



## Ictus cerebrale - 1

**Data** 14 maggio 2026  
**Categoria** neurologia

Questo articolo fa parte di una serie dedicata all'ictus cerebrale. In questa prima parte vedremo come distinguere l'ictus emorragico da quello ischemico e quale iter diagnostico avviare immediatamente.

### Ictus cerebrale: ischemico o emorragico?

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte e la prima causa di disabilità acquisita nel mondo occidentale. In Italia si verificano ogni anno circa 150.000 nuovi eventi, con una mortalità a 30 giorni intorno al 20% per le forme ischemiche e significativamente più elevata per quelle emorragiche. Per il medico di medicina generale, il ruolo nella gestione dell'ictus acuto si concentra su due momenti fondamentali: il riconoscimento precoce dei sintomi e l'attivazione immediata della rete emergenziale; il follow-up a lungo termine con la prevenzione secondaria. Tuttavia, conoscere il razionale delle scelte ospedaliere è indispensabile per dialogare con il paziente e i familiari, coordinare la continuità assistenziale e riconoscere precocemente le recidive.

### Il primo discrimine: emorragia o ischemia?

Appena il paziente giunge in pronto soccorso con un quadro clinico suggestivo di ictus, la prima domanda non riguarda dove si trova la lesione né quale sia la sua causa: riguarda la sua natura. Emorragia o ischemia? La risposta determina l'intero percorso terapeutico successivo, perché i trattamenti delle due forme non sono semplicemente diversi – sono diametralmente opposti.

Nel caso dell'ischemia, il trattamento d'elezione – la trombolisi con attivatore tissutale del plasminogeno (rtPA) o la trombectomia meccanica – mira a ricanalizzare il vaso occluso. Nel caso dell'emorragia, la stessa trombolisi sarebbe letale: trasformerebbe un'emorragia contenuta in un'emorragia massiva. Non esiste nella medicina d'urgenza un altro esempio così emblematico di come una diagnosi errata possa trasformare il trattamento da salva-vita a causa di morte.

### La clinica non basta

L'ictus emorragico non è spesso distinguibile da quello ischemico in base alla clinica. Alcuni segni orientano verso l'emorragia – la cefalea improvvisa e violenta "a rombo di tuono", il vomito all'esordio, la perdita di coscienza rapida, una pressione arteriosa molto elevata – ma nessuno di questi è sufficientemente specifico da escludere l'ischemia o viceversa.

L'unica eccezione parziale è l'emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma, dove la cefalea intensa associata a rigidità nucale e fotofobia ha un valore orientativo elevato. Ma anche in questo caso la conferma richiede imaging.

### La TC cranio senza mezzo di contrasto: il gold standard

La tomografia computerizzata del cranio senza somministrazione di mezzo di contrasto è l'esame dirimente. È disponibile H24 in tutti i pronto soccorso di riferimento, richiede circa cinque minuti, non necessita di preparazione e fornisce una risposta immediata e inequivocabile:

- Iperdensità spontanea (bianco): EMORRAGIA
- TC negativa nelle prime ore: Probabile ISCHEMIA (lesione non ancora visibile)
- Ipodensità, perdita differenziazione grigio/bianco: Ischemia già evoluta
- Sangue nelle cisterne della base: Emorragia subaracnoidea (ESA); Angiografia urgente per aneurisma

Nel caso di ischemia valutare ASPECTS: Alberta Stroke Program Early CT Score (punteggio di estensione del danno ischemico precoce, range 0-10).

Un concetto fondamentale da tenere a mente è che la TC senza mdc nelle prime ore di un ictus ischemico può essere completamente normale. La lesione ischemica diventa visibile all'imaging convenzionale generalmente dopo 6-24 ore. La TC non serve a vedere l'ischemia: serve a escludere l'emorragia. Un risultato negativo in presenza di un quadro clinico compatibile è già sufficiente per procedere con il percorso trombolisi/trombectomia.

### Gli esami di laboratorio urgenti

Parallelamente all'imaging, alcuni esami ematici vanno richiesti contestualmente all'ingresso in PS, non perché



modifichino la decisione sulla TC – che si fa comunque – ma perché alcune informazioni sono indispensabili per le decisioni terapeutiche successive:

- Valutazione della piastrinopenia e dell'anemia = Emocromo completo
- Fondamentale per valutare l'indicazione alla trombolisi e per il reversal degli anticoagulanti in caso di emorragia = PT, INR, aPTT
- Glicemia (emogluco test immediato + glicemia venosa)
- Rilevante per il dosaggio e il metabolismo dei farmaci = Funzionalità renale ed epatica
- Elettroliti, in particolare il sodio, che può essere alterato in corso di ictus (soprattutto ESA).
- Troponina ed ECG. L'ictus può essere precipitato da un evento cardiaco acuto o causarlo. L'ECG può evidenziare la fibrillazione atriale, causa frequente di cardioembolismo. Troponina ed ECG
- Gruppo sanguigno = in previsione di eventuali interventi neurochirurgici o procedure invasive.

### **La rete stroke**

La tempestività nell'ictus non dipende solo dalla velocità del singolo clinico: dipende dall'organizzazione del sistema. In Italia la rete stroke è strutturata su un modello hub-spoke: i centri spoke (ospedali periferici con capacità di TC e trombolisi) stabilizzano e trattano i pazienti con trombolisi quando indicata, attivando contestualmente il trasferimento verso i centri hub (centri di riferimento con disponibilità di neuroangiografia interventistica H24) per la trombectomia meccanica nel caso di interessamento di un grosso vaso.

Il percorso ideale dall'ingresso alla decisione terapeutica è sintetizzato nella regola del "door-to-needle time" per la trombolisi (obiettivo < 60 minuti, meglio < 45) e del "door-to-groin time" per la trombectomia (obiettivo < 90 minuti dall'arrivo al centro hub). Ogni minuto guadagnato in questa fase si traduce in outcome neurologico migliore.

### **Il ruolo del MMG**

Il medico di medicina generale, pur non operando direttamente in questo contesto, deve conoscere i principi generali della gestione ospedaliera per tre ragioni fondamentali: per riconoscere precocemente il sospetto di ictus e attivare tempestivamente il 118; per informare correttamente il paziente e i familiari durante il follow-up; per comprendere le scelte effettuate dal team ospedaliero e coordinarsi efficacemente nella fase di continuità assistenziale.

Nel prossimo articolo vedremo quali sono le cause dell'ictus ischemico.

### **Renato Rossi**

### **Bibliografia**

Riporteremo la bibliografia di riferimento nell'ultimo articolo di questa serie.