



AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **1443**

DATA REGISTRO: **07/07/2020**

NUMERO REPERTORIO: **2267**

OGGETTO: **PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L'EMORRAGIA
CEREBRALE SPONTANEA**



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L'EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

CONSIDERATO che la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie;

PREMESSO che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;

RITENUTO che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo :migliorare la sicurezza e la qualità delle prestazioni;

CONSIDERARTO che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni

ALLO SCOPO di chiarire le diverse fasi che devono essere eseguite dalle varie figure professionali

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE quanto in narrativa ed allegare alla presente il documento :”PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L' EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA”

DI TRASMETTERE il presente atto, a mezzo procedura informatizzata interna ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL che ne assicureranno la diffusione tra i Direttori ed i Responsabili delle Unità Operative interessate.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **1443**

DATA: **07/07/2020**

OGGETTO: **PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L'EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-1599-2020**

DATA: **06/07/2020**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

**1C2E4F3C1262B3E002ABC6140330DB45A307C428E
B9EAE980F379288424B6EEA**

**PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER
L'EMORRAGIA CEREBRALE
SPONTANEA**

**A9AF013ADF09D1A027D285CB44E02685A191DB813
65911E629EAB255AD6372C2**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

	PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L'EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA	PRIMA EMISSIONE S.S.D MEDICINA LEGALE RISCHIO CLINICO	REVISIONE PROGRAMMATA MARZO 2021
---	--	--	--

PERCORSO INTRAOSPEDALIERO PER L' EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verificata	Approvazione
22/06/2020	Dott. G. Battista Costella Dott. Nicola Burdi Dott. Giovanni Boero Dott.ssa. Gemma Bellavita Dott. Michele Cacciapaglia <i>Rischio clinico</i> Dott.ssa Lucia Nardelli CPSI Irene Friuli	Direttore Medico POC Dott.ssa M. Leone Resp. U.O. Rischio Clinico Dott. M. Chironi	Direttore Generale ASL TA Avv. S. Rossi Direttore Sanitario ASL TA Dott. V. G. Solacico

Sommario

1.PREMESSA.....	2
2.GRUPPO DI LAVORO E METODOLOGIA SEGUITA.....	3
3.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4.DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ INTRAOSPEDALIERE.....	4
5.SCENARI CLINICI E PERCORSI TERAPEUTICI.....	5
EMORRAGIA CEREBRALE SUBARACNOIDEA CON O SENZA MALFORMAZIONE VASCOLARE.....	5
EMORRAGIE CEREBRALI A SEDE TIPICA, (localizzate cioè nelle strutture profonde: nuclei della base, capsula interna, talamo).....	6
EMORRAGIE CEREBRALI SEDE ATIPICA, (localizzate nella sostanza bianca parietale, frontale occipitale e temporale).....	6

1.PREMESSA

L'ictus o stroke è definito come un improvviso deficit neurologico dovuto ad un'ischemia o ad un'emorragia a livello del sistema nervoso centrale (SNC). L'ictus ischemico rappresenta il 75% di tutti gli ictus ed è causato dall'occlusione anatomica o funzionale di un vaso che determina cessazione dell'apporto di ossigeno e glucosio alla cellula nervosa con successivo blocco dei processi metabolici nel territorio colpito. Un infarto ischemico è una irreversibile lesione strutturale a livello del tessuto del SNC.

Come definito dalle Linee guida italiane di prevenzione e trattamento SPREAD VIII Edizione l'emorragia intracerebrale costituisce il 6-20% di tutti gli ictus cerebrali. Le emorragie primitive costituiscono il 78% circa della totalità delle emorragie intracerebrali, mentre le forme secondarie il restante 22%; L'emorragia cerebrale parenchimale comporta una mortalità acuta nettamente più alta rispetto alle forme ischemiche globalmente considerate (40%-50% circa ad 1 mese).

L'emorragia subaracnoidea è responsabile del 5% circa di tutti gli ictus. La principale causa di emorragia subaracnoidea è la rottura di un aneurisma intracranico, responsabile dell'80% circa dei casi. L'età media all'esordio è pari a 50 anni. L'incidenza di emorragia subaracnoidea è maggiore nelle femmine e l'appartenenza a razze diverse da quella bianca sembra costituire un fattore di rischio. In Italia i tassi grezzi annui di incidenza dell'emorragia subaracnoidea oscillano tra 4 e 17/100.000/anno. Il tasso di mortalità è

pari a 33% a 48 ore dall'esordio dei sintomi ed a 40-50% a 30 giorni. 12% circa dei pazienti decede prima di aver ricevuto attenzione medica. 50% dei sopravvissuti è affetto da disabilità permanenti.

Gli elementi cardine di un percorso diagnostico-terapeutico per l'ictus acuto, attualizzato rispetto alle più recenti acquisizioni dai trial clinici, sono:

- il precoce riconoscimento della criticità del quadro clinico del disturbo di circolo cerebrale da parte del personale di primo soccorso (118);
- un triage che valorizzi la severità del quadro clinico ed il tempo di esordio dei sintomi;
- l'esecuzione di neuroimmagini del parenchima e dei vasi cerebrali;
- l'attivazione di un team comprendente il, neurologo, neurochirurgo, neuroradiologo interventista e, laddove se ne ravvisi la necessità, rianimatore.

2.GRUPPO DI LAVORO E METODOLOGIA SEGUITA.

La necessità della composizione multidisciplinare del gruppo di lavoro è relata all'elevata complessità clinico/assistenziale del paziente in stroke sin dall'esordio della sintomatologia clinica. Nella fattispecie, il riconoscimento del disturbo neurologico deve avvenire precocemente sin dalla gestione del paziente in ambito pre-ospedaliero (118), poiché il fattore "tempo" è una discriminante fondamentale in termini prognostici. Fatta tale premessa, la stesura del percorso assistenziale è opera di un gruppo di lavoro multidisciplinare la cui composizione è indicata nel frontespizio. La fase preliminare del processo di produzione è stata infatti la costituzione del gruppo, avendo cura di rappresentare le diverse aree che si occupano di pazienti con ictus cerebrale e le diverse figure professionali coinvolte nel processo afferenti alle UU.OO. di Pronto Soccorso, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Rianimazione.

Nella fase successiva i professionisti afferenti alle diverse branche specialistiche prima descritte hanno definito il proprio campo di competenza, in relazione alla tipologia di presentazione dell'evento stroke emorragico, indicando pertanto, quali interventi porre in essere, in relazione alla specificità del caso clinico.

3.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente documento è quello di orientare il comportamento dei professionisti della ASL Taranto verso percorsi diagnostico-terapeutici appropriati ed uniformi, che, attraverso una migliore

organizzazione del percorso di cura, siano finalizzati ad una riduzione della mortalità e della disabilità per eventi emorragici cerebrali.

Il percorso assistenziale definito in tale documento si applica a tutti i pazienti che giungono in ospedale e vengono ricoverati per ictus cerebrale. Il campo di applicazione è sostanzialmente limitato alla popolazione adulta.

4.DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ INTRAOSPEDALIERE

Arrivo del paziente in ospedale: prima valutazione in Pronto Soccorso

In accettazione, il paziente viene inizialmente valutato dall'infermiere e dal medico.

L'infermiere di *triage* provvede a:

- rilevare parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca;
- **assegnare codice colore al paziente;**

L'infermiere assegnato in sala provvede a:

- monitorare il paziente;
- posizionare ago-cannula;
- eseguire prelievi ematochimici che comprendano anche l'assetto coagulativo;
- eseguire ECG.

Contestualmente il medico di Pronto Soccorso provvede a:

- approfondire l'**anamnesi** già raccolta al momento del triage valutando la tempistica e le modalità di insorgenza dei sintomi;
- valutare la modalità di presentazione del quadro clinico.
- indagare su eventuali altre patologie del paziente, elenco dei farmaci assunti e anamnesi familiare;
- eseguire la visita medica con particolare riguardo all'obiettività neurologica.
- richiedere TAC cranio con eventuale angio-TC dei TSA e dei vasi intracranici, allo scopo di differenziare la tipologia di *stroke*:
 - stroke ischemico;
 - stroke emorragico;

Allo scopo di ottimizzare la tempistica del percorso clinico-assistenziale del paziente, si raccomanda che **durante l'esecuzione dell'esame TC** siano presenti anche il neurologo ed il neurochirurgo e, **secondo le condizioni cliniche del paziente ovvero GCS= \leq 8**, anche il rianimatore.

Secondo le raccomandazioni delle Linee Guida ISO-SPREAD VIII edizione, se confermata strumentalmente

la diagnosi di emorragia cerebrale si ritiene necessario, laddove il caso clinico lo richieda, porre in essere alcune manovre terapeutiche fondamentali:

- Gestione l'**ipertensione** per raggiungere rapidamente e mantenere valori di pressione sistolica inferiori a 140 mmHg;
- **Reversal delle eventuali terapie anticoagulanti** attraverso:
 - in caso di emorragia cerebrale avvenuta in corso di terapia eparinica somministrazione di protamina solfato;
 - In caso di emorragia cerebrale in corso di terapia con anticoagulanti anti-vitamina K, è raccomandato il reversal mediante la somministrazione di vitamina K associata a concentrati protrombinici (PCC). L'uso di plasma fresco congelato è da considerarsi solo in mancanza di PCC.

5. SCENARI CLINICI E PERCORSI TERAPEUTICI.

EMORRAGIA CEREBRALE SUBARACNOIDEA CON O SENZA MALFORMAZIONE VASCOLARE

Definizione: sanguinamento spontaneo negli spazi subaracnoidei per rottura di un vaso vicino alla superficie dell'encefalo (*definizione linee guida ISO- SPREAD VIII*).

- In caso di evidenza strumentale di aneurisma rotto/MAV, il paziente deve essere sottoposto a valutazione neuroradiologica e successivo studio/trattamento endovascolare (laddove possibile) e successivamente ricoverato presso il Reparto di Neurochirurgia, in assenza di competenze rianimatorie;
- In caso di trattamento chirurgico viene ricoverato nel reparto di Neurochirurgia o, laddove se ne ravvisi la necessità in presenza di una marcata compromissione dello stato di coscienza (GCS= \leq 8), è indicato il trasferimento in Rianimazione. Consulenza neuroradiologica per eventuale trattamento di Radiologia Interventistica.
- In caso di emorragia subaracnoidea sine materia, in assenza di indicazioni chirurgiche o rianimatorie, si raccomanda il ricovero nella Stroke Unit.
- In caso di non indicazioni chirurgiche e in presenza di parametri di outcome predittivi di un aumento di mortalità (volume, GCS, inondamento ventricolare, origine sottotentoriale, età), valutati attraverso l'ICH score, è indicato il ricovero in ambiente internistico o eventualmente (in presenza di indisponibilità di posti letto) presso Case di Cura private accreditate.

L'ICH score (vedasi tabella sottostante) si dimostra uno strumento affidabile di valutazione della gravità dell'emorragia cerebrale, considerando che ad un punteggio elevato corrisponde un progressivo aumento di mortalità

Parametro	ICH score
<i>GCS</i>	
3-4	2
5-12	1
13-15	0
<i>Volume ICH (cm³)</i>	
≥30	1
<30	0
<i>Inondamento ventricolare</i>	
Si	1
No	0
<i>Origine infratentoriale di ICH</i>	
Si	1
No	0
<i>Età</i>	
≥80	1
<80	0
Totale ICH score	0-6

EMORRAGIE CEREBRALI A SEDE TIPICA, (localizzate cioè nelle strutture profonde: nuclei della base, capsula interna, talamo)

Emorragia cerebrale in sede tipica con inondazione ventricolare:

Dopo consulenza neurochirurgica (in sala TAC) ricovero in U.O. di **Neurochirurgia** o, laddove se ne ravvisi la necessità, in Rianimazione.

Emorragia cerebrale in sede tipica senza inondazione ventricolare:

Dopo consulenza neurochirurgica (in sala TAC), in assenza di indicazioni al trattamento chirurgico il paziente è ricoverato presso la U.O. di **Neurologia** o, laddove se ne ravvisi la necessità, in Rianimazione.

EMORRAGIE CEREBRALI SEDE ATIPICA, (localizzate nella sostanza bianca parietale, frontale occipitale e temporale).

Emorragia cerebrale in sede atipica con evidenza di malformazioni vascolari alla Angio TC

Dopo consulenza neurochirurgica (in sala TAC), il paziente è ricoverato presso la U.O. di **Neurochirurgia** o, laddove se ne ravvisi la necessità, in Rianimazione. Contestuale richiesta di consulenza **Neuroradiologica** per eventuale trattamento endovascolare.

Emorragia cerebrale in sede atipica senza evidenza di malformazioni vascolari alla Angio TC

Dopo consulenza neurochirurgica, se non giudicato suscettibile di trattamento chirurgico, il paziente viene ricoverato in **Neurologia o Rianimazione** (secondo le condizioni cliniche) in attesa di consulenza neuroradiologia e panangiografica per cateterismo convenzionale. Il

ricovero in Neurologia è finalizzato alla gestione del paziente in Terapia semintensiva (*Stroke Unit*) e conseguentemente condizionato alla disponibilità di posti letto nella stessa.

In caso di indisponibilità di posti letto nella Stroke Unit si consideri il ricovero in Neurologia o in ambiente internistico.

In alternativa, laddove si escluda la possibilità di ricovero nel P.O. SS. Annunziata, si consideri presente la possibilità che il paziente sia trasferito presso **Case di Cura accreditate**.

I pazienti terminali non suscettibili di trattamento neurochirurgico/endovascolare, con prognosi sfavorevole (correlata anche alla valutazione ICH score) saranno ricoverati in ambiente internistico/lungodegenza del PO o in alternativa in altre strutture (Extraospedaliere Case di Cura accreditate).