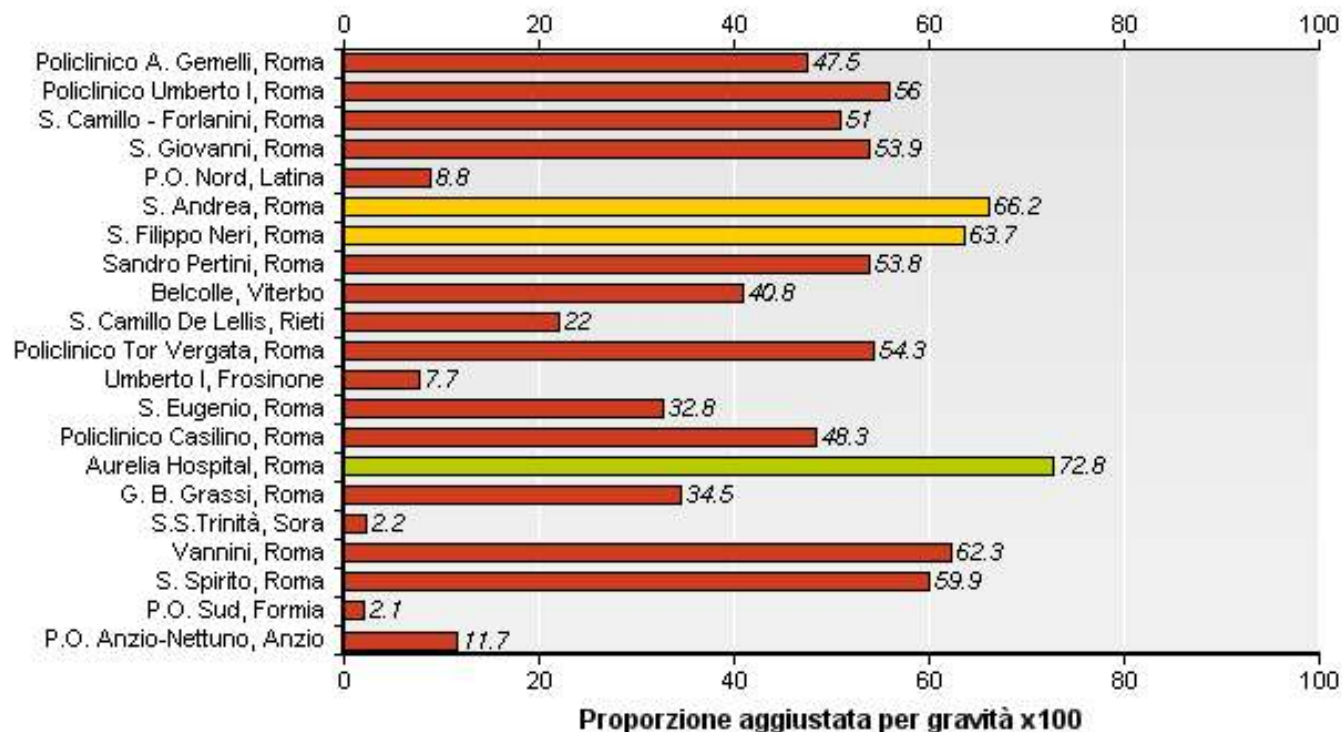
sintesi risultati



vedi tabella

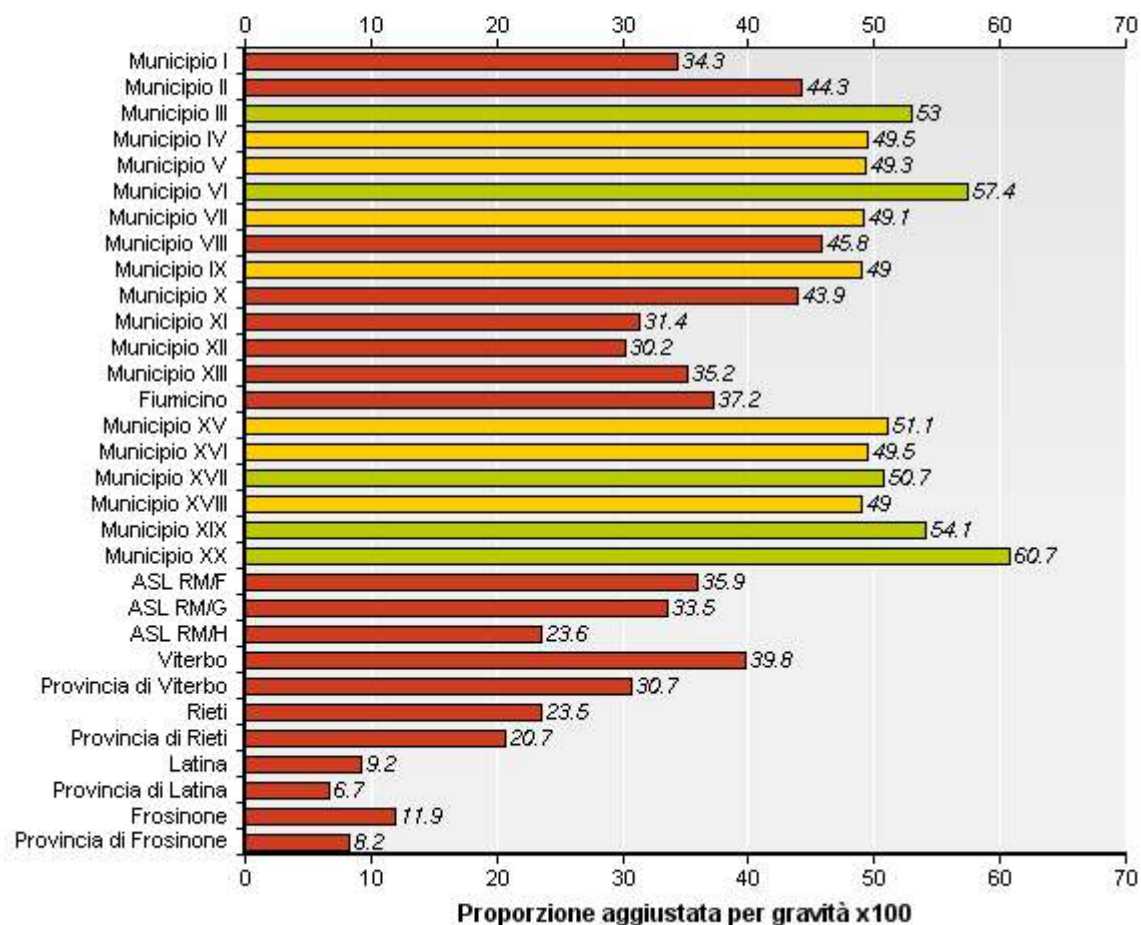
### STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore - totale

- strutture con risultato più favorevole
- strutture con risultato non significativamente diverso dal riferimento
- strutture con risultato significativamente diverso dal riferimento

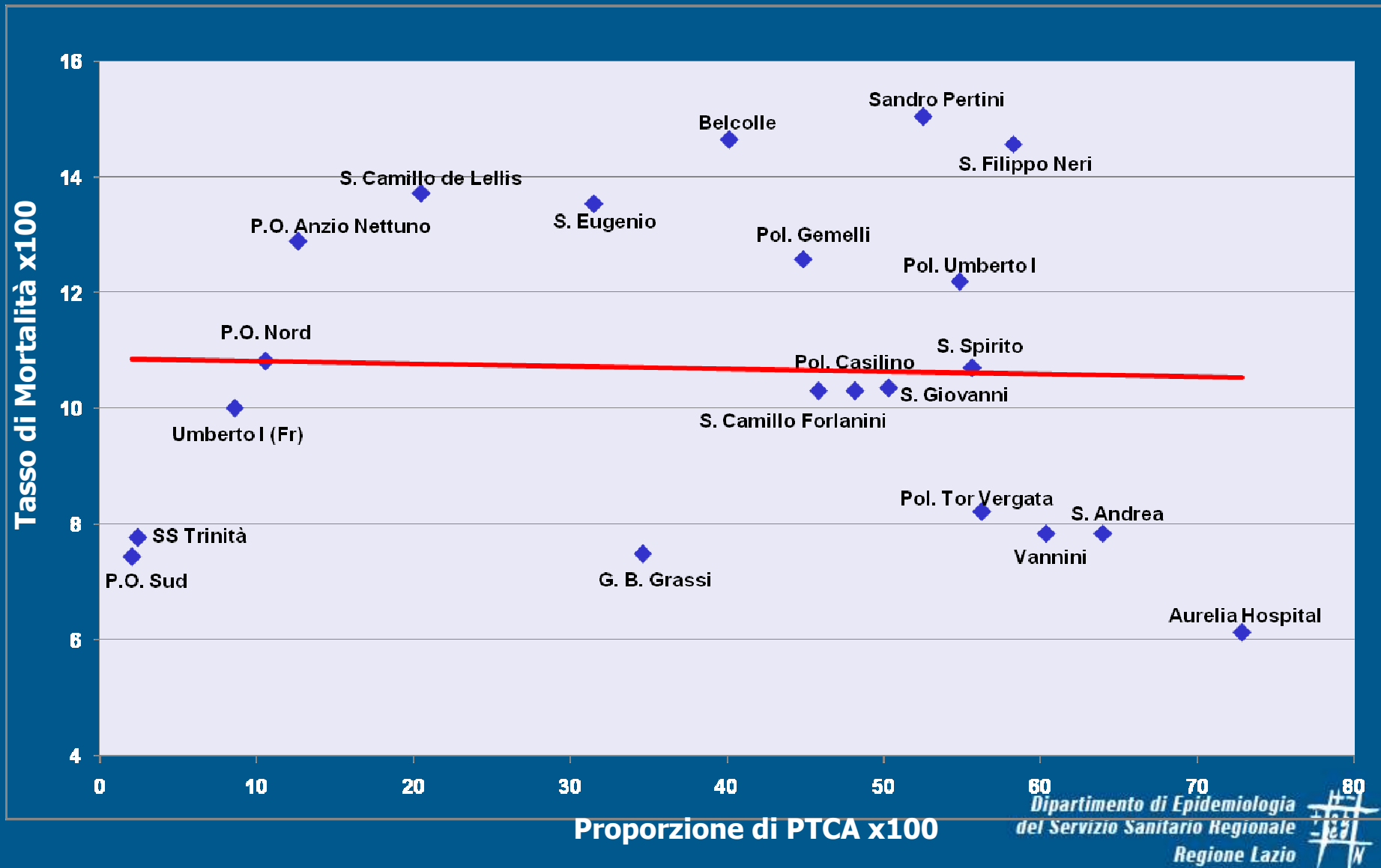


### STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore - totale

- aree con risultato più favorevole
- aree con risultato non significativamente diverso dal riferimento
- aree con risultato significativamente diverso dal riferimento

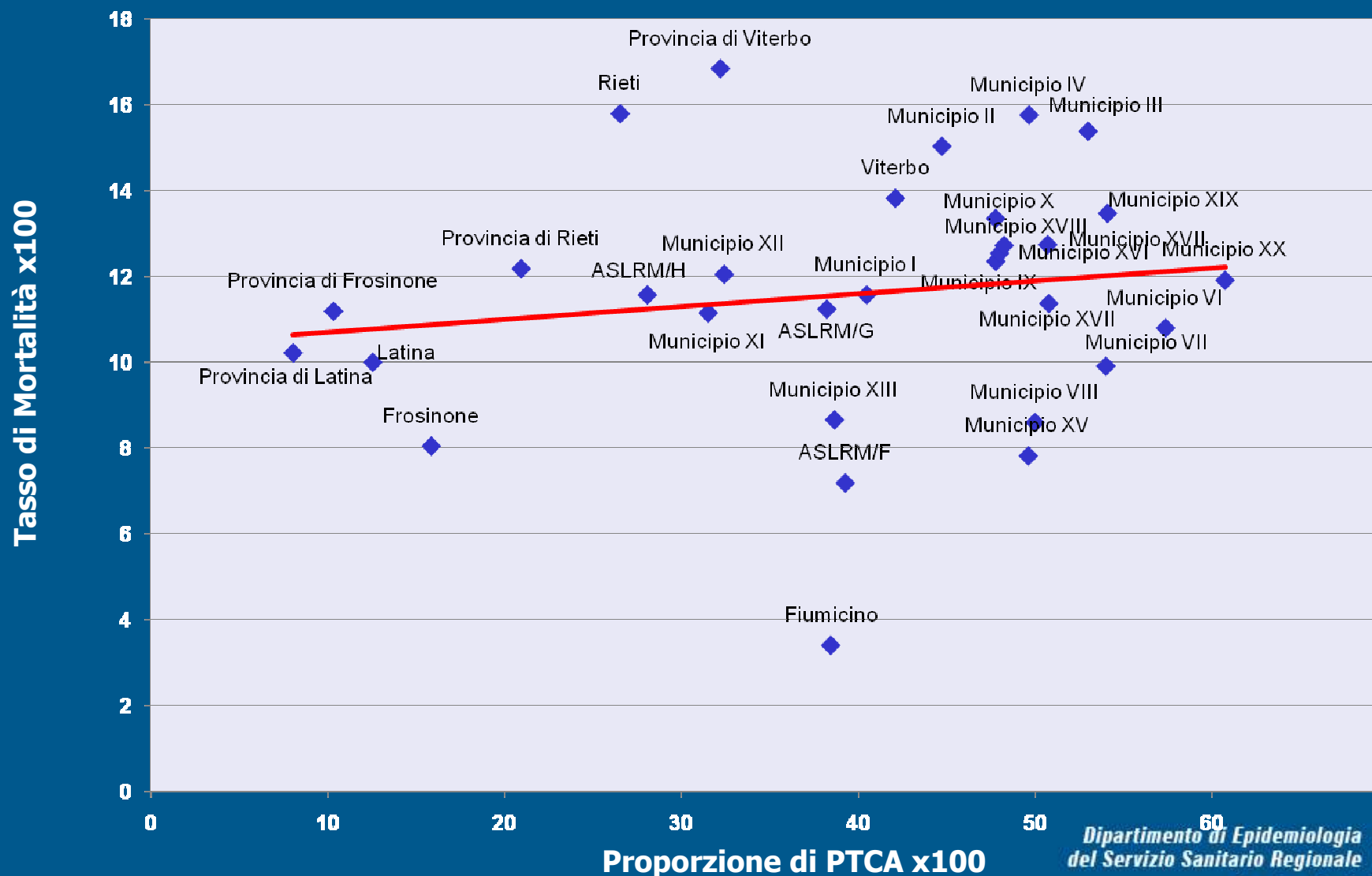


# STEMI: mortalità a 30 giorni per proporzione di PTCA. Strutture, Lazio 2006-2007



# STEMI: mortalità a 30 giorni per proporzione di PTCA.

## Aree di residenza, Lazio 2006-2007



## Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 48 ore

	n	RR	p
Eta' in anni		0.98	0.000
Genere (Donne vs Uomini)	2615	0.83	0.000
Tumori maligni*	375	0.77	0.018
Cardiopatía reumatica* (ric. ind.)	63	0.24	0.004
Cardiopatía reumatica*	35	0.88	0.749
Ipertensione arteriosa* (ric. ind.)	3615	1.14	0.000
Ipertensione arteriosa*	1212	1.06	0.416
Infarto miocardico pregresso	823	0.89	0.135
Altre forme di cardiopatía ischemica*	800	0.77	0.004
Cardiomiopatie (ric. ind.)	125	0.62	0.028
Cardiomiopatie	64	1.12	0.728
Scompenso cardiaco	332	0.43	0.000
Malattie cerebrovascolari * (ric. ind.)	291	0.71	0.010
Malattie cerebrovascolari *	417	1.01	0.941
Malattie vascolari* (ric. ind.)	431	0.8	0.118
Malattie vascolari*	253	1.1	0.607
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) (ric. ind.)	453	0.66	0.000
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)	368	0.99	0.950
Nefropatie croniche (ric. ind.)	556	0.73	0.004
Nefropatie croniche	281	0.54	0.002
Progressa angioplastica coronarica	579	1.45	0.000

**Modello predittivo**



area	% PCI in SCA-STEMI	Mortalità 30gg SCA overall	STEMI
LT	8	15	10-14
RM VI	57	15	10.8
RM XIX	54	12	11.5
RM XX	61	13	11.3
max	61	21	19
min	7	10	3.4

## Mortalità a 30 giorni da IMA-STEMI

Esposizione	n	Tasso grezzo (%)	Tasso adj (%)	RR	p
PTCA entro 48 ore	2945	5.6	10.6	0.55	<.0001
PTCA oltre 48 ore	2142	2.6	4.7	0.25	<.0001
no PTCA	4654	19.3			

# Mortalità intra-osp. a 30 gg: Modello predittivo

SIO solo ricoveri prec. + RAD-ESITO + FARMA. 2008-2009

fattori di rischio	n	RR	p
Eta' in anni		1.06	0.000
Genere (Donne vs Uomini)	3257	0.96	0.500
Tumori maligni	433	1.57	0.000
Malattie cerebrovascolari	570	1.23	0.036
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie	197	1.35	0.037
Altre forme di cardiopatia ischemica	128	1.35	0.001
Scompenso cardiaco	536	1.30	0.012
Nefropatie croniche	465	1.18	0.146
Pressione arteriosa all'accettazione			
<100	843	2.57	0.000
non noto	642	1.21	0.022
Non presente nella farmaceutica	1065	0.68	0.000
Tratt. farmacologico per diabete	2367	1.34	0.000
Tratt. farmacologico per sindromi coronariche/scompenso	5930	0.44	0.000
Tratt. farmacologico per disturbi del metabolismo lipidico	4230	0.38	0.000

Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio S

**roc=0.84**



**26th International Conference**  
**The International Society for Quality in Health Care**  
**Dublin 11th-14th October 2009**

**International Journal for Quality in Health Care**  
**Volume 21 issue 6 (December 2009)**

**Effects of socioeconomic status on 30-day  
mortality and wait for surgery after hip  
fracture**

*Anna Patrizia Barone, Danilo FUSCO, Paola Colais, Mariangela D'Ovidio,  
Valeria Belleudi, Nerina Agabiti, Marina Davoli and Carlo Alberto Perucci*

*Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio Sanitario Regionale  
Regione Lazio*



## Hip fracture, 30-day mortality rate by level of socioeconomic position

Socioeconomic position	n. of admissions	30-day mortality rate (%)	crude RR	p-value	adjusted RR*	p-value
I - high	1187	5	1		1	
II - intermediate	3122	6.2	1.24	0.143	1.24	0.14
III - low	742	7.7	1.55	0.019	1.51	0.03

RR: Relative Risk

\* adjusted for: age, gender, COPD, diabetes, cerebrovascular diseases, cerebrovascular diseases Current Admission (CA), dementias, dementias (CA), chronic renal diseases, chronic renal diseases (CA)





## Results

### Hip fracture, waiting times to surgery by level of socioeconomic position

Socioeconomic position	n. of admissions	% interventions	median waiting times (days)	adjusted median waiting times (days)*
I - high	1187	89,9	6	5
II - intermediate	3122	87,9	7	6
III - low	742	86,5	7	7

\* adjusted for: age, gender, COPD, COPD Current Admission (CA), hypertension, other forms of chronic ischemic heart diseases, blood disorders, blood disorders (CA), cerebrovascular diseases, cerebrovascular diseases (CA), dementias, dementias (CA), chronic renal diseases, chronic renal diseases (CA), vascular disease



## Results

### Hip fracture, proportion of surgical interventions within 48 hours by level of socioeconomic position

Socioeconomic position	n. of admissions	% interventions within 48 hours	crude HR	p-value	adjusted HR*	p-value
I - high	1187	9.0	1		1	
II - intermediate	3122	6.1	0.66	0.001	0.69	0.002
III - low	742	2.8	0.31	0.000	0.32	0.000

HR: Hazard Ratio

\* adjusted for: age, gender, COPD, other forms of chronic ischemic heart diseases, blood disorders, blood disorders (CA), cerebrovascular diseases, cerebrovascular diseases (CA)

Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio Sanitario Regionale  
Regione Lazio



***EFFICACY***

***VS***

***EFFECTIVENESS***

JUNE 2009



# Implementing Comparative Effectiveness Research: Priorities, Methods, and Impact

*Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio Sanitario Regionale  
Regione Lazio*



- ***Studi osservazionali sistematici***
- ***Uso dei sistemi informativi correnti per studi comparativi di effectiveness***



# PREVENZIONE.....

- Primaria
- Secondaria
- Terziaria
- .....
- Quinquenaria
- .....
- N-aria
  
- .....la medicina “predittiva” nel c.d. nuovo P.N.P.

progetto!

la Repubblica.it **L'espresso**  Kata Web **GTE local** miojob se



# la Repubblica.it

Cerca su Repubblica

Cerca nel Web con Google

Ultimo aggiornamento sabato 21.11.2009 ore 00.05

ne [Affari&Finanza](#) [Sport](#) [Spettacoli&Cultura](#) [Ambiente](#) [Scienze](#) [Tecnologia](#) [Motori](#) [Moda](#) [Cultura](#)  
[RepubblicaTv](#) [Politica](#) [Cronaca](#) [Edizioni locali](#) [Esteri](#) [Scuola&Giovani](#) [Repubblica@Scuola](#) [Salute](#) [Orari](#)



## SCOPRI 500 NUOVE RICETTE CON



## Influenza, il virus è mutato l'Oms: il vaccino funziona

Registrata una mutazione H1N1 in Norvegia. Lo annuncia l'Organizzazione mondiale della sanità. E' la complicazione che le autorità sanitarie temevano per i vaccini. Ma l'Oms: gli antivirali sono efficaci / **LO SPECIALE - INFLUWEB**  
**AUDIO CAPITAL** Pregliasco: "Gli antivirali restano efficaci"

Spettacolo



***....il caso del cosiddetto "piano  
pandemico " e della cosiddetta  
"pandemia " H1N1v***

# ***Priorità della ricerca nel SSN***

- ***Diversi punti di vista:***
  - ***La produzione di servizi sanitari/ i venditori;***
  - ***La committenza / il pagatore;***
  - ***La tutela della salute della popolazione.***

## *Nord vs Sud*

- *(in generale) differenziali di qualità delle proposte;*
- *obiettivi redistributivi della prioritarizzazione dei programmi di ricerca ???*
- *la "colonizzazione parassitaria" di progetti presentati da soggetti "nord" mascherati da "sud"*