

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2005-2025



## PDTA Stroke in «Casa Sollievo della Sofferenza»

Michele Giuliani

Arezzo, 27 Novembre 2025

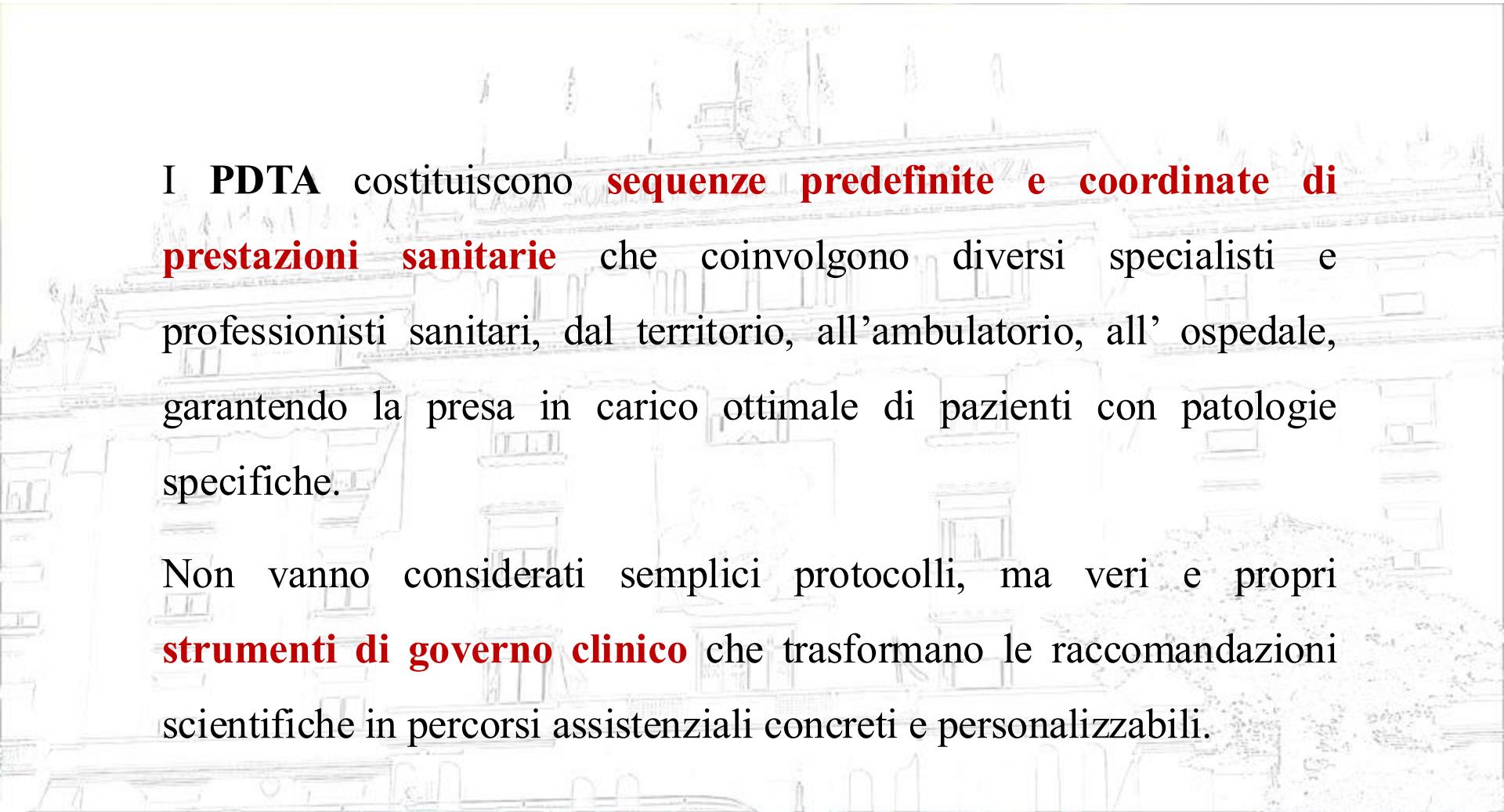
## INDICE

Cosa sono i PDTA

Il PDTA STROKE in Casa Sollievo

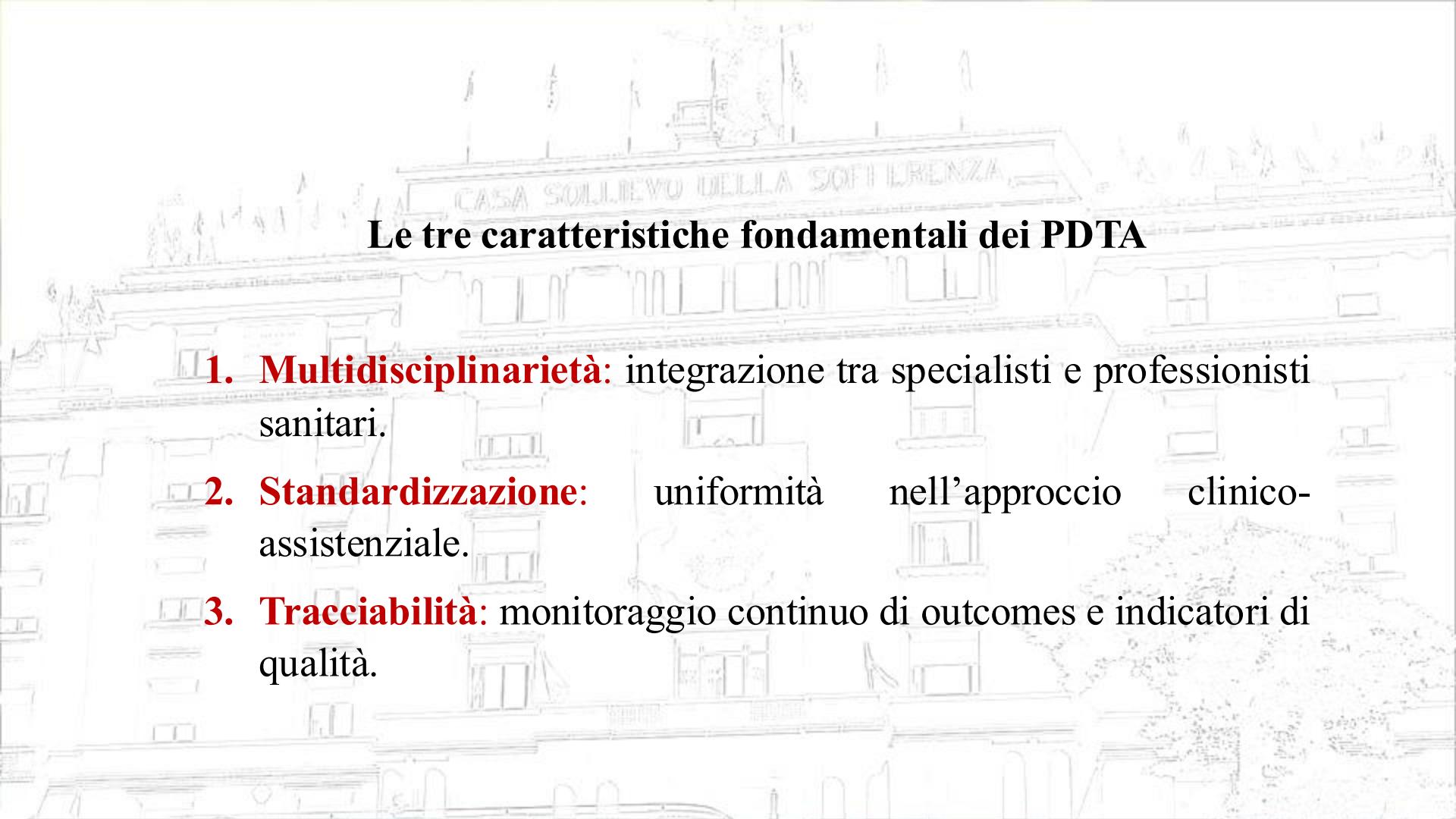
Riflessioni conclusive





I PDTA costituiscono **sequenze predefinite e coordinate di prestazioni sanitarie** che coinvolgono diversi specialisti e professionisti sanitari, dal territorio, all'ambulatorio, all' ospedale, garantendo la presa in carico ottimale di pazienti con patologie specifiche.

Non vanno considerati semplici protocolli, ma veri e propri **strumenti di governo clinico** che trasformano le raccomandazioni scientifiche in percorsi assistenziali concreti e personalizzabili.



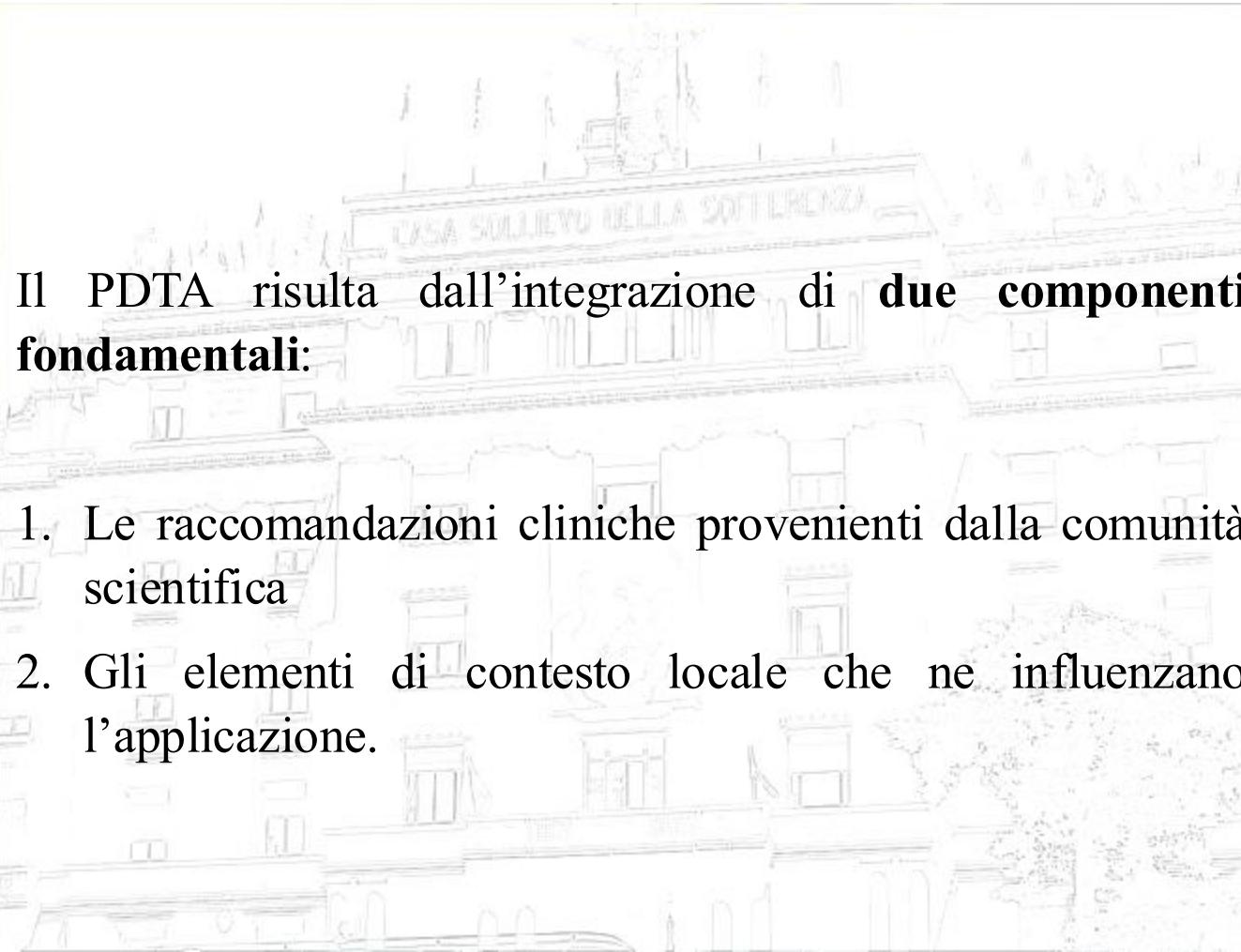
## Le tre caratteristiche fondamentali dei PDTA

- 1. Multidisciplinarietà:** integrazione tra specialisti e professionisti sanitari.
- 2. Standardizzazione:** uniformità nell'approccio clinico-assistenziale.
- 3. Tracciabilità:** monitoraggio continuo di outcomes e indicatori di qualità.



## *Ministero della Salute*

“Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate a una specifica situazione patologica”.



Il PDTA risulta dall'integrazione di **due componenti fondamentali**:

1. Le raccomandazioni cliniche provenienti dalla comunità scientifica
2. Gli elementi di contesto locale che ne influenzano l'applicazione.



## PDTA

La gestione intra-ospedaliera dell'ictus cerebrale: il Gruppo di Lavoro.

<b>Funzione</b>	<b>Nominativo</b>
<b>Responsabile UOC Neurologia</b>	Dott. Giuseppe d'Orsi
<b>Responsabile UOS Malattie cerebrovascolari</b>	Dott. Vincenzo Inchingolo
<b>Responsabile UOC Pronto Soccorso e Accettazione</b>	Dott. Walter Lambiase
<b>Responsabile UOC Radiologia</b>	Dott. Luca Pazienza
<b>Responsabile UOC Neuroradiologia Interventistica</b>	Dott. Giovanni Ciccarese
<b>Responsabile UOC Anestesia e Rianimazione II</b>	Dott. Aldo Manuali
<b>Responsabile UOC Laboratorio Analisi Cliniche</b>	Dott. Giuseppe Fania

## SCOPO

Il documento delinea il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per la gestione dei pazienti colpiti da **Ictus Cerebrale Acuto** presso l’Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza (CSS).

Basato sulle più recenti evidenze scientifiche della letteratura del settore, il PDTA descrive in dettaglio le fasi del percorso del paziente, dall’accesso al Dipartimento di Emergenza Urgenza fino al ricovero in Stroke Unit (SU).

Per ogni fase del percorso il documento specifica il setting operativo, i professionisti coinvolti, gli strumenti utilizzati e le tempistiche previste.

### Il PDTA si applica a:

1. Pazienti con sospetto Ictus Cerebrale che accedono all'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza (CSS) mediante Servizio 118 o altra modalità di presentazione;
2. Pazienti con sospetto Ictus Cerebrale ischemico provenienti da altre strutture ospedaliere;
3. Pazienti con sospetto Ictus Cerebrale intra-ospedaliero (ovvero manifestatosi durante il ricovero in altre Unità Operative).

## Accesso Al Pronto Soccorso Tramite

### Il Servizio Di Emergenza Territoriale 118

Grazie agli accordi con la Direzione del Servizio 118, in caso di sospetto ictus potenzialmente trattabile (Cincinnati pre-hospital Stroke Scale [CPSS] positiva, esordio dei sintomi entro 6 ore o non databile), la centrale operativa pre-allerta il neurologo di guardia tramite contatto telefonico diretto con gli operatori sul territorio, utilizzando il numero dedicato del neurologo di guardia.

Durante il contatto telefonico, il neurologo esegue uno screening preliminare per verificare il sospetto clinico e valutare l'eventuale possibilità di trattamento.

## Accesso al Pronto Soccorso tramite il Servizio di Emergenza Territoriale 118

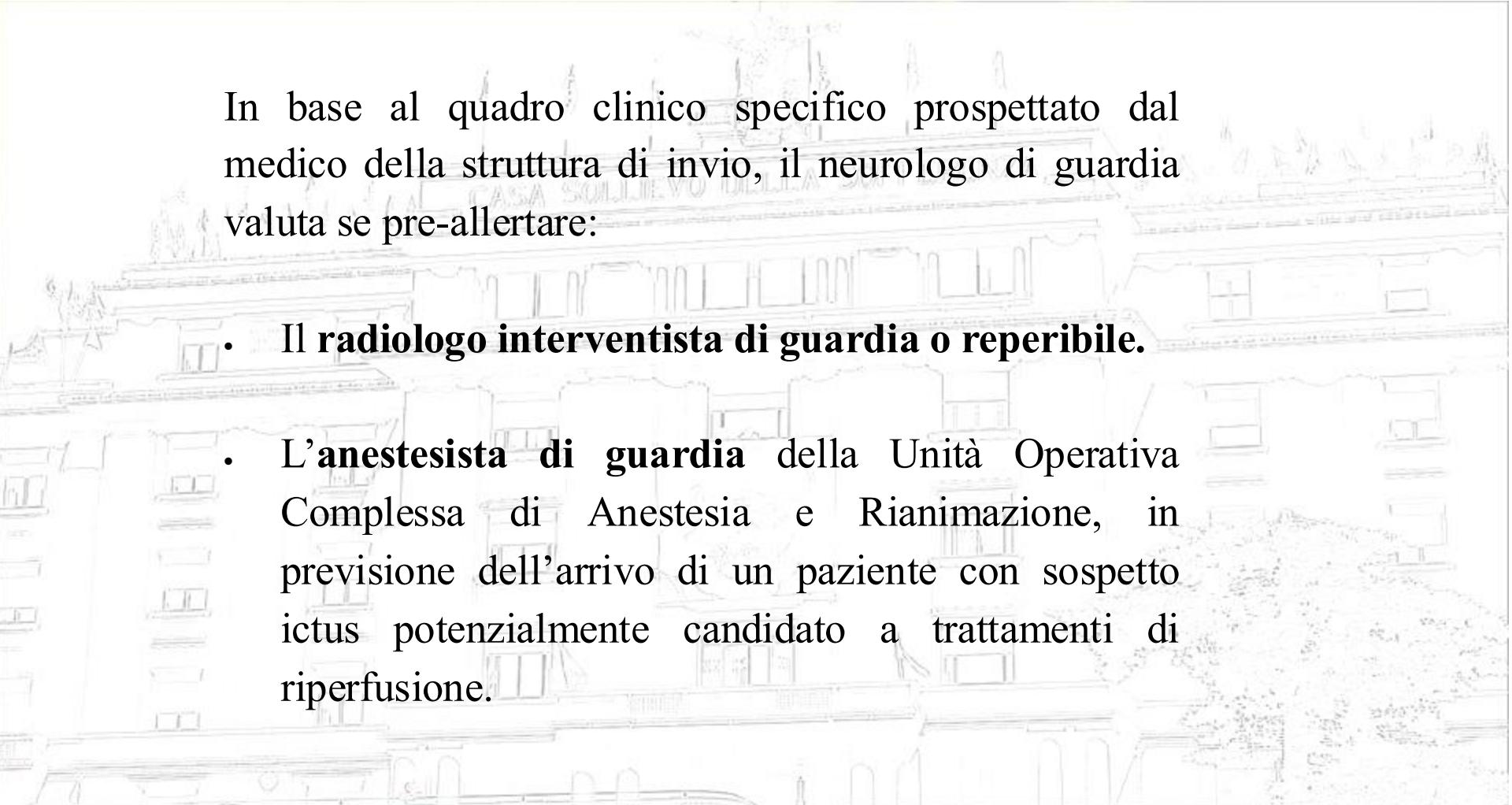
Se il sospetto di ictus cerebrale viene confermato, il neurologo di guardia:

- allerta il Triage del Pronto Soccorso per prepararsi all'arrivo imminente della persona a cui deve essere assegnato **il codice ictus**.
- Si reca in Pronto Soccorso con congruo anticipo rispetto all'arrivo previsto del paziente, sulla base del tempo stimato comunicato telefonicamente dal personale del 118, al fine di garantire l'immediata presa in carico neurologica.

## Accesso al Pronto Soccorso con mezzi propri

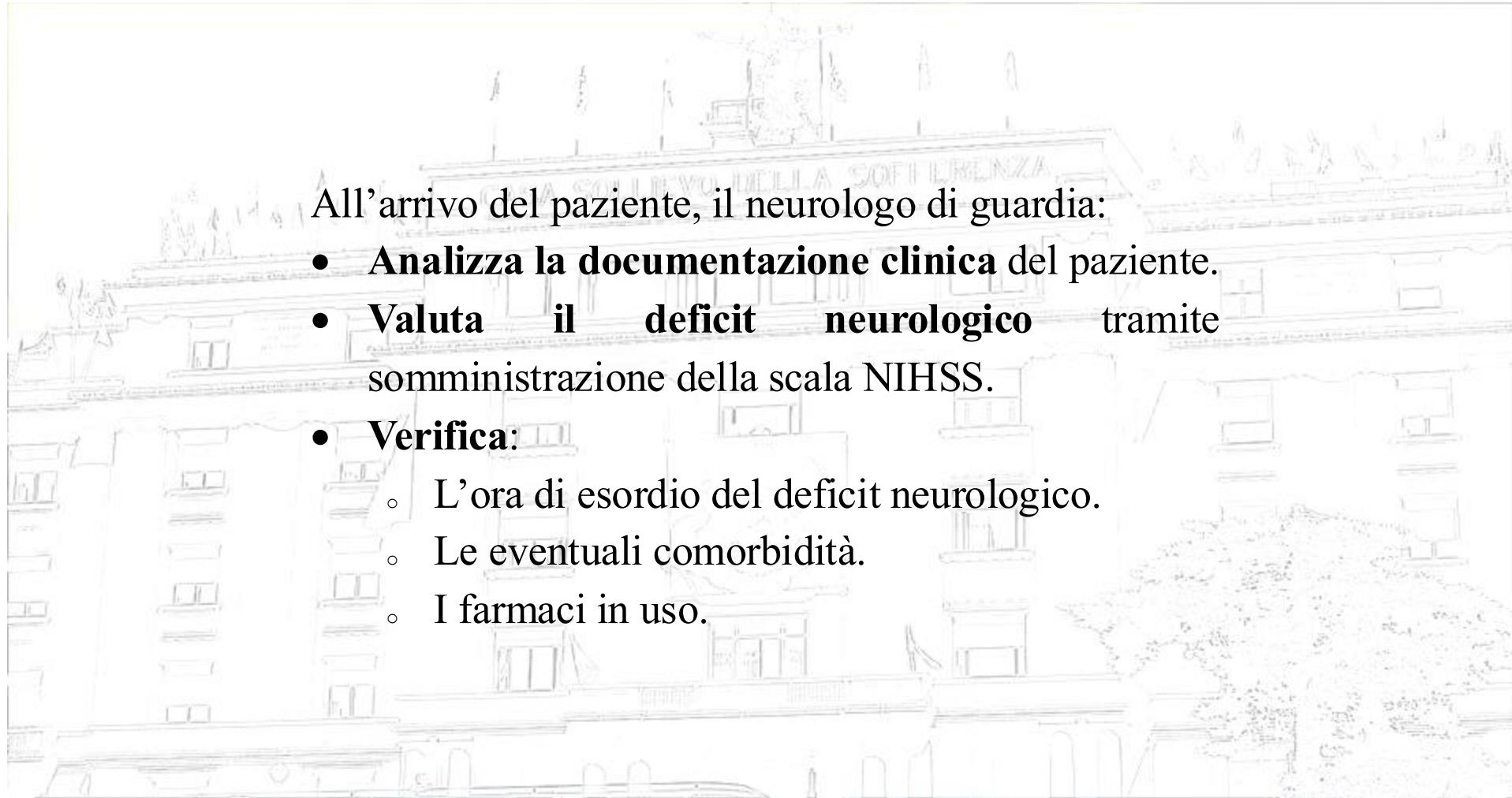
Nel caso in cui un paziente arrivi al Pronto Soccorso autonomamente, da solo o accompagnato, il personale infermieristico del Triage deve considerare la possibilità di un ictus qualora siano presenti i seguenti sintomi, tipicamente di insorgenza improvvisa:

- **Perdita di forza e/o sensibilità** in uno o più arti di un lato del corpo.
- **Asimmetria facciale** nei muscoli del volto.
- **Difficoltà nel linguaggio**, sia nell'espressione che nella comprensione.
- **Disturbi visivi**.
- **Alterazioni dello stato di coscienza**.



In base al quadro clinico specifico prospettato dal medico della struttura di invio, il neurologo di guardia valuta se pre-allertare:

- Il **radiologo interventista di guardia o reperibile**.
- L'**anestesista di guardia** della Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione, in previsione dell'arrivo di un paziente con sospetto ictus potenzialmente candidato a trattamenti di ripercussione.



All'arrivo del paziente, il neurologo di guardia:

- **Analizza la documentazione clinica del paziente.**
- **Valuta il deficit neurologico** tramite somministrazione della scala NIHSS.
- **Verifica:**
  - L'ora di esordio del deficit neurologico.
  - Le eventuali comorbidità.
  - I farmaci in uso.

## Iter diagnostico e decisionale in Radiologia

Tutti i pazienti sono sottoposti inizialmente **a TC cranio senza mdc**.

La diagnostica TC termina dopo tale esame basale senza mdc (almeno nell'ambito del PDTA stroke) se:

- a) si identifica emorragia cerebrale;
- b) si identifica una evidente lesione ischemica recente congrua con i sintomi clinici di presentazione del paziente;
- c) si identificano altre lesioni non vascolari

In questi casi il paziente esce dal PDTA stroke e si applicano i protocolli dedicati.

In assenza di segni di emorragia e di lesioni ischemiche recenti o di altre lesioni non vascolari, il paziente prosegue l'iter del PDTA stroke **con AngioTC vasi del collo e cerebrale**.

## Tempistica della fase di presa in carico, diagnosi e avvio di trattamento secondo le linee guida di riferimento

Azione	Tempo
<b>Arrivo in DEA e valutazione iniziale (door-to-CT)</b>	≤ 25 minuti
<b>Esecuzione di TC (door-to-CT)</b>	≤ 35 minuti
<b>Interpretazione TC (door-to interpretation)</b>	≤ 45 minuti
<b>Inizio della terapia trombolitica</b>	≤ 60 minuti
<b>Inizio del trattamento endovascolare</b>	≤ 90 minuti

## INDICATORI

Il Gruppo di Lavoro effettuerà, mediante indicatori opportunamente individuati, il monitoraggio a campione su cartelle cliniche delle modalità operative del presente PDTA. Tale attività di monitoraggio avverrà sotto il coordinamento della Direzione Sanitaria. In particolare, si provvederà a pianificare, per ogni semestre, i casi giunti in Ospedale.

Sotto il profilo operativo, verranno esaminati, da un punto di vista documentale, un numero di trattamenti trombolitici eseguiti non inferiore all'85% della casistica ospedaliera.

- Indicatore di processo: tempo intercorso tra arrivo in PS – inizio trombolisi sistemica.
- Indicatore di volume: N° di trombolisi sistemiche e di trattamenti endovascolari / anno.
- Indicatore di esito: mortalità intra-ospedaliera a 30 giorni.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'adozione e la corretta applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rivestono un ruolo strategico in ambito medico-legale.

L'aderenza ai percorsi rappresenta un parametro oggettivo per valutare la diligenza professionale e la correttezza dell'operato sanitario in caso di sospetta *malpractice*, come strumento di **risk management**.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

- Quando un medico segue un PDTA aziendale correttamente implementato sulla base di linee guida accreditate, beneficia della presunzione di correttezza dell'operato, salvo il dolo o la colpa grave.
- In sede di contenzioso, la **documentazione clinica** che attesta l'adesione al percorso costituisce prova concreta a favore del professionista sanitario.
- La presenza di un PDTA strutturato e l'evidenza della sua corretta applicazione possono orientare la valutazione peritale verso l'esclusione della responsabilità sanitaria, soprattutto in caso di complicanze note e inevitabili.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

- Rimane comunque necessario documentare accuratamente ogni eventuale deviazione dal percorso standard, **motivandola** con ragioni cliniche specifiche e **annotandola** nella cartella clinica.
- La **personalizzazione del percorso** non è solo consentita ma doverosa quando le condizioni del paziente lo richiedano, purché adeguatamente giustificata.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

La corretta implementazione dei PDTA rappresenta quindi un investimento strategico per la qualità delle cure, per la sicurezza del paziente e la protezione legale dei professionisti, traducendo le migliori evidenze scientifiche in pratiche assistenziali sicure e difendibili dal punto di vista medico-legale.

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2005-2025



*'Non esistono venti favorevoli per  
il marinaio che non sa dove andare'*

LUCIO ANNEO SENECA