

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0002174	30/10/2025

OGGETTO: PROCEDURA INTERAZIENDALE GESTIONE PREOSPEDALIERA PAZIENTE CON ICTUS

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20250002483 DEL 27/10/2025



COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 14 (quattordici) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

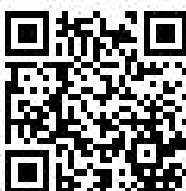
Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 29/10/2025 16:20 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 30/10/2025 11:43 Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 30/10/2025 13:14 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 30/10/2025 12:01 Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **30/10/2025**

Unità Operativa Affari Generali
 L'Addetto alla Pubblicazione
 Firmato Digitalmente il 30/10/2025 13:15
 Domenico ROVETO



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

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE
-----------------	---

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal Dr. Vincenzo Defilippis, direttore della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del "Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente";

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all'Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020; -

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale. modifica art. 2, art. 3, art.7.

Premesso che

L'ictus è un disordine neurologico ad eziologia vascolare responsabile di elevata mortalità e grave disabilità. Solo nel 20% circa dei casi è riconducibile ad emorragia intracranica. La maggior parte dei casi, circa 80%, è dovuto ad un'occlusione arteriosa tromboembolica che provocherà un infarto cerebrale. Nella fase preospedaliera dell'emergenza, pertanto, per una così alta probabilità di ictus ischemico, ogni paziente è candidabile alla terapia trombolitica.

L'ictus non è un fenomeno tutto o nulla. L'evoluzione dell'infarto cerebrale segue una curva temporale che va da pochi minuti ad alcune ore.

La rivascolarizzazione arteriosa con somministrazione di farmaci fibrinolitici per via sistemica (trombolisi endovenosa) o di disostruzione meccanica (trattamento endovascolare) mediante metodiche angiografiche di radiologia interventistica deve sempre avvenire nel più breve tempo possibile. L'efficacia dei trattamenti di rivascolarizzazione è tempo-dipendente e le finestre terapeutiche sono rispettivamente di 4.5 ore dall'esordio dei sintomi per i trattamenti sistemici e 6 ore per i trattamenti endovascolari. Laddove siano disponibili metodiche radiologiche avanzate per lo studio della perfusione ematica cerebrale, la finestra terapeutica per la trombolisi endovenosa può essere estesa a 9 ore e fino a 24 ore per i trattamenti endovascolari.

L'ictus è una patologia tempo-dipendente e la rete dell'emergenza deve assicurare la migliore organizzazione per ridurre il tempo di arrivo in ospedale.

Ritenuto che

- **La Trombolisi Endovenosa** può essere effettuata solo in una struttura ospedaliera dotata di Neurologia/Stroke Unit (stroke è il termine inglese sinonimo di ictus), e che nel territorio metropolitano servito dall'ASL Bari, sono presenti le seguenti Stroke Unit:
 - Bari, Ospedale "Di Venere"
 - Altamura, Ospedale "Perinei"
 - Monopoli, Ospedale "San Giacomo"
 - Bari, Ospedale "Policlinico", Azienda Ospedaliero Universitaria
 - Acquaviva delle Fonti, Ospedale "F. Miulli", Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale
- **Il trattamento endovascolare** è disponibile solamente nella Città di Bari, presso la Radiologia Interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico".
-

Evidenziato che

- Lo scopo della procedura è quello di standardizzare la presa in carico preospedaliera del paziente con ictus da parte del sistema dell'emergenza del 118 nel territorio metropolitano.

Gli obiettivi della procedura, sono:

1. identificare tempestivamente il paziente con sospetto ictus per avviare le terapie di rivascolarizzazione il più precocemente possibile;
 2. indirizzare il paziente alla Stroke Unit più vicina per ridurre in maniera rilevante l'intervallo di tempo fra l'esordio dei sintomi ed il trattamento.
- La bozza della procedura è stata elaborata dal gruppo di lavoro, costituito da * U.O.C. SET 118 ASL BA Direttore f.f. Dott.ssa F. Errico; U.O.C. Neurologia ASL BA (PO Monopoli, Po Di Venere, Po San Paolo, Po Altamura) Direttore G. Rinaldi, Dott. M. V. Rossi, Dott.ssa A. Bavaro, Direttore Dott. C. Diroma, Direttore Dott. B. Ardito, Dott. S. Misceo, Dott.ssa L. Mascolo; Dipartimento Emergenza Urgenza ASL BA Direttore Dott. Guido Quaranta; Direttore f.f. C.O. 118 BA-BT Dott.ssa A. Natola; Direttori U.O.C.MEU ASL BA Dott.ssa R. Melodia, Dott. A. Bolognino, Dott. F. Casale; Direttore U.O.C. Neurologia Ospedale Ecclesiastico "Miulli" Acquaviva Dr. V. Felica; Direttore UOC Neurologia AOU Policlinico Prof. G. De Fazio; UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione ASL BA Dott.ssa C. Abbinante, Responsabile UOS Sicurezza delle cure e gestione dei sinistri.
 - La procedura è stata validata dai Direttori delle dette Unità Operative della ASL Bari, dell'AOU Policlinico di Bari e dell'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti.
 -
 -


Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- **di recepire** la “**PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE**”, così come proposta e condivisa dai Dipartimenti interessati e dagli Enti ospedalieri coinvolti;
- **di disporre** la diffusione con eventi formativi promossi e gestiti nelle singole Unità Operative coinvolte, con modalità “formazione sul campo” a cura dei rispettivi Direttori e Dirigenti Responsabili;
- **di prendere atto** che tutto quanto presente in delibera, compresi gli allegati, sono parte costitutiva e integrale della presente deliberazione;
- **di trasmettere e notificare** il presente provvedimento al Collegio di Direzione, ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori delle Unità Operative dei Dipartimenti interessati e, per loro tramite, a tutto il personale sanitario interessato della ASL Bari.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest’ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l’esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all’art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 1 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Redatto da	Approvato da	Adottato da
Gruppo di lavoro*	Direttore Sanitario ASL BA Dott.ssa Rosella Squicciarini	Direttore Generale ASL BA Avv. Luigi Fruscio

* U.O.C. SET 118 ASL BA

Direttore f.f. Dott.ssa F. Errico

U.O.C. Neurologia ASL BA (PO Monopoli, Po Di Venere, Po San Paolo, Po Altamura)

Direttore G. Rinaldi

Dott. M. V. Rossi

Dott.ssa A. Bavaro

Direttore Dott. C. Diroma

Direttore Dott. B. Ardito

Dott. S. Misceo

Dott.ssa L. Mascolo

Dott. D. Dinoia

Dipartimento Emergenza Urgenza ASL BA

Direttore Dott. G. Quaranta

Direttore f.f. C.O. 118 BA-BT

Dott.ssa A. Natola

Direttori U.O.C.MEU ASL BA

Dott. ssa R. Melodia

Dott. A. Bolognino

Dott. F. Casale

Direttore U.O.C. Neurologia "Miulli" Acquaviva

Dr. V. Felica


Direttore UOC Neurologia AOU Policlinico

Prof. G. De Fazio

UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione ASL BA


Dott.ssa C. Abbinante

Responsabile UOS Sicurezza delle cure e gestione dei sinistri

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 2 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Sommario

PREMESSA:	3
SCOPO	4
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	4
TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI.....	5
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	5
DIAGRAMMA DI FLUSSO	9
INDICATORI DI MONITORAGGIO.....	9
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	10
BIBLIOGRAFIA:	11
Allegato 1: Check list 118 ictus	12
Allegato 2: Check list neurologo ictus	14

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 3 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

PREMESSA:

L'ictus è un disordine neurologico ad eziologia vascolare responsabile di elevata mortalità e grave disabilità. Solo nel 20% circa dei casi è riconducibile ad emorragia intracranica. La maggior parte dei casi, circa 80%, è dovuto ad un'occlusione arteriosa tromboembolica che provocherà un infarto cerebrale. Nella fase preospedaliera dell'emergenza, pertanto, per una così alta probabilità di ictus ischemico, ogni paziente è candidabile alla terapia trombolitica.

L'ictus non è un fenomeno tutto o nulla. L'evoluzione dell'infarto cerebrale segue una curva temporale che va da pochi minuti ad alcune ore.

La rivascolarizzazione arteriosa con somministrazione di farmaci fibrinolitici per via sistemica (trombolisi endovenosa) o di disostruzione meccanica (trattamento endovascolare) mediante metodiche angiografiche di radiologia interventistica deve sempre avvenire nel più breve tempo possibile. L'efficacia dei trattamenti di rivascolarizzazione è tempo-dipendente e le finestre terapeutiche sono rispettivamente di 4.5 ore dall'esordio dei sintomi per i trattamenti sistemici e 6 ore per i trattamenti endovascolari. Laddove siano disponibili metodiche radiologiche avanzate per lo studio della perfusione ematica cerebrale, la finestra terapeutica per la trombolisi endovenosa può essere estesa a 9 ore e fino a 24 ore per i trattamenti endovascolari.


L'ictus è una patologia tempo-dipendente e la rete dell'emergenza deve assicurare la migliore organizzazione per ridurre il tempo di arrivo in ospedale.

La Trombolisi Endovenosa può essere effettuata solo in una struttura ospedaliera dotata di Neurologia/Stroke Unit (stroke è il termine inglese sinonimo di ictus).

Nel territorio metropolitano servito dall'ASL Bari, sono presenti le seguenti Stroke Unit:

- Bari, Ospedale "Di Venere"
- Altamura, Ospedale "Perinei"
- Monopoli, Ospedale "San Giacomo"
- Bari, Ospedale "Policlinico", Azienda Ospedaliero Universitaria
- Acquaviva delle Fonti, Ospedale "Miulli", Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale (nel turno 8-20)

Il trattamento endovascolare è disponibile solamente nella Città di Bari, presso la Radiologia Interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico".

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 4 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

SCOPO

Lo scopo della procedura è quello di standardizzare la presa in carico del paziente con ictus da parte del sistema dell'emergenza del 118 nel territorio metropolitano..

Gli obiettivi della procedura, sono:

1. identificare tempestivamente il paziente con sospetto ictus per avviare le terapie di rivascolarizzazione il più precocemente possibile;
2. indirizzare il paziente alla Stroke Unit più vicina per ridurre in maniera rilevante l'intervallo di tempo fra l'esordio dei sintomi ed il trattamento.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica:

- Centrale Operativa ed al Servizio 118 territoriale della ASL Bari.
- StroKe Unit dei PO ASL Bari
- Stroke Unit Policlinico Bari
- Stroke Unit IRCCS Miulli Acquaviva

LISTA DI DISTRIBUZIONE

ASL BARI


- Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
- Direttore Dipartimento Neurovascolare
- Direttore Dipartimento Neurosensoriale
- Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione

POLICLINICO DI BARI

- D.A.I. Emergenza ed urgenza
- D.A.I. Neuroscienze e Organi di Senso e Apparato Locomotore

Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Testa-Collo

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 5 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

ASL: Azienda Sanitaria Locale

CO: Centrale Operativa 118

ECG: elettrocardiogramma

Ev: endovena

FC: frequenza cardiaca

FR: frequenza respiratoria

GCS: Glasgow Coma Scale

mRS: scala di Rankin modificata

NIHSS: National institute of health stroke scale

P.O.: presidio ospedaliero

PA: pressione arteriosa

PS: pronto soccorso

rt-PA: attivatore tissutale del plasminogeno

SaO2: saturazione di ossigeno

SU: Stroke Unit

CPSS: Cincinnati pre-Hospital Stroke Scale

TC: tomografia computerizzata

U.O.C.: unità operativa complessa

DTN: door to needle (tempo dall'ingresso in ospedale all'inizio della trombolisi)

DTG: door to groin (tempo dall'ingresso in ospedale all'inizio della trombectomia)

MSA: mezzo di soccorso avanzato con medico a bordo

MSB: mezzo di soccorso di base non medicalizzato

TIA: attacco ischemico transitorio

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La presa in carico pre-ospedaliera del disturbo vascolare ischemico prevede:


- Fase I - Identificazione del paziente con sospetto ictus da parte dell'operatore di Centrale Operativa (CO) 118 e invio del mezzo di soccorso;
- Fase II - Applicazione della procedura ictus da parte dell'operatore 118 di territorio e pre-allerta telefonica alla stroke unit di destinazione;
- Fase III - Arrivo in ospedale/stroke unit

Fase I: IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS DA PARTE DELL'OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA (CO) 118 E INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO;

La richiesta di soccorso preospedaliera afferisce alla CO 118 di competenza territoriale. L'Operatore della CO 118, ricevuto l'input di chiamata, effettua l'intervista telefonica come di seguito, per acquisire notizie utili alla corretta formulazione del dispatch ed all'attribuzione del codice di priorità:

INTERVISTA TELEFONICA (Durata massimo 2 minuti):

- Descrizione dell'accaduto
- Dati del paziente

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 6 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

- Il paziente è sveglio/cosciente? SI/NO
- Il paziente respira normalmente? SI/NO
- Orario dell'esordio dei sintomi? ANNOTARE ORA ESATTA TESTIMONIATA/ORA ULTIMA VOLTA VISTO SENZA SINTOMI (ICTUS AL RISVEGLIO); In caso di orario di esordio non noto, annotare l'ultima volta in cui è stato visto/sentito in buona salute.
- Presenza di testimoni quando è successo? SI/NO

Se alla fine dell'intervista telefonica emerge il sospetto di ictus cerebrale si proseguirà somministrando la scala **Cincinnati Pre Hospital Stroke Scale (CPSS)** (vedi allegato 1) L'intervista quindi continuerà con le seguenti indicazioni per il chiamante:

1. Chiedere al paziente di sorridere: i due lati della faccia si muovono allo stesso modo oppure un lato si muove in maniera diversa dall'altro? SI / NO (Se NO, quale lato?)
2. Chiedere di alzare le braccia all'altezza del petto e mantenere la posizione per qualche secondo: il paziente riesce a tenere entrambe le braccia alzate? SI/NO (Se NO, quale braccio?)
3. Chiedere al paziente di ripetere una frase, riesce ad esprimersi normalmente? SI/NO

Indagare inoltre la presenza anche dei seguenti sintomi*, riferibili ad un possibile ictus del circolo posteriore:

- Improvvisa alterazione dell'equilibrio (con atassia);
- Cefalea improvvisa e intensa;
- Improvvisa alterazione del campo visivo ad uno o entrambi gli occhi;
- Disfonia;
- vomito non alimentare;
- improvvisa confusione e alterazioni della coscienza.

*in genere questi sintomi si presentano accompagnati da altri sintomi come debolezza o intorpidimento di un lato del corpo, difficoltà a parlare o comprendere.

- Precedenti ictus? SI/NO


Il percorso ictus viene attivato dall'operatore di CO in presenza delle seguenti condizioni:

- Esordio \leq 24h o ictus al risveglio/esordio non noto;
- CPSS positiva: almeno 1 segno presente e/o presenza di altri sintomi riferibili ad un circolo posteriore;

Indirizzamento del mezzo di soccorso

Il percorso prevede che venga attribuito il codice colore adeguato sulla base della stabilità (giallo) o instabilità (rosso) dei parametri vitali del paziente, con invio del mezzo di soccorso più adatto ed attribuzione del codice C04 NEUROLOGICO.

N.B. Considerando le caratteristiche di patologia tempo-dipendente, il codice colore non deve essere condizione di attribuzione di diversa priorità d'intervento, in quanto il percorso ictus prevede sempre una priorità pari a quella di un codice rosso.

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 7 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Fase II: APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA ICTUS DA PARTE DELL'OPERATORE 118 DI TERRITORIO E PRE-ALLERTA TELEFONICA ALLA STROKE UNIT DI DESTINAZIONE;

La presente fase riguarda la gestione da parte del personale del mezzo di soccorso, che una volta giunto sul posto, avrà il compito di:

1. COMPILARE LA CHECKLIST 118 ICTUS (Allegato 1);
 - Acquisire notizie anagrafiche e riferimento del familiare/testimone;
 - Rilevare i parametri vitali (Saturimetria, Temperatura corporea, Glicemia, PA, FR)
 - Registrare l'orario di esordio (**testimoniato**);
 - Somministrare la CPSS (ed in casi particolari può valutare segni e sintomi del circolo posteriore: insorgenza improvvisa di alterazioni della motilità oculare, di deficit visivo, di deficit motorio o sensitivo del volto, vertigini o equilibrio instabile, disfonia, vomito non alimentare, improvvisa confusione, improvvisa alterazione della coscienza);
 - Rilevare il grado di autonomia del paziente prima dell'evento (mRS);
 - Raccogliere l'anamnesi clinica e farmacologica (con particolare attenzione alla terapia in atto con anticoagulanti, registrando il nome del farmaco e l'orario di ultima assunzione);
 - Prendere almeno un accesso venoso (16-18 Gauge). Qualora possibile e senza ritardare l'intervento, prendere anche un secondo accesso venoso;

2. PRENOTIFICA: non appena il personale del mezzo di soccorso conferma il sospetto ictus, allerta la CO 118 e richiede il colloquio con il neurologo di guardia della Stroke Unit di destinazione. La comunicazione con il neurologo servirà a condividere le informazioni raccolte nella checklist 118 ictus (Allegato 1) e a chiarire eventuali dubbi sulla diagnosi.

Qualora non fosse possibile mettersi in contatto con la CO (ad esempio in caso di linea occupata), l'operatore potrà chiamare direttamente la **Stroke Unit** ai seguenti numeri:


- Ospedale della Murgia, Altamura: tel. 3317542269
- Ospedale Di Venere, Bari: tel. 0805845442
- Ospedale San Giacomo, Monopoli: TEL. 0805849276
- Policlinico di Bari: 0805592332
- Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti: 0803054914

Il Neurologo raccoglierà le informazioni ricevute utilizzando la checklist prenotifica 118-Neurologo (allegato 2).

Il personale del mezzo di soccorso provvederà a chiudere l'intervento indicando il codice diagnosi "**patologia neurologica**" e selezionando nel sottomenù "**ictus/deficit neurologico**".

Durante il trasporto sul mezzo di soccorso non è indicato alcun intervento terapeutico specifico, a parte le normali procedure:

- protezione delle vie aeree
- somministrazione di ossigeno
- posizionamento via venosa e somministrazione di cristalloidi

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 8 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

- protezione degli arti eventualmente paralizzati.

Si ricorda che è bene **evitare**:

- la somministrazione di ipotensivi, specie quelli ad azione rapida
- la somministrazione di soluzioni glucosate, a meno di ipoglicemia (<60 mg/dl)
- la somministrazione di sedativi, se non strettamente necessaria
- l'infusione di eccessive quantità di liquidi
- la somministrazione di glucocorticoidi
- la somministrazione di benzodiazepine in caso di crisi convulsiva singola a risoluzione spontanea

Fase III: ARRIVO IN OSPEDALE/STROKE UNIT

Il paziente accede direttamente in Sala Rossa PS. Il **rapido Triage** deve consentire:

- registrazione del paziente
- allerta del medico di sala rossa
- allerta del Neurologo di Stroke Unit (se non ancora giunto in seguito a prenotifica)
- allerta della Radiologia
- raccolta dell'anamnesi clinica e farmacologica
- verifica della presenza di accompagnatori e di un recapito telefonico di un familiare maggiormente a conoscenza della storia clinica del paziente
- verifica della presenza di documentazione anamnestica


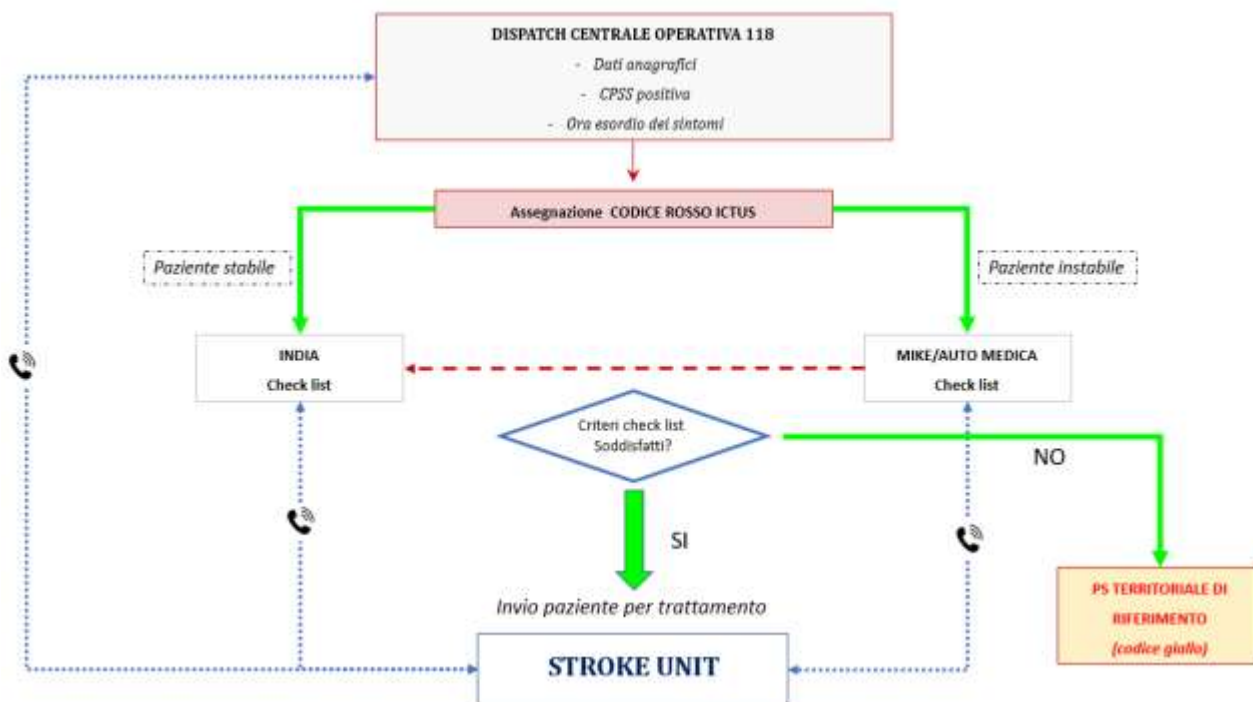
	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 9 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALE AZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

DIAGRAMMA DI FLUSSO




INDICATORI DI MONITORAGGIO

Nella fase Pre-Ospedaliera


- Numero dei soggetti con TIA o Ictus che accedono con mezzi del 118 (dato di CO 118) / numero totale dei soggetti con diagnosi di Ictus o TIA al P.S. (Dato SDO)
- Tempo mediano sulla scena (dato di CO 118)
- % di prenotazione (dato di CO 118)
- % di pazienti trasportati presso ospedali con Stroke Unit (dato di CO 118)
- % di pazienti per i quali è stata riportata l'anamnesi farmacologica (dato di CO 118)
- % di pazienti per i quali è stato riportato l'orario di esordio (dato di CO 118)

Sarà cura del responsabile del Servizio 118 raccogliere i dati in un report trimestrale ed inviare al Responsabile del servizio 118 al fine di intercettare le criticità da migliorare. Lo stesso responsabile convocherà trimestralmente un audit interaziendale per comunicare gli esiti della procedura e condividere eventuali fattori correttivi.

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 10 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' PROCEDURA AZIENDALE ICTUS PREOSPEDALIERO						
Funzione/attività	CENTRALE OPERATIVA 118	OPERATORE MIKE o INDIA	NEUROLOGO STROKE UNIT	TRIAGE PS	MEDICO SALA ROSSA	MEDICO RADIOLOGO
Intervista telefonica Dati anagrafici CPSS m-RS Ora inizio sintomi	R	R	I	I	I	I
Attivazione Codice Rosso Ictus	R	R	I	I	I	I
Invio mezzo di soccorso	R	C	I	I	I	I
Conferma Codice Rosso Ictus	C	R	I	I	I	I
Contatto telefonico con Neurologo della Stroke Unit	R	R	I	I	I	I
Allerta al PS Ospedale di destinazione	R	C	I	I	I	I
Compilazione Check List Codice Ictus	I	R	I	I	I	I
TRASPORTO AL PS Protezione vie aeree Somministrazione ossigeno Accesso venoso e somministrazione cristalloidi Protezione arti paralizzati	C	R	I	I	I	I
TRIAGE PS Registrazione paziente Allerta medico sala rossa Allerta neurologo Allerta radiologia Anamnesi clinica e farmacologica Verificare accompagnatori e recapito tel Verificare documentazione anamnestica	I	I	I	R	R	I

	PROCEDURA AZIENDALE	Pagina 11 di
	PROCEDURA INTERAZIENDALEAZIENDALE PER LA GESTIONE PREOSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON SOSPETTO ICTUS CEREBRALE	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Linee guida ISO SPREAD VIII edizione.
- (2) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group: Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med 1995;333:1581-1587
- (3) Hacke W, Kaste M, Fieschi C, Toni D, Lesaffre E, von Kummer R, Boysen G, Bluhmki E, Höxter G, Mahagne MH, Hennerici M for the ECASS-study group. Safety and efficacy of intravenous thrombolysis with a recombinant tissue plasminogen activator in the treatment of acute hemispheric stroke. JAMA 1995;274:1017-1025.
- (4) Hacke W, Kaste M, Fieschi C, von Kummer R, Davalos A, Meier D, Larrue V, Bluhmki E, Davis S, Donnan G, Schneider D, Diez-Tejedor E, Trouillas P. Randomised double-blind placebocontrolled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II). Second European-Australasian Acute Stroke Study Investigators. Lancet 1998;352:1245-1251.
- (5) Clark WM, Wissman S, Albers GW, Jhamandas JH, Madden KP, Hamilton S. Recombinant tissue-type plasminogen activator (Alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptom onset. The ATLANTIS Study: a randomized controlled trial. Alteplase Thrombolysis for Acute Non interventional Therapy in Ischemic Stroke. JAMA 1999; 282: 2019-2026.
- (6) Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W, Hennerici MG, Kaste M, Kuelkens S, Larrue V, Lees KR, Roine RO, Soine L, Toni D, Vanhooren G; SITS-MOST investigators Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Lancet 2007; 369: 275-282.
- (7) Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, Larrue V, Lees KR, Medeghri Z, Machnig T, Schneider D, von Kummer R, Wahlgren N, Toni D, for the European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS) investigators. Alteplase Compared with Placebo within 3 to 4.5 Hours for Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med 2008;359:1317-29
- (8) Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, Hacke W, Millan M, Muir K, Roine RO, Toni D, Lees KR; SITS investigators. Thrombolysis with alteplase 3-4.5 h after acute ischaemic stroke (SITS-ISTR): an observational study. Lancet 2008;372:1303-9
- (9) Davis SM, Donnan GA, Parsons MW, Levi C, Butcher KS, Peeters A, Barber PA, Bladin C, De Silva DA, Byrnes G, Chalk JB, Fink JN, Kimber TE, Schultz D, Hand PJ, Frayne J, Hankey G, Muir K, Gerraty R, Tress BM, Desmond PM, for the EPITHET investigators. Effects of alteplase beyond 3 h after stroke in the Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial (EPITHET): a placebo-controlled randomised trial Lancet Neurol. 2008;7:299-309
- (10) The IST-3 collaborative group. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. Lancet 2012; 379: 2352–63
- (11) Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo G, Sandercock P, Lindley RL, Cohen G. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. Lancet 2012; 379: 2364–72.
- (12) Linee Guida ISO SPREAD 2020: terapie di rivascolarizzazione.

Allegato 1: Check list 118 ictus

N.ro missione: _____		Orario di arrivo sulla scena: _____ : _____	
Nome/Cognome PAZIENTE _____		Età _____ Sesso _____ Residenza _____	
Nome/Cognome FAMILIARE _____		Numero di telefono _____	
ESORDIO DEI SINTOMI			
<input type="checkbox"/> Esordio testimoniato <input type="checkbox"/> Ictus al risveglio <input type="checkbox"/> Ictus non databile		Data e ora esordio sintomi*: ____/____/____ ____:____	
*In tutti i casi si considera come Tempo 0 l'ultimo momento in cui sicuramente il paziente è stato visto senza sintomi			
CRITERI DI INCLUSIONE NEL PROTOCOLLO ICTUS			
<input type="checkbox"/> CPSS POSITIVA (almeno un item positivo) e/o SINTOMI ICTUS DEL CIRCOLO POSTERIORE (IMPROVVISA ALTERAZIONE DI EQUILIBRIO, VISTA, COSCIENZA, INTENSA E IMPROVVISA CEFALEA, IMPROVVISI DEFICIT MOTORI O SENSITIVI BILATERALI); <input type="checkbox"/> Esordio dei sintomi entro le prima 24h <input type="checkbox"/> AUTONOMIA PRE ICTUS: AUTONOMO/PARZIALMENTE AUTONOMO (mRS 1-3)			
PARAMETRI VITALI			
✓ Glicemia _____ mg/dL			
✓ Pressione Arteriosa _____/_____ mmHg			
✓ Saturazione dell'ossigeno capillare _____% (Somministrare O2 se il livello di saturazione scende al di sotto del 94%)			
✓ Temperatura _____°C			
ANAMNESI CLINICA:			
Autonomia PRE-Ictus:		<input type="checkbox"/> Autonomo (mRS 0-1) <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo (mRS 2-3)	
<input type="checkbox"/> Diabete			
<input type="checkbox"/> Ipertensione			
<input type="checkbox"/> Fibrillazione Atriale			
<input type="checkbox"/> Evidenza di trauma recente o caduta prima dell'esordio dei sintomi			
<input type="checkbox"/> Interventi chirurgici maggiori recenti			
<input type="checkbox"/> Ictus recente			
ANAMNESI FARMACOLOGICA:			
<input type="checkbox"/> Anticoagulante (Nome: _____)		<input type="checkbox"/> Orario ultima assunzione: ____ : ____	
Altri farmaci assunti:			
PROCEDURA DI PREALLERTA			
✓ Allertare la CO 118, richiedere il contatto diretto con il neurologo della stroke unit di destinazione e comunicare i dati raccolti in scheda; ✓ In caso di impossibilità nel contattare la CO, chiamare direttamente il neurologo della stroke unit di destinazione. TEL stroke unit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospedale della Murgia F. Perinei, Altamura: 3317542269 ▪ Ospedale Di Venere, Bari: 0805845442 ▪ Ospedale San Giacomo, Monopoli: 0805849276 ▪ Policlinico di Bari: 0805592332 ▪ Ospedale Miulli, Acquaviva df: 0803054914 ✓ Chiudere l'intervento selezionando "patologia neurologica → ictus/deficit neurologico"			
Orario di partenza dalla scena: _____ : _____		Orario stimato di arrivo in ospedale: _____ : _____	

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE

**Tabella 8:1 - I tre punti della Cincinnati Prehospital Stroke Scale
(l'alterazione di ciascuno dei tre segni è fortemente suggestiva per un ictus)**

Paresi facciali	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di notare:	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (<i>normale</i>) o se un lato non si muove bene come l'altro (<i>non normale</i>)
Deficit motorio degli arti superiori	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e chiedere di notare:	se gli arti si muovono alla stessa maniera (<i>normale</i>) o se uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro (<i>non normale</i>).
Anomalie del linguaggio	chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrenta tresimo reggimento della cavalleria") e chiedere di notare:	se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (<i>normale</i>) o se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (<i>non normale</i>).

MODIFIED RANKIN SCALE (mRS)

0	Nessun sintomo
1	Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali
2	Disabilità lieve: non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana
3	Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza
4	Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni corporali
5	Disabilità grave: costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante
	TOTALE

Allegato 2: Check list neurologo ictus

Orario PREALLERTA: ____ : ____ NOME OPERATORE: _____ TIPO DI MEZZO: MSA MSB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nome/Cognome PAZIENTE _____ Età ____ Sesso ____ Residenza _____	
Nome/Cognome FAMILIARE _____ Numero di telefono _____	
ESORDIO DEI SINTOMI	
<input type="checkbox"/> Esordio testimoniato <input type="checkbox"/> Ictus al risveglio <input type="checkbox"/> Ictus non databile	Data e ora esordio sintomi*: __/__/____ ____:____
*In tutti i casi si considera come Tempo 0 l'ultimo momento in cui sicuramente il paziente è stato visto senza sintomi	
CRITERI DI INCLUSIONE NEL PROTOCOLLO ICTUS	
<input type="checkbox"/> CPSS POSITIVA (almeno un item positivo) e/o SINTOMI ICTUS DEL CIRCOLO POSTERIORE (IMPROVVISA ALTERAZIONE DI EQUILIBRIO, VISTA, COSCIENZA, INTENSA E IMPROVVISA CEFALEA, IMPROVVISI DEFICIT MOTORI O SENSITIVI BILATERALI); <input type="checkbox"/> Esordio dei sintomi entro le prima 24h <input type="checkbox"/> AUTONOMIA PRE ICTUS: AUTONOMO/PARZIALMENTE AUTONOMO (mRS 1-3)	
PARAMETRI VITALI	
<input type="checkbox"/> PAZIENTE STABILE <input type="checkbox"/> PAZIENTE INSTABILE	
<input checked="" type="checkbox"/> Glicemia ____ mg/dL	
<input checked="" type="checkbox"/> Pressione Arteriosa ____/____ mmHg	
ANAMNESI CLINICA:	
Autonomia PRE-Ictus:	<input type="checkbox"/> Autonomo (mRS 0-1) <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo (mRS 2-3)
<input type="checkbox"/> Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> Ipertensione	
<input type="checkbox"/> Fibrillazione Atriale	
<input type="checkbox"/> Evidenza di trauma recente o caduta prima dell'esordio dei sintomi	
<input type="checkbox"/> Interventi chirurgici maggiori recenti	
<input type="checkbox"/> Ictus recente	
ANAMNESI FARMACOLOGICA:	
<input type="checkbox"/> Anticoagulante (Nome: _____)	<input type="checkbox"/> Orario ultima assunzione: ____ : ____
Altri farmaci assunti:	
NOTE	
Orario stimato di arrivo in ospedale: ____ : ____	Arrivo effettivo in ospedale: ____ : ____
IN OSPEDALE	
<input type="checkbox"/> CONFERMA ICTUS	<input type="checkbox"/> ISCHEMICO <input type="checkbox"/> EMORRAGICO <input type="checkbox"/> TIA
<input type="checkbox"/> ALTRA DIAGNOSI	
TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> TROMBOLISI DTN ____ <input type="checkbox"/> TROMBECTOMIA DTG ____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su:

NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione

NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:

CONTIENE dati personali da NON pubblicare


NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20250002483 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20250002174 DEL 30/10/2025

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Defilippis Vincenzo	 Firmato digitalmente il 27/10/2025 14:53