

**VI Giornata Nazionale del  
Neurologo in Pronto Soccorso**  
**4 Dicembre 2023**

**Sin**  
SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Associazione  
**neurologia**  
**Emergenza**  
**Urgenza**

# NeuDay 2023

## *Analisi dei dati*



**Arturo de Falco**

U.O.C. di Neurologia e Stroke Unit  
Ospedale del Mare  
ASL Napoli 1 Centro

# Questionario NEUDay 2022

SEZIONE ORGANIZZATIVA			SEZIONE CLINICA		
Livello del DEA	Dotazione PL di Neurologia e di Stroke Unit	Disponibilità oraria del neurologo	Caratteristiche demografiche e cliniche (comorbidità) del paziente	Modalità di arrivo in PS	Codice di urgenza della consulenza
Disponibilità oraria di radiologo, neuroradiologo, radiologo interventista e neurochirurgo	Dotazione e disponibilità oraria di diagnostica neuroradiologica, neurofisiologica, neurosonologica ed esame liquor	Disponibilità terapie di ricanalizzazione e di immunomodulanti	Tempi richiesta consulenza e sua esecuzione	Sospetto diagnostico medico di PS	Valutazione del neurologo (esami svolti, ipotesi diagnostica, appropriatezza della richiesta),
	Disponibilità di collegamento in telemedicina/teleconsulto tra ospedali			Modalità di dimissione	

# NEUDay 2023 - 4 dicembre 2023

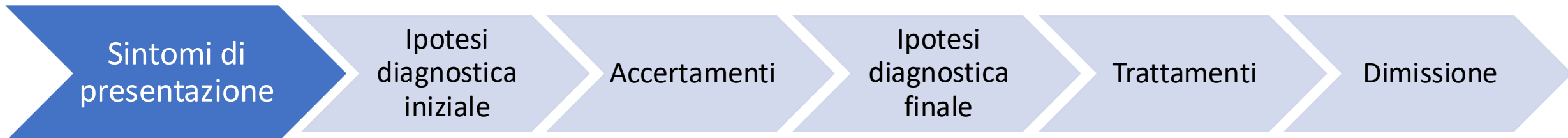


## ●Obiettivo raccolta dati:

Analisi del percorso di cura del paziente con sintomi neurologici in PS e confronto con algoritmi diagnostici ideali

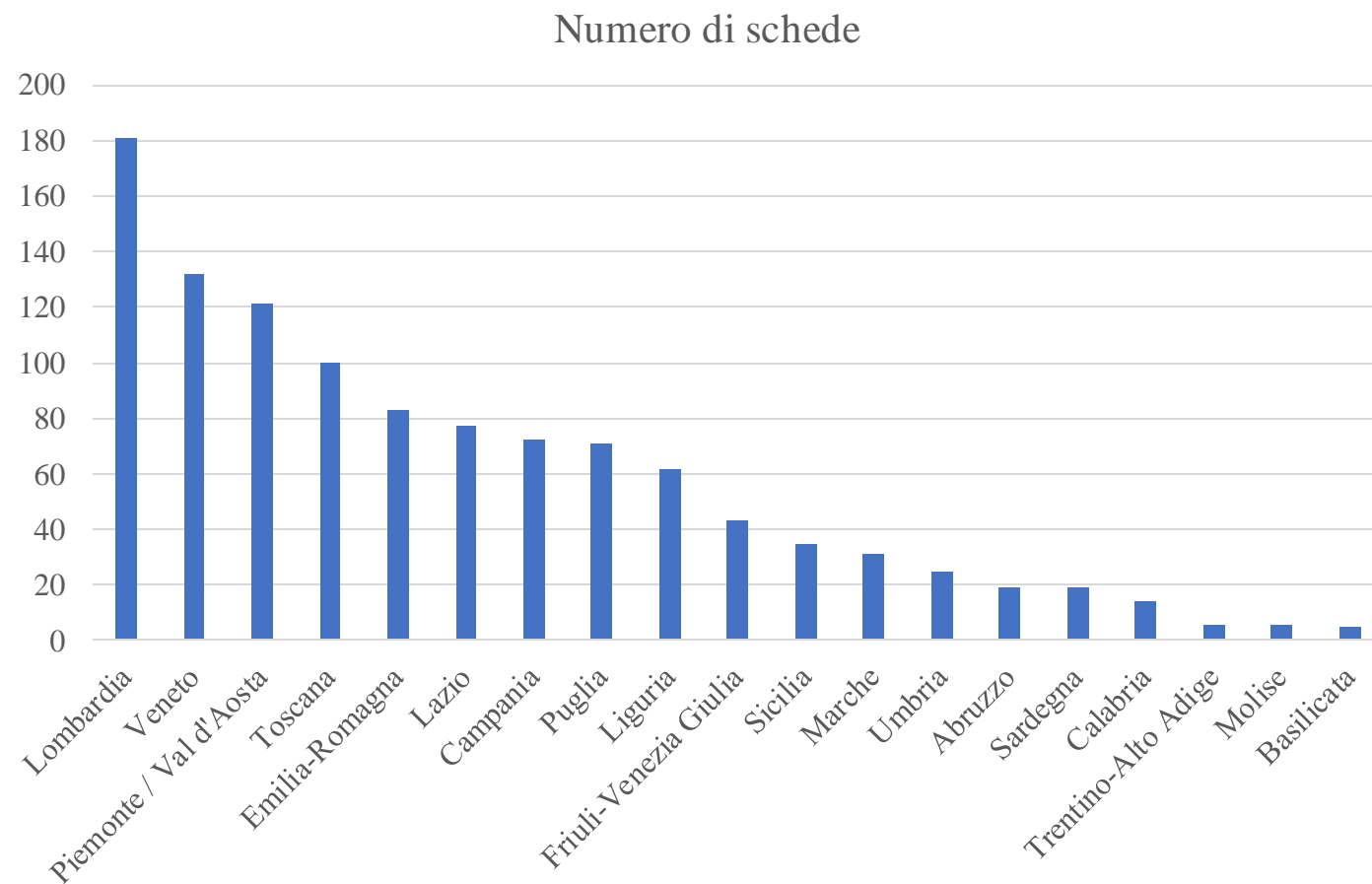
## ●Classificazione del centro: I o II livello o centri di I soccorso

## ●Sintomi di presentazione → Ipotesi diagnostica iniziale → Accertamenti in PS → Diagnosi di dimissione dal PS → Trattamenti consigliati → modalità di Dimissione



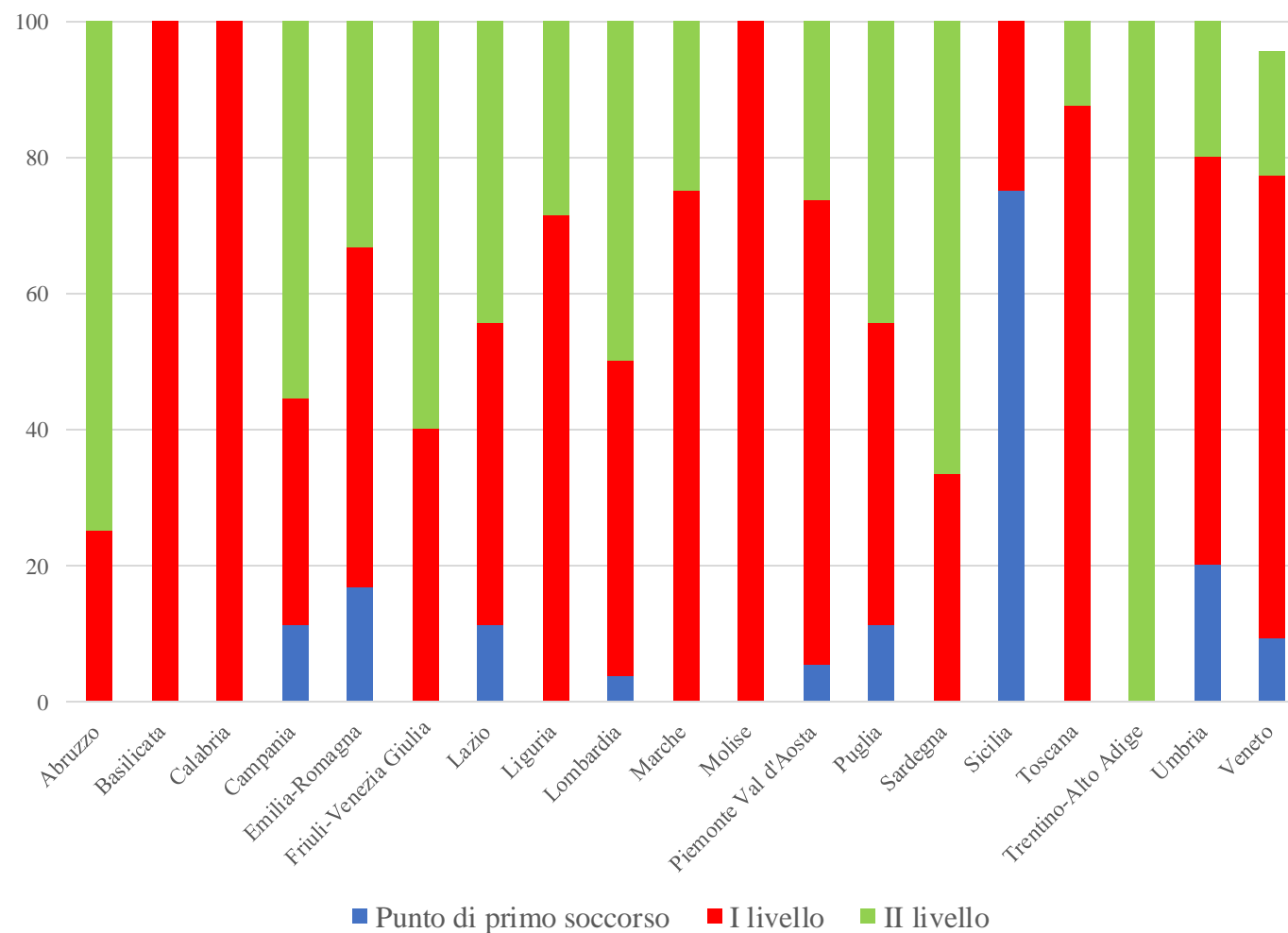
# NEUDay 2023 - 4 dicembre 2023

Sono state raccolte 1,102 schede in 163 centri



# Livello del Centro

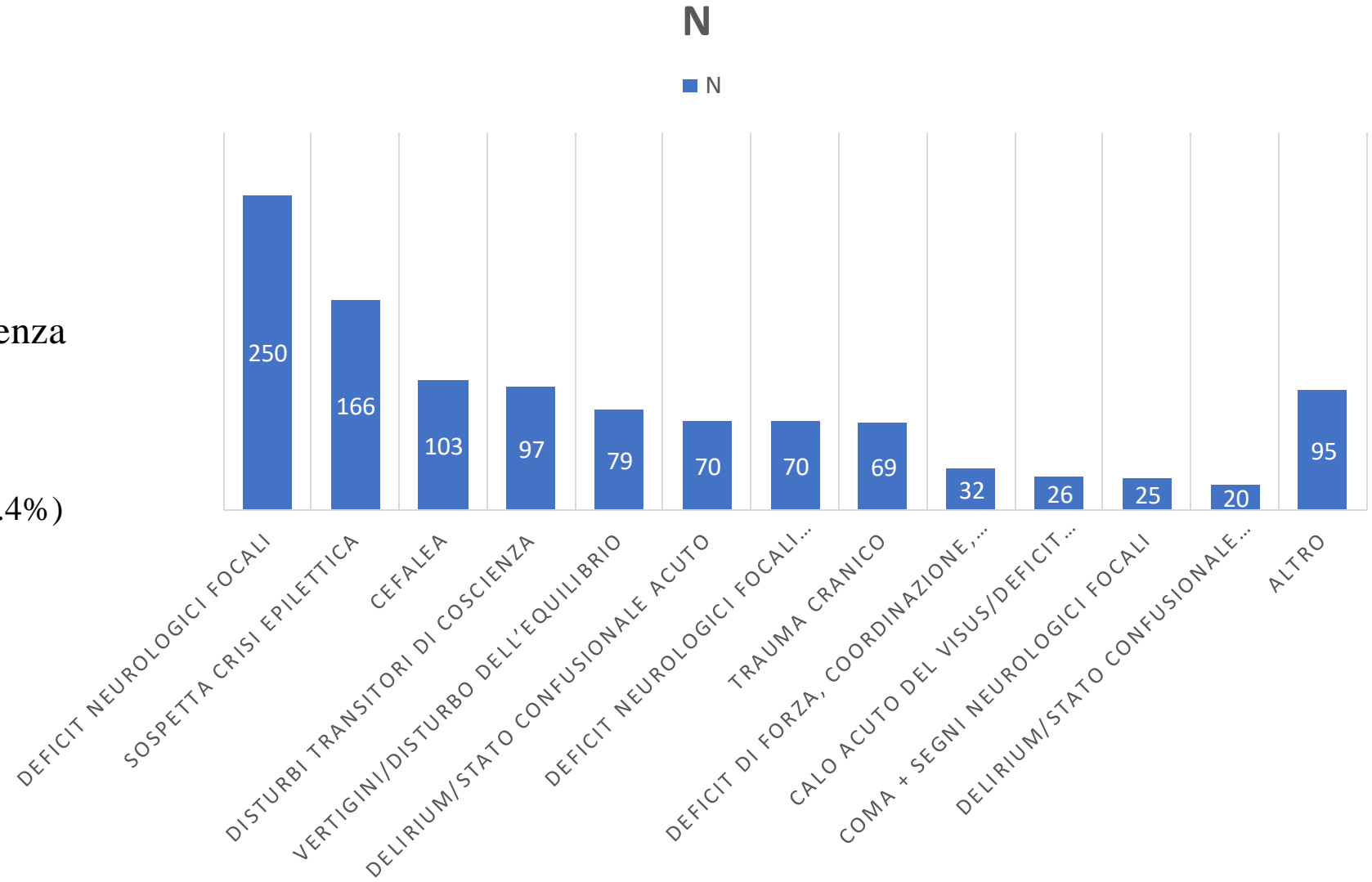
- I livello: > 50%
- II livello: circa 30%
- punti di primo soccorso <10%
- Discreta disomogeneità nella distribuzione regionale del livello dei centri partecipanti.



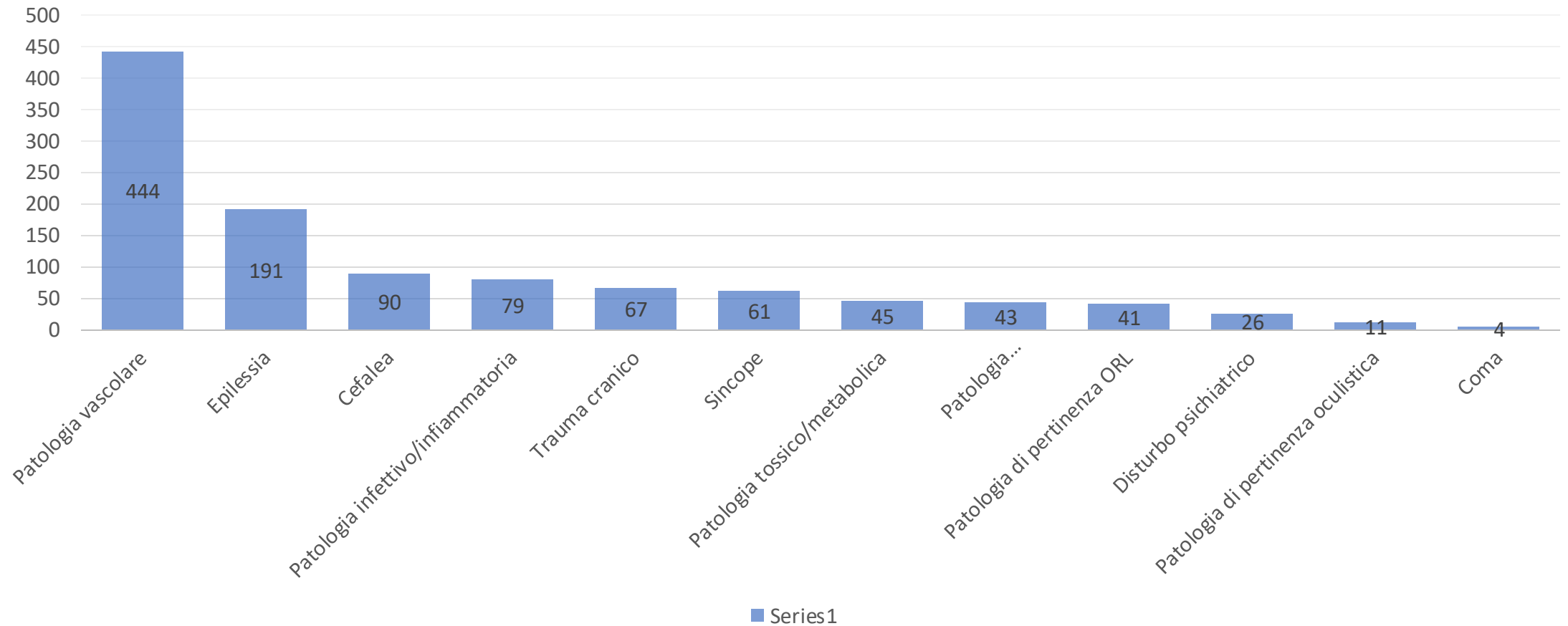
## Sintomi che hanno motivato l'accesso in PS

I sintomi più frequenti:

- deficit neurologici focali (23%)
- sospetta crisi epilettica (15%)
- cefalea (9%)
- Disturbi transitori di coscienza (8.8%)
- Vertigini/disturbi equilibrio (7.2%)
- Delirium/stato confusionale acuto (6.4%)
- Trauma cranico (6.3%)

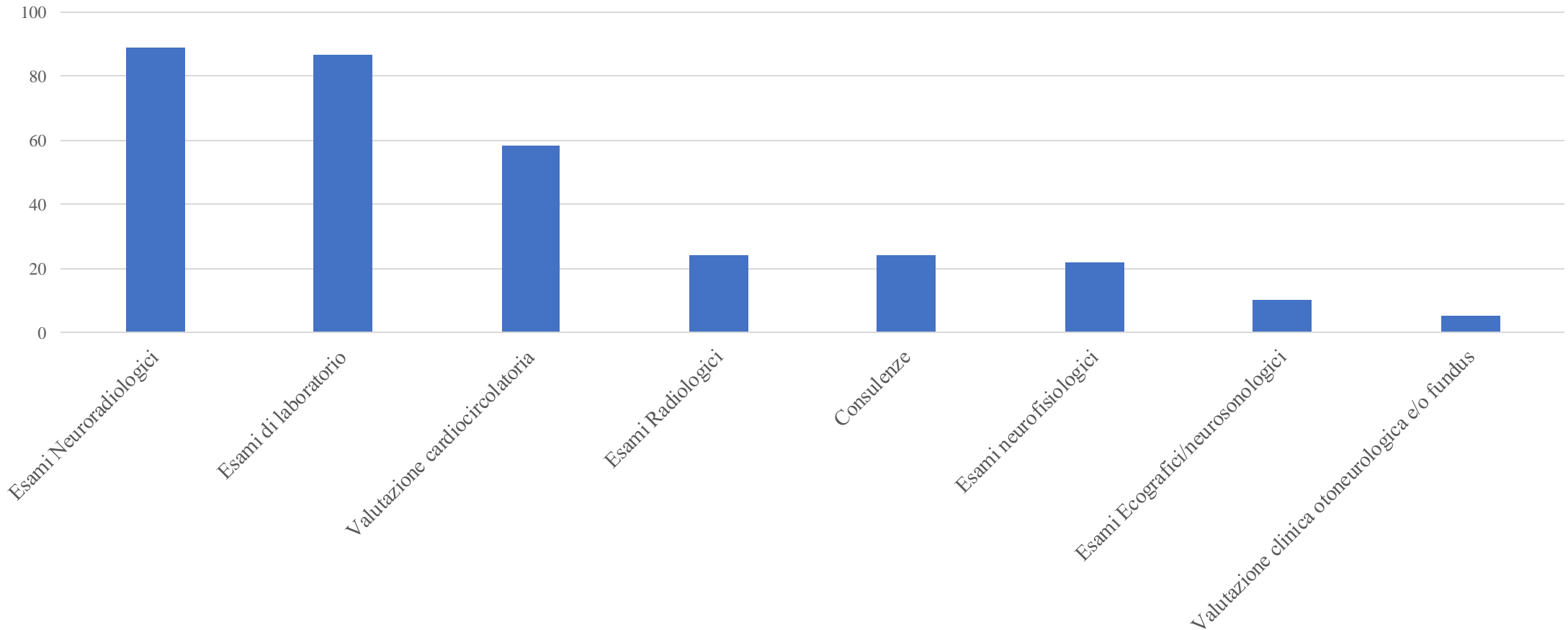


# Ipotesi diagnostica iniziale



- Patologia vascolare 40%
- Epilessia 17%
- Cefalea 8%

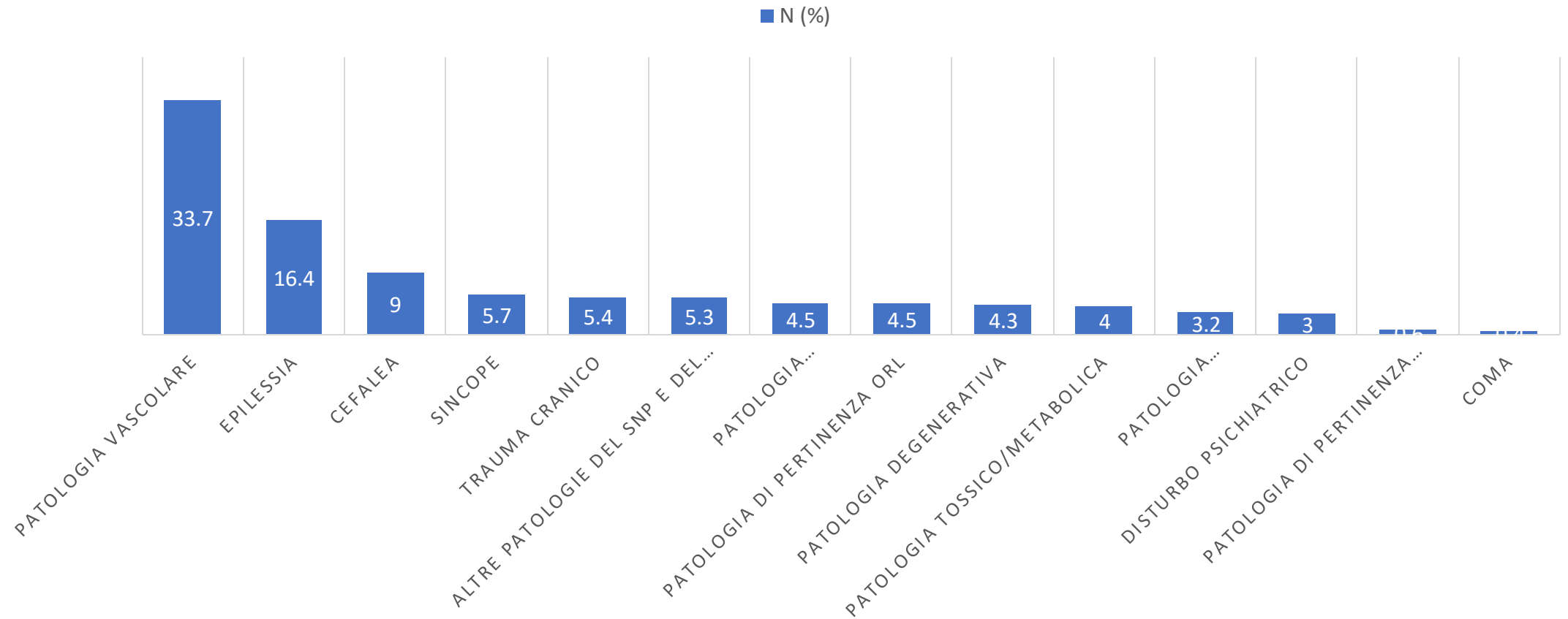
# Accertamenti in PS



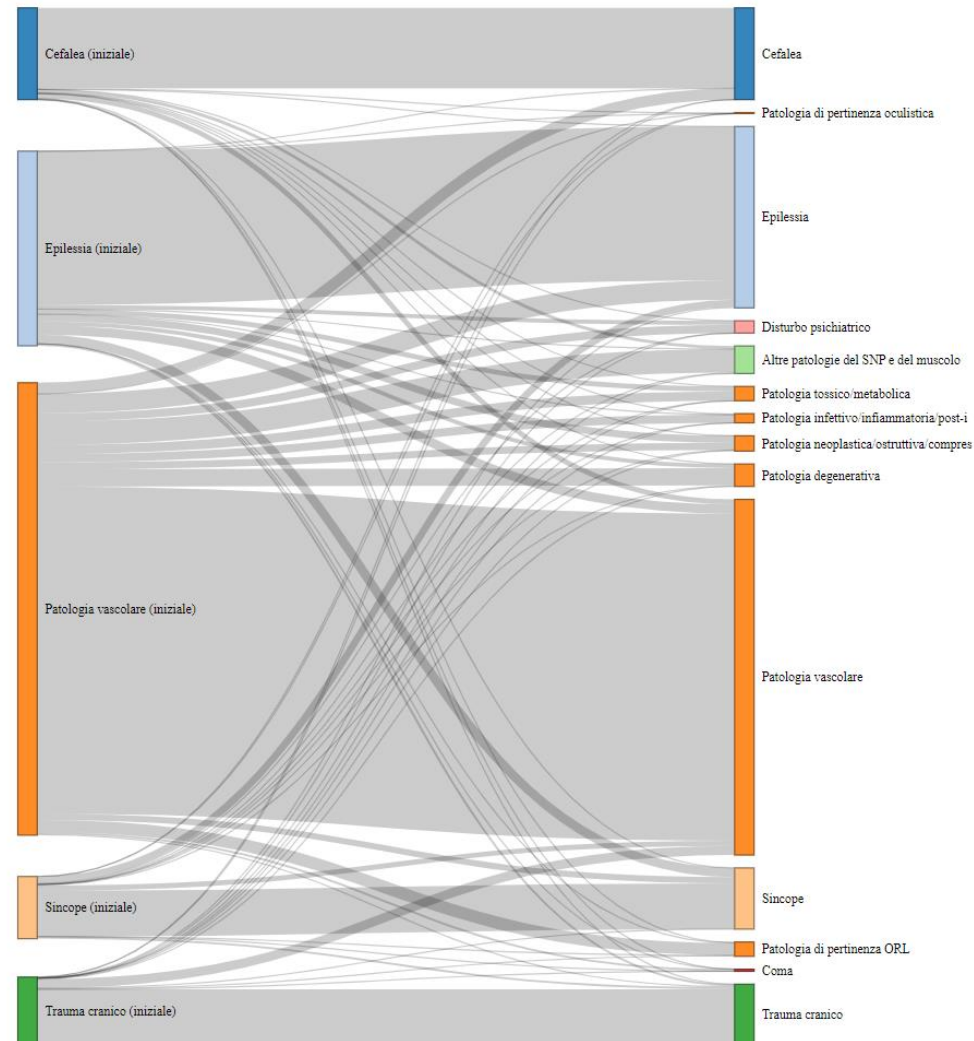
- 90% sottoposti ad almeno un esame neuroradiologico (soprattutto TAC encefalo) e un esame di laboratorio
- > 50% è stato sottoposto ad una valutazione cardiocircolatoria
- 25% è stato sottoposto a ad una consulenza (più frequente neurochirurgia) ed esami radiologici (soprattutto Rx torace)



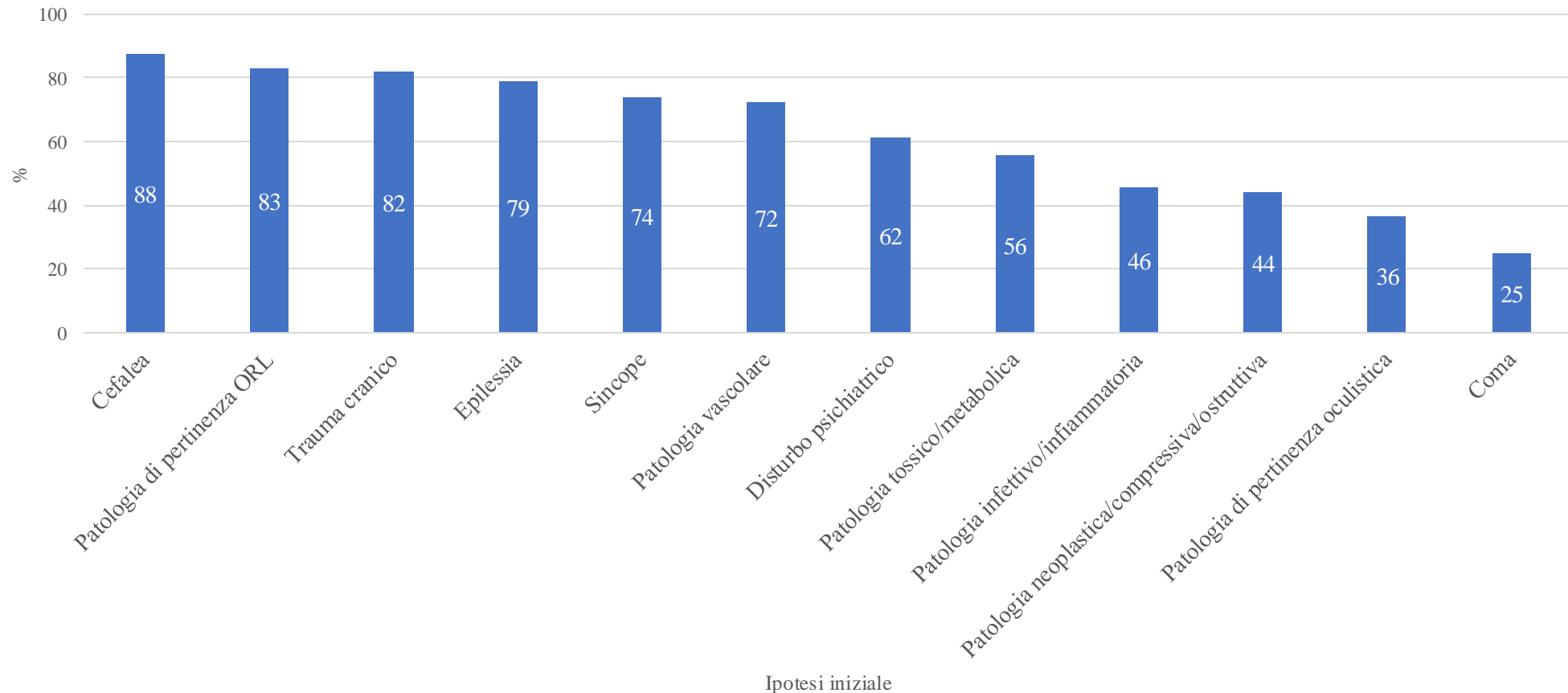
# Ipotesi diagnostica finale



# Analisi per singole ipotesi diagnostiche iniziali e differenze tra centri di I e II livello



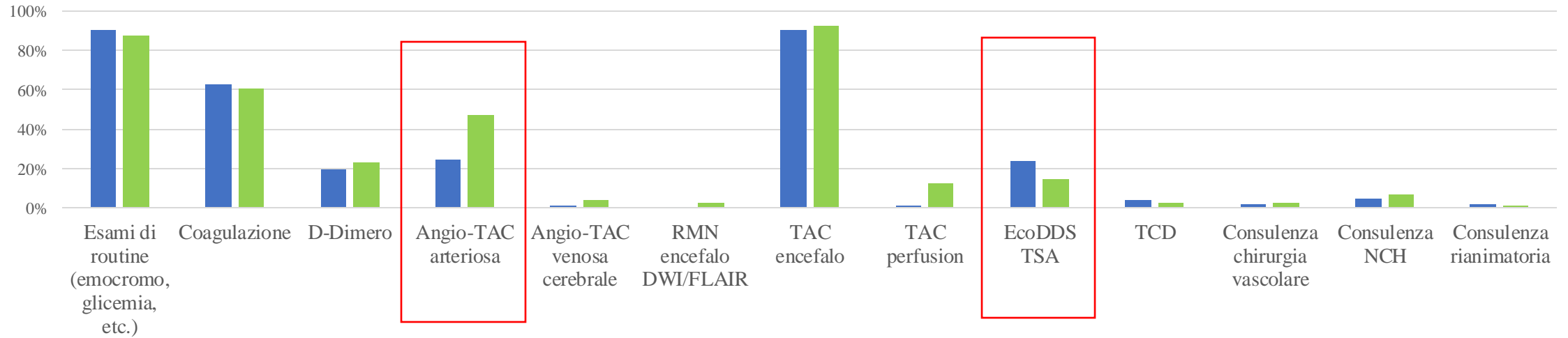
# Concordanza ipotesi iniziale e finale



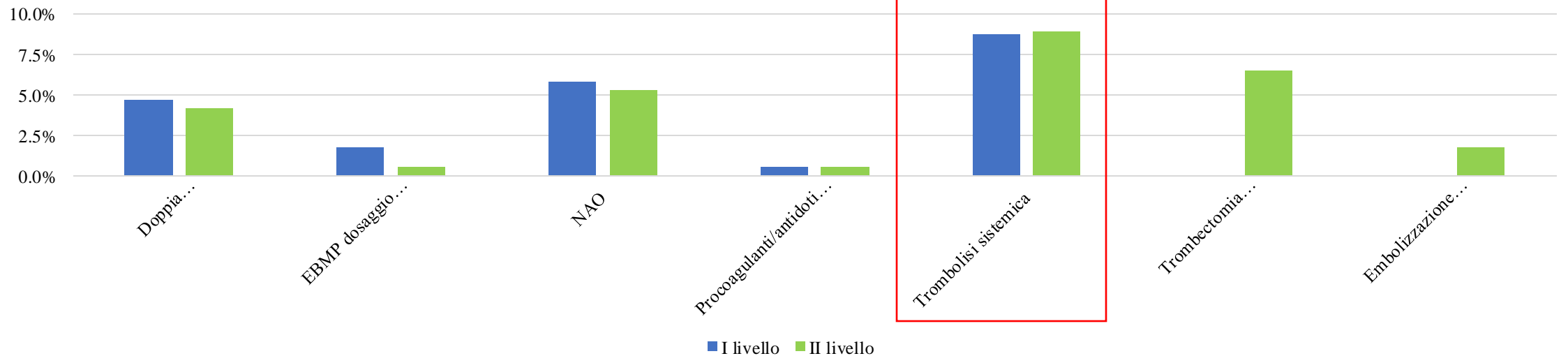
- La cefalea è la diagnosi iniziale che viene maggiormente confermata (88%), seguita da patologia di pertinenza ORL (83%) e trauma cranico (82%).
- Le ipotesi iniziali di coma viene invece modificate nel 75%

# Patologia vascolare

## Accertamenti

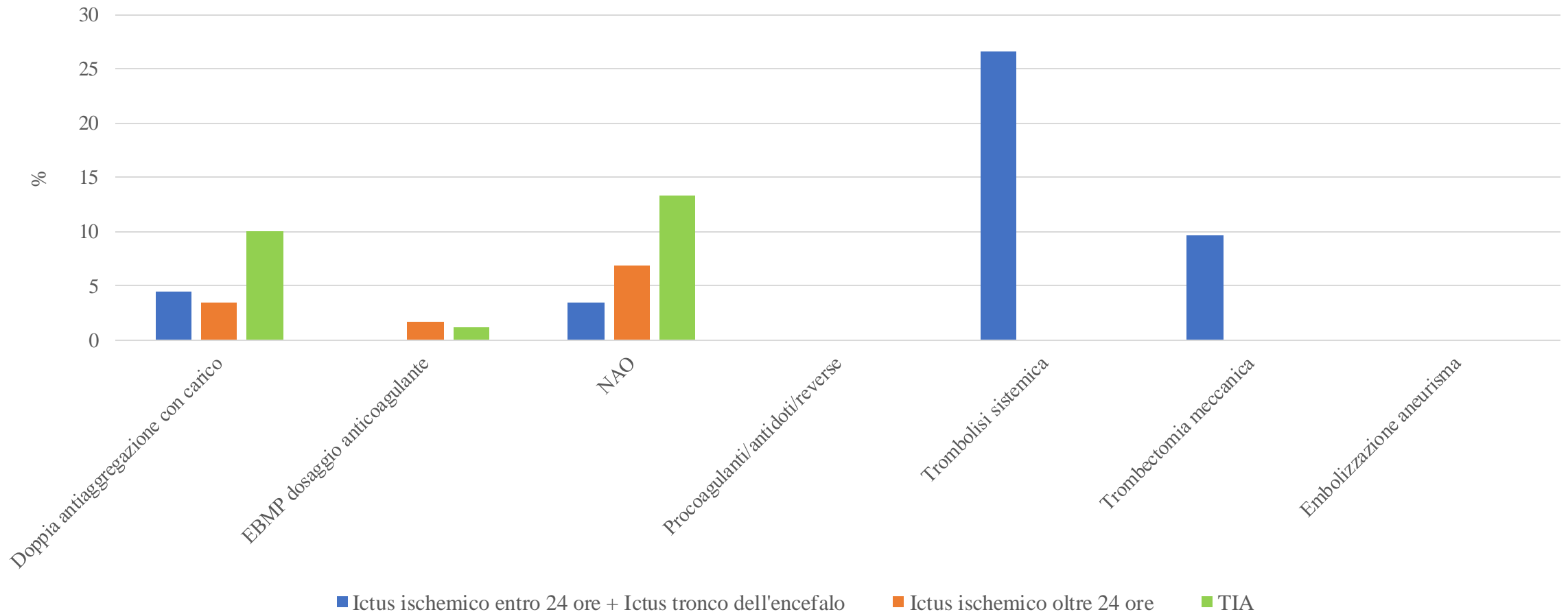


## Terapie

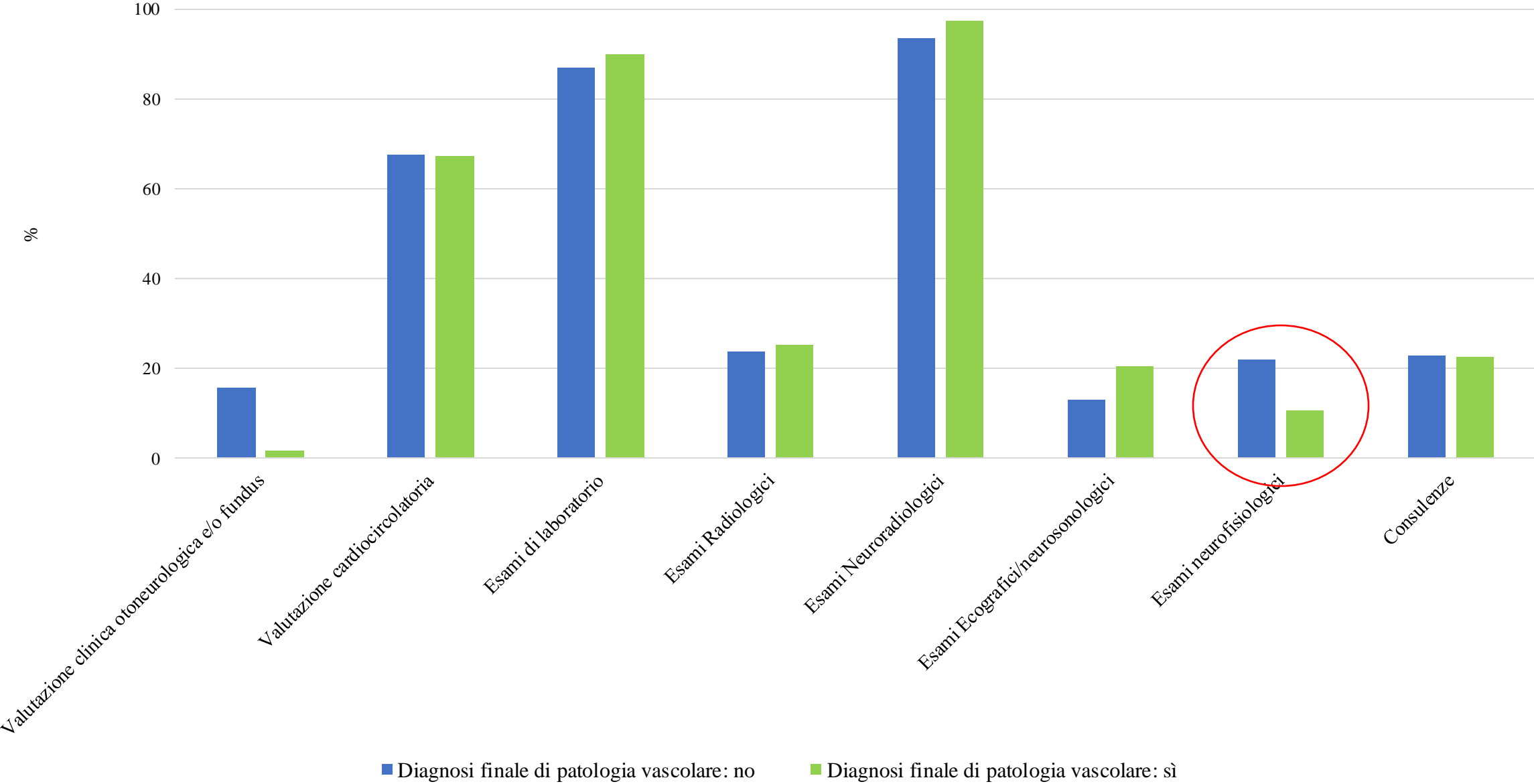


# Ictus ischemico acuto vs subacuto vs TIA

Terapia

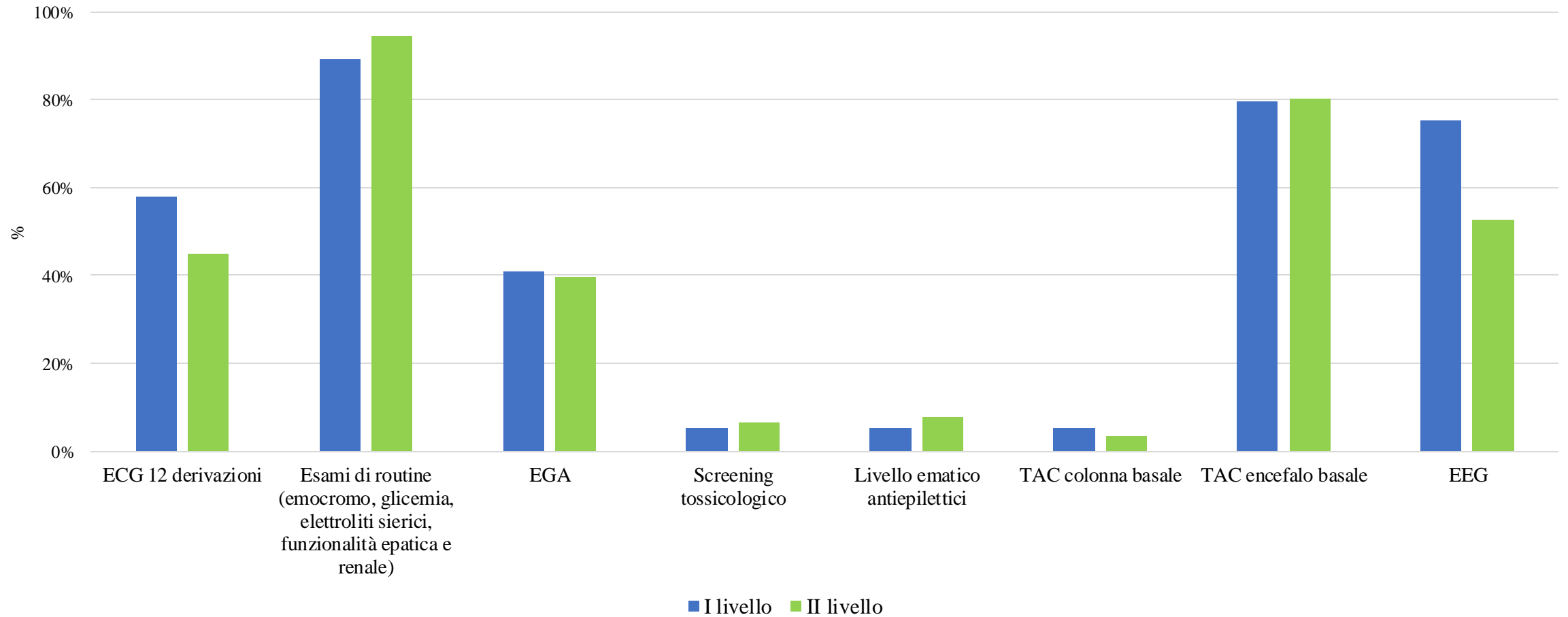


Accertamenti tra i pazienti con diagnosi iniziale di patologia vascolare

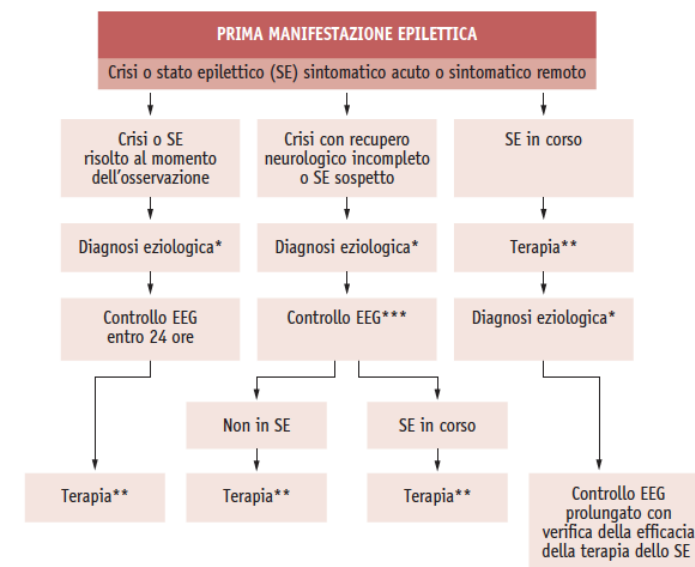
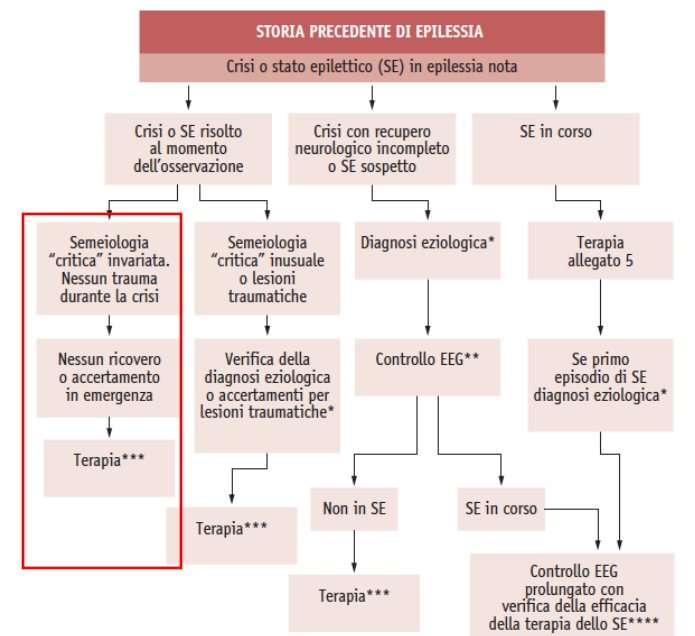
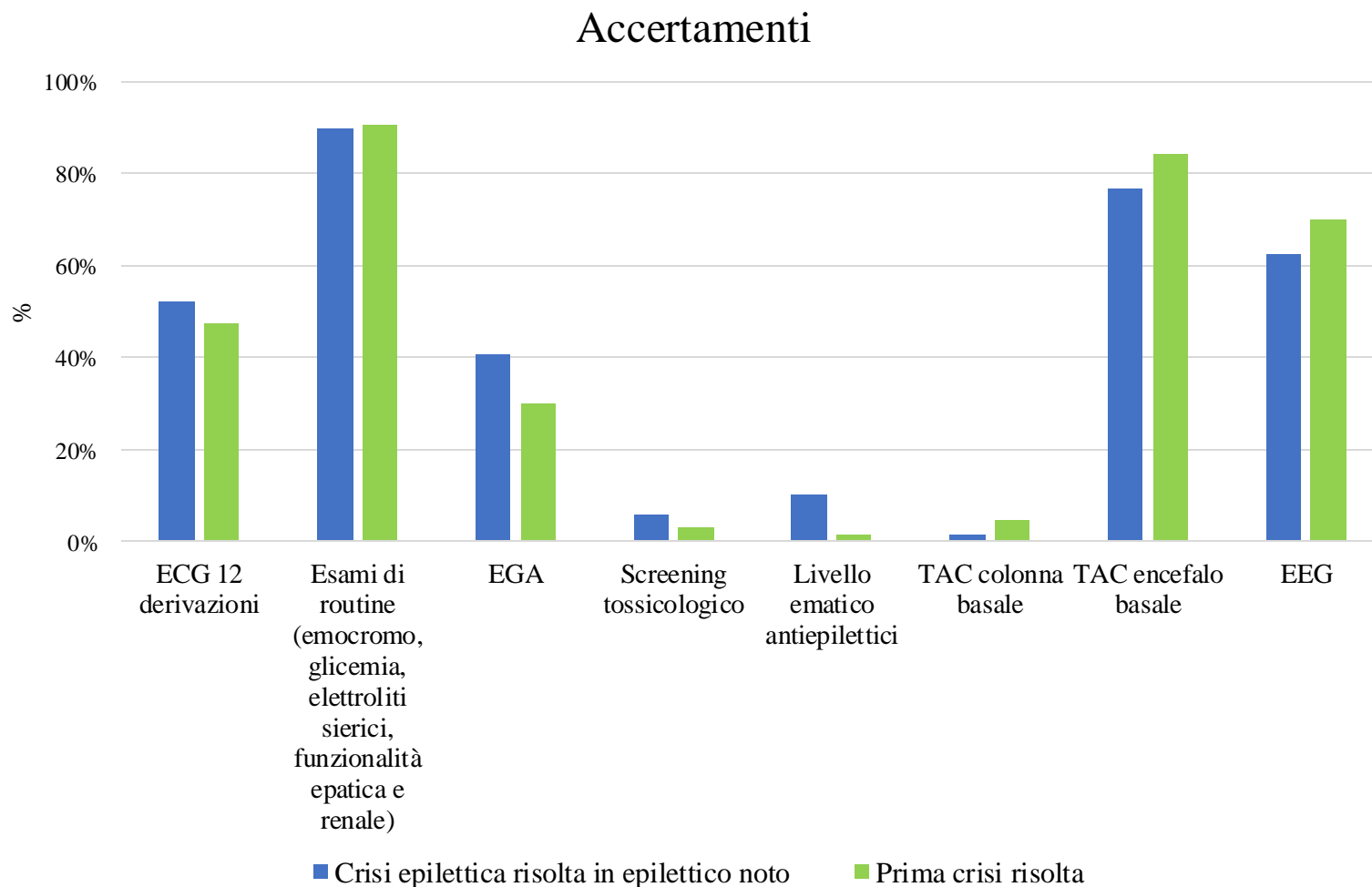


# Epilessia: I livello vs II livello

## Accertamenti



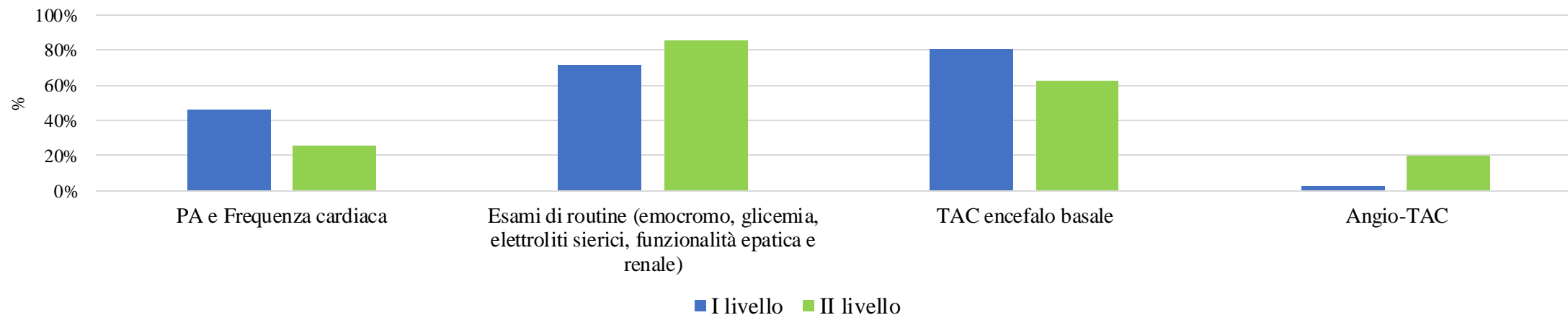
# Epilessia: Prima crisi vs epilessia nota



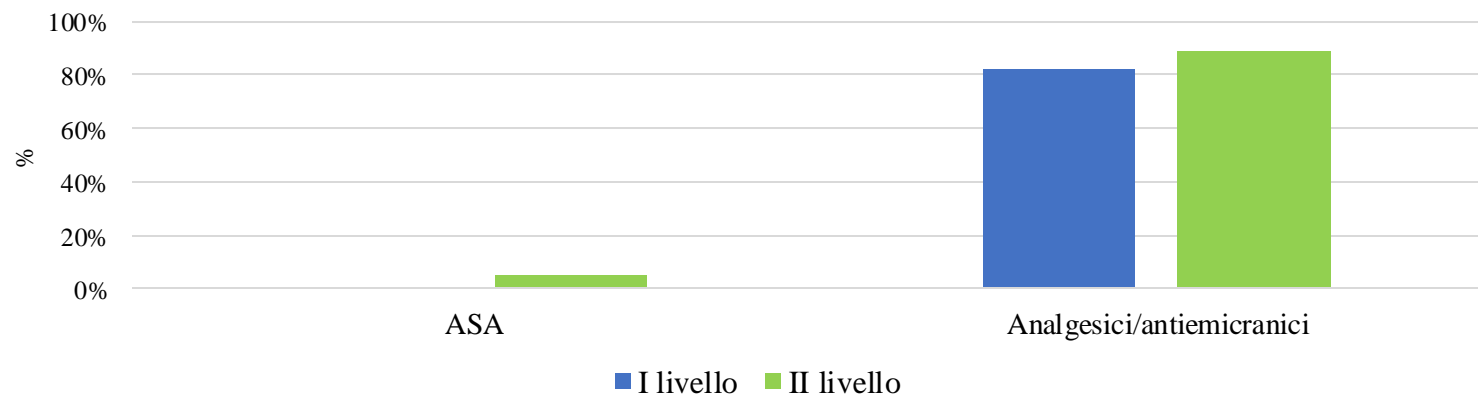


# Cefalea: I vs II Livello

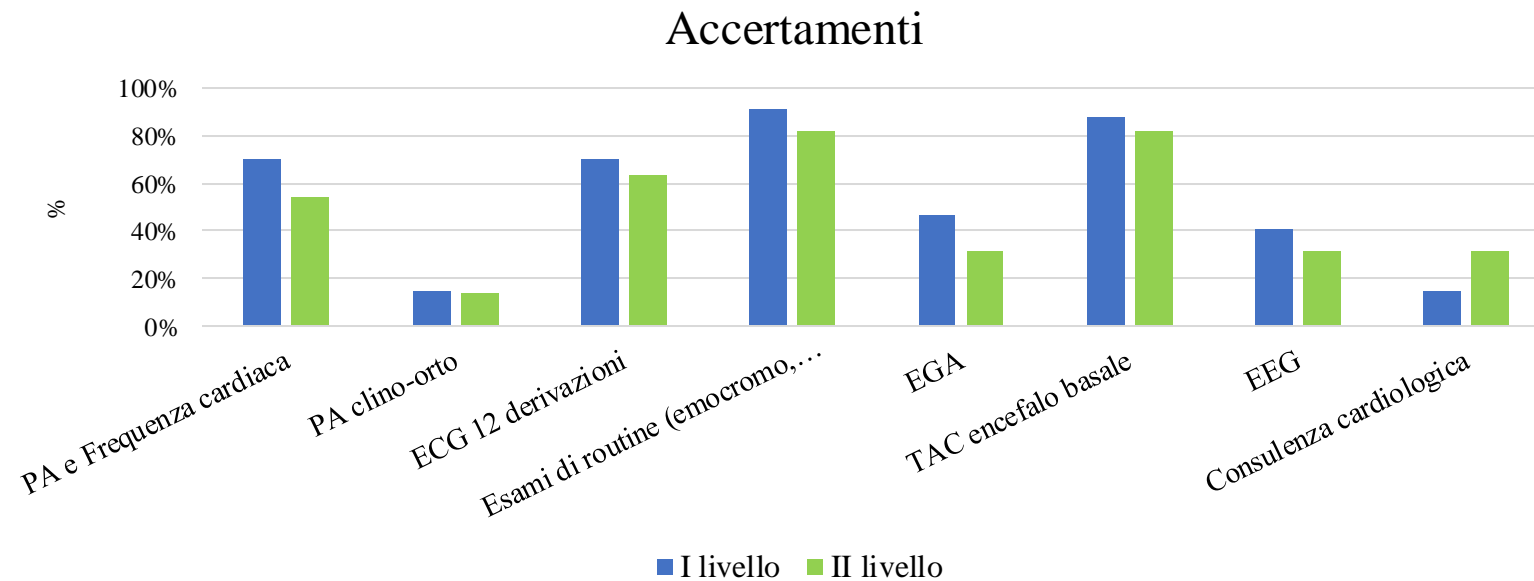
## Accertamenti



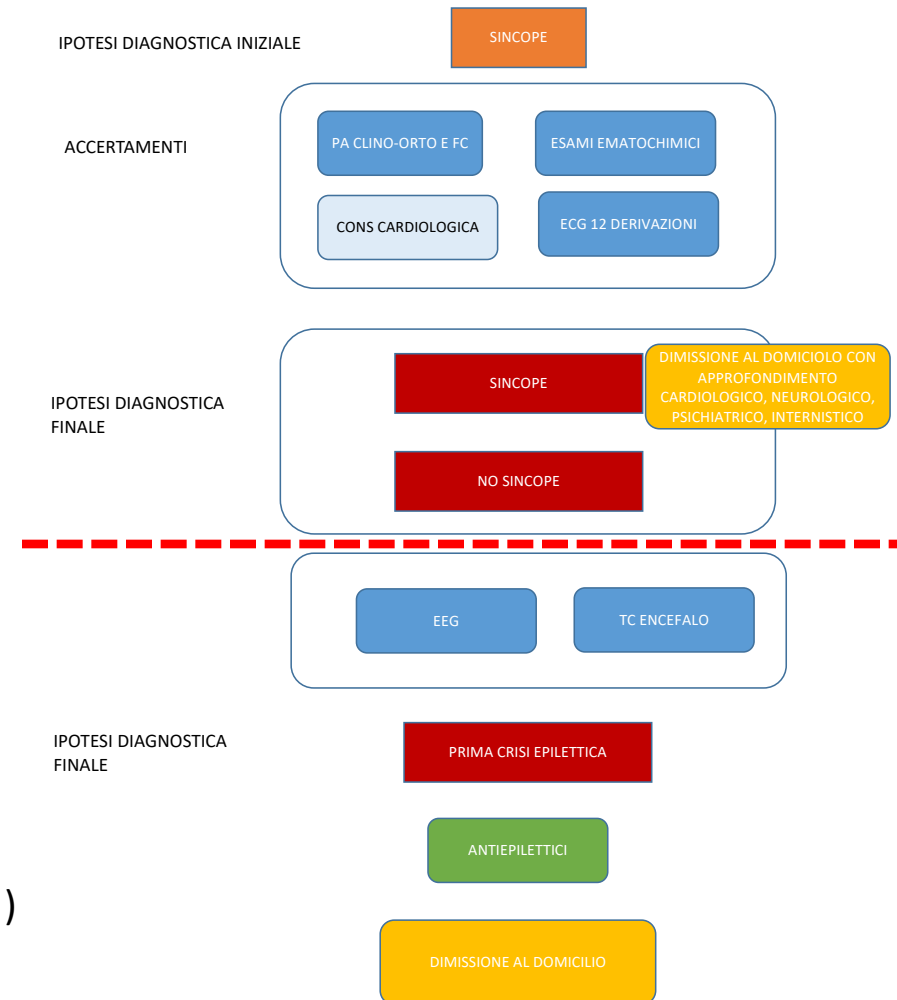
## Terapie



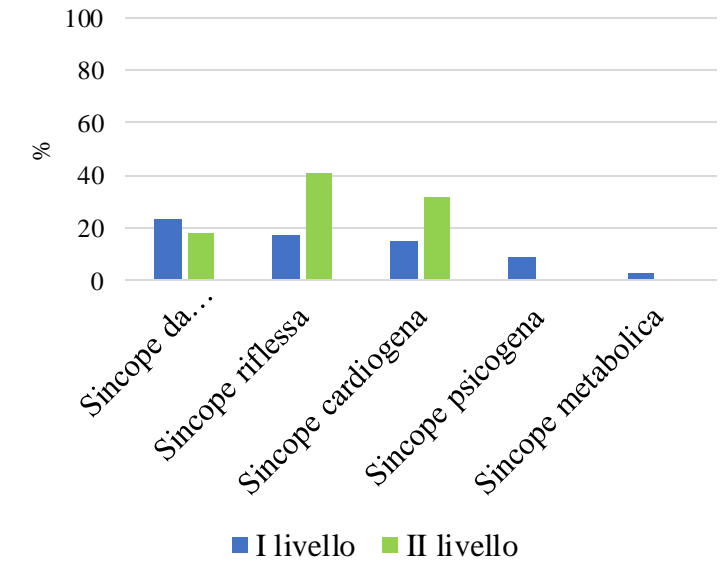
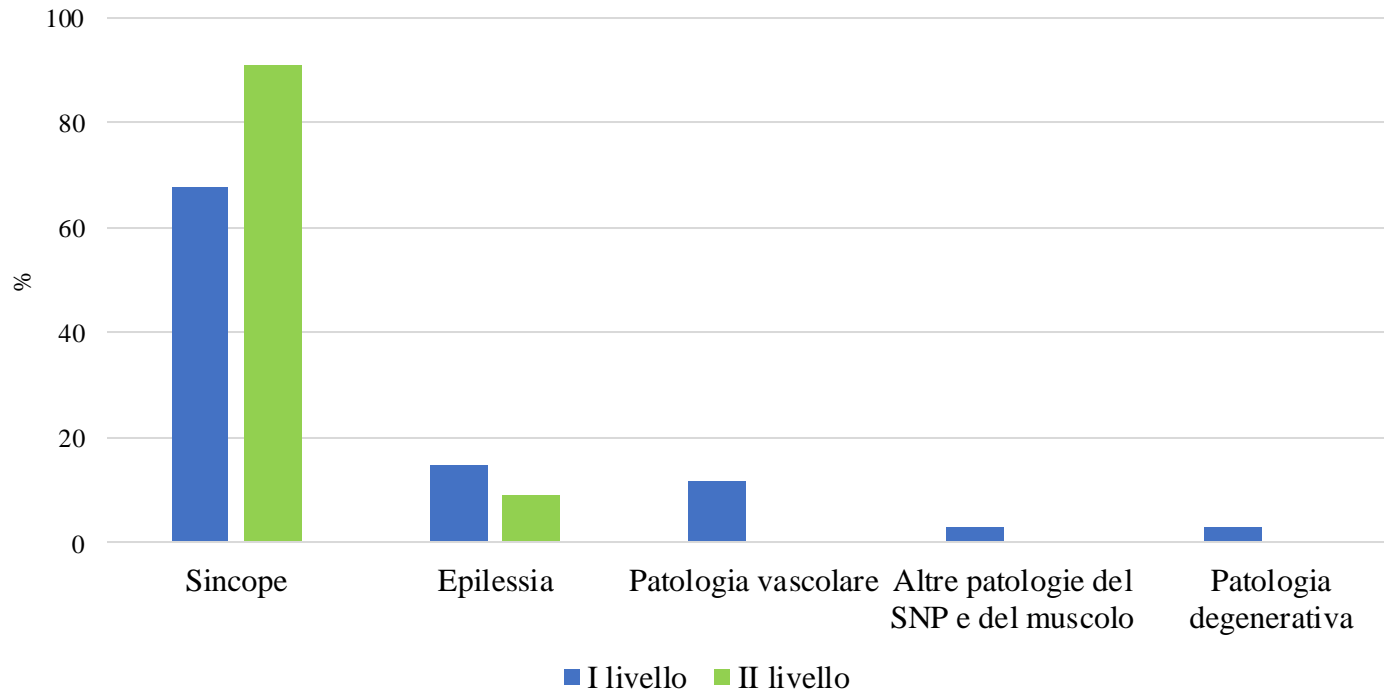
# Sincope: I vs II livello



- Più accertamenti nei DEA I livello (>80% esegue TC cranio, > 40 % EEG )
- Più consulenze cardiologiche nei DEA II

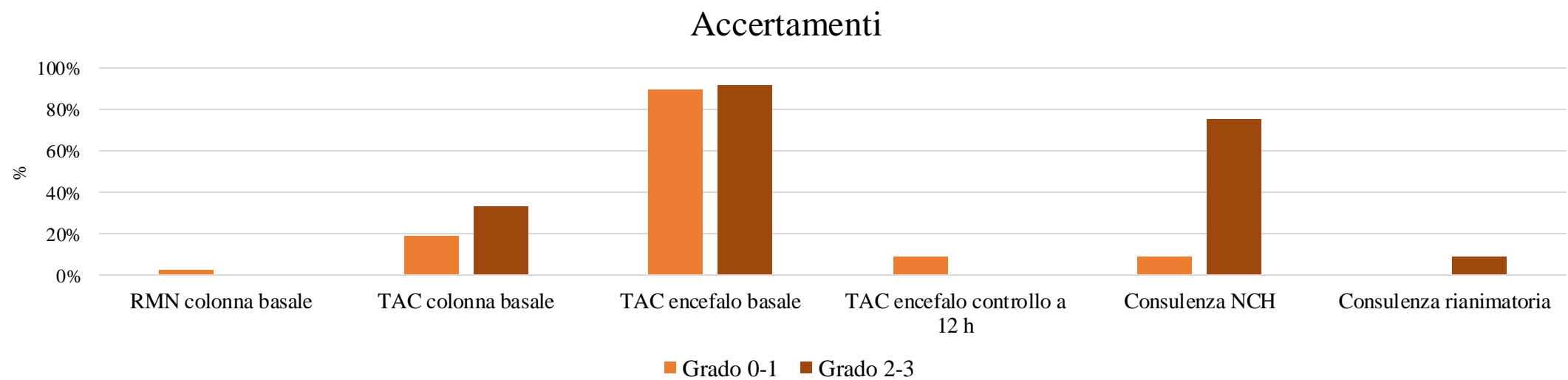
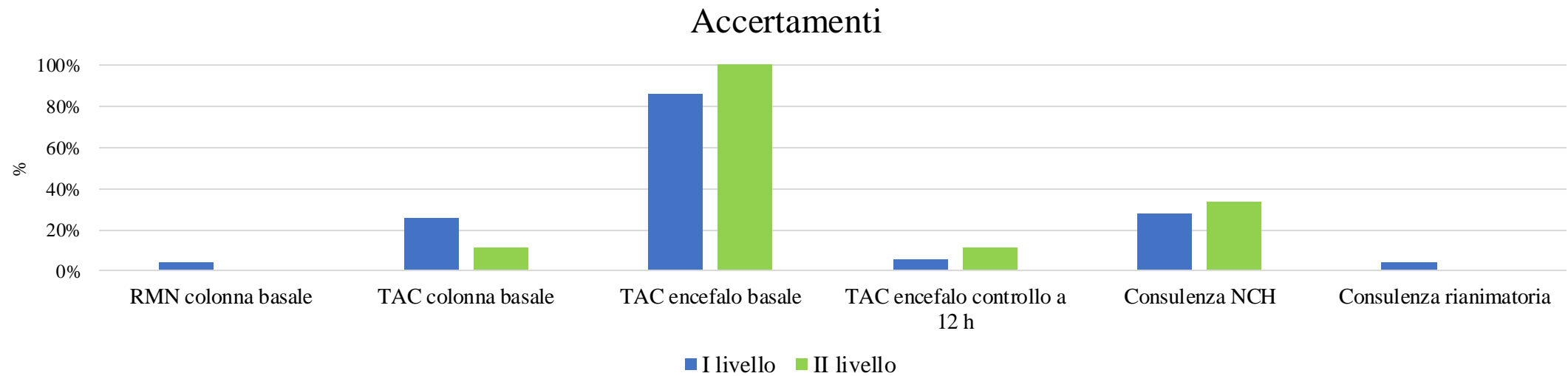


# Sincope: diagnosi di dimissioni da PS

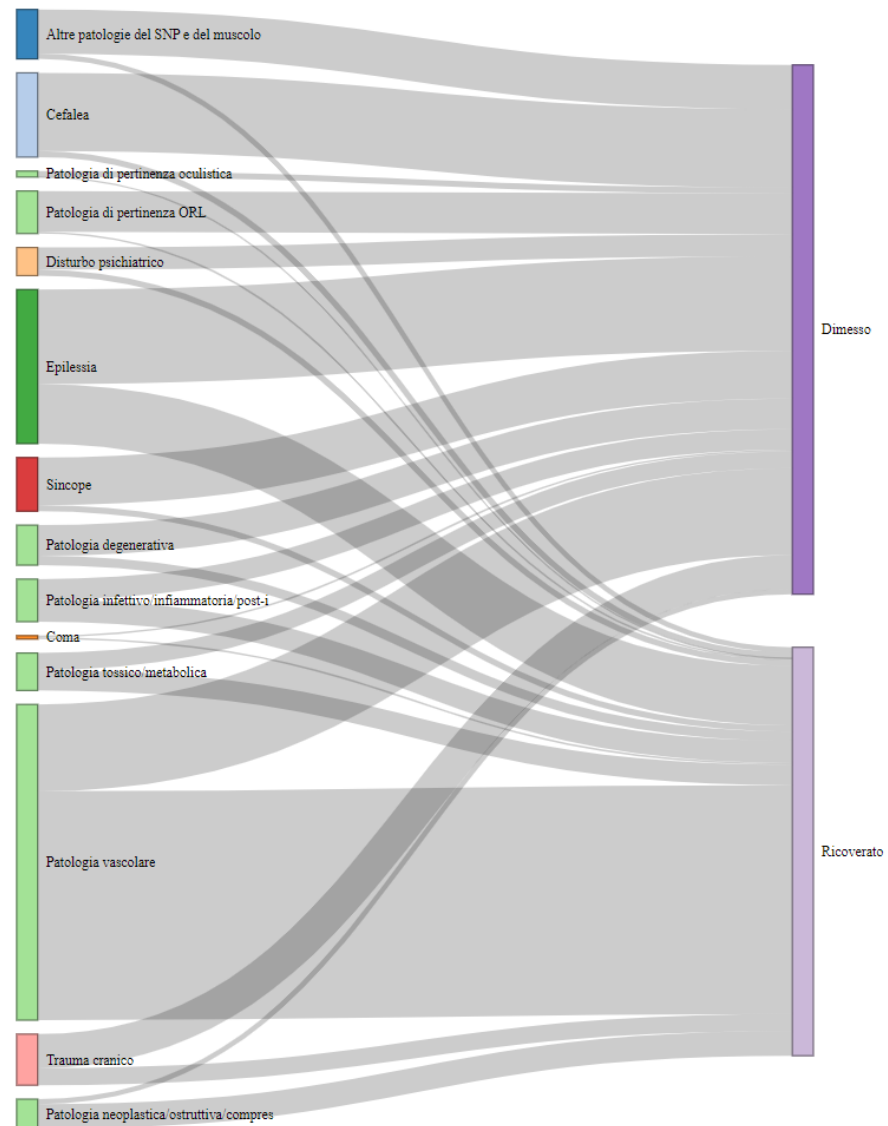


- La percentuale di pazienti a cui viene confermata la diagnosi iniziale di sincope è maggiore nei centri di II livello (68% vs 91%,  $p=0.044$ )
- Nei centri di II livello, la sincope riflessa è la diagnosi più frequente, seguita da sincope cardiogena e da sincope da ipotensione ortostatica.

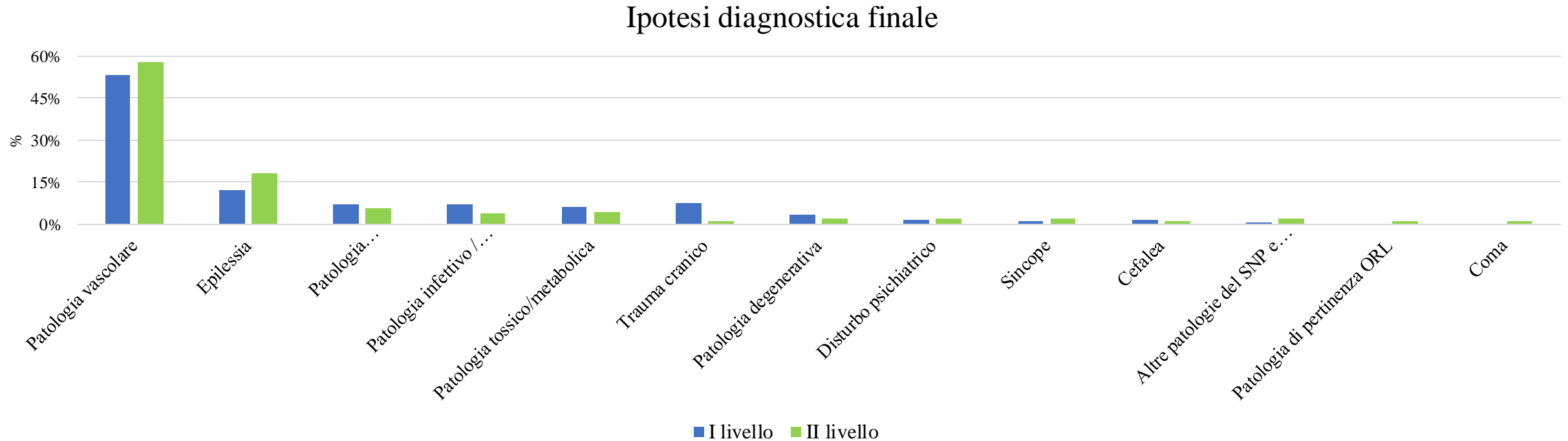
# Trauma cranico



# Dimissioni da PS

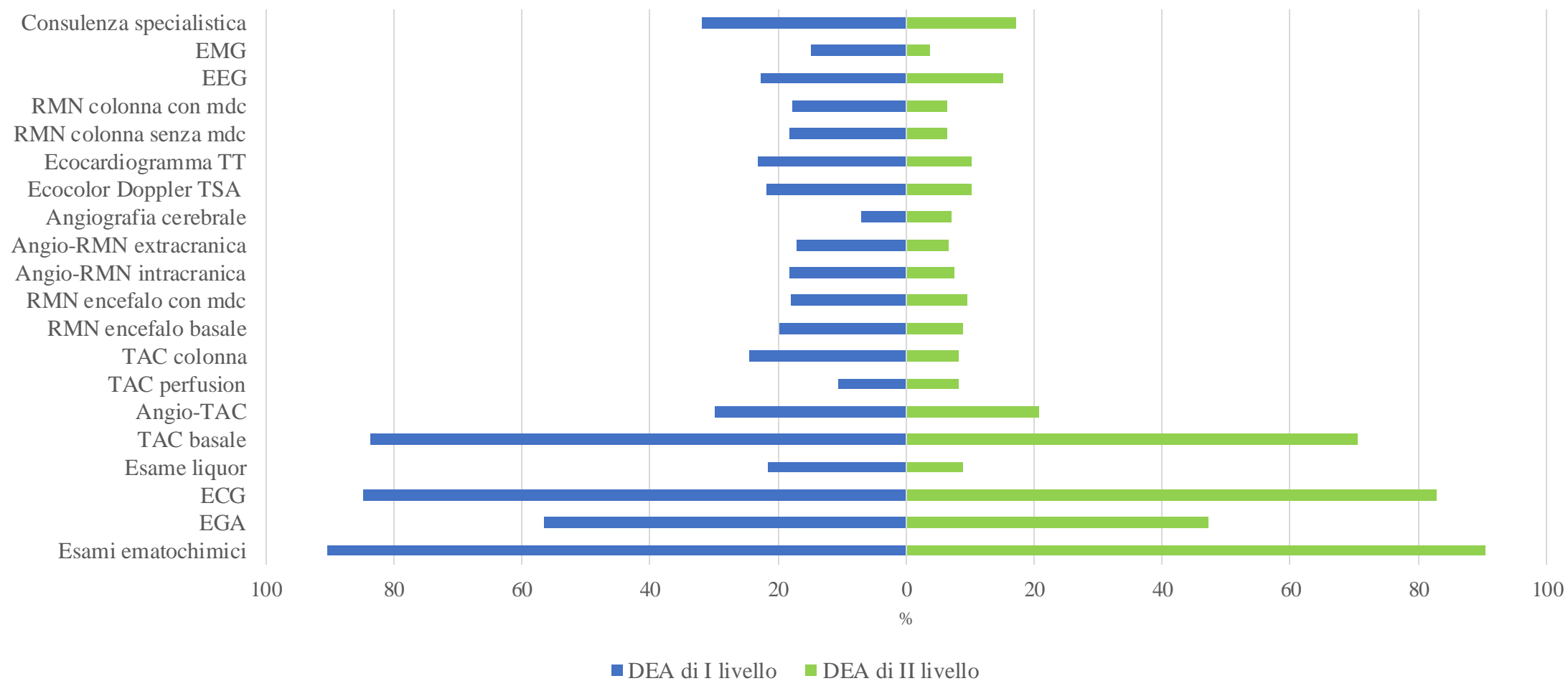


# Ricoveri in centri di I e II Livello

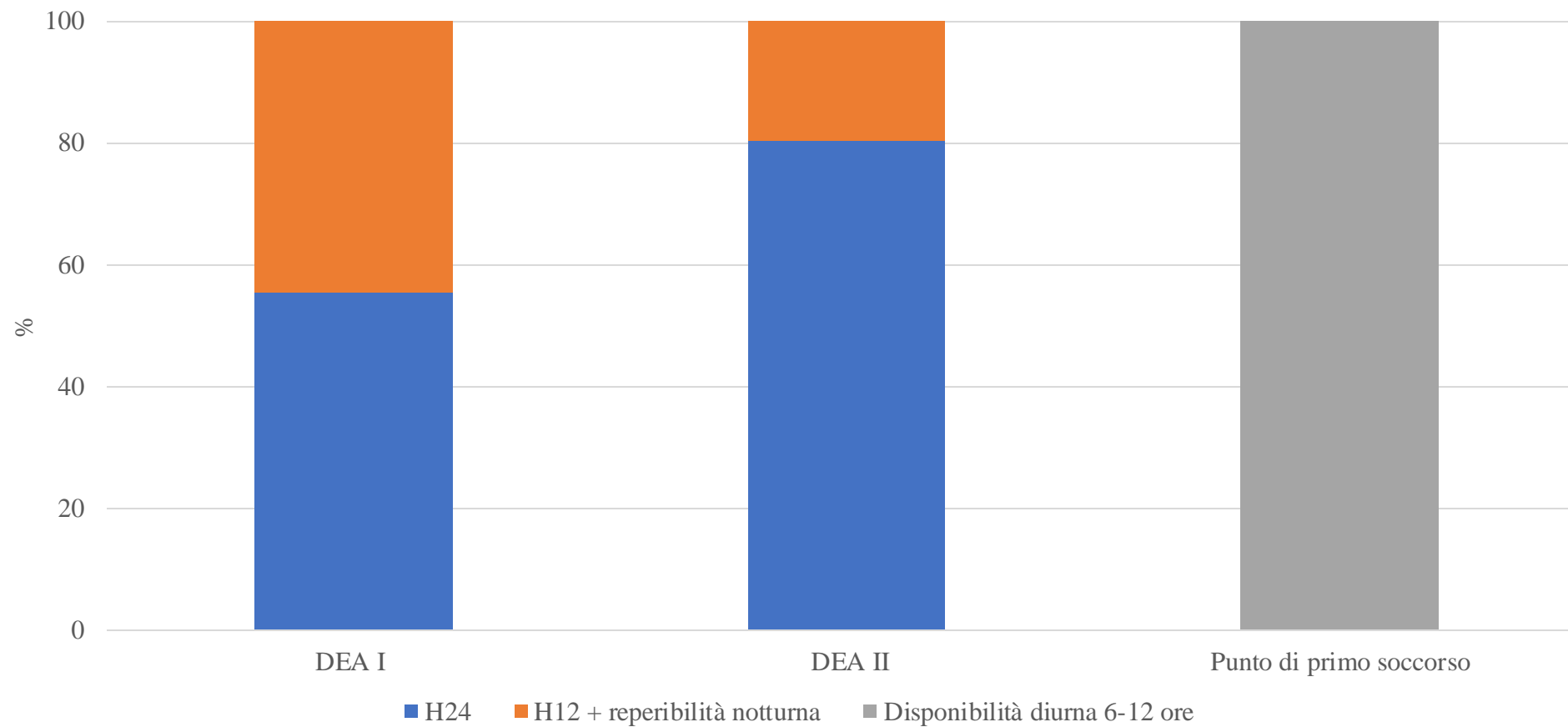


**Centri di I livello:** più pz ricoverati con trauma cranico, patologia tossico metabolica, infettivo-infiammatoria, neoplastica meno con patologia vascolare ed epilessia che sono più frequenti nel II livello.

# Disponibilità accertamenti DEA I vs II livello

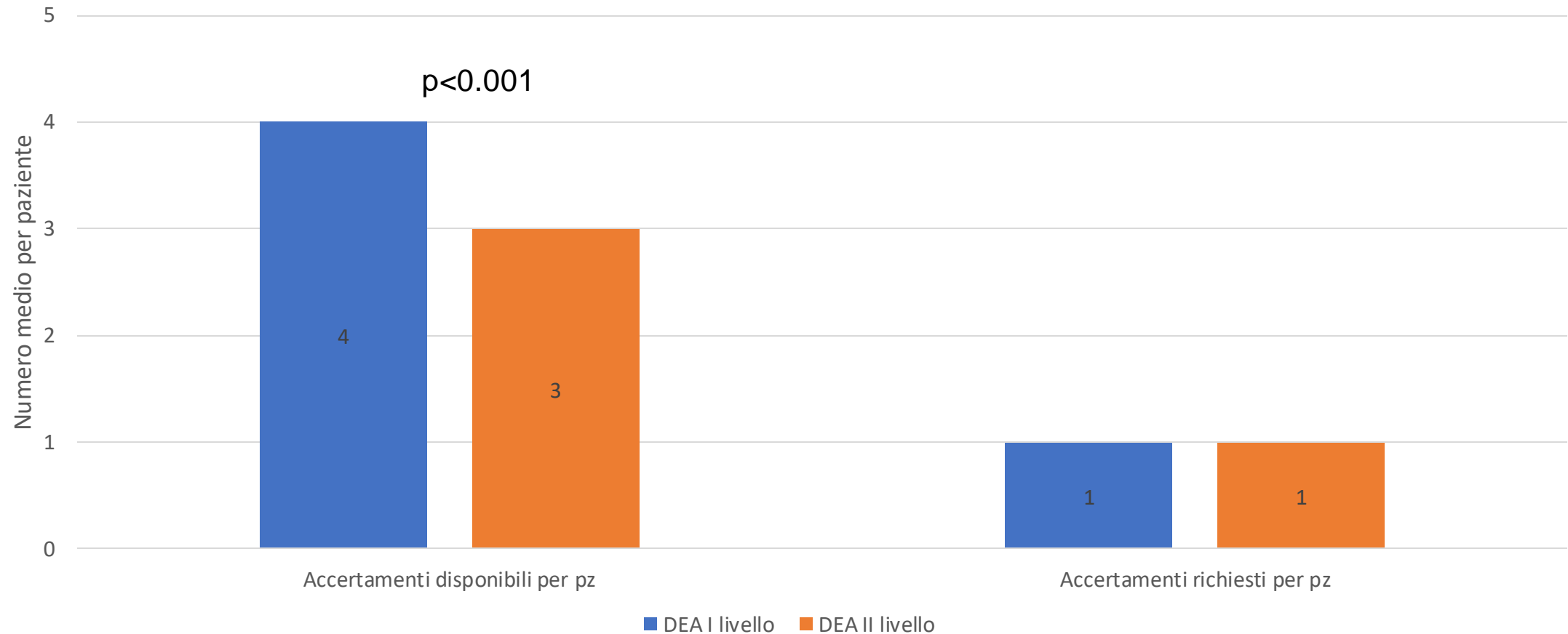


# Presenza del neurologo





# Accertamenti già effettuati all'arrivo del neurologo e esami richiesti



# Conclusioni

- Analizzare e valorizzare il lavoro del Neurologo in PS
- Disomogenea implementazione dei PDTA per le urgenze neurologiche non vascolari -> rischio inappropriatelyzza -> gestione risorse
- Aumentare la presenza del Neurologo nei DEA di I Livello
- **NeuWeek 2024**: *Settimana di raccolta dati sulla gestione in PS di una singola patologia neurologica*

# Ringraziamenti

- A tutti i centri che hanno partecipato al NeuDay e che parteciperanno alla NeuWeek
- Federico Rea, statistico medico, Università di Milano-Bicocca

