

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: Percorso diagnostico terapeutico della presa in carico del paziente con Epilessia nel territorio della ASL Roma1

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: L'Estensore:Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.62 pagine di cui n. 58 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Quintavalle

IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10 gennaio 2025, avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I" con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I, il Dott. Giuseppe Quintavalle;

VISTO nelle more della sua completa attuazione che avverrà con opportuna gradualità l'Atto di Autonomia Aziendale adottato con Delibera n. 377 del 04/04/2025, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 8 maggio 2025 e pubblicata sul BURL n. 38 del 13/05/2025;

VISTA la Deliberazione 138 del 25/02/2025 avente ad oggetto: "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

VISTA la Determinazione G15691/2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità"

VISTA la Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022 n. 643 "Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del citato provvedimento"

VISTA la Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022"

PREMESSO che la ASL Roma I propone un approccio integrato per affrontare le minacce per la salute secondo il Modello One Health e che il PDTA rappresenta uno strumento per realizzare tale modello in quanto percorso di presa in carico del Paziente globale per ogni bisogno assistenziale del paziente dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico

RITENUTO che il PDTA si prefigge di garantire:

- la facilità del paziente nell'accesso alle cure;
- un percorso diagnostico fluido ed efficace;
- l'impostazione tempestiva della terapia;
- la presa in carico dello specifico bisogno di salute nel tempo

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e ss.mm.ii. nonchè alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e ss.mm.ii,

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale;
- Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;
- Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile
del procedimento
Dr.ssa Domenica Patrizia Sposato
FIRMATO
DIGITALMENTE

Il Direttore di Area Direzione Ospedaliera
Dr.ssa Patrizia Magrini
FIRMATO
DIGITALMENTE

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii.
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione n. T00006 del 10 gennaio 2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente della Struttura proponente in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Dirigente della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

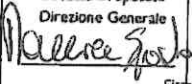
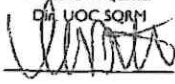
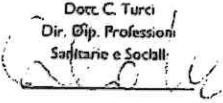
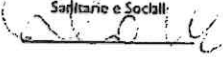
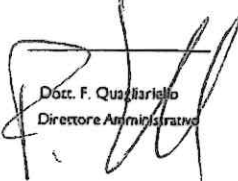
DELIBERA

- di adottare il “ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della presa in carico del paziente con Epilessia nel territorio della Asl Roma I ed i relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile del procedimento provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle

ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I	 REGIONE LAZIO	
	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON EPILESSIA NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA I	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 1 di 58

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
05/12/2025	Rev.0	Per il GdL Dott.ssa D. Sposato Direzione Generale 	Dott.ssa P. Magnini Dir. Area di Direzione Ospedaliera  Dott.ssa M. Quintili Dir. UOC SQRM  Dott.ssa M. C. Alavista Direttore UOC Neurologia Firmato digitalmente da: MARIA CONCETTA ALAVISTA Organizzazione: ASL Roma 1 Data: 29/12/2025 10:00:20  Dott. C. Turci Dir. Dip. Professioni Sanitarie e Sociali 	 Dott. G. Quintavalle Direttore Generale  Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale  Dott. F. Quarriello Direttore Amministrativo

Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Ruolo / Unità Operativa
Marta Piccioli- <i>Responsabile del PDTA</i> M.aria Concetta Altavista Carla Gualandi Umberto Perugino Luigi Polidori Leda Volpi Mariangela Foschini	UOC Neurologia
Yuri Novino	Case Manager
Mario Bosco Antonella Sgrambiglia Anna Giberti	UOC Anestesia/Rianimazione ASL Roma I
Massimo Magnanti Veronica Russo Luigina Di Benedetto Chiara Sabatino	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza PO SFN
Maria Paola Saggese	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza PO SS
Donatella Pantoli	UOC Radiologia Polo Oftalmico/S. Anna
Alessio Agostini	UOC Pneumologia PO SFN
Andrea Campoli Claudia Felici Ombretta Papa	Medico di Medicina Generale
Dott.ssa Stefania Greghini	Resp. Funzione Organizzativa Risk Management – UOC SQRM
Domenica Patrizia Sposato Giovanna Carluccio	Direzione Generale

INDICE

GLOSSARIO	4
1. PREMESSA	4
2. SCOPO	6
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
3.2 PERCORSO TERRITORIALE.....	9
4. PERCORSO IN EMERGENZA-URGENZA.....	12
4.2 CRITERI DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO	12
4.2. MATRICI DI RESPONSABILITÀ.....	16
5. ACCESSO DEL PAZIENTE IN AMBULATORIO	21
5.2 PAZIENTE IN ATTESA DI DIAGNOSI CON IMPEGNATIVA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER PRIMA VISITA NEUROLOGICA.....	21
5.3 PAZIENTE PRESO IN CARICO CON DIAGNOSI DI EPILESSIA.....	22
5.4 PAZIENTE CON PRIMA DIAGNOSI DI EPILESSIA EFFETTUATA IN PRONTO SOCCORSO	23
5.5 PAZIENTE CON DIAGNOSI DI EPILESSIA CHE EFFETTUA L'ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO	24
5.6 PAZIENTE CON DIAGNOSI DI EPILESSIA DEFINITA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO	24
6. ESAMI DIAGNOSTICI.....	24
6.2 EEG.....	24
6.3 NEUROIMMAGINI.....	25
6.3.1 TC CRANIO	25
6.3.2 RM ENCEFALO.....	26
6.3.3 ESAMI DI LABORATORIO	27
7. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO	27
8. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE.....	28
9. APPLICABILITÀ, SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	28
10. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	29
10.2 COMPITI DEL COORDINATORE.....	29
11. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	30
12. ALLEGATI	32

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 3 di 58
---	----------------	-----------------------	--------------

GLOSSARIO

BSE	Bedside Swallowing Evaluation
ASM	Antiepilettici Di Sintesi Moderna
CR	Centro Rianimazione
EEG	Elettroencefalogramma
ILAE	Lega Internazionale Contro l'Epilessia
NRM	Nuovo Regina Margherita
PE	Potenziali Evocati
PSMU	Pronto Soccorso E Medicina 'Urgenza
RMN	Risonanza Magnetica
SE	Stato Epilettico
SENC	Stato Epilettico Non Convulsivo
SER	Stato Epilettico Refrattario
SFN	San Filippo Neri
SMP	Santa Maria Della Pietà
SS	Santo Spirito
SUDEP	Sudden Unexpected Death In Epilepsy
TIPO	Terapia Intensiva Post-Operatoria

I. PREMESSA

L'impatto sulla qualità di vita, le possibili drammatiche conseguenze della malattia e delle sue manifestazioni acute, le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche impongono la necessità di adottare uno specifico percorso diagnostico-terapeutico per le persone affette da epilessia:

circa il 5% della popolazione presenta almeno una crisi epilettica non febbrile nell'arco dell'esistenza, mentre la prevalenza dell'epilessia è dell'ordine di 5–10 casi ogni 1.000 persone; l'incidenza annuale

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 4 di 58
---	----------------	-----------------------	--------------

di nuove crisi, comprese le sintomatiche acute, è dell'ordine di 100 casi per 100.000, mentre la frequenza si riduce a 80 casi per 100.000 considerando solo le crisi non provocate, criptogeniche o sintomatiche remote, isolate o ripetute.

Stimando una popolazione di circa un milione di abitanti nella nostra ASL, possiamo attenderci una prevalenza di circa 7000 persone affette, con 500 nuovi possibili casi all'anno.

L'epilessia può esordire durante l'intero arco della vita, con due picchi di incidenza nelle prime due decadi di vita e dopo i 65 anni. La mortalità nei pazienti affetti da epilessia è maggiore rispetto a quella della popolazione generale, anche nelle forme idiopatiche, cioè non causate da un'altra documentabile patologia del sistema nervoso, con un rapporto standardizzato di mortalità di 1,5. La mortalità è maggiore nei due anni successivi alla prima crisi, in modo dipendente dall'eziologia.

Oltre alle cause correlate all'eziologia (neoplasie, infezioni, etc), ve ne sono altre dipendenti dall'epilessia stessa, in modo diretto o indiretto. Le cause indirette comprendono gli incidenti dovuti alle crisi stesse, la polmonite *ab ingestis*, la tossicità da farmaci, il suicidio. Le cause specifiche, direttamente dipendenti dall'epilessia, sono rappresentate dallo stato epilettico e dalla SUDEP (*sudden unexpected death in epilepsy*: morte improvvisa e inspiegabile dei pazienti con epilessia), evento verosimilmente dovuto a depressione respiratoria post-critica e/o aritmie indotte dalla crisi, che interessa una percentuale variabile di pazienti (>5%).

La Lega Internazionale contro l'Epilessia (ILAE) ha proposto una classificazione dell'epilessia, incentrata sulla semeiologia delle crisi, se ad esordio focale, generalizzato o non noto. La diagnostica è fondamentale per riconoscere quali pazienti risponderanno alle terapie farmacologiche e quali saranno farmacoresistenti (circa il 30% delle persone con epilessia). Tale inquadramento consente l'invio della persona con epilessia alle cure adeguate, fino eventualmente alla terapia chirurgica.

L'ampia disponibilità di farmaci anticrisi permette al neurologo la possibilità di scegliere il farmaco o la combinazione di essi più adeguata per ogni paziente, in considerazione dell'età, della comorbidità, dell'attività lavorativa, compliance, etc.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 5 di 58
---	----------------	-----------------------	--------------

Tabella I prestazioni anni 2023 e 2024 SFN e NRM

PO SFN	ANNO 2023	ANNO 2024
	PRESTAZIONI	PRESTAZIONI
I° visite	228	255
Controlli	402	449
PO NRM	ANNO 2023	ANNO 2024
	PRESTAZIONI	PRESTAZIONI
I° visite	146	94
Controlli	91	171

2. SCOPO

Ottimizzazione del percorso assistenziale del paziente con epilessia dall'accesso al Pronto Soccorso, con la eventuale osservazione in OBI, al percorso ambulatoriale, secondo i LEA e le linee guida, così da inviare i pazienti direttamente in ambulatorio o in regime di ricovero.

Il presente PDTA è rivolto alle persone con epilessia con almeno 16 aa di età, rinviando alle strutture competenti i pazienti di età inferiore. Lo scopo è offrire alle persone con epilessia la miglior cura ed una presa in carico da parte degli specialisti della ASL Roma I. Il paziente con epilessia accederà al percorso o attraverso i DEA del PO San Filippo Neri o del PO Santo Spirito o tramite l'invio ambulatoriale da parte dei medici di medicina generale (MMG) o di altri specialisti.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 6 di 58
---	----------------	--------------------------	--------------

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tab. 2 Strutture coinvolte e luoghi d'applicazione. I centri e i soggetti coinvolti nel PDTA sono i seguenti:

UU.OO.	SEDE	COMPITO
MMG	Territorio ASL Roma I	Invio del paziente con epilessia agli ambulatori neurologici.
Ambulatori Neurologia Generale	ambulatori territoriali specialistici di neurologia e altro specialista neurologo della ASL Roma I	Inquadramento diagnostico, richiesta EEG e neuroimmagini, prescrizione terapia.
Ambulatorio Epilessia SMP (lunedì mattina)	SMP	Inquadramento diagnostico, esecuzione EEG, presa in carico farmacologica.
UOC NEUROLOGIA Ambulatorio Epilessia NRM (martedì mattina)	NRM	Inquadramento diagnostico, esecuzione PAC Epilessia, esecuzione EEG, presa in carico farmacologica.
UOC NEUROLOGIA Centro Epilessia SFN (lunedì mattina, mercoledì pomeriggio, secondo e quarto giovedì pomeriggio)	SFN	Inquadramento diagnostico, presa in carico e gestione dei percorsi dedicati, PAC epilessia, valutazione dei casi complessi/resistenti, percorso dedicato per centri di chirurgia dell'epilessia e/o impianto di stimolatore vagale. Inoltre l'ambulatorio assicura la presa in carico di pazienti con l'epilessia neuroncologica, donne gravide con epilessia, disabili adulti e in età di transizione. Centro certificatore e prescrittore per le seguenti malattie rare di interesse epilettologico: Sindrome di Lennox-Gastaut,

		Sindrome di Dravet, Epilessie miocloniche progressive.
U.O.C. PS/MU MEDICINA D'URGENZA/PRONTO SOCCORSO	SFN, SS	Gestione casi urgenti (Stati Epilettici, crisi sintomatiche acute, prime crisi e ricorrenti) in collaborazione col neurologo.
U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	SFN, SS	Esami di laboratorio di routine, di secondo livello, autoimmunità anche su liquor, dosaggio farmaci anticrisi.
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	SFN (CR, TIPO), SS	Gestione SE refrattario/super refrattario in collaborazione col neurologo.
U.O.C. RADIOLOGIA	SFN, SS e NRM	Esecuzione esami neuroradiologici (TC cranio, angio-TC, RM encefalo ed Angio-RM)
U.O.C. NEUROLOGIA UOS Neurofisiopatologia	SS e NRM esami I livello SFN esami di I e II livello	Inquadramento, richiesta ed esecuzione esami neurofisiologici di I livello (EEG basale e in privazione di sonno) e II livello (privazione di sonno, video- EEG, EEG dinamico, polisonnografia diurna, PE). Eventuale ricovero in casi selezionati.
Tutte le UU.OO. ove sia presente un paziente affetto da epilessia	SFN, SS	Richiesta consulenza neurologica per inquadramento ed ingresso nel PDTA

Legenda: SFN- S Filippo Neri; SS-Santo Spirito; NRM- Nuovo Regina Margherita; SMP-Santa Maria della Pietà; CR-Centro Rianimazione; TIPO-Terapia Intensiva Post-operatoria; PSMU – Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza, SE-stato epilettico, EEG-elettroencefalogramma, PE-potenziali evocati, RMN-risonanza magnetica.

3.2 PERCORSO TERRITORIALE

ACCESSO AL PDTA

❖ Primo livello Specialistico

Nel caso di una sintomatologia neurologica da inquadrare nell’ambito dell’epilessia il MMG può inviare il paziente agli ambulatori neurologici del Territorio tramite richiesta da inoltrare alla COT-D di riferimento territoriale con impegnativa: visita neurologica PDTA epilessia I livello. A tale livello sono previsti l’inquadramento diagnostico, esami neurofisiologici (EEG basale e privazione di sonno), RM encefalo e la presa in carico terapeutica.

❖ Secondo livello Specialistico

Nei casi di pazienti con diagnosi di epilessia non complicata, o con forte sospetto per tale patologia, il MMG può inviare all’Ambulatorio Neurologia del Territorio (Santa Maria della Pietà e Nuovo Regina Margherita) tramite richiesta da inoltrare alla COT-D di riferimento territoriale con impegnativa: visita neurologica PDTA epilessia II livello.

- Nell’Ambulatorio Epilessia SMP sono previsti l’inquadramento diagnostico/sindromico, gli esami neurofisiologici (EEG basale e con privazione di sonno, video-EEG), la televisita neurologica di controllo e la presa in carico terapeutica.
- Nell’Ambulatorio Epilessia NRM sono previsti l’inquadramento diagnostico, esami neurofisiologici (EEG basale e privazione di sonno), RM encefalo e la presa in carico terapeutica. Inoltre è possibile l’esecuzione di un PAC diagnostico.

❖ Terzo livello Specialistico Centro Epilessia SFN.

Gli ambulatori di neurologia di I, II livello o il MMG, nei casi di epilessia complessa, epilessie farmacoresistenti o sindromi rare, possono inviare il paziente al Centro Epilessia del SFN tramite impegnativa con scritto “visita neurologica PDTA epilessia III livello”. Il paziente prenderà appuntamento tramite ReCup.

In questo ambulatorio è possibile effettuare: PAC/Day Service, indagini neurofisiologiche mirate (EEG basale e in privazione di sonno, video-EEG, EEG dinamico, polisonnografia diurna, PE), RMN, angiografia, eventuale invio a studio per terapia chirurgica e/o ad impianto di stimolatore vagale. Se necessario, invio a studio genetico.

Il modello a tre livelli interdipendenti prevede l’interazione bidirezionale tra un livello e l’altro, pertanto, una volta risolte le problematiche diagnostiche e/o terapeutiche, è necessario riaffidare la persona con epilessia dal III al II livello e dal II al I livello. Il Neurologo dell’Ambulatorio Epilessia Territoriale (II livello), qualora ravveda la necessità di una consulenza del Centro Epilessia (III livello),

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 9 di 58
---	----------------	-----------------------	--------------

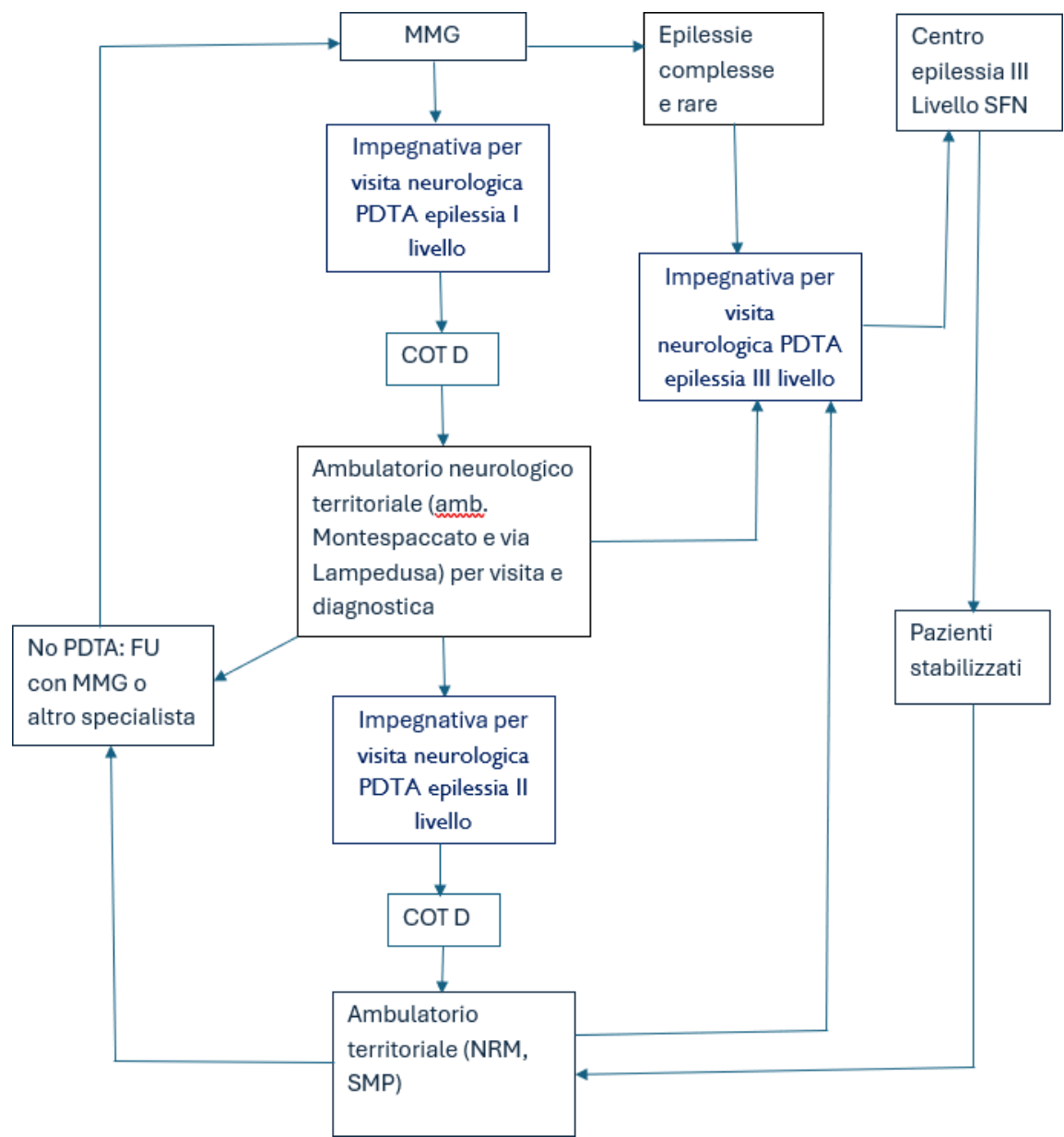
invia il paziente secondo modalità concordate (agende esclusive dedicate) per i seguenti casi selezionati:

- pazienti con epilessia farmaco-resistente;
- pazienti con sospetta malattia rara e/o genetica;
- pazienti con necessità di eseguire esami di III livello (EEG dinamico).

Tabella 3: Giorni e orari di apertura ambulatori Epilessia II e III livello ASL Roma I

PRESIDIO	AGENDA	POSTI	GIORNO	ORARIO	IMPEGNATIVA	LIVELLO
AMB. MONTEPACCATO	AMB. MONTEPACC ATO	I	MAR	11:00-11:30	visita neurologica PDTA epilessia I livello	I Livello
AMB. VIA LAMPEDUSA	AMB. VIA LAMPEDUSA	I	LUN	11:00-11:30	visita neurologica PDTA epilessia I livello	I Livello
NUOVO REGINA MARGHERITA	H232EPILESSIA	2	MAR	09:00-09:30	visita neurologica PDTA epilessia II livello	II Livello
SANTA MARIA PIETA'	AMBULATORI O LUNEDÌ	3	LUN	08.30-09.30	visita neurologica PDTA epilessia II livello	II Livello
SAN FILIPPO NERI	NEU_009	2	MER	15:30-16:30	visita neurologica PDTA epilessia III livello	III Livello

FIG. I FLOW CHART: PANORAMICA PERCORSO PRESA IN CARICO



Tab. 4 CODICI ICD.9 CM e Procedure

Codice ICD.9 CM	Descrizione
345.3/345.2	STATO EPILETTICO
345.0/345.9	EPILESSIA E CRISI RICORRENTI, EPILESSIA E SINDROMI EPILETTICHE, ALTRE EPILESSIE, EPILESSIE GENERALIZZATE, SINDROMI EPILETTICHE SPECIALI
Codice ICD.9 Procedure	Descrizione
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - EPILESSIA
89.01.C_2	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO - EPILESSIA

4. PERCORSO IN EMERGENZA-URGENZA

4.1 CRITERI DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

All'arrivo al DEA i pazienti con crisi epilettiche, convulsive o meno, possono essere suddivisi in sei categorie:

1. Prima crisi epilettica in paziente con totale recupero
2. Prima crisi epilettica in paziente senza totale recupero
3. Paziente affetto da epilessia nota, con crisi con totale recupero
4. Paziente affetto da epilessia nota, con crisi senza completo recupero
5. Pazienti con una o più crisi che si presentano con un'alterazione dello stato di coscienza
6. Paziente trovato in coma senza alcuna informazione clinica

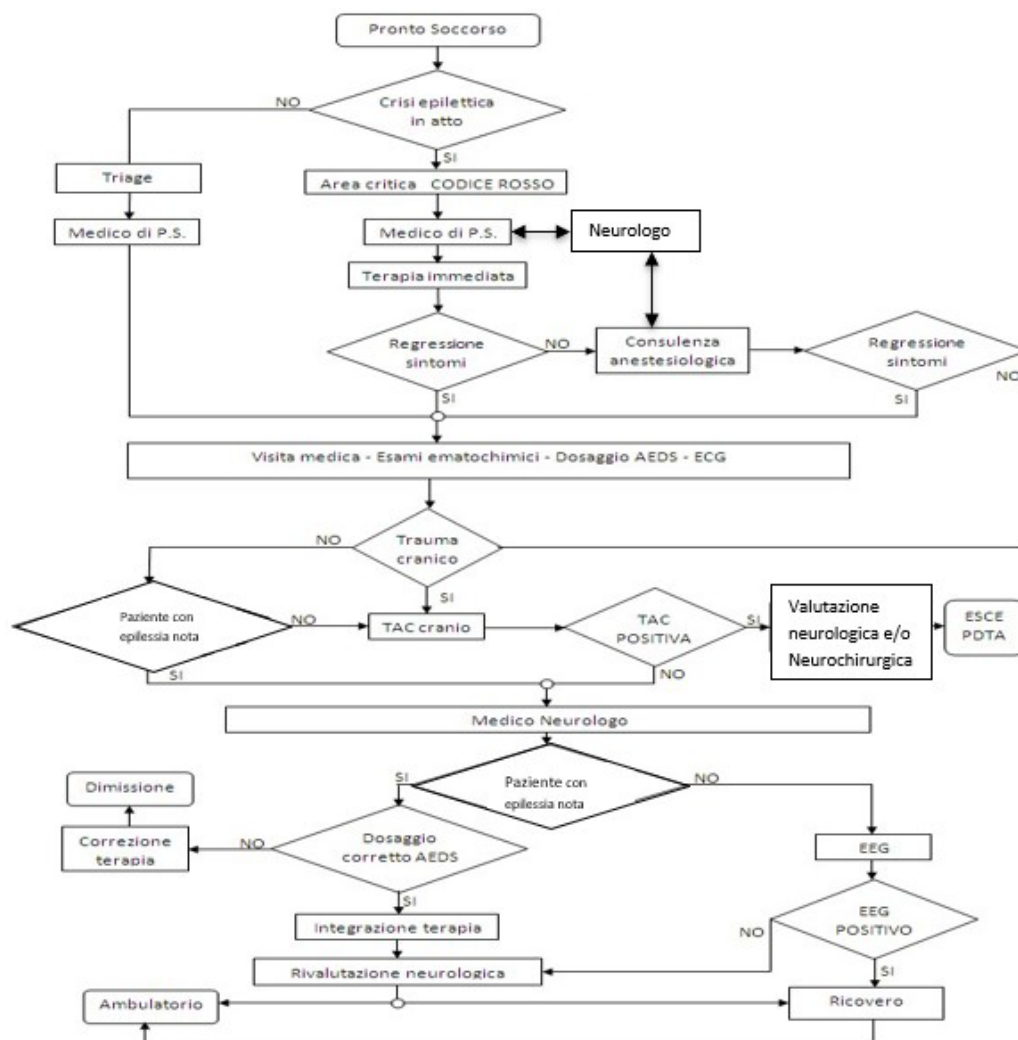
Nella Tabella sottostante vengono descritti i vari scenari e le relative procedure del paziente che accede al PS in caso di crisi epilettica.

Tabella 5. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e relative tempistiche

CONDIZIONE	PROCEDURE	ATTORE e LUOGO	TEMPI PREVISTI DI ACCESSO
Crisi Epilettica	TRIAGE Raccolta dati. Parametri vitali. Assegnazione codice colore. Prelievo.	Infermiere P.S. Pronto Soccorso: Area Visita	Immediato, all'arrivo del paziente
	Analisi di laboratorio	Medico di Laboratorio U.O.C. Patologia Clinica	90 MINUTI

	Visita medica di P.S.	Medico D'urgenza Pronto Soccorso: Area Visita	IMMEDIATA
	ECG	Infermiere P.S. Pronto Soccorso: Area Visita	IMMEDIATO se non convulsioni
	TAC	Tecnico di Radiologia Radiologo Servizio TAC PS UOC Diagnostica Per Immagini Urgenza-Emergenza	Quando indicato
		Radiologo UOC Diagnostica per immagini Refertazione on-line	Refertazione entro 30 minuti dal termine dell'esecuzione dell'esame
	EEG	Tecnico NFP Pronto Soccorso: Area Visita Neurofisiopatologia	Esecuzione entro 15 minuti se la sintomatologia critica non è ancora regredita, non applicabile alle crisi generalizzate tonico-cloniche
	Prescrizione terapia medica	Medico D'urgenza Neurologo Anestesista Pronto Soccorso: Area Visita	Immediata se crisi epilettica in atto
	Esecuzione terapia e controllo parametri vitali	Infermiere P.S. Pronto Soccorso: Area Visita	Immediata somministrazione della terapia farmacologica e controllo parametri vitali
	Visita medico Neurologo	Neurologo di guardia Pronto Soccorso: Area Visita UOC Medicina D'Urgenza –Pronto Soccorso-Osservazione	Immediata se la crisi è in atto. Se la crisi è regredita dopo l'esecuzione

			degli esami richiesti entro 60 minuti dalla chiamata
Crisi non controllata	Visita medico Anestesiologica Visita Neurologo di guardia	Rianimatore e neurologo di guardia Pronto Soccorso: Area Visita UOC Anestesia e Rianimazione e UOC Neurologia	Immediata se crisi epilettica in atto
	TAC	Tecnico di Radiologia Radiologo Servizio TAC PS UOC Diagnostica Per Immagini Urgenza-Emergenza	Entro 10 minuti dal cessare della crisi epilettica
		Radiologo UOC Diagnostica per immagini Refertazione on-line	Refertazione entro 15 minuti dal termine dell'esecuzione dell'esame
	Rivalutazione neurologica	Neurologo di guardia pronto Soccorso: Area Visita	Appena eseguiti tutti gli esami richiesti
	Ricovero	UOC Medicina D'Urgenza UOC Neurologia UOC Anestesia e Rianimazione	Appena posto letto disponibile
Crisi risolta in paz. con patologia neurologica	Ambulatorio neurologico	UOC Neurologia Ambulatorio neurologico	Invio con scheda di dimissione con impegnativa entro 7 giorni

Figura 2 Flow-Chart del percorso in emergenza-urgenza:

4.2. MATRICI DI RESPONSABILITÀ

RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

Attività in emergenza	Infermiere P.S.	Medico P.S.	UO Patologia Clinica	Medico Neurologo	U.O.C. Radiologia	TNFP	Infermiere Ambulatorio	Medico Cardiologo	Medico Anestesta
TRIAGE	R								
VISITA MEDICA		R							
ANALISI DI LABORATORIO	C	C	R						
VISIONE/REFERTAZIONE ECG	C	C						R	
PRESCRIZIONE TERAPIA	C	R		C					C
SOMMINISTRAZIONE TERAPIA	R	I							
CONTROLLO PARAMETRI VITALI	R	C							
VISITA NEUROLOGICA	I	C		R					
INDICAZIONE TERAPEUTICA		C		R					R
VISITA ANESTESIOLOGICA	I	C							R
TAC CRANIO	C	C		C	R				C
EEG		I		R		R			
RICOVERO/DIMISSIONE/TRASFERIMENTO	I	R		C					C
VISITA AMBULATORIALE				R			C		

Attività ambulatoriale	U.O.C. Patologia Clinica	Medico Neurologo	U.O.C. Radiologia	TNFP	Infermiere Ambulatorio
VISITA MEDICA NEUROLOGICA		R			C
ANALISI DI LABORATORIO	R	C			C
PRESCRIZIONE TERAPIA		R			
RMN ENCEFALO		C	R		I
EEG		R		R	C
RIVALUTAZIONE NEUROLOGICA		R			C
FOLLOW UP		R			C

4.3. AZIONI

4.3.1 Pazienti con crisi convulsive in atto

ACCOGLIENZA

Il paziente deve essere introdotto immediatamente al triage.

Le convulsioni in atto prevedono: l'interruzione del processo di triage (nella fase della valutazione sulla porta o in qualunque fase successiva si manifestino), l'assegnazione del codice/colore rosso, immediato accesso alle cure.

Modalità di accesso:

- autonomo: il pz viene posizionato in barella e trasferito immediatamente in sala emergenza;
- ambulanza: il pz viene trasferito in sala emergenza dove si provvede immediatamente al passaggio sulla barella del pronto soccorso.

L'infermiere di triage, provvederà al completamento del processo di triage, con la registrazione sul sistema GIPSE.

Raccolta dati anagrafici tramite documento d'identità e/o accompagnatori e/o equipaggio di soccorso.

Anamnesi mirata tramite il paziente e/o gli accompagnatori e/o l'equipaggio di soccorso:

- raccolta e valutazione dei sintomi riferiti dal paziente
- modalità, tempo di insorgenza, durata del problema (se primo evento, se traumi)
- patologie
- uso di farmaci e/o sostanze d'abuso
- allergie

Valutazione oggettiva tramite un rapido esame fisico (mirato principalmente a valutare il diametro pupillare ed eventuali segni di traumi) e la rilevazione dei parametri vitali.

TRIAGE: l'infermiere deve:

- rilevare i parametri vitali: PA, FC, SO₂, GCS
- Assegnazione codice colore **ROSSO**

SALA EMERGENZA:

Infermieri:

1. I pazienti con crisi convulsiva in atto devono essere protetti da possibili involontarie auto-lesioni; non è indicato tentare di aprire la bocca del paziente né introdurre oggetti fragili come

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 17 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

abbassalingua in legno. Si deve posizionare il paziente sdraiato in decubito laterale con il capo appoggiato lateralmente per evitare che la lingua ricada all'indietro andando ad ostruire le vie respiratorie e che vi sia un'aspirazione del contenuto gastrico in caso di vomito.

2. Dosare immediatamente la glicemia tramite HGT e, dopo aver somministrato Tiamina 100 mg I fl im, somministrare glucosio e.v. in caso di ipoglicemia.
3. Assicurare la pervietà delle vie aeree (se necessario applicare tubo di Mayo),
4. Eseguire su indicazione del medico del pronto soccorso ECG, ossimetria e se necessario somministrare ossigeno (soprattutto se il paziente è anziano o cardiopatico).
5. Assicurare accesso venoso, eseguire su indicazione del medico di pronto soccorso prelievo ematico (emocromo, funzionalità epatica e renale, glicemia, Na^+ , K^+ , Mg^{++} , Ca^{++} , ammoniemia se assunzione di acido valproico, alcolemia se indicato, sostanze di abuso se indicato, EGA), dosaggio dei farmaci anticrisi (Fenobarbitale, Carbamazepina, Ac. Valproico, Fenitoina) in emergenza se il paziente risulta già in trattamento.

Medici d'urgenza: seguire le Linee Guida di trattamento dello stato epilettico (VEDI ALLEGATO I)

Gli obiettivi principali in DEA per questi pazienti sono:

1. Il controllo nel più breve tempo possibile dell'attività convulsiva
2. L'identificazione dell'etiopatogenesi (sintomatico di danno cerebrale acuto o pregresso oppure secondario ad epilessia preesistente).
3. Il trattamento della causa scatenante, tenendo presente che una errata o mancata assunzione della terapia anticrisi è il fattore scatenante più frequente per le recidive di convulsioni nei pazienti affetti da epilessia che giungono al DEA.

Le cause di crisi comiziali acute sintomatiche sono più frequentemente dovute a:

- infezioni del sistema nervoso centrale,
- neoplasie intracraniche,
- lesioni vascolari o traumatiche (emorragia subaracnoidea, ematoma subdurale, ematoma epidurale e ictus ischemico o emorragico)
- disturbi metabolici (in particolare ipoglicemia e iponatriemia).
- Intossicazione/abuso/astinenza da sostanze stupefacenti, farmaci o alcol.

Una volta controllate le crisi, eseguire TC cerebrale urgente (VEDI Allegato I).

Eseguire consulenza neurochirurgica urgente qualora la TC evidenzi:

- Neoplasia intracranica
- Emorragia subaracnoidea, ematoma subdurale, emorragia intraparenchimale

Se le condizioni cliniche si stabilizzano con cessazione delle crisi, dopo congrua osservazione in DEA, ricovero in reparto neurologico o neurochirurgico sentito il parere dei consulenti. In caso di stato epilettico o di ipossia persistente, il medico di PS avvierà la consulenza anestesiológica: il medico anestesista, in accordo con il neurologo di guardia, provvederà alla somministrazione della terapia di II e III linea, con successiva rivalutazione del paziente e assegnazione del reparto

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 18 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

di ricovero (reparto medico o terapia intensiva). In caso di persistenza di crisi subentranti o ravvicinate, viene posta indicazione a ricovero in terapia intensiva o sub-intensiva.

4.32 Pazienti con crisi epilettiche convulsive non in atto ma con storia di recenti crisi convulsive nelle ultime ore/minuti e alterazione dello stato di coscienza al momento dell'arrivo in DEA.

Il paziente deve essere introdotto immediatamente al triage.

L'infermiere valuterà il paziente con riferita crisi epilettica secondo quanto indicato dal manuale regionale intra ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore).

SINDROME NEUROLOGICA ACUTA					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3		
Caratteristiche del Sintomo/Segno Principale	Convulsioni in atto CSS positiva ≤ 24 ore	Stato post critico Primo episodio di cefalea severa ad insorgenza improvvisa e ingravescente Vomito persistente o a getto Segni di meningismo Deficit neurologico focale suggestivo di ictus insorto da ≤ 24 ore comunque entro le 24 ore dall'ultima volta in cui sono stati visti/sentiti in benessere* Deficit neurologico focale transitorio regredito (TIA) ≤ 24 ore Alterazione stato di coscienza	Deficit neurologico focale suggestivo di ictus insorto > 24 ore CSS positiva > 24 ore Deficit neurologico focale transitorio regredito (TIA) > 24 ore Riferito episodio convulsivo in paziente senza persistenza delle alterazioni di coscienza		
Sintomi/Segni Associati	Ipoglicemia	Aritmie note - Febbre - Ipoglicemia			
Score Specifici	CSS -GCS				
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure infermieristiche.			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	Attivazione del TEAM NEUROVASCOLARE/neurologo	*Attivazione del TEAM NEUROVASCOLARE/neurologo			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	Per questa condizione si valutino le schede sulle VERTIGINI/ALTERAZIONE DELLO STATO MENTALE/CEFALEA *questa sintomatologia prevede l'ingresso possibilmente immediato alle cure, dopo l'assegnazione del codice di priorità, o comunque tassativamente entro 15 minuti.				

A seconda del quadro clinico, verranno effettuate le procedure necessarie come descritte nel punto 4.3 I

Il Neurologo di guardia rivaluta il Paziente e gli accertamenti già eseguiti e lo indirizza secondo il percorso programmato con eventuale indicazione ad ulteriori accertamenti.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 19 di 58
---	----------------	--------------------------	---------------

4.33 Pazienti con prima crisi epilettica e totale recupero.

Nei pazienti con prima crisi epilettica e recupero totale, l'obiettivo principale in DEA è un primo inquadramento clinico ed esecuzione di esami di base e di II livello come la TC cerebrale e l'EEG. Successivamente la consulenza neurologica avrà l'obiettivo di decidere il ricovero in degenza ordinaria in Neurologia oppure la presa in carico in Day Service con percorso assistenziale complesso (PAC) neurologico per completamento accertamenti diagnostici.

In regime ambulatoriale può essere effettuato un percorso diagnostico tramite PAC Epilessia (codice P345, con esecuzione di esami ematici completi, EEG standard, EEG con deprivazione di sonno, RMN encefalo s/con mdc, visita cardiologica, ECG, visita neurologica conclusiva con restituzione della diagnosi e dei consigli diagnostici e terapeutici per presa in carico).

4.34 Pazienti con Epilessia nota con recupero totale che hanno presentato crisi epilettiche nelle ore precedenti l'arrivo in DEA.

Nei pazienti con epilessia nota con recupero totale che hanno presentato crisi epilettiche nelle ore precedenti l'arrivo in DEA, bisogna considerare che le cause principali sono:

1. mancata assunzione della terapia anticrisi in atto
2. assunzione della stessa in quantità inferiore a quella assegnata
3. necessità d'incremento terapeutico

I pazienti con Epilessia nota che assumono stabilmente terapia anticrisi (ASM) ma che vanno incontro alla mancata assunzione giornaliera di una o più dosi terapeutiche ed addirittura all'assunzione della terapia in quantità inferiore al range terapeutico rappresentano circa il 29% degli accessi al DEA, pur presentando una percentuale di mortalità relativamente bassa, incidono fortemente sull'economia sanitaria del DEA e del Day Hospital impiegando in modo improprio risorse umane e cliniche/strumentali.

Obiettivo principale in DEA è il riconoscimento dei casi di epilessia già sottoposti ad iter diagnostico completo e già in trattamento per i quali sono necessari:

- un controllo neurologico con revisione della terapia
- eventuale presa in cura con successivi controlli ambulatoriali.

Occorre valutare pertanto richiesta di consulenza neurologica in PS o invio diretto del paziente all'ambulatorio specialistico dell'Epilessia, con le seguenti modalità:

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 20 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

- prenotazione visita per il paziente direttamente all'atto della dimissione dal DEA da parte del personale dello stesso mediante prenotazione diretta e prescrizione della visita, che deve essere effettuata entro 14 giorni dalla dimissione dal DEA.

5. ACCESSO DEL PAZIENTE IN AMBULATORIO

Può accedere a un ambulatorio un paziente con:

- manifestazione critica recente
- accesso diretto da PS
- necessità di rivalutazione terapeutica
- pz con riscontro di patologie potenzialmente epilettogene

La UOC di Neurologia dispone di un Centro Epilessia di III livello per l'età adulta (Centro riconosciuto dalla LICE-Lega Italiana Contro l'Epilessia) presso il PO San Filippo Neri, un ambulatorio specialistico dedicato all'Epilessia presso il PO Nuovo Regina Margherita e a livello territoriale un ambulatorio per le Epilessie presso il SMP, un ambulatorio a via Lampedusa e un altro a Montespaccato.

La presa in carico del paziente (accettazione e registrazione delle impegnative con la dicitura visita neurologica prenotata in ambulatorio per le epilessie), viene eseguita prima della visita:

Al PO San Filippo Neri presso l'ambulatorio neurologico situato al Padiglione A, Piano III.

Al Nuovo Regina Margherita presso l'ambulatorio per le epilessie Edificio C, Piano I.

Al SMP presso l'ambulatorio per le Epilessie Pad I, Piano I.

La procedura della prenotazione varia in base alla tipologia del paziente:

5.1 PAZIENTE IN ATTESA DI DIAGNOSI CON IMPEGNATIVA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER PRIMA VISITA NEUROLOGICA

La prima visita può essere effettuata presso gli ambulatori neurologici ospedalieri e/o territoriali con prenotazione tramite ReCUP.

Le visite ambulatoriali per epilessia possono essere effettuate negli ambulatori dedicati:

- L'appuntamento per il PO San Filippo Neri viene prenotato dal paziente tramite ReCUP Regionale o recandosi direttamente presso l'ambulatorio neurologico Padiglione A Piano III, dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:30, il venerdì dalle 8:30 alle 12:30 o chiamando i seguenti numeri 0660103799/3042 con impegnativa per visita neurologica. Le agende NE 548 (prime

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 21 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

visite) e la NE 549 (controlli) sono dedicate alle visite ordinarie. Le visite si svolgono il lunedì dalle 8:30 alle 13:00 e il II e IV giovedì del mese dalle 14:30 alle 17:30. La NEU_009 è un'agenda esclusiva per i pazienti visitati per epilessia in PS e per i ritorni dei pazienti ricoverati in ospedale, per le donne con epilessia in gravidanza, per i disabili adulti con epilessia e per le urgenze epilettologiche, la NE 551 è l'agenda esclusiva per i pazienti neuroncologici con epilessia. Entrambe le tipologie di visite si svolgono il mercoledì pomeriggio dalle 14:30 alle 17:30.

- Per il Nuovo Regina Margherita l'appuntamento viene prenotato dall'utente tramite ReCUP Regionale o recandosi direttamente presso gli sportelli CUP del Nuovo Regina Margherita con impegnativa per visita neurologica e nelle note "ambulatorio epilessia" (agenda H232 epilessia). Le visite si effettuano il martedì mattina dalle 8:30 alle 13:00. Per informazioni: accettazione neurologia tel. 0660104569.
- L'ambulatorio per le epilessie al Santa Maria della Pietà si svolge il lunedì mattina dalle 8:30 alle 12:30. Vengono erogate prime visite, visite di controllo e televisite neurologiche di controllo presso il Poliambulatorio I Padiglione del S. Maria della Pietà. Le prenotazioni avvengono tramite CUP regionale e aziendale con impegnativa del MMG per visita neurologica per epilessia.
- L'ambulatorio di via Lampedusa il martedì mattina. Le prenotazioni avvengono tramite COT-D con impegnativa del MMG per visita neurologica per epilessia I Livello.
- L'ambulatorio Montesaccato il martedì mattina. Le prenotazioni avvengono tramite COT-D con impegnativa del MMG per visita neurologica per epilessia I Livello.

5.2 PAZIENTE PRESO IN CARICO CON DIAGNOSI DI EPILESSIA

PO San Filippo Neri: l'appuntamento per il controllo successivo viene prenotato direttamente, al termine della visita, dagli infermieri dell'ambulatorio previa prescrizione del medico specialista Neurologo.

PO Nuovo Regina Margherita: L'appuntamento per il controllo successivo viene prenotato al termine della visita dal paziente, a cui viene rilasciata l'impegnativa del medico specialista Neurologo, presso lo sportello CUP del NRM.

PT S. Maria della Pietà: l'appuntamento per il controllo successivo viene prenotato, al termine della visita, dal paziente a cui viene rilasciata l'impegnativa del medico specialista Neurologo presso RECUP del SMP.

Percorsi Territoriali ed ambulatori connessi al centro epilessia: riguardo al centro epilessia del SFN vi è un ambulatorio integrato per le gravidanze a rischio con la ginecologia con invio

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 22 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

bidirezionale in agenda NEU_009 della neurologia del mercoledì pomeriggio o il mercoledì mattina per la ginecologia, con la possibilità che le future mamme con epilessie vengano seguite in quanto gravidanze a rischio e possano partorire presso il nostro ospedale a meno di condizioni particolari che richiedano una terapia intensiva neonatale.

Parallelamente si è sviluppato un percorso con i neuropsichiatri del territorio per la valutazione, almeno durante il primo anno di vita e se necessario oltre, dei nati da donne con epilessia in trattamento farmacologico. In caso di necessità di riabilitazione motoria o altro saranno gli stessi colleghi ad inviarli alle strutture territoriali competenti. La modalità di accesso è che la mamma che ha appena partorito al SFN e desidera che il figlio venga seguito invii una mail a: laura.ligi@aslroma1.it, è infatti la Dr.ssa Ligi della Neonatologia a fare poi da ponte con le varie strutture territoriali.

Altra collaborazione è con il centro disabili adulti della ASL Roma I, con le case famiglia che li accolgono e con le strutture residenziali. Viene richiesta una visita tramite invio di mail a marta.piccioli@aslroma1.it o in altri casi con contatto telefonico con la Dr.ssa Piccioli che inserirà nell'ambulatorio NEU_009 questi pazienti con impegnativa per visita neurologica.

Altro percorso è quello con la psichiatria del territorio della ASL Roma I che segue i pazienti con doppia problematica. La modalità di accesso in ambulatorio è speculare a quanto detto appena sopra.

C'è una collaborazione con gli psicologi clinici per la comunicazione di diagnosi difficili o per far seguire i pazienti che lo richiedono o in cui il medico ne ravveda la necessità dopo la prima diagnosi e durante l'iter diagnostico terapeutico.

Al SFN inoltre, grazie alla presenza di un servizio di neuropsicologia, si possono far eseguire ai pazienti colloqui psicologici e test cognitivi.

5.3 PAZIENTE CON PRIMA DIAGNOSI DI EPILESSIA EFFETTUATA IN PRONTO SOCCORSO

PO San Filippo Neri: l'appuntamento viene fissato dal medico di pronto soccorso con una visita che andrà erogata al massimo entro due settimane o nei posti riservati al PS nell'agenda 540 della Neurologia Generale o nell'agenda NEU_009 su indicazione del Neurologo consulente del PS. Per i controlli successivi, si procede come per il paziente preso in carico.

PO Nuovo Regina Margherita: L'appuntamento viene fissato dal paziente tramite gli sportelli CUP con impegnativa rilasciata dal medico di pronto soccorso con il codice NEU_005 che gli consente una visita che andrà erogata al massimo entro 14 giorni il martedì con due appuntamenti riservati alle ore 9:00 e 09:30.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 23 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

5.4 PAZIENTE CON DIAGNOSI DI EPILESSIA CHE EFFETTUA L'ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

Viene rinvio al Collega Curante oppure si segue la modalità del paziente con prima diagnosi.

5.5 PAZIENTE CON DIAGNOSI DI EPILESSIA DEFINITA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO

Al momento della dimissione, viene rilasciata al paziente la Lettera di dimissione con l'indicazione del successivo controllo ambulatoriale.

6. ESAMI DIAGNOSTICI

6.1 EEG

Il Tecnico di Neurofisiopatologia è la persona preposta ad eseguire l'elettroencefalogramma (EEG), esame diagnostico in epilessia, che si ottiene con l'applicazione sullo scalpo di elettrodi in grado di registrare l'attività elettrica cerebrale.

L'esame è indolore e non necessita di preparazione. L'EEG studia l'attività elettrica cerebrale in veglia, durante attivazione (iperventilazione e stimolazione luminosa intermittente) ed in sonno.

Requisiti strumentali per l'esecuzione dell'EEG in PS:

- Stanza dove è in osservazione il paziente;
- Elettroencefalografo digitale;
- Carrello emergenze;
- Materiale occorrente (cuffia, elettrodi, cavetti, pasta conduttiva, ecc.);

La registrazione continua dell'EEG viene effettuata per diagnosi e trattamento dello SE, soprattutto il non convulsivo (SENC) Fig. I.

Requisiti strumentali per l'esecuzione dell'EEG in ambulatorio

➤ **Apparecchiatura EEG**

- Sistema di acquisizione digitale multicanale, conforme agli standard internazionali ACNS e IFCN.

PDPA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDPA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 24 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

- Almeno 21 canali EEG attivi, con possibilità di estensione a canali poligrafici (EMG, EOG, ECG, SpO₂).
- Campionamento minimo: 256 Hz (preferibile ≥ 512 Hz).
- Risoluzione: almeno 16 bit, con amplificatori a basso rumore ($< 1 \mu\text{V RMS}$).
- Filtro di banda consigliato: 0,5–70 Hz, con possibilità di notch filter a 50 Hz.
- Lampada per stimolazione luminosa intermittente (SLI) con frequenze da 1 a 60 Hz.

➤ **Elettrodi e sistemi di registrazione**

- Posizionamento secondo il Sistema Internazionale 10–20, con opzione per 10–10 o alta densità.
- Elettrodi in oro, argento/silver-chloride o Ag/AgCl (alta conduttività e stabilità).
- Cuffia precablata EEG (per posizionamento rapido) o elettrodi a coppetta con pasta conduttiva.
- Impedenza raccomandata $< 5 \text{ k}\Omega$, bilanciata tra elettrodi adiacenti.

➤ **Software e funzionalità**

Software con:

- visualizzazione multicanale personalizzabile;
- video sincronizzato ad alta risoluzione.

6.2 NEUROIMMAGINI

Le neuroimmagini sono fondamentali nello studio delle cause dell'epilessie tipo le malformazioni dovute ad anomalia dello sviluppo corticale, disturbi della migrazione neuronale, disturbi dell'organizzazione corticale, lesioni eterogenee, che corrispondono alle microdisgenesie. In PS le neuroimmagini sono fondamentali per escludere cause strutturali di possibile gestione immediata (emorragie, ischemie, neoplasie, infezioni, malformazioni vascolari).

6.2.1 TC cranio

Linee guida evidence-based redatte dall'America Academy of Neurology raccomandano l'esecuzione di una TC senza mezzo di contrasto in regime di urgenza in pazienti che accedono in PS a seguito di una prima crisi epilettica, soprattutto in coloro con esame neurologico anomalo, storia clinica suggestiva di lesione cerebrale e crisi epilettica ad esordio focale. In queste situazioni, è indispensabile escludere patologie cerebrali che richiedano trattamenti con carattere di emergenza, come una emorragia o una lesione occupante spazio.

La TC con mezzo di contrasto, se la RM non è disponibile, è indicata nel caso si sospettino processi infettivi cerebrali o piccole neoplasie (comprese metastasi).

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 25 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Quando la TC è effettuata in regime di elezione nei pazienti con epilessia si raccomanda eseguire acquisizioni volumetriche con voxel isotropico, per successive elaborazioni multi planari, e, ove non controindicato, con la somministrazione del mezzo di contrasto, eventualmente anche iniettato a bolo durante acquisizione di Angio-TC o studi di perfusione (anche in urgenza nei pazienti con emorragia o ictus ischemico).

La Task Force per le Neuroimmagini raccomanda di applicare un protocollo specifico per la risonanza encefalo (RM) (HARNESS-MRI) appena possibile dopo un primo episodio critico comiziale al fine di consentire una rapida definizione sindromica e contribuire alla migliore gestione del paziente.

Sequenze base da utilizzare in tutti i centri che si occupano di epilessia secondo il protocollo HARNESS-MRI (Harmonized Neuroimaging of Epilepsy Structural Sequences):

- sequenze ad elevata risoluzione 3D-T1 e 3D-FLAIR con voxel isotropico, millimetrico e sequenze 2D T2-pesate con voxel submillimetrico.
- permette di standardizzare l'utilizzo della RMN in epilessia.

6.2.2 RM encefalo

È importante acquisire immagini di elevata risoluzione spaziale, ottimo contrasto e totale copertura dell'encefalo per una completa analisi dell'anatomia, dell'interfaccia bianca-grigia e delle alterazioni di segnale. Sequenze tridimensionali (3D) con voxel isotropico di spessore di 1 mm o meno, riducono l'effetto di volume parziale.

HARNESS: Harmonized Neuroimaging of Epilepsy Structural Sequences

Tabella 1. Punti chiave che riassumono i vantaggi del protocollo HARNESS-MRI

Sequenze 3D volumetriche con voxel isotropico (identica dimensione sui tre piani) ed elevato contrasto
Il protocollo essere eseguito con Scanner 3T e 1.5T
È applicabile a Adulti e Bambini
Non prevede angolazioni delle fette operatore-dipendente
Le immagini possono essere riformattate in tutti i piani senza perdere risoluzione
Permette di ridurre notevolmente l'effetto di volume parziale (quando nello stesso voxel sono presenti tessuti a densità diversa)
Le immagini acquisite hanno un elevato rapporto segnale-rumore ed elevato contrasto
Permette di ridurre i tempi di acquisizione quando sono utilizzate bobine multicanale phased-array e acquisizioni con imaging in parallelo (GRAPPA, ASSET, SENSE)

Abbreviazioni: 3D, tridimensionale; HARNESS-MRI, Harmonized Neuroimaging of Epilepsy Structural Sequences; GRAPPA, generalized autocalibrating partial parallel acquisition; ASSET, array coil spatial sensitivity encoding; SENSE, sensitivity

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 26 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Le immagini acquisite possono essere riformattate e ispezionate in ogni piano con uguale risoluzione. Si raccomanda di posizionare correttamente la testa del paziente mediante centratura e l'utilizzo di cuscini comprimibili che aumentino il confort del paziente dentro lo scanner per minimizzare artefatti da movimento. La posizione della testa deve essere verificata nell'immagine scout.

Il protocollo prevede l'acquisizione di tre sequenze base, riduce al minimo i tempi di acquisizione, poiché ciascuna sequenza dura circa 7-10 minuti per un tempo complessivo che non supera i 30 minuti. Nella Tabella soprastante sono riassunti i punti chiave del protocollo.

È raccomandato ripetere uno studio RM encefalo secondo il protocollo HARNESS in tutti i pazienti con precedente risonanza negativa.

6.2.3 ESAMI DI LABORATORIO

Sono eseguibili tutti gli esami di laboratorio di routine, quelli di secondo livello, autoimmunità anche su sangue e su liquor, dosaggio dei vecchi farmaci anticrisi.

7. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

Modalità previste per la valutazione dell'applicabilità del PDTA sia dal punto di vista clinico - organizzativo sia per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia.

INDICATORE	FONTE	TARGET	RESPONSABILE	FREQUENZA
% di accessi in PS per epilessia	SIES	Riduzione del 10% rispetto all'anno precedente	Responsabile PDTA	6 MESI
% di pazienti con epilessia (inviati dal II livello) che hanno eseguito la visita al centro epilessie III livello entro 60 giorni	SIAS	>90%	Responsabile PDTA	6 MESI
N. pazienti arruolati II livello NRM	SIAS	<u>Totale I visite</u> <u>PDTA epilessia</u> (25% totale visite per PDTA epilessia) >10%	Responsabile PDTA	6 MESI

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 27 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

N. pazienti arruolati II livello SMP	SIAS	<u>Totale I visite</u> <u>PDTA epilessia</u> (25% totale visite per PDTA epilessia) >10%	Responsabile PDTA	6 MESI
N. pazienti arruolati centro epilessie III livello	SIAS	<u>Totale I visite</u> <u>PDTA epilessia</u> (25% totale visite per PDTA epilessia) >10%	Responsabile PDTA	6 MESI
Diminuzione ricoveri in U.O.C. neurologia con DRG epilessia	SIO	>10% rispetto all'anno precedente	Responsabile PDTA	6 MESI

8. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il PDTA epilessia nel paziente adulto deve essere disponibile in forma cartacea nei reparti di degenza, negli ambulatori e presso la Direzione Sanitaria.

In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management e nella sezione dei Dipartimenti coinvolti.

È intenzione della ASL Roma I coinvolgere la Regione Lazio, le ASL territoriali di competenza e le associazioni dei pazienti, per valutare l'opportunità di invio di materiale specifico in occasione delle campagne di sensibilizzazione.

Comunicati stampa saranno inviati periodicamente a cura dell'Ufficio Stampa.

9. APPLICABILITÀ, SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

Il presente PDTA è stato elaborato da professionisti medici della UOC neurologia, della neuroradiologia, della rianimazione, infermieri e tecnici del dipartimento di emergenza e di neurofisiopatologia.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 28 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Gli unici limiti nella corretta applicazione del PDTA sono legati all'esecuzione dell'EEG dalle ore 20:00 alle 8:00 e nei giorni festivi al SFN e al SS quando il tecnico di neurofisiopatologia (TNFP) deve essere chiamato in reperibilità.

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionale e regionale senza scostamenti od eccezioni.

10. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

10.2 Compiti del coordinatore

Il coordinatore del gruppo è responsabile dell'applicazione a livello aziendale del PDTA e, con il supporto dei responsabili/referenti delle diverse strutture coinvolte, del suo monitoraggio. In particolare:

1. Coordina le attività finalizzate alla progettazione del percorso del paziente attraverso il coinvolgimento degli operatori delle unità operative interessate;
2. Definisce gli obiettivi (efficienza, efficacia, appropriatezza) che devono essere negoziati con i responsabili di tutte le strutture coinvolte nel processo/PDTA;
4. Progetta un sistema di rilevazione dati usufruendo delle strutture aziendali competenti;
5. Definisce i bisogni di addestramento e pianifica adeguati momenti formativi;
6. Individua le fasi di processo e le attività critiche per:
 - sviluppare la mappa dei rischi sia organizzativi che tecnico-professionali e, conseguentemente, i comportamenti di buona prassi, in relazione a norme e linee guida professionali, necessari alla loro prevenzione;
 - sviluppare procedure ed istruzioni operative/protocolli a supporto della gestione delle attività critiche del processo/percorso;
 - individuare gli indicatori pertinenti al monitoraggio dell'attività e dei suoi risultati;
7. Mantiene aggiornata la documentazione del processo;
8. Istruisce il personale interessato sui rischi e sulle modalità di comportamento fornendo la documentazione necessaria;
9. Sorveglia l'andamento generale del percorso, rileva le criticità ed attiva azioni correttive ed è garante dell'applicazione del percorso multidisciplinare scelto per il paziente;
10. Controlla i risultati ottenuti per gli indicatori e stabilisce eventuali necessità di apportare correzioni o miglioramenti al processo/percorso;

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 29 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

11. Pianifica momenti sistematici di verifica dei risultati;
12. Risolve eventuali problematiche contingenti segnalate dagli operatori coinvolti nel processo/ percorso;
13. Relaziona sull'andamento delle attività durante il Riesame Della Direzione (RDD) del PDTA e/o attraverso attività di Audit Clinico.

11. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

Elenco dei lavori considerati per la stesura del presente documento:

1. PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON EPILESSIA OU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA Indirizzo: Via Conca 71- Torrette, Ancona Posta Elettronica Certificata: aou.ancona@emarche.it, SOD Clinica Neurologica, Email Centro Coordinatore: Luigia.Nocco@ospedaliriuniti.marche.it
2. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE della EPILESSIA Aress Regione Piemonte, Web Site: www.aress.piemonte.it
3. Brophy GM, et al. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. Neurocrit Care. 2012;17:3-23.
4. Claassen J, et al. Recommendations on the use of EEG monitoring in critically ill patients: consensus statement from the neurointensive care section of the ESICM. Intens Care Med. 2013;39:1337-51.
5. Committee ACP, Clinical Policies Subcommittee on S. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. Annals of Emerg Med. 2004;43:605-25.
6. Coeytaux A, et al. Incidence of status epilepticus in French-speaking Switzerland (EPISTAR). Neurology 2000;55:693–697
7. Deliberazione della Giunta Regionale n. 2073/2010 "Percorso epilessia: approvazione linee guida per le aziende sani-tarie per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con epilessia".
8. DeLorenzo RJ, et al. A prospective, population-based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia. Neurology 1996;46: 1029-1035
9. Giovannini G, et al. A one-year prospective study of refractory status epilepticus in Modena, Italy. Epilepsy Behav. 2015 Aug;49:141-5
10. Gibbons RJ, Smith S, Antman E. American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guidelines: Part I: where do they come from? Circulation. 2003;107(23):2979– 86.
11. Govoni V, et al. Incidence of Status Epilepticus in Southern Europe: A Population Study in the Health District of Ferrara, Italy. Eur Neurol 2008;59:120–126
12. Herman ST, et al. Critical Care Continuous EEG Task Force of the American Clinical Neurophysiology Society. Consensus statement on continuous EEG in critically ill adults and children, part I: indications. J Clin Neurophysiol. 2015 Apr;32(2):87-95.
13. Hesdorffer DC, et al. Incidence of status epilepticus in Rochester, Minnesota, 1965-1984. Neurology 1998;50:735-741

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 30 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

14. Knake S, et al. for the Status Epilepticus Study Group Hessen (SESGH): "Incidence of Status Epilepticus in Adults in Germany: A Prospective, Population-Based Study". *Epilepsia* 2001;42(6):714–718
15. Logroscino G, et al. Short-Term Mortality After a First Episode of Status Epilepticus. *Epilepsia* 1997;38(12):1344-1349
16. Logroscino G, et al. Time Trends in Incidence, Mortality, and Case-Fatality after First Episode of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2001;42(8):1031–1035
17. Meierkord H, et al. EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults. *Eur J Neurol*. 2010;17:348-55.
18. Minicucci F, et al. Treatment of status epilepticus in adults: guidelines of the Italian League against Epilepsy. *Epilepsia*. 2006;47:9-15.
19. Prasad M, et al. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD003723
20. NICE137. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. England: 2012 Contract No.: NICE137.
21. Shorvon S, Ferlisi M. The treatment of super-refractory status epilepticus: a critical review of available therapies and a clinical treatment protocol. *Brain* 2011;134:2802–2818
22. Towne AR, et al. Determinants of mortality in status epilepticus. *Epilepsia* 1994 35(1):27-34
23. Trinka E, et al. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015;56(10):1515–1523
24. Trinka E, et al. Pharmacologic treatment of status epilepticus. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2016;17(4):513-534
25. Vignatelli L, et al. Incidence and Short-term Prognosis of Status Epilepticus in Adults in Bologna, Italy. *Epilepsia* 2003;44(7):964–968
26. Vignatelli L, et al. Epidemiology of status epilepticus in a rural area of northern Italy: a 2-year population-based study. *European Journal of Neurology* 2005;12:897–902
27. Vignatelli L, et al. Impact of treatment on the short-term prognosis of status epilepticus in two population-based cohorts. *J Neurol* 2008;255:197–204
28. Recommendations for the use of structural magnetic resonance imaging in the care of patients with epilepsy: A consensus report from the International League Against Epilepsy Neuroimaging Task Force. Bernasconi A, Cendes F, Theodore WH, Gill RS, Koepp MJ, Hogan RE, Jackson GD, Federico P, Labate A, Vaudano AE, Blümcke I, Ryvlin P, Bernasconi N. *Epilepsia*. 2019 Jun;60(6):1054-1068. doi: 10.1111/epi.15612. Epub 2019 May 28. PMID: 31135062 Review.
29. MRI essentials in epileptology: a review from the ILAE Imaging Taskforce. Wang I, Bernasconi A, Bernhardt B, Blumenfeld H, Cendes F, Chinvarun Y, Jackson G, Morgan V, Rampp S, Vaudano AE, Federico P. *Epileptic Disord*. 2020 Aug 1;22(4):421-437. doi: 10.1684/epd.2020.1174. PMID: 32763869 Free article. Review.
30. Diagnostic accuracy of the Salzburg EEG criteria for non-convulsive status epilepticus: a retrospective study. Leitingner M, Trinka E, Gardella E, Rohrer A, Kalss G, Qerama E, Höfler J,

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 31 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Hess A, Zimmermann G, Kuchukhidze G, Dobesberger J, Langthaler PB, Beniczky S. Lancet Neurol. 2016 Sep;15(10):1054-62. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30137-5. Epub 2016 Aug 8.

I 2. Allegati

ALLEGATO 1 Stato Epilettico

ALLEGATO 2 Gestione dello stato epilettico iniziale

ALLEGATO 3 Gestione dello stato epilettico definito

ALLEGATO 4 Gestione dello stato epilettico refrattario

ALLEGATO 5 Quando richiedere un EEG nel sospetto di SENC

ALLEGATO 6 Come si diagnostica uno SENC

ALLEGATO 7 Scala di severità dello SE

ALLEGATO 8 Consenso informato RMN

ALLEGATO 9 Scheda cartella ambulatoriale

ALLEGATO 10 Materiale informativo per il paziente con Epilessia

ALLEGATO 11 Informativa sulla privacy

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 32 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO I. Stato Epilettico

A.1 Definizione

Lo stato epilettico (SE) è una emergenza medica e neurologica che comporta un rischio di morte o lesioni permanenti al paziente (Vignatelli 2003, 2008; Lagoscrino 1997; H. Meierkord 2010). Per la sua definizione clinico-diagnostica e per il trattamento, richiede un accesso ospedaliero.

Lo SE si differenzia dalle crisi singole che sono di breve durata (2-3 minuti) e tendono ad autolimitarsi (Shinnar et al. 2001).

L'International League Against Epilepsy (ILAE) ha proposto una nuova definizione e classificazione dello Stato Epilettico (Trinka et al., Epilepsia Oct. 2015) finalizzata a promuovere un linguaggio comune nella comunità scientifica ed in particolare nella ricerca clinica.

Lo SE viene definito come una condizione risultante sia dal fallimento dei meccanismi “inibitori” responsabili della terminazione delle crisi, sia dallo sviluppo di fenomeni “eccitatori” che determinano l'anormale protrarsi delle crisi (oltre il **time point 1**). È una condizione che può avere conseguenze a lungo termine (oltre il **time point 2**) tra le quali la morte e il danno neuronale, nonché l'alterazione di network neurali; queste conseguenze dipendono dal tipo e dalla durata delle crisi.

In questa nuova definizione di SE, oltre a porre l'attenzione sui meccanismi che determinano e sostengono il protrarsi delle crisi; si rende evidente l'importanza del fattore tempo.

Il **time point 1** è il momento nel quale una crisi può essere definita uno SE. Da un punto di vista pratico rappresenta il momento in cui è necessario iniziare un trattamento farmacologico in quanto la condizione non è più in grado di interrompersi spontaneamente.

Il **time point 2** è invece il momento in cui, il protrarsi ininterrotto delle crisi, determina la comparsa dei primi danni/modificazioni neurali e dal punto di vista pratico definisce il tempo massimo entro il quale lo SE deve essere controllato. Questi time points sono, al momento, ben definiti per lo SE convulsivo (**t1** 5 minuti; **t2** 30 minuti) e per le crisi focali con compromissione della consapevolezza (**t1** 10 minuti; **t2** oltre 60 minuti), mentre mancano evidenze per le altre tipologie di SE.

Questa definizione ribadisce come lo SE, in particolare convulsivo, sia una **emergenza neurologica tempo-dipendente**.

A.2 Classificazione

Nella classificazione dello SE, si parla di “assi “. Ciascun SE deve essere classificato in base a:

- 1) **Semeiologia** → Si effettua un'importante distinzione: SE associato a segni motori preminenti (e comprendente lo SE convulsivo, lo SE focale motorio, lo SE tonico, lo SE mioclonico e lo SE ipercinetico); SE senza segni motori preminenti o con minimi segni motori (stato epilettico non

PDITA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDITA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 33 di 58
--	-----------------	-----------------------	---------------

convulsivo: SENC) in cui si distingue lo SENC nel paziente in coma e lo SENC senza alterazione del livello di coscienza.

- 2) **Eziologia** → Associato a causa nota o Sintomatico (ed in base alla correlazione temporale tra l'insorgenza dello SE e l'insorgenza della causa si distingue: acuto, progressivo, remoto); senza causa nota o criptogenico; SE nel paziente con epilessia cronica.

3) **Quadri EEG correlati**

- 4) **Eta'** → Neonatale (0-30 giorni); prima infanzia (1 mese – 2 anni), infanzia (> 2 anni - 12 anni), adolescenza ed eta' adulta (>12 anni-59 anni); senescenza ($\geq$ 60 anni).

In base alla risposta terapeutica riferita al tempo lo SE si distingue in:

- **Iniziale:** corrisponde al tempo della diagnosi.
- **Definito:** quando lo SE persiste dopo somministrazione di farmaci di prima linea: benzodiazepine.
- **Refrattario:** quando lo SE è resistente alla terapia di seconda linea: farmaci anticrisi.
- **Super-refrattario:** crisi epilettiche subentranti resistenti alla politerapia di terzo livello (anestetici) compresa l'anestesia generale (Shorvon et al., 2011). Questa grave condizione presenta un'alta mortalità e morbidità e spesso si verifica a causa di lesioni acute cerebrali, anche se alcuni pazienti sviluppano uno SE super-refrattario senza una eziologia identificabile.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 34 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 2. Gestione dello stato epilettico iniziale

Setting: Pronto Soccorso

Professionisti coinvolti: Medici di PS; Neurologi; Infermieri di PS.

Tempistiche: 0 – 10 minuti dall'osservazione/presa in carico del paziente con SE

COSA FARE E RACCOMANDAZIONI

Il controllo della crisi ha la priorità in quanto i tempi utili per evitare il crearsi di lesioni a carico del SNC o l'evoluzione verso una forma refrattaria sono brevi. Pertanto la priorità, in particolare nelle forme convulsive/motorie, è l'applicazione rapida del protocollo di trattamento.

- 1. Il protocollo di trattamento deve essere applicato rapidamente dal primo medico che ha in carico il paziente. Il Neurologo deve essere allertato, ma l'inizio della terapia non deve essere ritardato, in particolare nelle forme convulsive/motorie.**
- 2. La diagnostica EEG in questo contesto (in particolare per il paziente con crisi motorie) è secondaria.**
- 3. I farmaci da utilizzare in questa fase sono rappresentati da benzodiazepine (vedi Tabella I).**

Il trattamento, volto a controllare il ripetersi delle crisi, deve poi affiancarsi a quello della patologia che ha causato lo stato epilettico. Al trattamento farmacologico delle crisi si devono aggiungere alcune misure generali di gestione del paziente.

- La valutazione e assistenza al paziente sono prioritariamente indirizzate alla rilevazione e trattamento delle **alterazioni dei parametri vitali** (coscienza secondo GCS, respiro, circolo) e alla formulazione dell'ipotesi diagnostica, per la quale si rende fondamentale anche la raccolta di un'anamnesi dettagliata degli eventi e dei precedenti patologici (ad es. paziente noto per epilessia).
- Nella valutazione del paziente vanno considerati **possibili diagnosi differenziali** quali ipoglicemia, sincope, TIA, crisi d'ansia/attacco di panico, crisi funzionali (psicogene non epilettiche). Di fronte a disturbi aspecifici del livello e del contenuto di coscienza va considerata la possibilità di uno stato epilettico non convulsivo (SENC).
- Il concomitante **controllo e gestione della via aerea** e la somministrazione di ossigeno rappresentano un passaggio essenziale nella gestione del paziente con crisi tonico-cloniche.
- In pazienti in condizioni respiratorie critiche, che richiedano un trattamento farmacologico ripetuto per il controllo delle crisi o che hanno necessità di sedazione profonda per severa agitazione o per consentire un'adeguata assistenza, si può rendere necessaria una **IOT**, anche al fine di preservare la pervietà delle vie aeree (figure professionali coinvolte: medico di PS e/o anestesista).

SE iniziale (5-10 minuti)

PDPA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDPA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 35 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Misure generali:

1. Stabilizzare il paziente (ABC), esame neurologico.
2. Calcolare il tempo dall'inizio delle crisi.
3. Monitorare parametri vitali ed ECG, eventualmente O2 terapia.
4. Assicurare un accesso venoso.

Eseguire prelievo venoso per: emocromo, VES o PCR, coagulazione, CPK, LDH, funzionalità epatica e renale, elettroliti (compresi calcio e magnesio), glicemia, eventuale dosaggio dei farmaci anticrisi, eventuali analisi tossicologiche.

5. Stick glicemico: se glicemia < 60 mg/dL, somministrare Tiamina (Vit B1) 100 mg I fl im, poi glucosata al 50%.

Monitorare e trattare l'acidosi.

Terapia SE iniziale:

scegliere uno tra i seguenti trattamenti:

Lorazepam 0.1 mg/kg massimo 4 mg e.v. in 2 minuti (velocità < 2 mg/min), ripetibile una volta dopo 10 minuti. Non subisce una rapida ridistribuzione nei tessuti periferici come diazepam perché meno liposolubile.

Diazepam 0.15-0,2 mg/kg massimo 10 mg e.v. in 2 minuti (velocità < 2 – 5 mg/min), ripetibile dopo 10 minuti.

Midazolam ev 10 mg se peso maggiore di 40 Kg, 5 mg se peso compreso tra 13-40 kg, non ripetibile. Rischio di accumulo in pazienti anziani, obesi e nell'insufficienza renale.

Se non disponibile l'accesso ev:

Midazolam i.m. 10 mg, se peso maggiore di 40 Kg, 5 mg se peso compreso tra 13-40 kg. Non ripetibile.

La somministrazione di benzodiazepine può indurre insufficienza respiratoria (monitorare sempre con saturimetro il paziente) e sedazione.

Nelle crisi toniche o nello stato di male tonico nel paziente affetto da Sindrome di Lennox-Gastaut: evitare le benzodiazepine, utilizzare fenitoina di prima intenzione.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 36 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 3. Gestione dello stato epilettico definito

Se il paziente non risponde al trattamento di prima linea con benzodiazepine si parla di stato epilettico definito o resistente alle benzodiazepine.

Setting: Pronto Soccorso; Neurologia; Medicina di Urgenza

Professionisti coinvolti: Medici di PS e di Medicina di Urgenza; Neurologi; Infermieri di PS/medicina di Urgenza/Neurologia.

Tempistiche: 0 – 30 minuti dall'osservazione/presa in carico del paziente con SE

COSA FARE E RACCOMANDAZIONI

I farmaci da utilizzare in questa situazione sono farmaci anticrisi iniettabili per uso endovenoso (vedi Tabella 2).

La scelta del farmaco più appropriato e il dosaggio per ogni tipo di paziente deve essere effettuata con consulenza neurologica tra i seguenti:

-Fenitoina 15-18 mg/kg, eventuali altri 5 mg/kg, velocità di infusione 1-3 mg/Kg/minuto, non superiore a 50 mg/minuto.

Diluire in Soluzione Fisiologica. Non diluire o somministrare in soluzione glucosata. Deve essere infusa

utilizzando un accesso venoso indipendente, in un grosso vaso per ridurre il rischio di flebite, dopo la somministrazione lavare con soluzione fisiologica.

Controindicazioni epilettologiche: assenze, epilessie miocloniche, Sindrome di Dravet.

Controindicazioni mediche: blocco atrio-ventricolare, grave ipotensione.

Controindicata nella bradicardia sinusale, nel blocco seno-atriale, nel blocco atrioventricolare (AV) di secondo e terzo grado e nei pazienti con sindrome di Adams-Stokes.

Controindicata in gravidanza ed in allattamento.

Non utilizzare nei pazienti in terapia con apixaban, edoxaban, dabigatran e rivaroxaban.

Necessario eseguire un attento monitoraggio cardiaco (compreso quello respiratorio) quando si somministrano dosi EV di carico di fenitoina (cardiotossica). Può essere necessario ridurre la velocità o sospendere la somministrazione. La fenitoina deve essere usata con cautela nei pazienti con ipotensione e/o grave insufficienza miocardica. Cautela nell'utilizzo nei diabetici in quanto può dare iperglicemia. Epatotossica.

Oppure uno dei seguenti:

- Acido Valproico ev 30 mg/kg (range 20-40), dose massima 3000 mg, velocità massima di infusione 6 mg/kg/minuto (10-20 minuti).

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 37 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Utilizzabile in tutti i tipi di epilessia focale e generalizzata. Da valutare prima del suo utilizzo: epatopatie in atto o potenziali, presenza di piastrinopenia. Possibile tossicità pancreatica e disfunzione piastrinica.

Non raccomandato in donne in età fertile. Ridurre la dose nell'insufficienza renale e nell'ipoproteinemia. Non somministrare nei pazienti affetti da porfiria, nei pazienti affetti da patologia mitocondriale (mutazione gene POLG), nei pazienti affetti da disturbo enzimatico nel ciclo dell'urea, affetti da epatite acuta e cronica o da Lupus Eritematoso Sistemico. Non somministrare nei pazienti in trattamento con NAO.

-Levetiracetam ev 40-60 mg/kg, dose massima 4500 mg, in soluzione fisiologica o glucosata, infuso nell'arco di 10-20 minuti. Aggiustamento della posologia nelle persone anziane e con ridotta funzionalità renale.

Non somministrare nei pazienti con anamnesi positiva per patologia psichiatrica, né ai pazienti in trattamento con NAO, né nell'insufficienza renale severa.

-Lacosamide 200-400 mg ev in singola dose, dose massima 600 mg, in 10-20 minuti, seguito da dose di mantenimento giornaliera di 200-400 mg. Efficacia del farmaco nello stato epilettico non convulsivo e nelle epilessie focali continue. Controindicata nel paziente con preesistente blocco atrioventricolare (AV) di secondo o terzo grado in quanto prolunga l'intervallo PR. Deve essere somministrata con cautela in pazienti con condizioni proaritmiche preesistenti quali pazienti con disturbi della conduzione cardiaca noti o con gravi cardiopatie o pazienti trattati con medicinali che influenzino la conduzione cardiaca, tra cui medicinali antiaritmici e antiepilettici bloccanti i canali del sodio, così come nei pazienti anziani. In questi pazienti bisogna considerare di eseguire un ECG prima di un aumento della dose di lacosamide oltre 400 mg/die e dopo la titolazione di lacosamide allo steady state. *Attenzione ai pz in trattamento con NAO in cui è presente una minima interazione (9%) con la PgP.*

Non utilizzare nelle epilessie miocloniche.

-Brivaracetam ev 100-200 mg in bolo endovenoso senza diluizione, oppure in infusione di 15 minuti per via endovenosa con diluente compatibile: soluzione per iniezione di sodio cloruro 9 mg/ml (0,9%), soluzione per iniezione di glucosio 50 mg/ml (5%), soluzione per iniezione di ringer lattato. Non utilizzare insieme a Levetiracetam (stesso sito di azione sulla vescicola sinaptica 2A (SV2A)).

Nel caso di necessità di utilizzare Brivaracetam al posto del Levetiracetam, o per mancata efficacia di quest'ultimo o per concomitante assunzione di NAO, può essere fatto uno switch overnight (invece della successiva somministrazione di Levetiracetam si somministra Brivaracetam con un rapporto di 1:10 fino ai 2000 mg/die di Levetiracetam, al di sopra dei 2000 mg/die di Levetiracetam con una ratio di 1:15; Villanueva et Al.). Aggiustamento del dosaggio in caso di compromissione epatica: massimo 150 mg/die suddiviso in due somministrazioni distanziate 12 ore una dall'altra. Può essere utilizzato nei pazienti in concomitante terapia con NAO.

Continuare la ricerca, nei pazienti **non** affetti da epilessia, della causa scatenante tramite TC/RM encefalo o indagini di laboratorio (intossicazioni, infezioni).

Se il paziente con **SE iniziale e/o definito** è gestito in PS e risponde alla terapia può essere indirizzato al ricovero in Neurologia. In mancanza di posti letto sarà ricoverato in un reparto di Medicina d'Urgenza o in alternativa in un reparto di Medicina dove proseguirà il percorso diagnostico-terapeutico standard.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 38 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

Il paziente con buona risposta ai farmaci di prima e seconda linea (SE iniziale/definito) deve essere comunque ricoverato ad **eccezione dei casi di SE nel paziente con epilessia pre-esistente nota**, in cui lo SE:

- a) non è di tipo convulsivo
- b) ha risposto rapidamente al trattamento
- c) il paziente ha recuperato pienamente lo stato neurologico di base

In questa situazione può essere sufficiente ed appropriato un percorso di osservazione breve (OBI) per un periodo massimo di 24 ore seguito da esecuzione di EEG e rivalutazione neurologica che documentino la risoluzione dello stato epilettico prima della dimissione (buona pratica clinica).

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 39 di 58
---	----------------	--------------------------	---------------

ALLEGATO 4 Gestione dello stato epilettico refrattario

In caso il paziente non risponda ai farmaci di seconda linea si entrerà nello scenario dello SE refrattario e dovrà essere considerata l'opportunità di utilizzo di farmaci di terza linea (anestetici, vedi **Tabella 3**) e quindi indirizzare il paziente verso reparti di terapia intensiva.

Setting: i reparti di riferimento sono la Rianimazione e la Terapia Intensiva Post-Operatoria.

Professionisti coinvolti: Medici di terapia intensiva/rianimazione; Neurologi; Infermieri dei reparti di terapia intensiva e di rianimazione.

Tempistiche: Da valutare ogni singolo caso, in base alla tipologia di SE, delle comorbidità presenti, dell'aspettativa di vita del paziente.

In particolare due scenari si possono individuare:

- A. Lo SE convulsivo/motorio refrattario. In questa situazione l'intervento dell'anestesista/rianimatore dopo il fallimento dei farmaci di prima e seconda linea non deve essere ritardato, ma immediato.
- B. Lo SE non-convulsivo e/o focale refrattario in cui **prima** di passare a farmaci di terza linea ad al supporto rianimatorio è bene provare in politerapia più farmaci di seconda linea.

COSA FARE E RACCOMANDAZIONI

- La scelta del trattamento farmacologico dello SE deve essere concordata tra neurologo e rianimatore in accordo con le linee guida e la specificità del caso.
- Il **monitoraggio EEG**, di cui sono responsabili il neurologo e il TNFP, è in questa condizione di fondamentale importanza al fine di verificare la risoluzione o persistenza dello SE, anche in relazione alle modificazioni dei farmaci anestetici e dei farmaci anticrisi di seconda linea iniziati nella fase di SE definito.
- In questa situazione è inoltre importante controllare periodicamente i livelli plasmatici dei farmaci anticrisi quando appropriato.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 40 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

- Il trattamento dello **SE refrattario con farmaci anestetici** richiede la riduzione dell'attività elettrica cerebrale fino al raggiungimento del dato elettroencefalografico di "burst-suppression" (sequenze di attività isoelettrica di durata non superiore ai 10 secondi, intervallate a scoppi di attività lenta o puntuta) ottenibile tramite induzione di anestesia generale con i farmaci di terza linea.
- La durata della sedazione profonda e la tempistica della finestra di osservazione andranno concordate all'interno dell'equipe neurologico-anestesiologica; in genere la prima fase di burst-suppression dovrebbe durare almeno 24 ore. L'uso di Anexate per velocizzare la rimozione dell'attività benzodiazepinica è da ritenersi una pratica sconsigliata, in quanto potrebbe aggravare lo SE.

Nello SE refrattario oltre alle complicanze legate allo SE, si possono aggiungere quelle derivanti dall'uso di farmaci con importanti effetti collaterali e dei devices necessari per il supporto delle funzioni vitali (tubo tracheale, cateteri venosi centrali e periferici, catetere vescicale). Ogni singolo caso dovrebbe essere sottoposto a una valutazione collegiale-multidisciplinare (neurologi e anestesisti), finalizzata a considerare i vantaggi di una gestione di tipo 'intensivistico' contro i rischi correlati al soggiorno in terapia intensiva (good clinical practice).

Terapia SE refrattario convulsivo tonico clonico:

Midazolam bolo di 0.2 mg/kg alla velocità massima di 4 mg/min (può essere ripetuto), quindi infusione continua di 0,1-2 mg/kg/h.

- azione rapida e un buon profilo di sicurezza.
- può esser soggetto a tachifilassi, con rischio di ricorrenza delle crisi
- è l'anestetico di cui si hanno maggiori report in letteratura. Studi retrospettivi evidenzerebbero un minore rischio di effetti collaterali o tossici rispetto al thiopentone. Dosaggi elevati (0.4 mg/Kg/h) hanno la stessa sicurezza di dosaggi inferiori (0.2 mg/kg/h) con un minore rischio di ricorrenza di crisi e quindi mortalità inferiore
- rischio di accumulo in pazienti obesi, anziani e con insufficienza renale
- con monitoraggio EEG può essere titolato fino alla scomparsa delle crisi; con midazolam in monoterapia difficilmente può essere ottenuto un tracciato a tipo "suppression bursts", mentre questo risultato è più facilmente ottenibile in associazione con il propofol.

Propofol 1-2 mg/kg ev come dose di carico, ripetuto, se necessario, quindi seguito da un'infusione continua di 2-12 mg/kg/h (riservare cautela sopra i 5 mg/kg/h), riducendo fino alla dose sufficiente per mantenere un pattern di burst-suppression (1-3 mg/kg/h). Il periodo di soppressione, valutato con l'EEG, non deve essere maggiore di 10 secondi.

- agonista recettori GABA A e parziale antagonista recettori NMDA
- è un anestetico a breve durata d'azione e ha una farmacocinetica eccellente con rapida azione ed emivita molto breve
- può provocare depressione cardio-respiratoria, movimenti involontari. C'è il rischio di "propofol-infusion-syndrome" (PRIS), specie dopo uso prolungato (PRIS: collasso cardiocircolatorio, acidosi lattica, ipertrigliceridemia e rabdomiolisi); vasocostrittori, corticosteroidi e inotropi possono aumentare il rischio di PRIS; gli inibitori dell'anidraasi carbonica aumentano il rischio di acidosi severa,
- in caso di infusione prolungata (più di 24-48 ore) il controllo quotidiano di pH, CPK e lattati può permettere una diagnosi precoce di PRIS,

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 41 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

• l'associazione di propofol e midazolam in infusione continua può ridurre la dose necessaria e quindi diminuire il rischio di effetti collaterali a parità di efficacia.

Thiopentone bolo 1-3 mg/kg (può essere ripetuto), seguiti da un'infusione continua alla dose di mantenimento di un pattern a burst-suppression (3-5 mg/kg/h). Il periodo di soppressione, valutato con l'EEG, non deve essere maggiore di 10 secondi.

- agonista GABA A
- ha una potente azione antiepilettica, riduce la pressione intracranica, abbassa la temperatura corporea
- determina una severa depressione respiratoria e cardio-circolatoria, è soggetto ad accumulo, allungando i tempi di recupero e di intubazione dopo lo svezzamento
- comporta rischio di ileo paralitico, immunosoppressione, edema linguale, ipernatremia
- induce il sistema del CYP P450
- il suo uso, data la tendenza all'accumulo, può essere associato ad un prolungamento della necessità di ventilazione meccanica
- La formulazione e.v. contiene glicole propilenico
- l'infusione è solitamente titolata fino ad ottenere un pattern EEG a tipo burst-suppression, ma alcuni autori suggeriscono l'ottenimento di un tracciato EEG con inattività elettrocerebrale.

Ketamina bolo 0.5-4 mg/Kg, quindi infusione di 0.3-5 mg/kg/h.

- è un antagonista dei recettori NMDA
- non produce depressione cardio-respiratoria, anzi ha una azione simpatico-mimetica; può indurre tachicardia e altre aritmie inclusa l'asistolia; inoltre può determinare ipertensione arteriosa ed aumento della pressione intracranica
- l'esperienza del suo utilizzo è cresciuta considerevolmente negli ultimi anni. In pazienti con emodinamica compromessa (in particolare ipotensione arteriosa) l'uso di ketamina può consentire di sospendere il trattamento con vasopressori.
- raramente usata in monoterapia, usualmente è associata all'infusione continua di un altro anestetico.

Il trattamento con gli anestetici ha il fine di interrompere rapidamente le crisi, prevenendo le complicanze sistemiche acute e i danni neuronali secondari. Non vi sono al momento evidenze a favore di un agente anestetico rispetto ad un altro, vista la rarità della condizione e la difficoltà ad eseguire trial randomizzati in tale contesto. La scelta su quale composto utilizzare può dipendere dalle caratteristiche del paziente, dalla disponibilità del farmaco stesso e dall'esperienza e dalle preferenze del rianimatore.

L'infusione continua di anestetici deve essere iniziata sotto monitoraggio EEG continuo, poiché lo SE Convulsivo evolve spesso in Non Convulsivo nei pazienti critici. La maggior parte degli esperti concordano sul fatto che la terapia anestetica dovrebbe essere titolata fino a cessazione di tutta l'attività EEG critica e/o al raggiungimento di un pattern di burst-suppression. Non è ancora chiaro se raggiungere sempre la burst suppression o la soppressione completa dell'attività elettrocerebrale comporti un beneficio rispetto soltanto al controllo dell'attività critica EEG. L'infusione continua con anestetici deve essere mantenuta per un periodo di 24-48 ore, in casi selezionati può essere considerato un periodo più breve di 12 ore. L'anestetico andrà poi ridotto gradualmente nell'arco di alcune ore: un approccio utilizzato è di dimezzare la velocità d'infusione ogni 1-2 ore, adattando la velocità di sospensione al quadro elettroclinico del paziente. Se le crisi recidivano, non vi è accordo sulla migliore strategia. Opzioni possibili sono la re-introduzione dell'anestetico precedente ad uguale o maggior dosaggio, l'associazione di un secondo agente, il passaggio ad un diverso anestetico. Dopo una recidiva

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 42 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

è pratica comune aumentare la durata del periodo successivo di anestesia. Durante l'anestesia deve essere continuato il trattamento con farmaci anticrisi a dosaggi adeguati: spesso vengono mantenuti i farmaci anticrisi utilizzati in dose di carico nel secondo stadio di trattamento. È da evitare il rapido cambiamento della terapia antiepilettica sottostante in questa fase, in quanto tale atteggiamento terapeutico può determinare crisi da sospensione, maggiore incidenza di effetti collaterali e di interazioni farmacologiche. La variazione della terapia antiepilettica va invece valutata nei SER prolungati. È stato suggerito che farmaci anticrisi con meccanismo d'azione prevalentemente GABAergico possano divenire inefficaci a causa dell'internalizzazione dei recettori GABA-A sulla membrana sinaptica, mentre farmaci che agiscono sui recettori NMDA e AMPA possano risultare più efficaci in questo stadio, dato che la persistente attività epilettica è associata ad un aumento dell'esposizione sulla membrana sinaptica di recettori per il glutammato. Un elemento aggiuntivo da valutare, nel corso di terapia prolungata con anestetici e.v., è la presenza di glicole propilenico. Tale molecola è utilizzata come eccipiente per alcune preparazioni endovenose, in particolare lorazepam, fenobarbital, diazepam, fenitoina e thiopentone. Oltre a problemi di tossicità tissutale in caso di stravasamento nel punto di infusione, risposte avverse sono state segnalate in alcuni soggetti, specialmente ad alti dosaggi. In caso di tossicità possono verificarsi ipotensione, bradicardia, anomalie nei complessi T e QRS dell'ECG, aritmie, arresto cardiaco, iperosmolarità sanguigna, acidosi lattica ed emolisi. Pertanto, l'uso prolungato di formulazioni endovenose contenenti glicole propilenico dovrebbe essere monitorato per evidenziare la comparsa di possibili effetti tossici. In conclusione, data l'assenza di dati robusti di letteratura, l'utilizzo dei diversi farmaci è da considerare in maniera individualizzata. Il midazolam è probabile da preferire come prima scelta nella maggioranza dei pazienti, in monoterapia o associato al propofol. La ketamina, inizialmente utilizzata in casi resistenti, potrebbe essere somministrata anche in stadi più precoci, specie in presenza di ipotensione arteriosa. Dato lo sfavorevole profilo di sicurezza e tollerabilità, riservare l'uso di thiopentone ai casi più severi di SER.

Lo SER, con o senza mioclonie, in un paziente con encefalopatia post-anossica ha di per sé una prognosi infausta e, probabilmente, non modificabile dalla terapia. In particolare questo è vero in assenza della componente N20 dei Potenziali Evocati Somato-Sensoriali a 48-72 ore dall'inizio dello SE (47). Pertanto, non è sempre considerato indicato il trattamento con alte dosi di farmaci antiepilettici in un paziente con SER mioclonico causato da encefalopatia post-anossica.

STADIO “SE REFRATTARIO NON CONVULSIVO”

Si intende la condizione di SER senza preminenti manifestazioni motorie. In linea teorica, le considerazioni terapeutiche suddescritte riguardo lo SE Refrattario Tónico-Clonico si applicano anche allo SE Non Convulsivo. Tuttavia, poiché la terapia di terza linea con anestetici in infusione continua si associa ad importanti effetti collaterali e possibili complicanze, un trattamento così aggressivo va riservato alle situazioni in cui il medico considera il perdurare dello SE più rischioso per il paziente del trattamento stesso. In caso contrario, un'opzione percorribile è quella di utilizzare sequenzialmente diversi antiepilettici di seconda linea. Alcuni recenti studi osservazionali hanno suggerito che il trattamento di terza linea peggiori di per sé l'outcome dei pazienti. Tuttavia la presenza di un'associazione statisticamente significativa in studi osservazionali non implica l'esistenza di una relazione causa-effetto fra trattamenti di terza linea ed outcome. Inoltre il rischio di un bias di selezione

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 43 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

in questi studi è molto elevato. Pertanto si ritiene che la scelta del livello di aggressività di trattamento debba essere individualmente adottata, considerando anche il fatto che le evidenze scientifiche riguardanti tempi ed entità del danno neuronale secondario alle crisi sono limitate e riguardano principalmente lo stato epilettico convulsivo.

STADIO “SE SUPER-REFRATTARIO” (SESR)

Si intende la condizione di SE che continua nonostante adeguata terapia anestetica di terza linea per almeno 24 ore o che ricorre dopo sospensione della stessa. ***Tutti i farmaci utilizzati in questo stadio hanno un insufficiente livello di evidenza (Livello U).***

Lidocaina:

- anestetico locale che agisce sui canali del sodio, usato prevalentemente in passato
- non determina depressione respiratoria (riportati solo due casi di ipotensione e due di arresto cardiorespiratorio)

Anestetici inalatori:

- isoflurano e desflurano sono anestetici inalatori che agiscono da GABA agonisti
- presentano una elevata incidenza di effetti collaterali tra cui ipotensione, atelettasia polmonare, infezioni, ileo paralitico, trombosi venosa profonda
- sono stati riportati un possibile effetto neurotossico e anomalie di segnale ippocampali (iperintensità T2/FLAIR) alla RMN dopo l'uso di isoflurano; nell'attesa di conferma, visti i numerosi effetti collaterali, riteniamo che gli anestetici inalatori vadano riservati solo ai casi di SESR molto severo.

Topiramato:

- antiepilettico con diversi meccanismi d'azione, incluso il blocco dei recettori AMPA
- Viene somministrato per via enterale con una dose di carico di 300-800 mg, seguito da una dose giornaliera di 400-1000 mg, in 2-3 somministrazioni
- i dati di letteratura sono aneddotici (case reports e poco numerose case series) con una percentuale di successo del 68.6%
- è ben tollerato e ha una clearance prevalentemente renale, può causare acidosi metabolica, nefrolitiasi.

Corticosteroidi e terapia immunomodulante (metilprednisolone ev, eventualmente seguito da prednisone per os, plasmaferesi, immunoglobuline, ciclofosfamide e rituximab in casi selezionati).

L'utilizzo di una terapia immunomodulante o immunosoppressiva poggia sul razionale che una quota di SER e SESR riconoscano un'eziologia autoimmune o che l'infiammazione possa costituire sia effetto che causa della persistenza delle crisi. Il riconoscimento di tali condizioni è in costante aumento, in relazione anche alla progressiva espansione del numero di autoanticorpi riconosciuti quali causa di encefaliti autoimmuni, che spesso si manifestano con epilessia refrattaria.

- Nei casi “siero-negativi” (assenza di documentazione di auto-anticorpi), qualora l'origine autoimmune sia comunque sospettata, può essere indicata la terapia immunomodulante. Una percentuale dei cosiddetti “NORSE” (*new-onset refractory status epilepticus*) possono riconoscere un'eziologia autoimmune e risultare responsivi all'immunoterapia.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 44 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

- Qualora l'encefalite autoimmune rappresenti una sindrome paraneoplastica, è necessario il trattamento rapido e aggressivo della neoplasia primaria.

Dieta chetogena:

- utilizzata inizialmente nei bambini nel contesto della FIRES (*febrile infection related epilepsy syndrome*)
- acidosi metabolica e ipertrigliceridemia sono effetti collaterali comuni

Ipotermia:

- in un recente RCT, l'ipotermia non ha mostrato un miglioramento dell'outcome funzionale e una riduzione della mortalità, mentre aumentava l'incidenza di effetti collaterali, per cui l'ipotermia deve essere considerata una terapia secondaria
- effetti collaterali possibili sono i disturbi elettrolitici e acido-base, la coagulazione intravasale disseminata, la trombosi, le infezioni, le aritmie cardiache, l'ischemia intestinale e l'ileo paralitico.

Neurochirurgia:

- nei casi di SESR sintomatico con lesione aggredibile chirurgicamente, un intervento in urgenza può essere considerato
- gli interventi praticati sono vari: resezione corticale o lobare, emisferectomia funzionale, callosotomia, transezione subpiale multipla, spesso in combinazione.

Stimolazione vagale:

- l'impianto di uno stimolatore vagale in urgenza può essere considerato nei pazienti con SESR.

Lo stadio dello SESR rappresenta una condizione per il trattamento della quale non esiste alcuna evidenza scientifica solida. La maggior parte dei trattamenti sono state riportati in pochissimi casi, solitamente case report o poco numerose serie di casi. L'elevato tasso di successi descritto risente certamente di bias di pubblicazione. ***Il pilastro della terapia degli SESR rimane comunque l'infusione continua di anestetici.*** Dati i report che indicano la possibilità di un buon recupero funzionale anche dopo SESR molto prolungati, **non vi è al momento un limite temporale oltre il quale il trattamento intensivo può essere considerato inutile, specie nei casi a eziologia sconosciuta.**

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 45 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 5**Quando richiedere un EEG nel sospetto di stato epilettico non-convulsivo**

La diagnosi di SENC e' spesso insidiosa e necessita sempre di EEG a supporto. Il sospetto clinico di SENC dovrebbe essere posto dal neurologo o dal medico che ha in carico il paziente e dopo contatto con il consulente neurologo. Di seguito vengono riportati gli scenari piu' frequenti:

- Scenario 1 →** Quando dopo una crisi epilettica vi e' una prolungata persistenza di alterazione qualitativa/quantitativa della coscienza che va oltre la fase post-critica
- Scenario 2 →** Vi e' una persistenza di alterazione qualitativa/quantitativa della coscienza dopo un evento acuto cerebrale tale da non poter essere completamente spiegata dall'evento acuto stesso
- Scenario 3 →** Il paziente giunge all'osservazione per l'insorgenza di un' alterazione qualitativa/quantitativa della coscienza che non trova altre cause (eg. metaboliche, settiche etc)

[Herman et al, J Clin Neurophysiol, 2015]

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 46 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 6 Come si diagnostica uno Stato Epilettico Non Convulsivo

EEG Consensus Criteri di Salisburgo per lo Stato Epilettico Non Convulsivo (**NCSE**)

Pazienti senza una nota encefalopatia epilettogena:

-Scariche epilettiformi > 2.5 Hz * *oppure*

- Scariche epilettiformi < 2,5 Hz o attività delta/theta ritmica (>0,5 Hz) **e** uno dei seguenti:

o Miglioramento clinico e dell'EEG dopo farmaci anticrisi **ev oppure**

o Lievi fenomeni clinici ictali **oppure**

o Tipica evoluzione spazio-temporale**

Pazienti con una nota encefalopatia epilettogena:

-Aumento di intensità o frequenza delle anomalie EEG comparata con lo stato basale con una dimostrabile variazione dello stato clinico.

- Miglioramento dello stato clinico e dell'EEG dopo somministrazione ev di farmaci anticrisi.

Se presente miglioramento dell'EEG senza variazioni del quadro clinico, o fluttuazione senza definita evoluzione, dovrebbe essere considerato **possibile Stato Epilettico Non Convulsivo.*

***Aumento all'inizio (incremento di ampiezza e modifica di frequenza), o evoluzione nel pattern (cambio di frequenza <1 Hz o cambio di sede), o decremento al termine (ampiezza o frequenza).*

Scariche epilettiformi: punte, polipunte, onde aguzze, complessi onda aguzza-onda lenta.

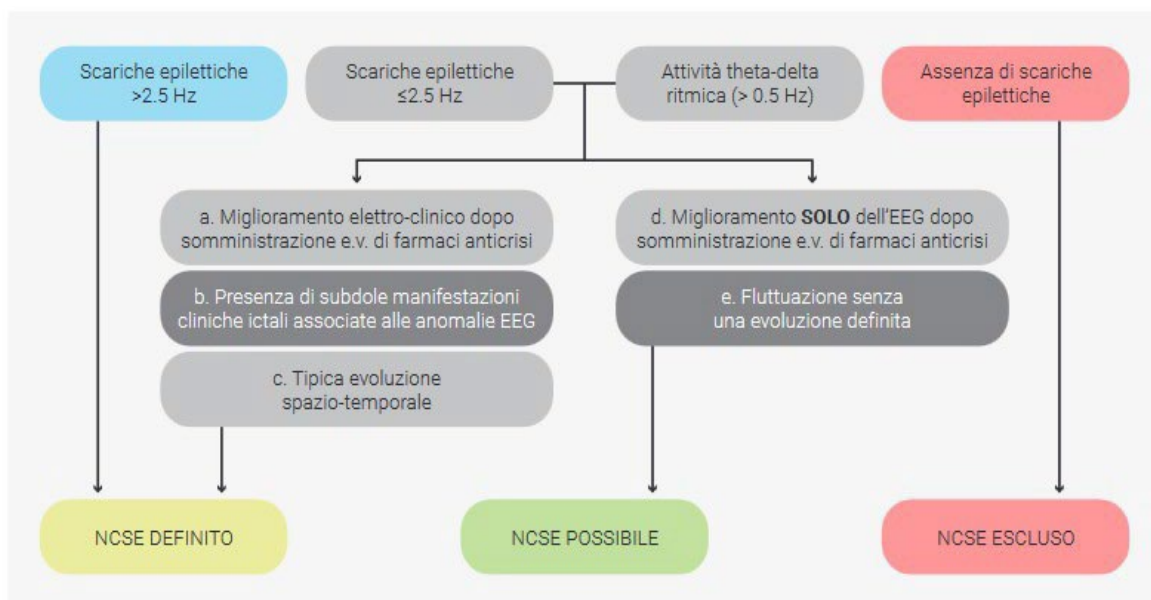


Figura 1. Criteri di Salisburgo per la diagnosi di NCSE nei pazienti senza encefalopatia epilettica nota. (adattato da Othman AS et al. *The EEG diagnosis of NCSE: Concordance between clinical practice and Salzburg Criteria for NCSE.* Seizure. 2020).

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 47 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 7. Scala di severità dello Stato Epilettico STESS (Status Epilepticus Severity Score)

	Caratteristiche	Punteggio
Coscienza	Vigile/sonnolento/confuso	0
	Stuporoso/comatoso	1
Peggior tipo di crisi	Focale semplice, complessa, assenza, mioclonica	0
	Convulsiva generalizzata	1
	Stato epilettico non convulsivo in coma	2
Età	≤ 65 anni	0
	≥ 65 anni	1
Anamnesi	Sì	0
	No/sconosciuto	1
Totale		

Score totale ≥ 4 predittivo di prognosi sfavorevole intraospedaliera (Kang, 2016; Rossetti, 2008)

ALLEGATO 8. Consenso informato RMN

SETTIMA SANITARIA REGIONALE
ASL ROMA 1
 PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI
UOC Radiologia
 Direttore: Dr. Enrico Pofi

Modulo di anamnesi e consenso informato per l'esame di Risonanza Magnetica

Dati del paziente

Cognome _____ Nome _____
 Data e luogo di nascita _____ Peso (Kg) _____
 Residenza _____ Recapito Tel. _____
 Indagine richiesta _____
 Reparto/Medico richiedente l'esame RM _____

Questionario Preliminare Anamnestico

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistono controindicazioni all'esame RM la controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce - fra le altre anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

- | | |
|---|-------|
| > Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica? | SI NO |
| > Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | SI NO |
| > Soffre di claustrofobia? | SI NO |
| > Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI NO |
| > Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI NO |
| > È stato vittima di traumi da esplosioni? | SI NO |
| > È in stato di gravidanza certa o presunta? | SI NO |
| > Ultime mestruazioni avvenute: _____ | SI NO |
| > Ha subito interventi chirurgici su: | |
| > Testa _____ > Addome _____ > Collo _____ | |
| > Torace _____ > Estremità _____ > Occhi _____ | |
| > Altro _____ | |
| > È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI NO |
| > È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI NO |
| > È portatore di schegge o frammenti metallici? | SI NO |
| > È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI NO |
| > Valvole cardiache? | SI NO |
| > Stents | SI NO |
| > Defibrillatori impiantati? | SI NO |
| > Distrattori della colonna vertebrale? | SI NO |
| > Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | SI NO |
| > Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | SI NO |
| > Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI NO |
| > Altri tipi di stimolatori? | SI NO |
| > Dispositivi intrauterini (IUD)? | SI NO |
| > Protesi dentarie fisse o mobili? | SI NO |
| > Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.? | SI NO |
| > Altre protesi? _____ Localizzazione: _____ | SI NO |
| > Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? | SI NO |

Cod. RTI/0538 - Tip. Katalina Polizzi s.p.a.

ASL Roma 1
 00193 Roma - Borgo S. Spirito, 3
 t. +39.06.6010.2501
 www.aslroma1.it

UOC Radiologia
 Direttore: Dott. Enrico Pofi
 t. +39.06.3306.2442
 e-mail: enrico.pofi@aslroma1.it

 **REGIONE LAZIO**

Rev. 3 del 08/02/2021

Informazioni supplementari

- | | | | |
|---|-----------------------|----|----|
| > È affetto da anemia falciforme? | | SI | NO |
| > È portatore di protesi del cristallino? | | SI | NO |
| > È portatore di piercing? | Localizzazione: _____ | SI | NO |
| > Presenta tatuaggi? | Localizzazione: _____ | SI | NO |
| > Sta utilizzando cerotti medici? | | SI | NO |

Per effettuare l'esame di Risonanza Magnetica occorre rimuovere:

- > eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici
- > Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Trattamento dei dati personali ai fini della privacy

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio 2004.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC/sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame.

Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Espressione ed acquisizione del consenso/dissenso informato all'esecuzione dell'indagine di risonanza magnetica senza e con mezzo di contrasto

Il/La sottoscritto/a _____

- > in qualità di esercente la potestà sul minore _____
- > in qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- > sul tipo di indagine diagnostica da eseguire _____

Reso/a consapevole:

- > sul parere del sanitario che l'esame proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- > della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- > dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita, nonché sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM;
- > Presa visione delle informazioni relative all'indagine RM, in particolare della "Sintesi Informativa all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica con e senza mezzo di contrasto" e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

☐ Accetto l'esecuzione dell'esame proposto

☐ Autorizzo nei termini indicati il trattamento e la conservazione dei dati personali

☐ Rifiuto l'esecuzione dell'esame proposto

Data ____/____/____

Firma del Paziente _____

Eventuale interprete _____

Il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari,

Giustifica e Autorizza l'esecuzione dell'Indagine di Risonanza Magnetica

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame R.M. _____

Data ____/____/____

ALLEGATO 9. Cartella clinica ambulatoriale Epilessia

- **Scheda anagrafica/anamnestica**
 - Familiarità
 - Anamnesi Fisiologica
 - Abitudini di vita
 - Anamnesi patologica – Malattie concomitanti
- **Epilessia**
 - Classificazione dei tipi di crisi:
 - Esordio focale
 - Esordio focale con evoluzione bilaterale tonico-clonica
 - Esordio generalizzato
 - Esordio non noto
 - Crisi non classificabile
- **Andamento della malattia epilettica**
 - Età di esordio
 - Frequenza temporale delle crisi
- **Esame neurologico**
- **EEG**
- **Neuroimmagini**
- **Indagini di laboratorio**
- **Terapia**
 - Farmaci anticrisi
 - Altri farmaci
- **Comparsa di nuove patologie o peggioramento di malattie preesistenti**
 - Patologie legate alla somministrazione di farmaci anticrisi
 - Patologie non legate alla somministrazione di farmaci anticrisi
- **Altre informazioni**
 - Problematiche sociali

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 51 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO 10. Scheda informativa per la persona con Epilessia

DEVE SAPERE CHE

- I persona su 100 è affetta da epilessia
- L'epilessia è una malattia neurologica cronica caratterizzata dalla persistente predisposizione ad avere crisi epilettiche
- Le crisi epilettiche (improvvisi e non prevedibili) sono espressione di un'alterata funzionalità elettrica dei neuroni cerebrali
- Esistono diversi tipi di crisi epilettiche
- In caso di desiderio di gravidanza è necessario pianificare l'evento con il proprio epilettologo curante, in considerazione della teratogenicità dei farmaci anticrisi

LE CAUSE

Le cause dell'epilessia possono essere genetiche, secondarie a alterazioni cerebrali o ancora non conosciute

ESISTONO FATTORI SCATENANTI LE CRISI

Esistono fattori che possono FACILITARE la comparsa di crisi epilettiche in soggetti predisposti:

- Carenza di sonno
- Abuso di alcool
- Utilizzo di droghe

GLI SCHERMI TV/PC SCATENANO LE CRISI?

Ci sono soggetti suscettibili agli stimoli visivi (TV o videogame) quindi, per queste persone, di seguito alcuni consigli per ridurre la fotosensibilità

- Limitare il tempo trascorso davanti alla TV
- Mettersi a distanza dalla TV almeno due volte la diagonale dello schermo
- Illuminare l'ambiente intorno allo schermo
- Se si indossano gli occhiali 3D toglierli prima di smettere di guardare qualcosa in 3D

QUANTO È IMPORTANTE LA TERAPIA?

- Perché la terapia prescritta sia efficace i farmaci devono essere assunti quotidianamente ad orario, fisso nel caso di farmacoresistenza.
- I farmaci generici o equivalenti potrebbero sostituire i prodotti originali ma in accordo con il proprio Neurologo curante.
- I farmaci permettono un controllo completo delle crisi in circa il 70% dei pazienti.
- La riduzione o sospensione della terapia può essere presa in considerazione tra paziente e medico non prima di 2 anni dall'assenza totale di crisi.

COSA FARE SE SI ASSISTE AD UNA CRISI EPILETTICA?

1. Non tentare di fermare i movimenti
2. NON cercare di aprire la bocca e NON inserire in bocca alcun oggetto

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 52 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

3. Proteggere la persona dai traumi del capo o degli arti (mettendo qualcosa di morbido sotto il capo, allontanando oggetti contundenti)
4. Non lasciare sola la persona finché non si riprende
5. Al termine della crisi metterla sul fianco
6. Chiamare il 112 se la crisi dura più di 2 minuti, se provoca un trauma evidente, se il paziente si porta una mano al petto e/o ha difficoltà respiratorie.

SI PUO' FARE SPORT?

- Si valuterà caso per caso anche in base al tipo di sport. Da evitare comunque gli sport quali immersione, paracadutismo, alpinismo, pugilato...e tutte quelle situazioni in cui, in caso di crisi, si può mettere a repentaglio la propria ed altrui incolumità. Per ulteriori informazioni possono essere consultate le linee-guida:

http://www.lice.it/pdf/MED_SPORT_SUPPL_I_AL_I_2015.PDF

SI PUO' GUIDARE?

- Per conseguire o rinnovare la patente di guida il paziente si sottoporrà a visita presso la commissione patenti speciali con certificato redatto dal neurologo che attesti l'assenza di crisi da almeno 1 anno
- Dopo 10 anni senza crisi epilettiche e senza terapia le persone non sono più soggette a restrizioni

SI PUO' RICHIEDERE L'ESENZIONE?

Sì e l'attestato di esenzione ha durata limitata e prevede l'esenzione dal pagamento del ticket per le visite neurologiche di controllo, alcuni esami ematici, dosaggio di farmaci anticrisi, per gli EEG ma non per la Risonanza Magnetica. Valutarne pertanto i benefici.

- Soprattutto in caso di difficoltà nell'accettare la diagnosi il Neurologo potrà prendere in considerazione di inviare il paziente allo psicologo clinico che, se riterrà necessario, farà seguire poi il paziente sul territorio.
- La Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE) è la società scientifica con lo scopo di contribuire al miglioramento della diagnosi, terapia ed assistenza delle persone con epilessia e al loro inserimento in società (www.lice.it)

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 53 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO II. Informativa sulla privacy**INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)**

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 54 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specifica finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei è affetto;
- favorire una attività preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti della ASL ROMA I nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privacy ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonché, volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalità di ricerca.

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 *“Preso d’atto dell’Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto “La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d’iniziativa”* e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 *“Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”* della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma I (di seguito anche solo “Asl”) e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo “PDTA”).

Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all' Asl di Roma I, anche appartenenti a categorie particolari – relativi

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 55 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

L'adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma I, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma I presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo dpo@asl.roma1.it nonché, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 56 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____, alla via _____, n. _____, CAP _____, recapiti telefonici _____, e-mail (facoltativo) _____, in qualità di _____

DICHIARO

· di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;

· di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE
CON EPILESSIA

Firma (leggibile) _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed esecuzione del PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON EPILESSIA

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 57 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------

☐ SI☐

NO

Firma (leggibile) _____

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle presenti informazioni.

☐ presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)☐ non presta il consenso

Firma (leggibile) _____

Firma di chi riceve il consenso _____

PDTA del paziente con epilessia nel territorio della ASL Roma I	PDTA Epilessia	Rev. 0 del 05/12/2025	Pag. 58 di 58
---	----------------	-----------------------	---------------