

| | | |
|---|--|------------------|
|  Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento | PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON | Revisione |
| | | 31 dicembre 2019 |
| | | Pagina 1 di 22 |



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON MALATTIA DI PARKINSON

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| REDAZIONE | VERIFICA E CONTROLLO | APPROVAZIONE | Repertorio Interno |
| Gruppo di lavoro | Dr. Eugenio Gabardi Dr. Giovanni M. Guarreza Dr. Arrigo Andreacci | Il Direttore sanitario -dr. Claudio Dario - | Rep. 2468 Data: 29 GEN. 2020 |
| DOCUMENTO PRECEDENTE | CAUSALE DELLA REVISIONE | | |
| REPERIBILITÀ DEL DOCUMENTO | | PAROLE CHIAVE | |
| Internet: https://www.apss.tn.it/percorsi-procedure-protocolli ; | | Malattia di Parkinson, PDTA | |



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON**

Revisione

31 dicembre 2019

Pagina 2 di 22



Gruppo di lavoro (in ordine alfabetico)

| Nome e Cognome | Qualifica | Struttura di appartenenza |
|-----------------------|------------------------------|--|
| Adami Roberto | MMG | Ambito Vallagarina |
| Benelle Marco | Dirigente medico | UO MFR territoriale 3 |
| Berti Carlo | Infermiere | UO Neurologia ospedale di Rovereto |
| Bonavita Jacopo | Direttore medico | UOM MFR Ospedaliera 1 |
| Boreatti Albina | Dirigente medico | UO MFR territoriale 2 |
| Brugnara Ilenia | Logopedista | UO Neurologia |
| Cecchetto Simone | Dirigente prof. sanitarie | Serv. Governance processi assistenziali e riabilitazione |
| Cerzani Michela | Farmacista | Serv. politiche del farmaco e ass farmaceutica |
| Chivu Lucian | Dirigente medico | UOM Cure palliative |
| Dallabona Monica | Psicologo | UO Psicologia |
| D'Antonio Paola | Dirigente medico | UO Neurologia ospedale di Rovereto |
| Daves Anita | Fisioterapista | UO MFR 2 |
| Di Giacopo Raffaella | Neurologo | Specialista convenzionato interno |
| Feller Daniel | Fisioterapista | UO Neurologia |
| Ferian Francesca | Terapista Occupazionale | UO Neurologia |
| Fontana Marilena | Logopedista | UO Neurologia |
| Fracchetti Michela | Infermiere | UO Cure Primarie Vallagarina |
| Giometto Bruno | Direttore medico | UO Neurologia |
| Grecchi Adriana | Direttore medico | UOM MFR territoriale 2 |
| Leonardi Luca | Farmacista | Servizio politiche del farmaco e ass. farmaceutica |
| Malacarne Franca | Fisioterapista | UO MFR territoriale 2 |
| Malaguti Maria Chiara | Dirigente medico | UO Neurologia ospedale di Trento |
| Martinelli Angela | Infermiere | UO Neurologia ospedale di Trento |
| Mastellarò Marina | Dirigente medico | Serv. Governance clinica |
| Monterosso Michelina | Direttore medico ff | Serv. Governance clinica |
| Morandi Monica | Direttore medico | UO MFR territoriale 3 |
| Ottaviani Donatella | Dirigente medico | UO Neurologia ospedale di Rovereto |
| Pedrolli Carlo | Dirigente medico | Serv. Nutrizione clinica |
| Pellegrini Maria | Dirigente medico | UO Neurologia ospedale di Trento |
| Peretti Lorenza | Dietista | Serv. Nutrizione clinica |
| Piffer Silvano | Direttore medico | Serv. Epidemiologia clinica e valutativa |
| Rizzello Robertovito | Dirigente medico | Serv. Epidemiologia clinica e valutativa |
| Saccardo Kevin | Fisioterapista | UO MFR territoriale 3 |
| Sarubbo Silvio | Direttore medico ff | UO Neurochirurgia |
| Scottini Morena | Coordinatore infermieristico | UO Cure Primarie – cure domiciliari Trento |
| Simoncelli Alessia | Fisioterapista | UO Neurologia ospedale di Rovereto |
| Vettori Luigina | Coordinatore infermieristico | Serv. Acquisti e gestione contratti |

In collaborazione con Associazione Parkinson Trento ODV



INDICE

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | INTRODUZIONE..... | 5 |
| 2. | SCOPO | 6 |
| 3. | AMBITO DI APPLICAZIONE | 7 |
| 4. | ACRONIMI | 7 |
| 5. | FASI DEL PERCORSO | 8 |
| 5.1 | FASE INIZIALE | 8 |
| 5.1.1 | Sospetto di malattia - MMG..... | 8 |
| 5.1.2 | Sospetto di malattia – specialista neurologo | 9 |
| 5.1.3 | Diagnosi - il neurologo dell’ambulatorio Parkinson | 9 |
| 5.1.4 | Tattamento farmacologico iniziale – ambulatorio Parkinson | 9 |
| 5.1.4.a | Tattamento sintomi motori | 9 |
| 5.1.4.b | Tattamento dei sintomi non motori | 10 |
| 5.1.5 | Valutazione e gestione dei bisogni assistenziali – infermiere dell’ambulatorio Parkinson | 10 |
| 5.1.6 | Valutazione e gestione dei bisogni riabilitativi – Servizi di Riabilitazione Territoriale | 12 |
| 5.1.6.a | Visite fisiatriche | 12 |
| 5.1.6.b | Valutazioni e trattamenti fisioterapici | 14 |
| 5.1.6.c | Valutazioni e trattamenti logopedici..... | 14 |
| 5.1.6.d | Valutazioni e trattamenti occupazionali..... | 14 |
| 5.1.6.e | Degenza riabilitativa | 14 |
| 5.1.7 | Visite di controllo – Ambulatorio Parkinson - neurologo..... | 14 |
| 5.1.8 | Follow up - Ambulatorio Parkinson - infermiere..... | 15 |
| 5.2 | FASE INTERMEDIA | 15 |
| 5.2.1 | Comorbilità e complicità della malattia - MMG | 15 |
| 5.2.2 | Visite di controllo - Ambulatorio Parkinson - neurologo..... | 15 |
| 5.2.3 | Follow up infermieristico - Ambulatorio Parkinson | 15 |
| 5.2.4 | Follow-up dei bisogni riabilitativi | 15 |
| 5.2.5 | Invio ad altri specialisti..... | 16 |
| 5.3 | FASE AVANZATA | 16 |
| 5.3.1 | Ambulatorio Parkinson - Terapie avanzate | 16 |
| 5.3.2 | Attivazione dell’assistenza territoriale e degli interventi socio-sanitari | 17 |
| | Cure domiciliari..... | 17 |
| 6. | DIAGRAMMA DI FLUSSO..... | 19 |
| 7. | DOCUMENTAZIONE..... | 20 |
| 8. | DATI E INDICATORI | 20 |
| 9. | DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE | 20 |
| 10. | MONITORAGGIO DEL PERCORSO..... | 20 |
| 11. | ELENCO DESTINATARI..... | 21 |
| 12. | RIFERIMENTI..... | 21 |



1. INTRODUZIONE

La malattia di Parkinson (MP) è una condizione neurodegenerativa cronica seconda per frequenza solo alla malattia di Alzheimer. L'esordio della malattia è caratterizzato dalla presenza di una sintomatologia prevalentemente motoria (bradicinesia, tremore a riposo e rigidità) a cui si accompagnano anche sintomi non motori, come iposmia, disturbi del comportamento nel sonno, dolore, disturbi disautonomici, parestesie e disturbi neuropsichiatrici. Talora questi sintomi possono precedere la comparsa dei sintomi motori.

I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina nella *substantia nigra* del mesencefalo.

I sintomi motori che generalmente sono ad esordio tardivo comprendono instabilità posturale e cadute, freezing, disturbi linguaggio e difficoltà di deglutizione. La demenza manifesta è una complicazione tardiva che più frequentemente colpisce i pazienti più anziani con prolungata durata della malattia.

Sulla base delle attuali teorie eziopatogenetiche la Malattia di Parkinson è il risultato dell'interazione tra predisposizione genetica e fattori ambientali. Sebbene gli studi epidemiologici disponibili siano ancora contraddittori, viene riconosciuta in letteratura come fattore di rischio l'esposizione ad insetticidi ed erbicidi. Vi è un numero maggiore di soggetti affetti nelle popolazioni rurali o comunque in quelle maggiormente esposte a pesticidi.

In Italia sono circa 250.000 i pazienti affetti da MP; con un'incidenza maggiore negli uomini rispetto alle donne (60% uomini e 40% donne). La prevalenza aumenta con l'età, dall'1% in quelli oltre i 60 anni di età, fino al 4% della popolazione sopra gli 80 anni. L'età media di insorgenza è circa 60 anni, anche se il 5-10% dei casi, classificati come ad esordio giovanile, iniziano tra i 20 e i 50 anni. I tassi specifici per sesso mostrano una lieve prevalenza negli uomini. Le proiezioni demografiche indicano per i prossimi decenni un aumento dell'età media nella popolazione generale non solo nei paesi occidentali ma anche in quelli in via di sviluppo. Ciò significa che probabilmente bisogna attendersi un aumento del numero di persone affette. L'epidemiologia può contribuire a definire e a caratterizzare questo fenomeno. Considerando i dati italiani, possiamo stimare un raddoppio dei casi prevalenti entro 15 anni, ciò vale a dire ipotizzare 500-600.000 casi prevalenti al 2030.

In recente lavoro, relativo ad un'esperienza di studio condotta in Umbria¹, i dati di incidenza e di prevalenza regionale risultavano rispettivamente i seguenti: Il tasso standardizzato di incidenza risultava pari a 40/100.000/anno (41 nelle femmine e 39 nei maschi), mentre il tasso standardizzato di prevalenza risultava pari a 542/100.000. La prevalenza e l'incidenza incrementavano con l'età.

In Trentino la prevalenza di MP², anno 2012, è riportata in tabella 1. Il 90% dei casi di MP è oltre i 65 anni, l'età media nei maschi è 75,4 anni, nelle femmine 78,6 anni. Solo l'1,2% dei casi ha meno di 50 anni. Il tasso di prevalenza ottenuto risulta pari a 234,5/100.000 (IC 95% 221,8-247,8), 222,8/100.000 nei maschi e 245,6/100.000 nelle femmine. La prevalenza aumenta con l'età, in modo più rilevante nei maschi rispetto alle femmine. Se vale anche per la provincia di Trento, una ipotesi di raddoppio dei casi esistenti entro 15 anni, si può ipotizzare che al 2030, i casi in carico al servizio sanitario provinciale si aggirino intorno alle 3000 unità.

¹ Eusebi P, Franchini D, De Giorgi M, Abraha I, Montedori A, Casucci P, Calabresi P, Tambasco N. Incidence and prevalence of Parkinson's disease in the Italian region of Umbria: a population-based study using healthcare administrative databases. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 2019 Aug;40(8):1709-1712.

² dati 2012 studio condotto dal Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa in collaborazione con U.O. di Neurologia dell'ospedale S.Chiara. Fonti informative utilizzate: le esenzioni per patologia, i riconoscimenti di invalidità, la prescrizione di farmaci specifici, le dimissioni ospedaliere e gli archivi clinici delle due U.O. di Neurologia della provincia (Trento e Rovereto)

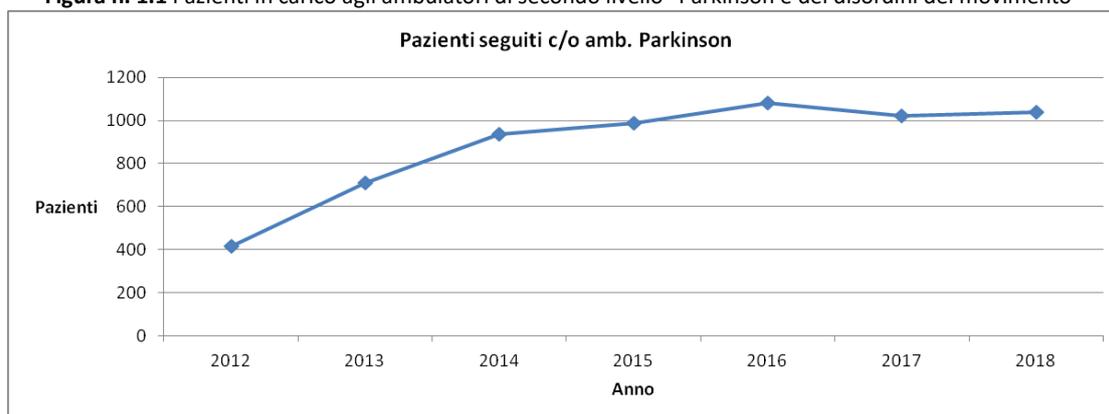


Tab. 1.1 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi prevalenti di MP per genere e classe di età. Anno 2012

| Classe età | Maschi | Femmine | Totale | % |
|---------------|------------|------------|--------------|--------------|
| <45 anni | 3 | 3 | 6 | 0,5 |
| 45-54 anni | 13 | 10 | 23 | 1,8 |
| 55-64 anni | 71 | 36 | 107 | 8,6 |
| 65-74 anni | 157 | 144 | 301 | 24,1 |
| 75-84 anni | 224 | 273 | 497 | 39,7 |
| 85+ anni | 113 | 204 | 317 | 25,3 |
| Totale | 581 | 670 | 1.251 | 100,0 |

I dati della provincia di Trento sono in linea con quelli della letteratura e con i dati italiani disponibili. Nella figura n.1 sotto riportata viene illustrata la numerosità dei pazienti presi in carico dagli ambulatori Parkinson dalla loro istituzione (secondo semestre 2012) al 2018. Si fa presente che a partire dal 2013, in APSS è iniziata le attività di sostituzione della batteria di neuro stimolatori in pazienti in trattamento in DBS e dal 2018 in collaborazione stretta con la UO di neurochirurgia anche l'impianto degli elettrodi profondi.

Figura n. 1.1 Pazienti in carico agli ambulatori di secondo livello "Parkinson e dei disordini del movimento"



2. SCOPO

Questo documento aggiorna e sostituisce la precedente versione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) redatto nel 2011 e pubblicato in allegato alla Deliberazione della Giunta Provinciale n.2523 del 25 novembre 2011. La finalità dell'aggiornamento nasce dalla necessità di:

- ridefinire il ruolo degli ambulatori dedicati alla malattia di Parkinson di Trento e Rovereto;
- recepire le indicazioni del Piano nazionale cronicità;
- recepire le indicazioni del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- recepire la Deliberazione della Giunta Provinciale n.1117 "Rete riabilitativa provinciale. Criteri di funzionamento, standard dei livelli prestazionali e qualitativi. Attivazione di strutture intermedie" del 7 luglio 2017;
- recepire le disposizioni presenti nella Deliberazione della Giunta Provinciale n.1850 "Recepimento del "Piano nazionale della cronicità" e linee di indirizzo per la sua attuazione in provincia di Trento" del 5 ottobre 2018.

Il documento ha lo scopo di definire sul territorio provinciale un percorso omogeneo, strutturato e



multidisciplinare per la diagnosi, la terapia e la presa in carico dei pazienti. L'obiettivo del percorso è quello di garantire la presa in carico della persona in tutte le fasi della malattia, (dal sospetto clinico alla fase avanzata con l'attivazione delle cure palliative) e di definire i ruoli di ciascun professionista coinvolto.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il percorso si applica alle strutture e ai servizi dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS), in particolare agli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG), agli ambulatori dei disordini del movimento (in seguito ambulatori Parkinson) degli ospedali di Trento e Rovereto, agli ambulatori di neurologia, all'Area Cure primarie, all'Area della riabilitazione, all'Area Salute mentale e alle UU.OO. di Neurochirurgia e Gastroenterologia endoscopia digestiva.

Il percorso si applica inoltre alle RSA e alle strutture private convenzionate di riabilitazione e inoltre, per alcuni bisogni specifici, al Centro Riabilitazione Neurocognitiva (CeRiN).

Il percorso è rivolto a tutte le persone con MP presenti sul territorio della PAT.

4. ACRONIMI

| Acronimo | Descrizione |
|---------------|---|
| ADL | Activity of Daily Life |
| APSS | Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento |
| BMI | Indice di massa corporea |
| CDLCI | Infusione continua duodenale di levodopa-carbidopa |
| CSAI | Infusione continua sottocutanea di apomorfina |
| CUP | Centro unico di prenotazione |
| DA | Dopamino agonisti |
| DBS | Stimolazione cerebrale profonda |
| DSFS – P | scala DSFS – P |
| FT | Fisioterapista |
| ICD | Disturbi del controllo degli impulsi (impulse control disorders) |
| ICOMT | Inibitori della catecol-O-metil transferasi |
| IMAO | Inibitori delle monoamino ossidasi |
| LG | Logopedista |
| MAS | Mealtime Assessment Scale |
| MDS-UPDRS | Movement Disorder Society - Unified Parkinson's Disease Rating Scale |
| MMG | Medici di Medicina Generale |
| MoCA | Montreal Cognitive Assessment |
| MP | Malattia di Parkinson |
| MUST | Malnutrition Universal Screening Tool |
| PAT | Provincia Autonoma di Trento |
| PDTA | Percorso diagnostico terapeutico assistenziale |
| PAI | Piano Assistenziale Individualizzato |
| PUA | Punto Unico di Accesso |
| ROM | Radboud Oral Motor Inventory |
| RSA | Residenza sanitaria assistenziale |
| SDQ | Swallowing Disturbance Questionnaire |
| SPECT Datscan | Tomoscintigrafia Cerebrale con marcatore recettoriale |
| SPECT MIBG | Scintigrafia miocardica |
| TAC | Tomografia assiale computerizzata |
| TO | Terapista Occupazionale |
| TOM | Therapy Outcoms Measures |



| Acronimo | Descrizione |
|----------|------------------------------------|
| UO | Unità Operativa |
| UOM | Unità Operativa Multizonale |
| UVM | Unità Valutativa Multidimensionale |
| VHI | Voice Handicap Index |

5. FASI DEL PERCORSO

Il decorso della MP viene suddiviso in tre **fasi di progressione**:

- 5.1 *fase iniziale*: centrata sulla diagnosi, sull'impostazione terapeutica in grado di salvaguardare l'autonomia della persona e la stabilità clinica. Il progetto riabilitativo è caratterizzato dalle strategie rieducative in grado di conservare il mantenimento delle abilità motorie della persona e la piena partecipazione alle attività sociali e professionali;
- 5.2 *fase intermedia*: caratterizzata da scelte terapeutiche, riabilitative ed assistenziali variabili nel tempo in funzione delle modifiche dello stato clinico (c.d. "fluttazioni");
- 5.3 *fase avanzata*: in cui sono prevalenti aspetti collegati all'aggravarsi della disabilità, alle terapie complesse (infusive, chirurgiche), all'assistenza domiciliare e alle cure palliative e/o riabilitative compensative.

Per definire, invece, lo **stadio clinico** della malattia viene utilizzata la scala di Hoehn e Yahr modificata; riportata in tabella 5.1.

Tab. 5.1 Stadiazione della progressione di malattia con scala di Hoehn e Yahr modificata

| Stadio | Scala di Hoehn e Yahr modificata |
|--------|---|
| 1 | Solo coinvolgimento unilaterale |
| 1.5 | Coinvolgimento unilaterale e assiale |
| 2 | Coinvolgimento bilaterale senza compromissione dell'equilibrio |
| 2.5 | Lieve coinvolgimento bilaterale con recupero sul test a trazione |
| 3 | Da lieve a moderato coinvolgimento bilaterale; instabilità posturale; fisicamente autosufficiente |
| 4 | Grave disabilità; ancora in grado di camminare o stare in piedi senza assistenza |
| 5 | Costretto a letto o sulla sedia a rotelle |

5.1 FASE INIZIALE

La fase iniziale dal sospetto di malattia di Parkinson comprende gli accertamenti diagnostici, la diagnosi, la valutazione dei bisogni assistenziali e riabilitativi e l'impostazione della terapia farmacologica.

5.1.1 Sospetto di malattia - MMG

Il MMG rappresenta uno dei punti di ingresso nel PDTA del paziente con sospetto di MP.

Il MMG:

- in presenza di paziente con *problematiche suggestive di MP (tremore a riposo, bradicinesia, rigidità)*, pone il sospetto diagnostico di MP, prescrive su ricettario del SSN (DEMA), una *visita neurologica* (codice nomenclatore tariffario 89.13) da effettuarsi nell'*ambulatorio Parkinson*. Il paziente prenota la visita neurologica tramite CUP al 848816816 da telefono fisso o al 0461379400 da cellulare specificando all'operatore che è da effettuarsi presso gli ambulatori Parkinson;



- in presenza di paziente con *segni neurologici, ma non particolarmente evidenti per la MP*, il MMG, prescrive su ricettario del SSN (DEMA), una *visita neurologica* (codice nomenclatore tariffario 89.13) utilizzando, se necessario, le priorità del Manuale RAO specificando il quesito diagnostico. Il paziente prenota la visita neurologica tramite CUP al 848816816 da telefono fisso o al 0461379400 da cellulare.

In entrambi i casi il MMG riporta in un documento i dati anamnestici e gli eventuali farmaci assunti.

Nel caso in cui il MMG sospetti una MP prescrive gli esami ematochimici: routine (emocromo + formula, funzionalità renale, funzionalità epatica), funzionalità tiroidea, dosaggio B12 e folati, ceruloplasmina e ferritina al fine di consentire una più veloce diagnosi differenziale.

5.1.2 Sospetto di malattia – specialista neurologo

Lo specialista convenzionato interno o ospedaliero visita il paziente con *segni neurologici non particolarmente evidenti per la MP*, imposta gli eventuali accertamenti quando necessari per arrivare alla definizione della diagnosi. In caso confermi il sospetto di MP, il neurologo segnala il paziente all'ambulatorio Parkinson per la presa in carico

5.1.3 Diagnosi - il neurologo dell'ambulatorio Parkinson

La visita neurologica prescritta per il sospetto di MP (paziente con segni suggestivi di MP) viene erogata in uno degli ambulatori Parkinson di Trento o di Rovereto o eventuali sedi periferiche ad essi collegati (allegato n. 1).

Il neurologo effettua la valutazione clinica, l'esame obiettivo neurologico e prescrive gli approfondimenti diagnostici quando necessari per la diagnosi.

La diagnosi di MP è principalmente clinica, si basa sul riscontro di sintomi caratteristici della MP e sull'assenza di sintomi suggestivi di altre malattie. Per la diagnosi di MP si utilizzano i **criteri diagnostici** dell'UK Brain Bank, universalmente riconosciuti, riportati nella tabella in allegato n.2. La diagnosi di MP va continuamente rivalutata nel tempo.

La valutazione clinica può essere completata dalla valutazione degli esiti degli esami ematochimici di cui al paragrafo precedente e da **approfondimenti diagnostici**, qualora necessari, per la diagnosi differenziale quali:

- TAC o RMN encefalo;
- SPECT Datscan;
- Scintigrafia MIGB;
- Valutazione neuropsicologica.

Il neurologo, in casi selezionati di forme giovanili o di forme familiari di MP, può proporre le indagini genetiche da effettuarsi secondo le modalità operative previste dai protocolli aziendali.

Dopo la diagnosi, il neurologo rilascia la certificazione di malattia cronica apponendo il codice 038.332 MP ai fini del rilascio dell'attestato di esenzione ticket.

5.1.4 Trattamento farmacologico iniziale – ambulatorio Parkinson

Il neurologo dopo la diagnosi di MP imposta la terapia farmacologica per il trattamento dei sintomi motori e non motori (allegato n.3).

5.1.4.a Trattamento sintomi motori

La scelta del trattamento farmacologico (allegato n. 3) viene valutata, insieme al paziente, considerando le caratteristiche fenotipiche della malattia, le richieste funzionali del paziente e le sue attese, le comorbidità, i potenziali benefici e eventi avversi attesi a seconda della classe di farmaci, con particolare attenzione all'aumentato rischio di sviluppare Disturbi del controllo degli impulsi (di seguito ICD) ad esempio gambling patologico, ipersessualità, binge eating, shopping compulsivo. Il paziente/caregiver va informato che in caso



di comparsa di ICD deve contattare l'infermiere dell'ambulatorio Parkinson di riferimento.

5.1.4.b Trattamento dei sintomi non motori

Il neurologo, valuta le eventuali cause farmacologiche e cliniche di eventuali nuovi sintomi non motori e prima di prescrivere una terapia farmacologica prende in considerazione i trattamenti non farmacologici (es. logopedia per la scialorrea).

La tabella "Trattamento farmacologico dei sintomi non motori", allegato n. 3, elenca i farmaci raccomandati per i sintomi non motori.

Alcune di queste raccomandazioni prevedono l'utilizzo off-label dei farmaci.

In presenza di ICD è necessario modificare la terapia dopaminergica riducendo gradualmente qualsiasi agonista della dopamina. Monitorare eventuali miglioramenti e sintomi dovuti alla sospensione dell'agonista della dopamina. Valutare l'invio del paziente al SERD per eventuale trattamento di dipendenza comportamentale slatentizzata dai farmaci.

Laddove il neurologo lo ritenga opportuno, invia il paziente a servizi di supporto psicologico.

5.1.5 Valutazione e gestione dei bisogni assistenziali – infermiere dell'ambulatorio Parkinson

L'infermiere dell'ambulatorio Parkinson è un professionista con competenze esperte/avanzate nell'utilizzo di metodi di case management, formato sull'assistenza alla persona con disturbi del movimento e sulla rete dei servizi.

L'attività infermieristica in fase iniziale è basata soprattutto sull'assessment e sull'educazione del paziente/caregiver finalizzate a prevenire le complicanze ed a suggerire strategie per affrontare le problematiche emergenti nelle aree di bisogno elencate nell'allegato n.4.

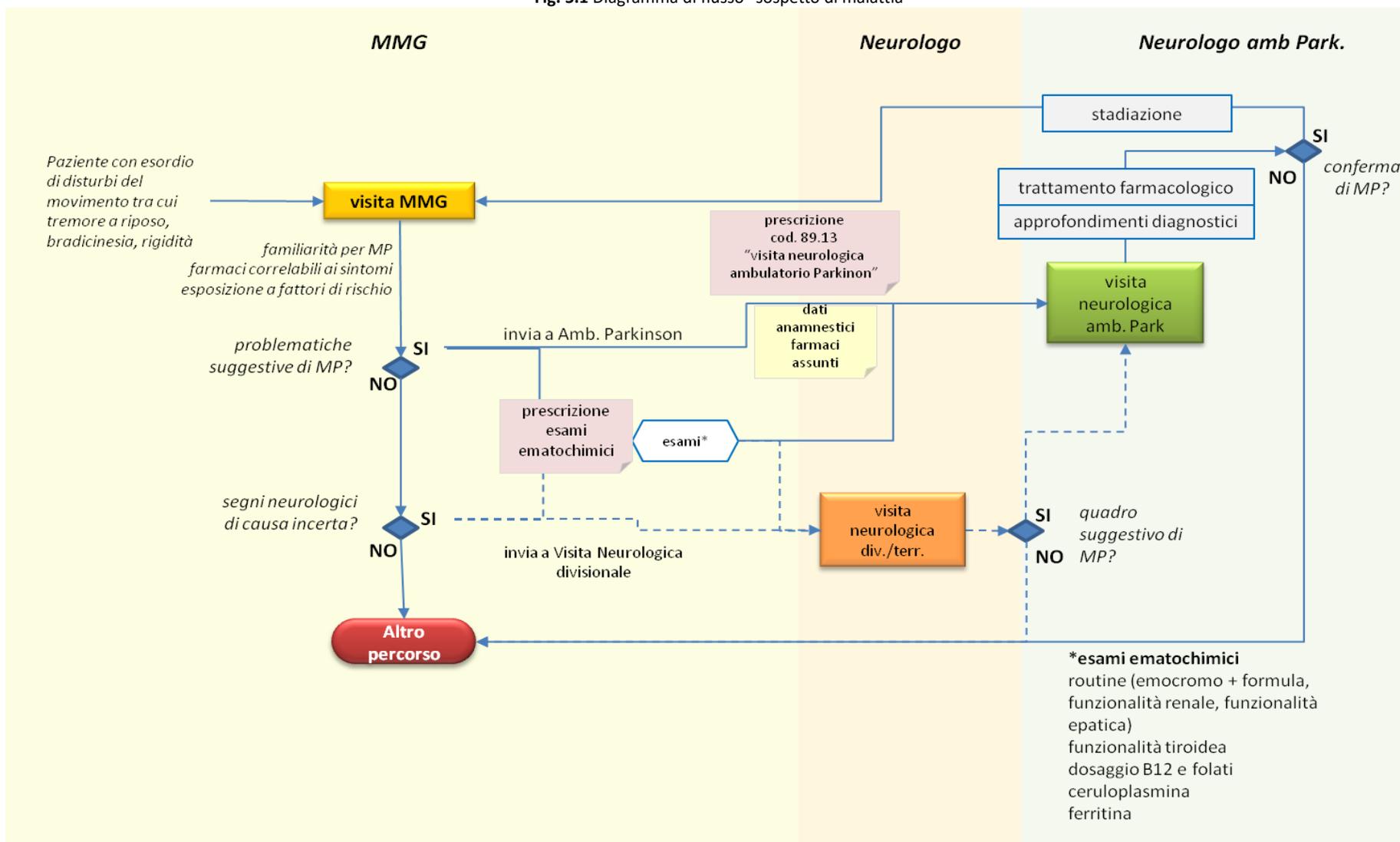
Nell'effettuare un assessment completo utilizza scale validate che consentono una migliore presa in carico e l'individuazione dei pazienti da inviare a eventuali valutazioni da parte di altri professionisti (allegato n. 5).

Al termine della visita neurologica e dell'assessment infermieristico al paziente verranno consegnati: referto, prescrizione farmaci, prescrizione per visita successiva e per eventuali accertamenti diagnostici e le eventuali certificazioni.

Il periodo in cui effettuare la visita successiva viene indicata nel referto. L'infermiere prenota le visite successive.



Fig. 5.1 Diagramma di flusso "sospetto di malattia"





5.1.6 Valutazione e gestione dei bisogni riabilitativi – Servizio di Riabilitazione Territoriale

La segnalazione al Servizio di Riabilitazione Territoriale (di seguito SRT) di competenza per residenza del paziente avviene da parte del neurologo dell'ambulatorio Parkinson.

Gli ambulatori Parkinson di cui al punto 5.1.3 operano in stretto e continuo rapporto con i SRT, nodi della rete per i percorsi di neuroriabilitazione distribuiti sul territorio, (allegato n. 5) che erogano specifici percorsi di valutazione e trattamento anche per persone con MP.

Gli SRT sviluppano una forte integrazione con i servizi delle Cure Primarie e i servizi socio-assistenziali e sociali al fine di dare al paziente e ai suoi familiari una risposta integrata e multidimensionale.

Per i percorsi fisioterapici, pazienti e familiari potranno essere affidati anche a ulteriori servizi di riabilitazione integrativi di rete - più prossimi al loro domicilio (Malè, Pellizzano, Mezzolombardo, Predazzo, Sen Jan di Fassa, Tonadico, Levico, Ala) o, sempre tramite invio da parte del fisiatra del SRT, a strutture accreditate convenzionate.

Modalità di accesso al SRT

Per pazienti seguiti dagli ambulatori Parkinson di cui al paragrafo 5.1:

- il neurologo, anche su segnalazione dell'infermiere dell'ambulatorio Parkinson, qualora rilevi uno o più disturbi di cui alla prima colonna della tabella dell'allegato n.6, invia al SRT di riferimento per ambito territoriale di residenza del paziente

Per pazienti non seguiti dagli ambulatori Parkinson:

- *il MMG*, qualora rilevi la presenza dei disturbi elencati nella prima colonna della tabella dell'allegato n.6, prescrive visita fisiatrica o neurologica cod. 89.7 del NT invitando il paziente a prendere contatto con la segreteria di uno dei due centri di riferimento riabilitativo di II livello per MP (Villa Igea o Rovereto) per fissare appuntamento. A seguito di valutazione, il fisiatra individua il professionista e il trattamento riabilitativo più appropriato.

5.1.6.a Visite fisiatriche

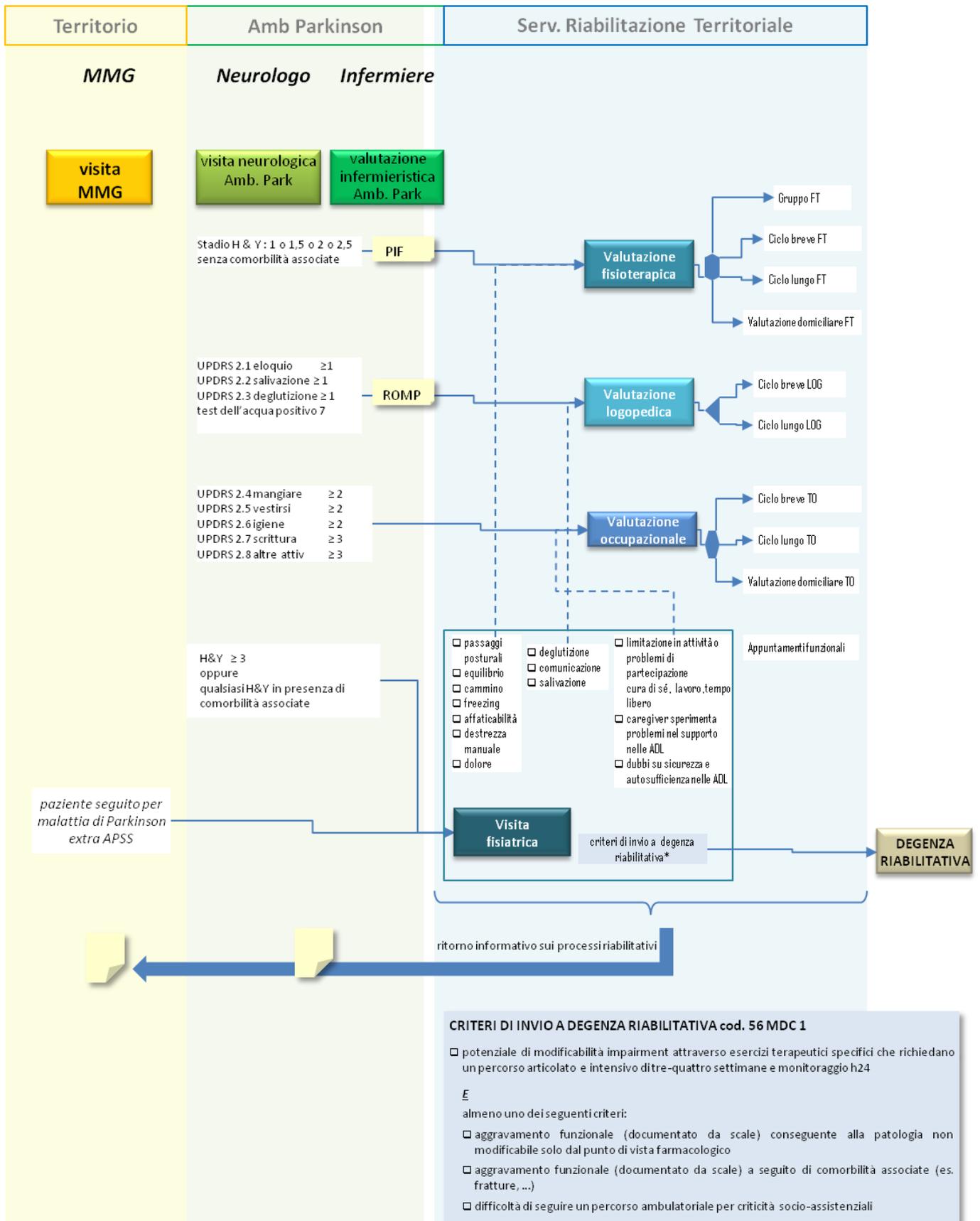
Il paziente arriva a visita fisiatrica:

- dall'ambulatorio Parkinson: in caso di paziente H&Y ≥ 3 oppure qualsiasi H&Y se in presenza di comorbilità associate
- da MMG: nel caso in cui il paziente sia seguito per la malattia di Parkinson da un neurologo extra APSS.

Il fisiatra valuta la necessità di presa in carico da parte di professionisti della riabilitazione, valutando le potenzialità di modificabilità del quadro attraverso interventi rieducativi, educativi e compensativi, il grado di compromissione e la fase di malattia. In via generale, i criteri di coinvolgimento dei diversi professionisti sono rappresentati nelle tabelle dell'allegato n.6. In relazione alle valutazioni dei professionisti coinvolti, verranno prescritti i percorsi di presa in carico di cui ai paragrafi successivi. In ciascun SRT vengono identificate le opportune modalità di confronto tra i professionisti impegnati nei percorsi neuroriabilitativi.

Il fisiatra inoltre, in sede di prima visita o a seguito delle valutazioni dei professionisti coinvolti, prescrive **ausili standardizzati o personalizzati** in particolare per le problematiche relative alla mobilità e alle attività della vita quotidiana.

Algoritmo Attivazione Servizio di Riabilitazione Territoriale





5.1.6 b Valutazioni e trattamenti fisioterapici

Il paziente, individuato secondo i criteri dell'allegato n.6, arriva a valutazione fisioterapica su invio:

- del neurologo anche su segnalazione dell'infermiere dell'ambulatorio Parkinson;
- del fisiatra a seguito di visita fisiatrica

In entrambi i casi, il paziente dovrebbe arrivare al fisioterapista con il questionario Pre-assessment Information Form (PIF) già compilato. Qualora ciò non avvenga, tale questionario viene proposto direttamente dal fisioterapista come screening iniziale.

Il FT dà un ritorno informativo al neurologo dell'ambulatorio Parkinson prescrittore e propone la prescrizione di una delle prestazioni riportate in allegato n.7.

Laddove rilevi un caso complesso, segnala il paziente al fisiatra per la valutazione di competenza.

Il FT promuove il mantenimento/miglioramento dell'attività fisica, anche facilitando il contatto del paziente con le risorse del territorio.

5.1.6.c Valutazioni e trattamenti logopedici

Il paziente arriva a valutazione logopedica (allegato n.8) su prescrizione del:

- neurologo dell'ambulatorio Parkinson anche su segnalazione dell'infermiere per i pazienti con i criteri riportati nell'allegato n.6;
- fisiatra in presenza delle problematiche indicate in tabella 5.

In entrambi i casi, il paziente dovrebbe arrivare al logopedista con il questionario ROMP (Radboud Oral Motor inventory for Parkinson disease) già compilato. Qualora ciò non avvenga, tale questionario viene proposto direttamente dal logopedista.

In caso di gravi disturbi della comunicazione potrà essere valutata anche l'opportunità di strategie tecnologiche compensative (Comunicazione Aumentativa Alternativa), anche avvalendosi del Laboratorio Ausili Informativi di Villa Rosa Ospedale Riabilitativo.

5.1.6.d Valutazioni e trattamenti occupazionali

Il paziente, individuato secondo i criteri dell'allegato n.6, arriva alla valutazione del terapeuta occupazionale su invio del:

- neurologo, anche su segnalazione dell'infermiere dell'ambulatorio Parkinson;
- fisiatra dopo valutazione fisiatrica.

La valutazione e il trattamento del terapeuta occupazionale viene illustrato nell'allegato n.9.

In casi di particolare complessità, potrà essere valutato in accordo con il fisiatra referente del SRT l'invio al Progetto Ausilia presso Villa Rosa Ospedale Riabilitativo per l'eventuale definizione di un progetto complesso di tecnologie per l'autonomia.

5.1.6.e Degenza riabilitativa

L'invio a degenza riabilitativa avviene su indicazione dello specialista di riferimento (fisiatra o neurologo), lungo tutto il percorso di presa in carico del paziente quando sono presenti i criteri di invio riportati nella tabella dell'allegato n.10.

5.1.7 Visite di controllo – Ambulatorio Parkinson - neurologo

Le visite di controllo vengono fissate direttamente dall'ambulatorio Parkinson.

La prima visita di controllo è raccomandata a 3-4 mesi per poter valutare l'efficacia della terapia e/o la presenza di eventuali effetti collaterali.

Le visite successive vengono stabilite dal neurologo con periodicità variabile a seconda delle problematiche del paziente.



5.1.8 Follow up - Ambulatorio Parkinson - infermiere

L'infermiere gestisce la frequenza del follow up educativo quando ne ravvede la necessità.

Negli orari di apertura dell'ambulatorio Parkinson l'infermiere accoglie, previo appuntamento telefonico, i pazienti per rispondere alle loro necessità.

5.2 FASE INTERMEDIA

La fase intermedia è caratterizzata da variazioni non costanti della sintomatologia (c.d. "fluttuazioni") ancora compensabili con modifiche farmacologiche.

5.2.1 Comorbidità e complicanze della malattia - MMG

In questa fase il MMG

- gestisce le comorbidità;
- collabora alle variazioni terapeutiche concordate in ambito specialistico;
- prescrive visita neurologica presso l'ambulatorio Parkinson qualora il paziente manifesti un peggioramento funzionale;
- invia in pronto soccorso il paziente in presenza di condizioni di:
 - urgenze non neurologiche:
 - occlusione intestinale;
 - stridore laringeo con sintomi di soffocamento;
 - ritenzione urinaria acuta;
 - urgenze neurologiche:
 - scompenso psicotico;
 - gravi discinesie o distonie.

5.2.2 Visite di controllo - Ambulatorio Parkinson - neurologo

Oltre a quanto previsto nelle visite di controllo di cui al punto 5.1.7, quando un paziente con MP sviluppa discinesie o fluttuazioni della risposta motoria (inclusi episodi wearing off), il neurologo rimodula la terapia o aggiunge trattamenti adiuvanti (vedi allegato n.3) e gestisce il trattamento dei sintomi non motori.

5.2.3 Follow up infermieristico - Ambulatorio Parkinson

In questa fase l'infermiere esegue una periodica rivalutazione dei bisogni del paziente come al punto 5.1.5 con stesura di relazione in SIO ed eventuale segnalazione al neurologo, se ritenuto indicato, per una variazione dei tempi della rivalutazione medica. Laddove emerga grave difficoltà a recarsi presso gli ambulatori (es. ampio rischio cadute, difficoltà del contesto di vista, ...) l'infermiere segnala il paziente alle cure domiciliari per una valutazione e la successiva presa in carico.

5.2.4 Follow-up dei bisogni riabilitativi

Nella fase intermedia di malattia proseguono, approfondendosi per complessità e laddove necessario la frequenza, le valutazioni e gli interventi di cui al paragrafo 5.1.6.

Il SRT presso cui è in carico il paziente mantiene stretto contatto informativo bidirezionale con l'ambulatorio Parkinson di riferimento per modulare rivalutazioni e interventi in relazione alla fluttuazione dei sintomi.

Nello specifico in questa fase saranno più probabili le necessità di rivalutazioni da parte di professionisti del SRT.

All'interno del SRT viene identificato il professionista della riabilitazione che ha intervento prevalente sul paziente che programmerà i monitoraggi periodici secondo il modello del chronic care model. Nel

| | | |
|--|--|------------------|
|  Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento | PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON | |
| | | Revisione |
| | | 31 dicembre 2019 |
| | | Pagina 16 di 22 |

monitoraggio, la rivalutazione dovrà di volta in volta indagare l'eventuale necessità di coinvolgimento o rivalutazione da parte degli altri professionisti del team del SRT.

5.2.5 Invio a valutazione di altri specialisti

Valutazione psichiatrica: in caso di scompenso psicotico, ICD e disturbi dell'affettività il MMG o il neurologo dell'ambulatorio Parkinson mette in contatto il paziente e/o i suoi familiari con gli ambulatori del Centro di Salute Mentale del territorio di riferimento in base alla residenza;

Valutazione nutrizionale: in base ai risultati dello "screening nutrizionale" (MUST, IBM e peso vedi allegato n.11) e agli esami ematochimici (emocromo, glicemia, acido urico, colesterolo totale, LDL, trigliceridi, vitamina D, folati, vitamina B12, proteine totali e albumina, transferrina, prealbumina) il neurologo dell'ambulatorio Parkinson prescrive:

- *consulenza della dietista* (codice 89.04.01): se MUST ≥ 2 , o BMI < 18.5 oppure se BMI compreso tra 30-35 o se aumento di peso del 5% o 10% in 6 o 12 mesi;
- *visita medico dietologica* (codice 89.7): in presenza di complicanze o se il paziente è affetto da altre patologie significative. La visita viene prenotata dall'infermiere dell'ambulatorio Parkinson presso la segreteria del Servizio di nutrizione clinica e dietologia al 0461/903375 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.

5.3 FASE AVANZATA

La fase avanzata è caratterizzata da complicanze motorie e non motorie che impattano significativamente sulla qualità della vita. Esse includono fluttuazioni motorie, discinesie imprevedibili o non responsive alla terapia medica, cadute, disautonomia, disturbi cognitivi, allucinazioni disordini del sonno, depressione, psicosi.

Questa fase del percorso prevede l'attivazione dei servizi territoriali, in particolare, dell'assistenza domiciliare, cure domiciliari, cure palliative e/o riabilitative compensative e/o il ricorso alle terapie complesse (infusive, chirurgiche).

5.3.1 Ambulatorio Parkinson - Terapie avanzate

Nelle fasi avanzate, il trattamento è rivolto principalmente al controllo del deterioramento dei sintomi motori, delle complicanze motorie causate dal trattamento prolungato, di tutti gli eventuali sintomi non motori legati al progredire della malattia - tra cui rilevanti sono i sintomi cognitivi e psichiatrici - e agli effetti collaterali farmacologici.

Oltre alla continua rimodulazione del trattamento farmacologico convenzionale, sono disponibili per il trattamento delle complicanze motorie (discinesie e fluttuazioni) tre opzioni terapeutiche avanzate, alle quali sono eleggibili pazienti refrattari al trattamento farmacologico BMT (best medical treatment) e con determinate caratteristiche cliniche.

Questi trattamenti vengono effettuati in regime di ricovero nell'UO di Neurologia³ in stretta collaborazione con le UO di Neurochirurgia e UOM di Gastroenterologia endoscopica digestiva del SOP e sono:

- *Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS)*
- *Infusione Continua Sottocutanea di Apomorfina (CSAI)*
- *Infusione Continua Duodenale di Levodopa-Carbidopa (CDLCI)*

Il neurologo dell'ambulatorio Parkinson individua i pazienti candidati alle terapie avanzate secondo i criteri riportati nell'allegato n.12.

L'infermiere dell'ambulatorio Parkinson organizza le attività previste per il ricovero nell'UO di Neurologia, la degenza e la dimissione.

³ Luglio 2019 il Centro Parkinson APSS è inserito nell'elenco "Centri Terapie Avanzate" del sito Accademia LIMPE-DISMOV



Qualora il paziente non sia eleggibile ad alcuna delle tre terapie avanzate, il neurologo rivede periodicamente il paziente per ottimizzare la terapia sulla base dei sintomi e bisogni del paziente; l'infermiere segnala il paziente al PUA per l'attivazione delle cure domiciliari/assistenza territoriale.

5.3.2 Attivazione dell'assistenza territoriale e degli interventi socio-sanitari

Nella fase avanzata di malattia o comunque quando lo si ritiene necessario, lo strumento per soddisfare al meglio i bisogni e le aspettative dell'utente e della sua famiglia è rappresentato dalla rete territoriale. L'attivazione della rete territoriale ha lo scopo di mantenere la persona al proprio domicilio attivando i vari servizi presenti sul territorio (allegato n.14). Il percorso territoriale viene attivato dal MMG/dal neurologo e/o dall'infermiere dell'ambulatorio Parkinson quando diventa più complicato per il paziente l'accesso all'ambulatorio per il peggioramento dei disturbi motori e/o quando emergono prevalenti bisogni socio assistenziali.

Cure domiciliari

Le cure domiciliari (assistenza infermieristica, programmata del MMG, assistenza domiciliare integrata – ADI e ADI cure palliative) si attivano con la segnalazione al PUA di residenza del paziente dove avviene una prima valutazione dei bisogni socio-sanitari e la conseguente attivazione dei servizi necessari. Per i casi complessi il PUA attiva l'UVM. La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si conclude con la formalizzazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che prevede precisi riferimenti rispetto ad obiettivi, interventi, tempi di realizzazione, frequenza ed intervalli di verifica, nonché l'identificazione di un case manager al quale la famiglia possa far costante riferimento. Alla valutazione UVM partecipano il medico dell'UO Cure Primarie, il MMG, l'infermiere coordinatore di percorso, l'assistente sociale della Comunità di Valle/comune, i familiari, gli operatori del volontariato, del terzo settore e se necessario altri professionisti.

L'offerta territoriale per le persone affette da MP e per i loro caregiver è diversificata in relazione al bisogno del singolo paziente e a quanto indicato nell'ambito del Piano assistenziale individualizzato (PAI) definito in UVM.

La rete dei curanti (MMG, neurologo, neuropsicologo, professionisti delle UO Cure Domiciliari, ecc.) ha il comune obiettivo di creare le condizioni per mantenere la persona al proprio domicilio il più possibile e di supportare paziente e famiglia anche nella fase complicata e avanzata di malattia.

Resta punto fermo che eventuali situazioni di particolare criticità o fragilità, tali da rendere controindicato il mantenimento della persona al proprio domicilio, orienteranno verso scelte alternative condivise, nel rispetto della dignità ed integrità della persona.

Per questi pazienti è importante raccogliere le "disposizioni anticipate di trattamento - DAT" quando sono ancora in grado di esprimerle, favorendone la formalizzazione. Tale percorso di comunicazione empatica deve essere affrontato tempestivamente già nella fase intermedia di malattia dalla rete dei curanti/familiari, se necessario con la nomina di un amministratore di sostegno scelto della persona stessa a garanzia della tutela delle proprie volontà.

Il percorso del paziente con MP in fase avanzata nell'ambito della rete di cure palliative viene attivato su richiesta del MMG, dell'infermiere delle cure domiciliari o dell'infermiere dell'ambulatorio Parkinson con un percorso assistenziale di ADICP definito in UVM.

Le **cure palliative** vengono attivate in presenza di:

- gravi sintomi assiali non responsivi al trattamento/politerapia farmacologica
- non candidato o non più rispondente alle terapie avanzate
- problematiche deglutitorie e nutrizionali severe che richiedano una presa di decisione su nutrizione artificiale
- fase 5 della classificazione Hoen & Yahr



- gravi sintomi neuropsichiatrici
- altre condizioni che influiscono sulla qualità della vita (es. comorbidità).

L'apporto clinico assistenziale può tradursi in un intervento consulenziale del palliativista o dell'équipe di cure palliative nel luogo di vita della persona (a domicilio, in RSA) oppure in una presa in carico domiciliare per la gestione dei sintomi disturbanti e garantire una qualità di vita anche nella fase finale.

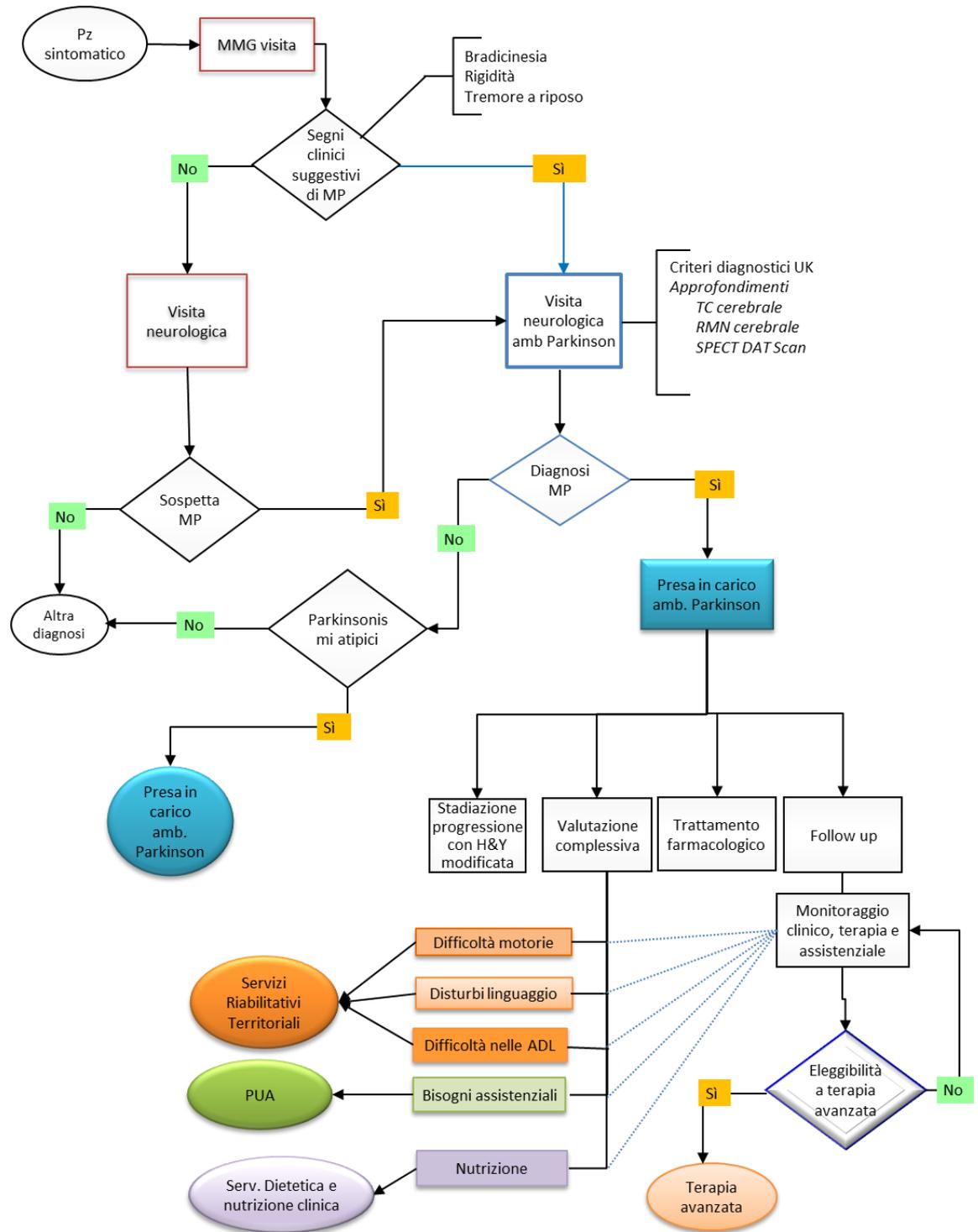
La terapia farmacologica va periodicamente rivalutata da parte del MMG/medico palliativista e riconciliata in base ai benefici attesi per il paziente.

Obiettivo è anche evitare le ospedalizzazioni che sono estremamente traumatiche per le persone con malattia di Parkinson in Fase avanzata e spesso risultano inappropriate. L'accesso all'ospedale nella fase terminale della malattia andrebbe quindi evitato a meno che non sia motivato da precisi obiettivi di cura non raggiungibili nel setting di vita del paziente (domicilio, RSA).

La valutazione dei sintomi disturbanti va effettuata con strumenti adeguati ai pazienti con disturbi cognitivi e la gestione secondo le migliori evidenze disponibili.

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Sintesi del percorso





7. DOCUMENTAZIONE

I professionisti che gestiscono il paziente con malattia di Parkinson in una qualunque delle fasi del percorso utilizzano i sistemi informativi aziendali per la condivisione delle informazioni all'interno delle strutture aziendali e con i MMG.

8. DATI E INDICATORI

Le esperienze di PDTA nella MP e lo sviluppo di specifici indicatori sono ancora abbastanza limitate in Italia. Lo stesso Piano Nazionale della cronicità propone due possibili indicatori che hanno tutto sommato un carattere generico e cioè: a. la percentuale di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida, b. la percentuale di pazienti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni dei pazienti.

Gli indicatori proposti di seguito rappresentano pertanto una prima opzione che andrà messa a punto nel prossimo futuro.

Il calcolo degli indicatori, secondo le modalità previste nell'allegato 14 e con periodicità previste, sarà a cura del Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS, nel quadro di una stretta integrazione con il gruppo Business Intelligence e con le UU.OO. di Neurologia dell'APSS.

Indicatori di struttura

- Numero di strutture specialistiche presenti per l'assistenza al paziente con MP
- Numero di Operatori della rete provinciale per il malato di MP che hanno effettuato uno o più corsi di formazione ad hoc

Indicatori di processo

- Numero nuove esenzioni ticket nell'anno per MP
- Numero di pazienti con MP che hanno fatto una visita neurologica entro un anno dalla diagnosi
- Tempi di attesa per una visita specialistica neurologica per un paziente affetto da MP
- Accessi in PS di pazienti affetti da MP
- Ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da MP (codifica della patologia in tutti i campi diagnosi)

Indicatori di esito

- Numero (e %) di persone con MP che usufruiscono dei servizi di riabilitazione, distinguendo anche la tipologia dell'attività riabilitativa
- Valutazione della qualità delle cure da parte dei pazienti affetti

9. DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE

- Nota informativa a tutti i destinatari del PDTA
- Presentazione del documento ai destinatari per interesse primario e alle Associazioni
- Pubblicazione del documento nell'apposita sezione del portale internet APSS <https://www.apss.tn.it/percorsi-procedure-protocolli>
- Incontri con i professionisti MMG negli ambiti territoriali
- Presentazione del PDTA alla scuola di formazione di MMG
- Materiale informativo predisposto in collaborazione con l'Associazione Parkinson Trento ODV di Trento. L'Associazione Parkinson partecipa allo sviluppo di programmi e attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione tramite il sito web, il notiziario, conferenze sul territorio, convegni e collabora alla valutazione della qualità delle cure.

10. MONITORAGGIO DEL PERCORSO

A distanza di un anno dalla prima applicazione è previsto un incontro del gruppo di lavoro ristretto per la verifica del percorso attuato e delle eventuali criticità nell'applicazione del Percorso stesso attraverso l'analisi degli indicatori.



11. ALLEGATI

- Allegato n.1: Ambulatorio Parkinson e Disturbi del movimento: sedi, orari e riferimenti
- Allegato n.2: Criteri diagnostici dell'UK BRAIN BANK per la Malattia di Parkinson
- Allegato n.3: Trattamento farmacologico: dei sintomi motori e dei sintomi non motori
- Allegato n.4: Assessment infermieristico: Ambulatorio Parkinson
- Allegato n.5: Servizi di Riabilitazione Territoriale: sedi, orari e riferimenti
- Allegato n.6: Criteri di invio ai professionisti della riabilitazione
- Allegato n.7: Valutazione e trattamento fisioterapico
- Allegato n.8: Valutazione e trattamento logopedico
- Allegato n.9: Valutazione e trattamento occupazionale
- Allegato n.10: Criteri di invio a degenza riabilitativa cod 56 MDC1
- Allegato n.11: Valutazione del rischio di malnutrizione e interventi
- Allegato n.12: Criteri di eleggibilità alle terapie avanzate dei pazienti con MP
- Allegato n.13: Valutazione neuropsicologica
- Allegato n.14: Servizi territoriali
- Allegato n.15: Indicatori

12. ELENCO DESTINATARI

PER COMPETENZA:

Personale medico e delle professioni sanitarie delle UU.OO./Servizi

- Servizio Ospedaliero Provinciale, in particolare delle UU.OO. Neurologia, Neurochirurgia, Gastroenterologia e endoscopia digestiva, SS Servizio Dietetico e nutrizione clinica
- Direzioni di Struttura ospedaliera
- Medici di medicina generale
- Area Cure Primarie
- Cure palliative
- Area Riabilitazione
- Area Salute mentale
- Dipartimento Amministrativo Ospedale – Territorio
- Specialisti ambulatoriali convenzionati interni di medicina fisica e riabilitazione
- Direzioni strutture private convenzionate
- Personale medico e delle professioni sanitarie delle strutture private convenzionate con APSS
- Personale medico e delle professioni sanitarie delle Residenze Sanitarie Assistenziali

PER CONOSCENZA:

- Consiglio di Direzione
- Dipartimento Governance
- Dipartimento di Staff
- Coordinatore rete della cronicità e non autosufficienza
- Dipartimento Tecnologie
- Consulta Provinciale per la Salute

13. RIFERIMENTI

- Deliberazione della Giunta Provinciale della PAT (DGP)n.2523 del 25 novembre 2011 Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali - "Percorso dedicato e integrato di assistenza" (PDTA)
- DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Deliberazione della Giunta Provinciale n.1117 "Rete riabilitativa provinciale. Criteri di funzionamento, standard dei livelli prestazionali e qualitativi.



- Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1677 del 29 ottobre 2019 Rete provinciale delle cure intermedie. Disposizioni attuative della deliberazione n. 1117 del 7 luglio 2017
- Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. “Piano Nazionale Cronicità” Reperimento atti 160/CSR del 15 settembre 2016
- DGP n. 1850 del 5/10/2018 Recepimento del "Piano nazionale della cronicità" e linee di indirizzo per la sua attuazione in provincia di Trento.
- National institute for health and care Excellence. Parkinson’s Disease in adults: diagnosis and management. July 2017. Disponibile www.nice.org.uk/guidance/ng71 .
- Cartabellotta A, Franco Berti, Anna Linda Patti, et al. “Linee guida per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson”. Evidence 2018; 10(4): e 1000181
- Berardelli A, Wenning G K, Antonini A, et al. EFNS/MDS-ES recommendations for the diagnosis of Parkinson’s disease, European Journal of Neurology 2013, 20: 16–34
- Linee Guida Europee 2006: “Review of the therapeutic management of Parkinson’s Disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and Movement Disorder Society- European (MDS-ES). Part I e Part II European Journal of Neurology 2006: 13- 1170-1185 e 1186 – 1202
- Practice PARAMETER: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review - American Academy of Neurology- Neurology 2006; 66 (7): 976 – 996
- National Institute for Health and Care Excellence. Parkinson’s disease in adults: diagnosis and management. July 2017. www.nice.org.uk/guidance/ng71
- Update on treatments for nonmotor symptoms of parkinson's disease-an evidence-based medicine review
- Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, Barton B, de Bie RMA, Seppi K, Coelho M, Sampaio C; Movement Disorder Society Evidence-BasedMedicine Committee. Mov Disord. 2018 Aug;33(8):1248-1266.
- Pahwa R, Factor SA, Lyons KE, et al. Practice Parameter: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2006; 66:983.
- Olanow CW, Watts RL, Koller WC. An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): treatment guidelines. Neurology 2001; 56:S1.
- <https://www.uptodate.com/contents/device-assisted-and-surgical-treatments-for-parkinson-disease/abstract/2>
- <https://www.uptodate.com/contents/device-assisted-and-surgical-treatments-for-parkinson-disease/abstract/64>
- Sirisha Nandipati and Irene Litvan *Environmental Exposures and Parkinson’s Disease* Review International Journal of Environmental Research And Public Health 2016 Sep 03; Vol. 13 (9).
- Moisan F, Spinosi J, Delabre L, Gourlet V, Mazurie JL, Bénatru I, Goldberg M, Weisskopf MG, Imbernon E, Tzourio C, Elbaz A. Association of Parkinson's disease and its subtypes with agricultural pesticide exposures in men: a case-control study in France. Environ Health Perspect 2015.123:1123-1129;
- Morgante L, Morgante F, Moro E, Epifanio A, Girlanda P, Ragonese P, Antonini A, Barone P, Bonuccelli U, Contarino MF, Capus L, Ceravolo MG, Marconi R, Ceravolo R, D’Amelio M, Savettieri G. *How many parkinsonian patients are suitable candidates for deep brain stimulation of subthalamic nucleus? Results of a questionnaire.* Parkinsonism and Related Disorders 13 (2007) 528–531
- Defer GL, Widner H, Mariè RM, Remy P, Levivier M, and the Conference Participants. *Core Assessment Program for Surgical Interventional Therapies in Parkinson’s Disease (CAPSIT-PD).* Movement Disorders Vol. 14, No. 4, 1999, pp. 572–584
- Lang Anthony E. and Widner H. Deep Brain Stimulation for Parkinson’s Disease: Patient Selection and Evaluation. Movement Disorders Vol. 17, suppl.3, 2002 ppS94-S1



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON**

Allegati

Revisione

31 dicembre 2019

Pagina 1 di 33

Allegati

Percorso diagnostico assistenziale per la persona con Malattia di Parkinson

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento</i> | PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegati | Allegato |
| | | Revisione |
| | | 31 dicembre 2019 |
| | | Pagina 2 di 33 |

ELENCO ALLEGATI

| | |
|--|----|
| AMBULATORIO PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO | 3 |
| CRITERI DIAGNOSTICI DELL'UK BRAIN BANK PER LA MALATTIA DI PARKINSON..... | 4 |
| TRATTAMENTO FARMACOLOGICO..... | 5 |
| ASSESSMENT INFERMIERISTICO: AMBULATORIO PARKINSON | 17 |
| SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE..... | 18 |
| CRITERI DI INVIO ALLE VALUTAZIONI ESEGUIBILI PRESSO I SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALI | 19 |
| VALUTAZIONE E TRATTAMENTO FISIOTERAPICO | 20 |
| VALUTAZIONE E TRATTAMENTO LOGOPEDICO..... | 22 |
| VALUTAZIONE E TRATTAMENTO OCCUPAZIONALE..... | 23 |
| CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA COD 56 MDC1 | 24 |
| VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE E INTERVENTI | 25 |
| CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ALLE TERAPIE AVANZATE..... | 27 |
| VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA..... | 29 |
| SERVIZI TERRITORIALI | 30 |
| INDICATORI | 31 |



AMBULATORIO PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO

Sede, orario e riferimenti

| Sede ambulatorio Parkinson | Telefono e mail | Orario per contatto infermieristico |
|---|---|--|
| Ambulatorio di Trento | 335-5703707 centroparkinson@apss.tn.it | dal lunedì al venerdì, dalle ore 08.30-12.30 |
| Ambulatorio di Rovereto e sedi collegate | 0464/404659 | lunedì, martedì e giovedì, dalle 08.30 alle 16.00 |



CRITERI DIAGNOSTICI DELL'UK BRAIN BANK PER LA MALATTIA DI PARKINSON¹

Fase 1. Diagnosi di sindrome parkinsoniana

- Bradicinesia associata ad almeno uno dei seguenti segni/sintomi:
 - rigidità muscolare
 - tremore a riposo (4-6 HZ)
 - instabilità posturale non correlata a disfunzione primaria di tipo visivo, cerebellare, vestibolare o propriocettivo

Fase 2. Criteri di esclusione della malattia di Parkinson

Storia di

- ictus recidivanti con progressione graduale del deficit
- traumi cerebrali ripetuti
- farmaci antipsicotici o antidopaminergici
- encefalite definita o crisi oculogire non in trattamento farmacologico
- più di un parente affetto da MP
- remissione permanente del deficit
- risposta negativa a dosi elevate di levodopa (se escluso il malassorbimento)
- sintomatologia esclusivamente monolaterale dopo 3 anni
- altre condizioni neurologiche: paralisi sopranucleare progressiva, segni cerebellari, precoce e severo coinvolgimento del sistema nervoso autonomo, segni piramidali (Babinsky), precoce e severa demenza caratterizzati da disturbi del linguaggio, della memoria, e delle prassie
- esposizione a neurotossine note
- presenza di neoplasia cerebrale o idrocefalo comunicante al neuroimaging

Fase 3. Criteri a supporto di una diagnosi di malattia di Parkinson

Formulare una diagnosi definitiva di MP in presenza di almeno 3 dei seguenti elementi:

- insorgenza monolaterale dei sintomi
- ottima risposta alla levodopa
- presenza di tremore a riposo
- corea severa indotta dalla levodopa
- sintomi progressivi
- risposta la levodopa per oltre 5 anni
- asimmetria dei sintomi persistente, con coinvolgimento maggiore del lato di esordio
- decorso clinico di oltre 10 anni

¹ Cartabellotta A, Franco Berti, Anna Linda Patti, et al. "Linee guida per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson". Evidence 2018; 10(4): e 1000181



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

TRATTAMENTO DEI SINTOMI MOTORI

Il trattamento farmacologico di prima linea comprende:

- **DOPAMINO-AGONISTI:** pazienti in fase iniziale MP i cui sintomi motori non influenzano la qualità della vita.

| AGONISTI DOPAMINERGICI | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev. avversi con frequenza molto comune e comune |
| Bromocriptina* | A-PHT/RR con piano terapeutico (1) | Malattia di Parkinson idiopatico, arteriosclerotico, post-encefalitico. Indicato anche in pazienti la cui risposta terapeutica alla levodopa va esaurendosi, e nei casi in cui la comparsa del fenomeno "on-off" limita il successo della terapia con levodopa. Il farmaco può essere somministrato da solo o in associazione con anticolinergici od altri farmaci antiparkinsoniani. | Cefalea, stato di torpore, vertigini, congestione nasale, nausea, stipsi, vomito. |
| Ropinirolo* | A/RR | Trattamento della malattia di Parkinson nelle situazioni cliniche seguenti in monoterapia come trattamento iniziale , allo scopo di posticipare l'inizio della terapia con levodopa o in associazione al trattamento con levodopa, durante il corso della malattia, quando l'effetto della terapia con levodopa dovesse affievolirsi o divenire instabile , provocando in tal modo fluttuazioni nell'effetto terapeutico (fluttuazioni di tipo "deterioramento di fine dose" o "fenomeni on-off"). | Allucinazioni, confusione, sonnolenza, capogiri, sincope, discinesia, nausea, pirosi gastrica, vomito, dolore addominale, edema periferico. |
| Pramipexolo* | A/RR | Trattamento sintomatologico della malattia di Parkinson idiopatica, da solo (senza levodopa) o in associazione con levodopa , cioè nel corso della malattia, in fase avanzata quando l'effetto della levodopa svanisce o diventa discontinuo ed insorgono fluttuazioni dell'effetto terapeutico (fluttuazioni di fine dose o "on/off"). | Sonnolenza, capogiri, discinesia, nausea, insonnia, allucinazioni, sogni anomali, stato confusionale, sintomi comportamentali di disturbi del controllo degli impulsi e compulsioni, cefalea, alterazioni della vista inclusa diplopia, visione offuscata, acutezza visiva ridotta, ipotensione, stipsi, vomito, senso di affaticamento, edema periferico, calo di peso. |



| AGONISTI DOPAMINERGICI | | | |
|---|--|---|---|
| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev. avversi con frequenza molto comune e comune |
| Rotigotina* | A/RR | Neupro è indicato per il trattamento dei segni e dei sintomi della malattia di Parkinson idiopatica in fase iniziale come monoterapia (cioè senza levodopa) o in combinazione con levodopa, ovvero nel corso della malattia, incluse le fasi tardive, quando l'efficacia della levodopa si riduce o diventa discontinua e compaiono fluttuazioni dell'effetto terapeutico (effetto di fine dose o fenomeni "on/off"). | Sonnolenza, capogiro, cefalea, nausea, vomito, reazioni in sede di applicazione, disturbi della percezione, disturbi della coscienza, vertigini, palpitazioni, ipotensione ortostatica, ipertensione, singhiozzo, stipsi, secchezza delle fauci, dispepsia, eritema, iperidrosi, prurito, edema periferico, astenia, riduzione del peso, aumento del CPK, cadute. |
| Principali avvertenze relative all'uso di agonisti dopaminergici°: | <i>I pazienti devono essere monitorati regolarmente per lo sviluppo di disturbi del controllo degli impulsi. In seguito a brusca interruzione della terapia dopaminergica sono stati segnalati sintomi che suggeriscono una sindrome neurolettica maligna, pertanto si raccomanda una riduzione graduale della dose. Si raccomanda di controllare la pressione arteriosa, specialmente all'inizio del trattamento, a causa del generale rischio di ipotensione posturale associata alla terapia dopaminergica. Quando associati a levodopa tenere in considerazione le controindicazioni di levodopa. Monitorare l'insorgenza di eventi avversi come sonnolenza ed allucinazioni. Bromocriptina è controindicata in pazienti con ipertensione non controllata e in patologie ipertensive della gravidanza.</i> | | |



- **INIBITORI DELLA MONOAMMINO OSSIDASI:** pazienti i cui sintomi motori non impattano significativamente sulla qualità della vita

| INIBITORI MAO-B | | | |
|------------------|---|--|--|
| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
| Selegilina | A/RR | Malattia di Parkinson e parkinsonismi sintomatici. Nelle fasi iniziali della malattia (parkinsonismo al primo stadio) somministrato in monoterapia è clinicamente efficace nel migliorare l'invalidità dei pazienti e nel rallentare la progressione della malattia, ritardando significativamente la necessità di iniziare la terapia con levodopa. Puo' anche essere somministrato in associazione a levodopa. Il trattamento in associazione a levodopa è particolarmente indicato nei pazienti che durante la terapia con dosaggi elevati di levodopa presentino fenomeni di "on-off", discinesie e acinesia. | Insonnia, capogiro, cefalea, vertigine, bradicardia, nausea, enzima epatico aumentato. |
| Rasagilina | A/RR con piano terapeutico: prime due confezioni gratuite con prescrizione ed erogazione riservata ai medici specialisti dei centri di neurologia. Se l'efficacia è confermata dispensazione su prescrizione dei medici di medicina generale in base a piano terapeutico dei centri di neurologia (GU 23/11/2006) (1) | E'indicato negli adulti per il trattamento della malattia di Parkinson idiopatica sia in monoterapia (senza levodopa) che in terapia di associazione (con levodopa) nei pazienti con fluttuazioni di fine dose. | Cefalea, influenza, carcinoma cutaneo, leucopenia, reazioni allergiche, depressione, allucinazioni, congiuntivite, vertigine, angina pectoris, rinite, flatulenza, dermatite, dolori muscolari, urgenza della minzione, febbre, malessere. |



INIBITORI MAO-B

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|--|--|--|---|
| Safinamide | A/RR con piano terapeutico (1) | E' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da malattia di Parkinson idiopatica in monoterapia o in associazione ad altri medicinali per la malattia di Parkinson in pazienti fluttuanti in fase da intermedia ad avanzata. | Insonnia, discinesia, sonnolenza, capogiro, cefalea, malattia di Parkinson, cataratta, ipotensione ortostatica, nausea, cadute. |
| Principali avvertenze relative all'uso di MAO-B°: | <i>Non devono essere somministrati in combinazione con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina (SNRI, venlafaxina), antidepressivi triciclici, simpaticomimetici, inibitori delle monoammino ossidasi (linezolid) e oppioidi (petidina). Da usare con cautela in pazienti con compromissione epatica ed effettuare controlli periodici della funzionalità epatica. Monitorare il disturbo del controllo degli impulsi. Quando vengono prescritti in associazione a levodopa, le controindicazioni a levodopa devono essere tenute in considerazione. Selegilina non deve essere usata in pazienti con ulcera gastrica o duodenale attiva.</i> | | |



- **LEVODOPA:** pazienti in fase precoce della malattia con sintomi motori clinicamente rilevanti e che impattano significativamente sulla qualità della vita.

| LEVODOPA ED ASSOCIAZIONI | | | |
|---|---|--|---|
| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
| Levodopa + benserazide* | A/RR | Trattamento dei sintomi della malattia di Parkinson. | Aumento dell'acido urico, disturbi del sonno, depressione, anoressia, allucinazioni, ansia, irregolarità della risposta terapeutica, congelamento, fine dose, effetti "on-off", discinesia, aritmia, ipotensione ortostatica, nausea, vomito, diarrea, disgeusia, aumento dei livelli di fosfatasi alcalina. |
| Levodopa + carbidopa* | A/RR | Trattamento della malattia di Parkinson e la sindrome parkinsoniana. È utile nell'alleviare molti sintomi del parkinsonismo, soprattutto la rigidità e la bradicinesia. E' utile nel trattamento del tremore, disfagia, scialorrea e instabilità posturale, associati con la malattia di Parkinson. | Discinesie, inclusi movimenti coreiformi, distonici ed altri movimenti involontari e nausea; spasmo muscolare e blefarospasmo possono essere considerati come sintomi premonitori per decidere una riduzione della posologia. |
| Levodopa + carbidopa a rilascio prolungato* | A/RR | Malattia di Parkinson idiopatico, particolarmente utile per abbreviare il periodo "off" in pazienti trattati, in precedenza, con associazione di levodopa/inibitori delle decarbossilasi, a rilascio immediato e che hanno evidenziato fluttuazioni motorie. Per i pazienti non trattati in precedenza con levodopa, l'esperienza è limitata. | Anoressia, allucinazioni, confusione, vertigini, incubi, sonnolenza, affaticamento, insonnia, depressione con molto rari tentativi di suicidio, euforia, demenza, episodi psicotici, eccitabilità, discinesia, palpitazioni, battiti irregolari, ipotensione ortostatica, tendenza a svenimenti, sincope, nausea, vomito, secchezza delle fauci, bocca amara. |
| Melevodopa + carbidopa* | A/RR | Terapia della malattia di Parkinson. Il trattamento è particolarmente indicato nei pazienti con fluttuazioni motorie (acinesie al risveglio, pomeridiane, di fine dose). | Non presenta reazioni avverse comuni o molto comuni. |
| Principali avvertenze relative all'uso di levodopa°: | <i>Il loro utilizzo è controindicato in caso di scompenso della funzione endocrina (ad es feocromocitoma, ipertiroidismo, sindrome di Cushing), della funzionalità renale, epatica e cardiaca gravemente scompensata (ad esempio gravi aritmie cardiache e insufficienza cardiaca), malattie psichiatriche con una componente psicotica, glaucoma ad angolo chiuso. I pazienti devono essere regolarmente monitorati per lo sviluppo di disturbi del controllo degli impulsi. Nella fase iniziale del trattamento, le funzioni epatica, renale ed ematopoietica devono essere valutate di frequente, e periodicamente nel corso della terapia prolungata. La somministrazione non deve essere interrotta bruscamente, una brusca interruzione può comportare l'insorgenza di una sindrome neurolettica ad evoluzione maligna che può mettere a rischio la sopravvivenza del paziente. Si consiglia di sottoporsi periodicamente ad un esame della pelle effettuato da personale medico qualificato per il rischio di melanoma correlato al farmaco e/o alla patologia. Non devono essere somministrati in associazione con gli inibitori non selettivi delle monoamminossidasi. I prodotti non devono essere somministrati nei pazienti di età inferiore ai 18 anni, in corso di gravidanza e durante l'allattamento.</i> | | |

Farmaci utilizzati nel trattamento dei pazienti affetti da malattia di Parkinson che mostrano una risposta fluttuante alla levodopa



INIBITORI DELLE COMT

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|---|--|--|---|
| Levodopa + carbidopa + entacapone* | A-PHT/RR con piano terapeutico (1) | Trattamento dei pazienti adulti con malattia di Parkinson che presentano fluttuazioni motorie giornaliere di "fine dose" che non sono stabilizzati con il trattamento a base di levodopa/inibitori della dopa decarbossilasi. | Insonnia, allucinazioni, confusione, paroniria, discinesia, peggioramento del parkinsonismo, capogiri, distonia, ipercinesia, eventi ischemici cardiaci diversi dall'infarto miocardico, nausea, diarrea, dolori addominali, secchezza delle fauci, stitichezza, vomito, alterazione del colore delle urine, spossatezza, aumento della sudorazione, cadute. |
| Tolcapone* | A-PHT/RR con piano terapeutico (1) | L'uso è indicato in associazione con levodopa/benserazide o levodopa/carbidopa nei pazienti con malattia di Parkinson e con fluttuazioni motorie, che non abbiano risposto o che non tollerino altri inibitori delle catecolo-o-metiltransferasi (COMT). A causa del rischio di lesioni epatiche acute, potenzialmente fatali, non deve essere considerato un trattamento di prima linea in aggiunta a levodopa/benserazide o a levodopa/carbidopa. | Infezioni delle vie respiratorie, disturbi del sonno, eccessiva attività onirica, confusione, allucinazioni, discinesia, distonia, cefalea, capogiri, sonnolenza, disturbi ortostatici, ipocinesia, sincope, nausea, diarrea, vomito, stipsi, xerostomia, dolore addominale, dispepsia, anoressia, aumento della sudorazione, discromia delle urine, dolore toracico, influenza tipo malessere, aumento di ALT. |
| Entacapone | A-PHT/RR con piano terapeutico (1) | Entacapone, in aggiunta alle preparazioni standard a base di levodopa/benserazide o levodopa/carbidopa, è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con malattia di Parkinson che presentano fluttuazioni motorie giornaliere di "fine dose" e che non possono essere stabilizzati con le suddette combinazioni. | Insonnia, allucinazioni, confusione, paroniria, discinesia, peggioramento del parkinsonismo, capogiri, distonia, ipercinesia, eventi ischemici cardiaci diversi dall'infarto miocardico, nausea, diarrea, dolori addominali, secchezza delle fauci, stitichezza, alterazione del colore delle urine, spossatezza, aumento della sudorazione, cadute. |
| Opicapone | A-PHT/RR con piano terapeutico (1) | E' indicato come terapia aggiuntiva alle combinazioni di levodopa/inibitori della DOPA decarbossilasi (DOPA decarboxylase inhibitors, DDCI) in pazienti adulti con malattia di Parkinson e fluttuazioni motorie di fine dose che non sono stabilizzati con queste combinazioni. | Discinesia, sogni anomali, allucinazioni, allucinazioni visive, insonnia, capogiro, cefalea, sonnolenza, ipotensione ortostatica, stipsi, bocca secca, vomito, spami muscolari, aumento della creatina fosfochinasi nel sangue. |
| Principali avvertenze relative all'uso di COMT inibitori°: | <i>Controindicati in caso di insufficienza epatica grave, glaucoma ad angolo chiuso, feocromocitoma, somministrazione concomitante con un inibitore non-selettivo delle monoaminossidasi, storia di precedente di Sindrome Neurolettica Maligna (SNM) e/o rabdomiolisi di origine non traumatica. La terapia deve essere somministrata con attenzione nei pazienti con patologie ischemiche, malattie cardiovascolari o polmonari di grado severo, asma bronchiale, malattie renali o endocrine, o con una storia di ulcera peptica o convulsioni. Controllare attentamente la dose nei pazienti con storia di infarto del miocardio. Controllare e monitorare lo sviluppo di alterazioni psichiche. I pazienti devono</i> | | |



essere monitorati regolarmente per il rischio di sviluppo di disturbi del controllo degli impulsi. Sospendere gradualmente il farmaco per il rischio di SNM. Durante una terapia prolungata è consigliabile un controllo periodico della funzione epatica, ematopoietica, cardiovascolare e renale. I farmaci vanno associati a levodopa dunque vanno tenute in considerazione le precauzioni formulate per levodopa.

Tolcapone va sospeso se nelle prime 3 settimane non si manifestano miglioramenti consistenti. Tolcapone è associato ad un rischio di epatite fulminante non prevenibile con esami. Durante il trattamento controllare la funzione epatica ogni 2 settimane per il primo anno di terapia, ogni 4 settimane nei 6 mesi successivi e in seguito ogni 8 settimane. Il trattamento deve essere immediatamente interrotto qualora l'ALT e/o l'AST dovessero superare il limite superiore del valore normale o si sviluppassero sintomi o segni indicanti l'insorgenza di insufficienza epatica.

ALTRI FARMACI PER IL PARKINSONISMO IN FASE AVANZATA

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|------------------|----------------------|---|---|
| Apomorfina | A/RR | Agonista dopaminergico. Indicato nel trattamento "al bisogno" delle fluttuazioni motorie resistenti alla terapia con levodopa e altri dopamino-agonisti, in pazienti affetti da Malattia di Parkinson (fenomeno "on-off"). | Allucinazioni, stato confusionale, aggressioni, agitazione. |
| | H/RRL (neurologo) | Agonista dopaminergico. Trattamento per via infusiva sottocutanea delle fluttuazioni motorie severe, pluriquotidiane resistenti alla terapia con Levodopa e dopamino-agonisti orali, parzialmente rispondenti alle iniezioni sottocutanee di apomorfina 'al bisogno' o quando si debba ricorrere a frequenti iniezioni giornaliere per controllare la sintomatologia motoria in pazienti affetti da M. di Parkinson avanzato. | |



ALTRI FARMACI PER IL PARKINSONISMO IN FASE AVANZATA

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Levodopa + carbidopa (DUODOPA) | H/RRL (neurologo) | Trattamento della malattia di Parkinson in stadio avanzato rispondente a levodopa, con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia o discinesia, quando le combinazioni disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti. | Perdita di peso, ansia, depressione, insonnia, discinesia, parkinson, ipotensione ortostatica, nausea, costipazione, cadute, anemia, aumento di peso, aumento del livello di amminoacidi (aumento dell'acido metilmalonico), aumento dell'omocisteina ematica, diminuzione dell'appetito, carenza di vitamina b6, carenza di vitamina b12, sogni anormali, agitazione, stato confusionale, allucinazioni, comportamento impulsivo, disturbo psicotico, attacchi di sonno, disturbo del sonno, capogiri, distonia, cefalea, ipoestesia, fenomeno on e off, parestesia, polineuropatia, sonnolenza, sincope, tremore, frequenza cardiaca irregolare, ipertensione, ipotensione, dispnea, dolore orofaringeo, polmonite da aspirazione, distensione addominale, diarrea, secchezza delle fauci, disgeusia, dispepsia, disfagia, flatulenza, vomito, dermatite da contatto, iperidrosi, edema periferico, prurito, eruzione cutanea, spasmi muscolari, dolore al collo, incontinenza urinaria, ritenzione urinaria, affaticamento, dolore, astenia. |
| Principali avvertenze°: | <i>Vedere le controindicazioni degli agonisti dopaminergici e di levodopa. Per apomorfina la somministrazione è controindicata in pazienti con depressione respiratoria e del sistema nervoso centrale ed in pazienti con ipersensibilità alla morfina. È inoltre raccomandato monitorare l'intervallo QTc con frequenti ECG, in particolare in caso di somministrazione con domperidone.</i> | | |

ANTICOLINERGICI ADIUVANTI PER IL CONTROLLO DEL TREMORE

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|------------------|--------|--|--|
| Triesifenidile | A/RR | Artane è indicato per il trattamento del parkinsonismo e del malattia di Parkinson postencefalitico. Esso è efficace in un'alta percentuale di pazienti e riduce sia il tremore che la rigidità . Artane diminuisce anche la scialorrea che si accompagna al malattia di Parkinson. | Secchezza delle fauci, midriasi, cicloplegia, stitichezza, tachicardia, ritenzione urinaria e disturbi psichici. |



ANTICOLINERGICI ADIUVANTI PER IL CONTROLLO DEL TREMORE

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|------------------|--------|---|--|
| Biperidene | A/RR | Trattamento coadiuvante di tutte le forme di parkinsonismo (malattia di Parkinson, sindrome parkinsoniana post-encefalitica, sindrome parkinsoniana arteriosclerotica, sindrome extrapiramidale da neurolettici) | Non presenta reazioni avverse comuni o molto comuni. |
| Bornaprina | A/RR | Sindrome di Parkinson, specialmente quando predomina il tremore | Non presenta reazioni avverse comuni o molto comuni. |

Principali avvertenze relative agli anticolinergici°: *Controindicati in caso di glaucoma acuto, stenosi meccanica del tratto gastrointestinale, megacolon, atonia intestinale e sindromi da ritenzione urinaria. I pazienti trattati devono essere sottoposti ad una valutazione gonioscopica e ad un monitoraggio della frazione intraoculare ad intervalli regolari.*

AMANTADINA

| Principio attivo | Classe | Indicazioni terapeutiche | Ev.avversi con frequenza molto comune e comune |
|------------------|--------|---|--|
| Amantadina | C/RR | Amantadina è indicato nel Malattia di Parkinson. La linea guida NICE 2017 indica amantadina come ultima opzione in terapia adjuvante non in grado di controllare adeguatamente le discinesie. | Disturbi del sonno, vertigini, ipotensione ortostatica, secchezza delle fauci, nausea, ritenzione urinaria (in presenza di iperplasia prostatica), livedo reticularis, edema periferico a carico delle gambe e delle caviglie. |

Principali avvertenze riguardo ad amantadina°: *Amantadina è controindicato in caso di insufficienza cardiaca scompensata grave, cardiomiopatie e miocarditi, blocco atrioventricolare di grado II e III, bradicardia, intervallo QT lungo, sindrome congenita del QT lungo nell'anamnesi familiare, storia di gravi aritmie ventricolari compresa torsione di punta, terapia concomitante con altri farmaci che determinano un prolungamento di QT. Prima dell'inizio della terapia, durante il trattamento e in caso di aumento del dosaggio, il paziente deve effettuare un ECG. I pazienti devono essere regolarmente monitorati in merito alla comparsa di disturbi del controllo degli impulsi. La terapia può comportare squilibri elettrolitici, è necessario effettuare adeguati controlli di laboratorio. Alla prima comparsa di sintomi quali palpitazioni, vertigini o sincope, si deve sospendere l'assunzione di amantadina ed esaminare il paziente – entro 24 ore – per rilevare un eventuale prolungamento di QT. Dal momento che amantadina ha effetti anticolinergici, non deve essere somministrata in pazienti con glaucoma ad angolo chiuso non controllato.*



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI SINTOMI NON MOTORI

Il neurologo, per il trattamento dei sintomi non motori, è tenuto a prendere in considerazione in primo luogo opzioni non farmacologiche come ad esempio la logopedia per la scialorrea.

Nel caso in cui fosse necessario procedere con una terapia farmacologica, in tabella 2, viene presentato l'elenco dei farmaci raccomandati per i sintomi non motori. Tale tabella è stata redatta sulla base delle Linee Guida del NICE per la malattia di Parkinson del 2017 (National Institute for Health and Care Excellence. Parkinson's disease in adults: diagnosis and management. July 2017), tradotte e sintetizzate dal GIMBE ed in seguito adattate alle procedure previste nel contesto locale.

L'utilizzo dei trattamenti farmacologici dei sintomi non motori della malattia di Parkinson richiede di frequente l'utilizzo di medicinali off-label o non commercializzati in Italia. La tabella YY riporta uno schema delle principali modalità di approvvigionamento per i farmaci utilizzati nel trattamento dei sintomi non motori.

Tab. 1 Modalità di approvvigionamento di farmaci per i sintomi non motori della malattia di Parkinson

| | Modalità di approvvigionamento | Esempi di medicinali |
|--|---|--|
| Medicinali con indicazione terapeutica specifica rimborsabili SSN (o erogabili ai sensi delle L 648/96) | Sono erogabili a carico SSN secondo le modalità previste per le singole specialità medicinali. | <i>Levodopa, agonisti dopaminergici, rotigotina, clozapina, rivastigmina, tossina botulinica A</i> |
| Medicinali con indicazione terapeutica specifica, classificati in classe C. | Erogabili a carico del paziente oppure, previa richiesta nominale, mediante assistenza farmaceutica aggiuntiva assicurata dal Servizio sanitario provinciale. | <i>Midodrina</i> |
| Medicinali off-label erogati in ambito ospedaliero o in contesto ambulatoriale | L'impiego "off label" dei medicinali è consentito solo in mancanza di alternative terapeutiche ed avviene sotto la responsabilità del medico previa informazione al paziente/caregiver ed acquisizione del consenso informato (da documentare in cartella clinica). Nel caso di erogazione in ambito di ricovero/day hospital o ambulatoriale il trattamento avverrà a carico della struttura. | |
| Medicinali off-label erogati sul territorio | L'impiego "off label" dei medicinali è consentito solo in mancanza di alternative terapeutiche ed avviene sotto la responsabilità del medico previa informazione al paziente/caregiver ed acquisizione del consenso informato (da documentare in cartella clinica). Nel caso di utilizzo territoriale di farmaci "off-label" la prescrizione sarà a carico del paziente, oppure, previa richiesta nominale, sarà erogabile a carico del Servizio sanitario provinciale mediante assistenza farmaceutica aggiuntiva. | <i>Clonazepam, melatonina, quetiapina, inibitori colinesterasi</i> |
| Medicinali esteri | Per medicinali non commercializzati in Italia si procederà con acquisto di farmaco estero. La procedura per l'acquisto dei farmaci esteri avviene, previa richiesta formale, ad opera delle UU.OO. Farmacia. La nota del Ministero della Salute del 13.02.2000 prevede che per i farmaci importati sia possibile usufruire di fornitura gratuita per i pazienti che iniziano la terapia in una struttura ospedaliera e necessitano di continuarla a domicilio. | <i>Fludrocortisone (Florinef), scopolamina transdermica (Scopoderm)</i> |



Per ulteriori dettagli si rimanda alle tabelle precedenti

Tab. 2 Farmaci raccomandati per i sintomi non motori

| |
|---|
| Disturbi della fase REM del sonno Considerare il <u>clonazepam*</u> e la <u>melatonina*</u> |
| Acinesia notturna Considerare la levodopa o gli agonisti dopaminergici per via orale. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]. Se inefficaci, considerare la rotigotina. [Raccomandazione basata su evidenze di alta qualità da un unico trial randomizzato controllato]. |
| Ipotensione ortostatica Considerare la midodrina ¹ (tenendo conto delle controindicazioni e dei criteri di monitoraggio). [Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da due trial randomizzati controllati] Se la midodrina è controindicata, non tollerata o inefficace, considerare il fludrocortisone* ² (tenendo conto del suo profilo di sicurezza e delle potenziali interazioni con altri farmaci). [Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da un unico trial randomizzato controllato e sull'esperienza e l'opinione del GDG] |
| Depressione: Identificare e trattare secondo le raccomandazioni delle linee guida sulla depressione negli adulti con un problema di salute fisica cronica. |
| Allucinazioni e deliri: Non trattare se ben tollerate. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]. Considerare la <u>quetiapina*</u> in pazienti senza deficit cognitivi. [Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata] Se il trattamento standard non è efficace, prescrivere la clozapina ³ ai pazienti senza deficit cognitivi. [Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata] Rispetto ad altre indicazioni, nei pazienti con malattia di Parkinson, sono necessarie dosi più basse di quetiapina e clozapina. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG] Non prescrivere olanzapina. [Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata] |
| Demenza: Prescrivere un inibitore della colinesterasi per la demenza lieve o moderata (rivastigmina ⁴ , <u>donepezil*</u> o <u>galantamina* capsule</u> o <u>rivastigmina cerotti*</u>). [Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 7-10 trial randomizzati controllati di alta qualità] Per la demenza grave considerare un <u>inibitore della colinesterasi*</u> ⁵ . [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG] Considerare la <u>memantina*</u> se gli inibitori della colinesterasi non sono tollerati o sono controindicati. [Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a moderata da tre trial randomizzati controllati] |
| Scialorrea: Per il trattamento della scialorrea considerare farmaci anticolinergici nel caso in cui si ritenga che il paziente abbia un rischio minimo di sviluppare sintomi cognitivi indesiderati [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]. La seconda scelta è rappresentata dal trattamento con la tossina botulinica A ⁷ , per il quale è necessario un consulto specialistico. [Raccomandazione basata su 10 trial randomizzati controllati di qualità da molto bassa a moderata] Tra i farmaci anticolinergici alternativi in APSS viene utilizzata la <u>scopolamina per uso transdermico</u> ^{*8} . |

*i medicinali contrassegnati con asterisco e sottolineati sono medicinali in commercio in Italia il cui utilizzo per le indicazioni riportate è off-label. I medicinali contrassegnati con asterisco e scritti in *corsivo sottolineato* sono specialità medicinali non disponibili in Italia e che necessitano di importazione dall'estero;



- ¹ Midodrina presenta l'indicazione per il trattamento dell'ipotensione ortostatica, è classificata in classe C;
- ² Fludrocortisone (Florinef) è un farmaco estero utilizzato off-label. L'utilizzo di fludrocortisone è associato a numerosi effetti collaterali, che spesso necessitano di una riduzione della dose o sospensione della terapia: ipertensione, ipokaliemia, edema periferico, scompenso cardiaco congestizio. In corso di trattamento con fludrocortisone è richiesto un frequente monitoraggio della pressione arteriosa e dei livelli di potassio. La richiesta di acquisto, redatta dal medico curante su carta intestata dell'APSS e contenente il nome del paziente, l'indicazione terapeutica ed il quantitativo richiesto, va inoltrata alla U.O. di Farmacia;
- ³ Clozapina rappresenta l'unico medicinale indicato per il trattamento di disturbi psicotici associati alla malattia di Parkinson dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica;
- ⁴ Rivastigmina, nella formulazione in capsule, è l'unico inibitore delle colinesterasi ad avere l'indicazione nel trattamento sintomatico della demenza da lieve a moderata nei pazienti con malattia di Parkinson;
- ⁵ Nessun inibitore delle colinesterasi è indicato nelle forme gravi di demenza;
- ⁶ In Italia a base di bromuro di glicopirronio, alla data di emissione del PDTA, esiste la specialità medicinale Sialanar indicata esclusivamente per l'uso pediatrico nel trattamento sintomatico della scialorrea severa. All'estero esistono specialità in compresse per adulti, ma non hanno l'indicazione nel trattamento della scialorrea (vedi ad es. UK);
- ⁷ Il trattamento con tossina botulinica A è rimborsabile dal SSN come previsto dalle liste "farmaci ad uso consolidato" ai sensi della legge 648/96, su prescrizione effettuata da specialista neurologo, nel trattamento delle forme di scialorrea severa e invalidante che non rispondono alle terapie alternative;
- ⁸ Alla data di emissione del presente PDTA, in Italia la scopolamina per uso transdermico è importabile come farmaco estero ed utilizzabile dalle strutture SSN nel trattamento della nausea e del vomito da movimento secondo indicazioni terapeutiche e nel trattamento della scialorrea nei pazienti in cure palliative e in fin di vita come da lista farmaci ad uso consolidato, ai sensi della legge 648/96.



ASSESSMENT INFERMIERISTICO: AMBULATORIO PARKINSON

Nell'assistenza al paziente affetto da MP l'infermiere dell'ambulatorio Parkinson è responsabile delle seguenti attività:

- accoglienza dei pazienti e dei famigliari in occasione della prima visita e dei follow up;
- partecipazione, con il medico specialista, al percorso valutativo in compresenza alla prima visita neurologica;
- informazione alla persona e alla famiglia a conclusione della visita riguardo alla continuità del percorso, con particolare riferimento al rapporto con il MMG ed all'adesione alle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche e alla rete dei servizi disponibili;
- istruzione del paziente e del caregiver alla gestione in sicurezza di farmaci, usando il rinforzo di materiale cartaceo;
- attivazione degli interventi necessari alla prosecuzione del percorso diagnostico e terapeutico (ad esempio prenotazione esami);
- segnalazione/invio ai Servizi di Riabilitazione Territoriale (SRT in seguito) secondo quanto descritto nel paragrafo successivo;
- riferimento per i famigliari;
- valutazione dei bisogni assistenziali con riferimento alle seguenti aree di bisogno:
 - *alimentazione e idratazione*: valutando l'impatto dell'impaccio motorio o le difficoltà di masticazione e di deglutizione
 - la presenza di scialorrea reinviano al logopedista secondo i criteri sottodescritti,
 - l'interazione della dieta con l'assorbimento dei farmaci (Levodopa-proteine),
 - il rischio di malnutrizione reinviano al dietista secondo i criteri sottodescritti
 - il rischio di ab-ingestiis reinviano al logopedista secondo i criteri sottodescritti;
 - *eliminazione*: valutando l'impatto della riduzione della idratazione o dell'attività, gli effetti di alcuni farmaci, ...;
 - *comunicazione*: reinviano al logopedista in caso di rilevazione di disturbi;
 - *ADL (es. igiene, cura di sé, vestizione) e IADL* valutando l'impatto dell'impaccio motorio e la necessità di assistenza reinviano al terapeuta occupazionale secondo i criteri sottodescritti;
 - *sonno*: valutando l'impatto di farmaci o sintomi non motori legati alla malattia
 - *mobilità e gestione ambientale*: rinviando al fisioterapista secondo i criteri sottodescritti
 - *rischio di cadute*: secondo da procedura aziendale
 - *dolore*: secondo procedura aziendale
 - *pressione*: in clino ed in ortostatismo
 - *compliance alla terapia* ed eventuali effetti collaterali
 - *disturbi affettivi, cognitivi e comportamentali*
 - *sfera domiciliare* ed eventuali *servizi territoriali attivi*

Ad ogni controllo sono somministrate le seguenti scale:

- UPDRS parte I e parte II: Evoluzione della malattia;
- CBI: Stress del familiare;
- MMSE o MoCA: Stato cognitivo alterazioni sensoriali;
- MUST: Alimentazione e idratazione;
- Barthel - ADL e Barthel - IADL: Autonomia nelle attività di vita quotidiana.



SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE

sedi, riferimenti e orari

| Ambito territoriale di residenza del paziente | Servizio di riabilitazione nodo di rete neuroriabilitazione | n° di telefono | orario per contatto telefonico |
|--|---|-----------------------|---------------------------------------|
| Val di Sole Val di Non Paganella e Rotaliana | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Cles | | |
| Val di Cembra Val di Fiemme Val di Fassa | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Cavalese | | |
| Primiero Bassa Valsugana e Tesino | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Borgo | | |
| Alta Valsugana e Bernstol | Servizio ambulatoriale Villa Rosa Ospedale Riabilitativo | | |
| Trento e Valle dell'Adige Valle dei Laghi | Servizio di Riabilitazione P.O. Villa Igea ^(*) Centro II livello per MP | | |
| Rovereto e Vallagarina Altopiani Cimbri | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Rovereto ^(*) Centro II livello per MP | | |
| Alto Garda e Ledro | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Arco | | |
| Giudicarie e Rendena | Servizio di Riabilitazione Ospedale di Tione | | |

^(*) Centro di II livello con funzione di supporto clinico e metodologico agli altri centri e di confronto su casi complessi

In questi servizi hanno luogo:

- visite fisiatriche
- valutazioni e trattamenti fisioterapici
- valutazioni e trattamenti logopedici
- valutazioni e trattamenti occupazionali

A tali valutazioni seguono percorsi di:

- fisioterapia individuale e di gruppo;
- logopedia individuale;
- terapia occupazionale individuale;
- valutazione e addestramento all'uso di ausili, sia generali che specifici per la MP;
- valutazioni domiciliari per adattamenti dell'ambiente di vita;
- controlli periodici di monitoraggio (c.d. "appuntamento funzionali") con il professionista della riabilitazione che, in relazione ai bisogni prevalenti in quella fase di malattia, viene individuato come referente riabilitativo del caso.

Nello specifico i SRT di Villa Igea e di Rovereto fungono anche da centri di II livello con funzione di supporto clinico e metodologico agli altri centri e di confronto su casi complessi



CRITERI DI INVIO ALLE VALUTAZIONI ESEGUIBILI PRESSO I SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALI

| Qualora neurologo, <i>anche su segnalazione dell'infermiere</i> dell'ambulatorio Parkinson, rileva: | Invia al servizio di riabilitazione di riferimento per ambito territoriale di residenza per: |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> H&Y stadio 1 o 1,5 o 2 o 2,5 <u>senza comorbidità associate</u> | <ul style="list-style-type: none"> – impegnativa cod. 93.01.1 del NT per valutazione fisioterapica e – consegna del questionario PIF al paziente con indicazione di riconsegnarlo compilato al fisioterapista |
| <input type="checkbox"/> difficoltà nell'eloquio (UPDRS 2.1 ≥ 1) <input type="checkbox"/> problemi di salivazione (UPDRS 2.2 ≥ 1) <input type="checkbox"/> disturbi nella deglutizione (UPDRS 2.3 ≥ 1 e test dell'acqua positivo) | <ul style="list-style-type: none"> – impegnativa cod. 93.01.3 del NT per valutazione logopedica e – consegna del questionario ROMP al paziente con indicazione di riconsegnarlo compilato alla logopedista |
| <input type="checkbox"/> difficoltà nel mangiare (UPDRS 2.4 ≥ 2) <input type="checkbox"/> difficoltà nel vestirsi (UPDRS 2.5 ≥ 2) <input type="checkbox"/> difficoltà nell'igiene (UPDRS 2.6 ≥ 2) <input type="checkbox"/> difficoltà di scrittura (UPDRS 2.7 ≥ 3) <input type="checkbox"/> difficoltà in altre attiv. (UPDRS 2.8 ≥ 3) | <ul style="list-style-type: none"> – impegnativa cod. 93.01.1 del NT per valutazione occupazionale |
| <input type="checkbox"/> H&Y stadio ≥ 3 <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> H&Y qualsiasi stadio se <u>in presenza di comorbidità associate</u> | <ul style="list-style-type: none"> – impegnativa cod. 89.7 del NT visita fisiatrica |

Criteri di coinvolgimento di professionisti della riabilitazione

Tab. Possibili criteri di coinvolgimento di professionisti della riabilitazione

| Problematiche | Ipotesi di percorso |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> passaggi posturali <input type="checkbox"/> equilibrio <input type="checkbox"/> cammino <input type="checkbox"/> freezing <input type="checkbox"/> affaticabilità <input type="checkbox"/> destrezza manuale | valutazione fisioterapica impegnativa cod. 93.01.2 + consegna al paziente del questionario PIF con indicazione di darlo compilato al fisioterapista |
| <input type="checkbox"/> deglutizione <input type="checkbox"/> comunicazione <input type="checkbox"/> salivazione | valutazione logopedica impegnativa cod. 93.01.3 + consegnare al paziente il questionario ROMP con indicazione di darlo compilato alla logopedista |
| <input type="checkbox"/> mangiare, vestirsi, nell'igiene, nella cura di sé, scrittura <input type="checkbox"/> lavoro, tempo libero <input type="checkbox"/> altre limitazioni in attività o problemi di partecipazione <input type="checkbox"/> problemi nel supporto nelle ADL descritte dal caregiver <input type="checkbox"/> dubbi su sicurezza e autosufficienza nelle ADL | valutazione terapeuta occupazionale impegnativa cod. 93.01.1 |

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

La valutazione fisioterapica indaga in particolare problematiche nei:

- passaggi posturali;
- equilibrio;
- cammino;
- freezing;
- affaticabilità;
- destrezza manuale.

La valutazione fisioterapica approfondisce il quadro funzionale, in particolare sul versante sensorio-motorio, cognitivo e respiratorio, e punta a definire il potenziale di modificabilità dello stesso attraverso l'intervento fisioterapico. Per questo, oltre al PIF essa prevede anche

- history taking: per rilevare elementi della storia clinica del paziente di potenziale interesse per la programmazione dell'intervento fisioterapico;
- esame fisico clinico-funzionale: composto a sua volta di osservazioni cliniche e test e scale (tab. 7.1)

tab. 7.1 Esempi di scale e test adottabili per i diversi aspetti di interesse fisioterapico nella malattia di Parkinson

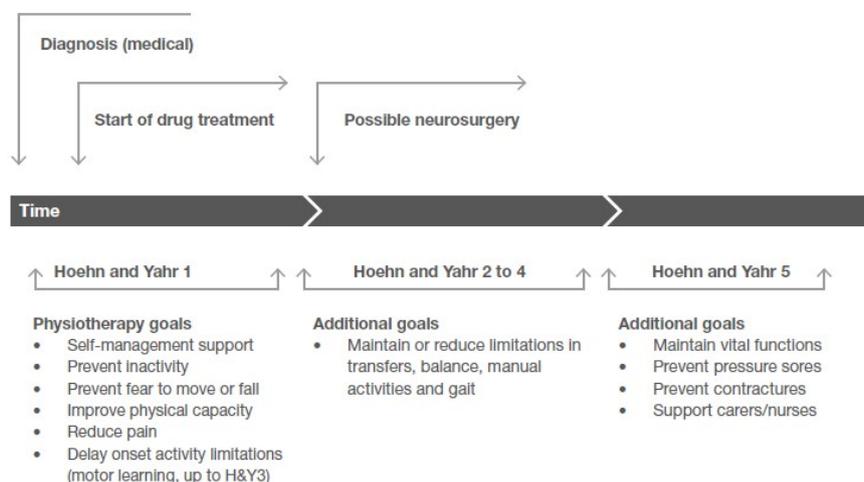
| | |
|---------------------------|--|
| Passaggi posturali | M – PAS Valuta passaggi posturali a letto e sulla sedia oltre che l'acinesia del cammino |
| Equilibrio | MiniBEST Permette di valutare sei domini specifici dell'equilibrio ABC Questionario che indaga la paura di cadere del paziente |
| Cammino | 10 MWT Permette di valutare velocità del cammino e lunghezza del passo TUG Permette di valutare velocità nel cammino ed equilibrio in una situazione di STS e turning |
| Freezing | N – FOG Unico tool validato in letteratura per valutare la severità del freezing in modo soggettivo |
| Affaticabilità | 6 MWT Valuta l'endurance e la capacità aerobica submassimale 2 MST Valuta l'endurance e la capacità aerobica submassimale |
| Destrezza manuale | 9 HPT Valuta la destrezza manuale ponendo a confronto i due arti superiori |

Come **indicatore di esito** principale è suggerita l'adozione del **Parkinson's Disease Questionnaire – 39** un questionario auto somministrabile che valuta la qualità della vita nell'ultimo mese in domini specifici del Parkinson (mobilità, attività della vita quotidiana, comunicazione, ecc.)

Come indicatori di esito secondari potranno essere utilizzate le scale indicate in tab. 5.1.6.d

Gli **obiettivi** dell'intervento fisioterapico sono riportati in fig. 7.1

Fig. 7.1 Obiettivi e strategie dell'intervento fisioterapico



| | | |
|--|--|-------------------------|
|  Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento | PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.7 Servizi di Riabilitazione Territoriale Valutazione e trattamento Fisioterapico | Allegato n.7 |
| | | Revisione |
| | | 31 dicembre 2019 |
| | | Pagina 21 di 33 |

Sulla base della valutazione e degli obiettivi, il fisioterapista condivide con il fisiatra del SRT il percorso di presa in carico che, in via generale, potrà rientrare in una delle seguenti categorie:

| Tipologia | Indicazioni generali |
|--------------------------------|--|
| Sedute di gruppo | Pazienti in H&Y 1 – 2 Pazienti con inattività e conseguente rischio di limitazioni da essa indotte Educazione terapeutica su problematiche generali |
| Ciclo breve individuale | Educazione caregiver o paziente su aspetti specifici relativi al movimento Valutazione e educazione sull'uso di ausili Problematiche a minore impatto sui livelli di attività e partecipazione |
| Ciclo lungo individuale | Presenza di problemi multipli o singole problematiche di difficile risoluzione in breve tempo e ad alto impatto sui livelli di attività e partecipazione |
| Monitoraggio | Pazienti senza problematiche di interesse fisioterapico o con problematiche che non gioverebbero di un eventuale trattamento fisioterapico |



VALUTAZIONE E TRATTAMENTO LOGOPEDICO

Il logopedista utilizza il ROMP (Radboud Oral Motor inventory for Parkinson disease) come screening iniziale dei disturbi di:

- eloquio (disartria)
- deglutizione (disfagia)
- salivazione (scialorrea)

Rispetto alla **DISARTRIA** è raccomandato che il logopedista indaghi:

- linguaggio spontaneo (respirazione, voce, articolazione, risonanza e prosodia). Importante sapere se il paziente è stato valutato in fase off o in fase on
- linguaggio stimolato (serie automatiche, durata fonatoria massima, escursione tonale)
- gravità della disartria

Può essere indicata una registrazione audiovisiva e/o una valutazione dell'intensità del linguaggio spontaneo con una scala in Db).

Qualora vi sia il sospetto di patologia vocale non in relazione al quadro neurologico, il logopedista propone al medico inviante un eventuale consulto ORL.

Come **indicatori di esito** sono consigliati:

- analisi della subscale "intelligibilità" del Therapy Outcomes Measures (TOM)
- profilo di valutazione della disartria (Fussi – Cantagallo)
- Voice Handicap Index (VHI)

Rispetto alla **DISFAGIA** è raccomandato che il logopedista:

- valuti i disturbi di deglutizione nei diversi aspetti di funzionamento (es. mangiare lentamente...), funzionalità (es. smettere perché la consistenza è difficile), partecipazione (es. pranzare con altri...)
- valuti la deglutizione di liquidi;
- valuti l'assunzione di cibi di varie consistenze;

Qualora la valutazione clinica non risulti esaustiva, per la particolare complessità del quadro, il logopedista, propone al medico inviante un eventuale invio a esame strumentale (studio della deglutizione FEES).

Come **Indicatori di esito** sono consigliati:

- Test del bolo d'acqua
- Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ) - questionario per il disturbo di deglutizione nel paziente con Parkinson)
- Mealtime Assessment Scale (MAS) – protocollo di valutazione logopedica al pasto

Rispetto alla **SCIALORREA** è raccomandabile:

- Valutare i disturbi sia a livello funzionale, sia a livello di attività e partecipazione-

Come **Indicatore di esito** è consigliato:

- scala DSFS – P per quantificare la gravità della scialorrea

È presente un ampio spettro di variabilità dei sintomi e della loro gravità, in relazioni ai vari stadi della malattia. Per questo **l'intervento logopedico** può variare per intensità e durata:

- counselling in un'unica seduta (es. minima disartria ipocinetica, salivazione, disfagia)
- ciclo breve (es. scialorrea)
- ciclo lungo/intensivo (es. disartria ipocinetica lieve – moderata)
- monitoraggio periodico per valutazione aggravamento dei sintomi



VALUTAZIONE E TRATTAMENTO OCCUPAZIONALE

E' raccomandato che la valutazione del terapeuta occupazionale indaghi gli aspetti indicati in tab. ... utilizzando gli strumenti indicati o altri strumenti equivalenti.

| <i>aspetto da valutare</i> | <i>strumento</i> | <i>caratteristiche</i> |
|--|--|---|
| identificare i problemi occupazionali | Canadian Occupational Performance Measure (COPM) | Identifica i problemi occupazionali del <u>paziente</u> o del <u>caregiver</u> e permette di stabilirne la priorità |
| | Occupational Performance History Interview (OPHI-II) | Raccoglie informazioni su identità occupazionale, coping, motivazione, performance occupazionali significative per il <u>paziente</u> |
| | Caregiver Burden Interview | Approfondisce il carico assistenziale sperimentato dal <u>caregiver</u> |
| valutare l'uso del tempo nelle attività e la distribuzione dell'energia | registro delle attività | |
| osservare la performance occupazionale | Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) | Indica il grado di autonomia, sforzo, efficienza, sicurezza della performance occupazionale. Permette di conoscere quali abilità del paziente ostacolano o facilitano la performance. |
| | Scheda per la valutazione della scrittura | Valuta postura, calligrafia, velocità di scrittura, abilità di manualità fine, l'effetto di cues, attenzione consapevole, doppi compiti di scrittura. |
| | Performance quality rating scale (PQRS) | Misura la qualità di performance in attività significative per il paziente. |
| | ADL focused occupation-based neurobehavioral evaluation (A-ONE) | Permette di identificare il livello di assistenza necessario per lo svolgimento di un'attività e simultaneamente determina l'impatto che i deficit neuro comportamentali hanno sulla performance occupazionale. |
| | Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) | Indica il grado di autonomia, sforzo, efficienza, sicurezza della performance occupazionale. Permette di conoscere quali abilità del paziente ostacolano o facilitano la performance. |

Rispetto agli **obiettivi**, essendo la terapia occupazionale una professione client-centered, essi vengono concordati con il paziente ed eventualmente i caregiver.

A seconda degli obiettivi individuati, il **trattamento** potrà essere organizzato in:

- Ciclo breve individuale
- Ciclo lungo individuale
- Intervento domiciliare

In casi di particolare complessità, potrà essere valutato in accordo con il fisiatra referente del SRT l'invio al Progetto Ausilia presso Villa Rosa Ospedale Riabilitativo per l'eventuale definizione di un progetto complesso di tecnologie per l'autonomia.



CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA COD 56 MDC1

Tab. Criteri di invio a degenza riabilitativa codice 56 MDC1

| | |
|--|--|
| <p>CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA cod. 56 MDC 1</p> | <p><input type="checkbox"/> potenziale di modificabilità impairment attraverso esercizi terapeutici specifici che richiedano un percorso articolato e intensivo di tre-quattro settimane e monitoraggio h24</p> <p><u>E</u></p> <p>almeno uno dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> aggravamento funzionale (documentato da scale) conseguente alla patologia non modificabile solo dal punto di vista farmacologico<input type="checkbox"/> aggravamento funzionale (documentato da scale) a seguito di comorbilità associate (es. fratture, ...)<input type="checkbox"/> difficoltà di seguire un percorso ambulatoriale per criticità socio-assistenziali |
|--|--|

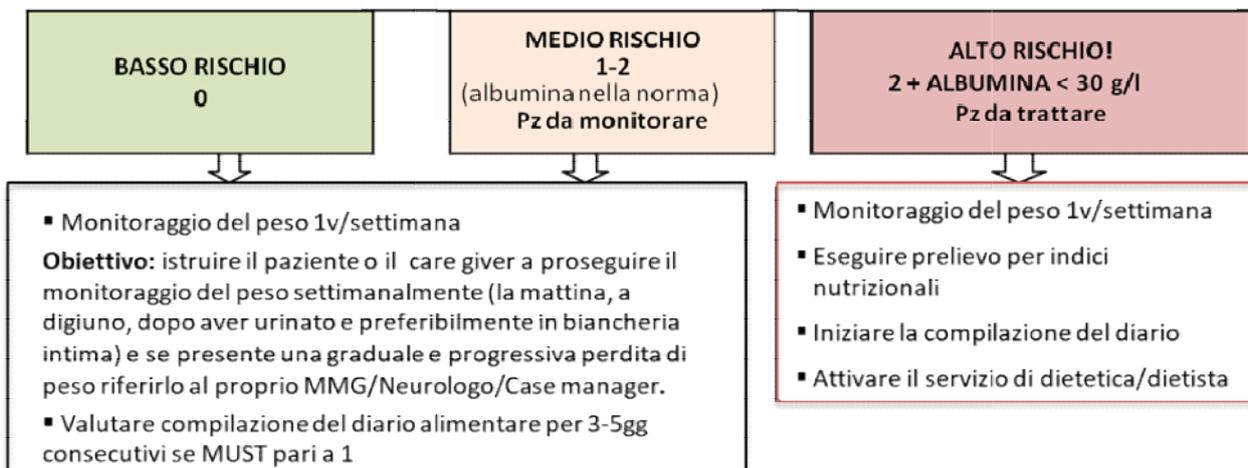


VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE E INTERVENTI

MUST (Malnutrition universal screening tool)

| STEP 1 <u>Calcolo del BMI</u> | | STEP 2 <u>Perdita di peso</u> Involontaria negli ultimi 3-6 mesi | | STEP 3 <u>Patologie acute</u> Il pz presenta una patologia acuta grave (es. ictus, pz in rianimazione) o ha avuto un intake alimentare molto ridotto negli ultimi 5 gg o ne ha previsione per i prossimi 5 gg? | |
|----------------------------------|------------------|--|------------------|--|------------------|
| BMI (Kg/m²) | Punteggio | % | Punteggio | Risposta | Punteggio |
| >20 | = 0 | < 5 | = 0 | NO | = 0 |
| 18,5-20 | = 1 | 5 - 10 | = 1 | SI | = 2 |
| < 18,5 | = 2 | > 10 | = 2 | | |
| | | *utilizzare il prog.ma excel | | | |

Rischio di malnutrizione = somma steps 1 + 2 + 3



Indici nutrizionali:

albumina (già comprensiva nella routine ingresso), prealbumina, transferrina e vit. D e ricontrollarli al bisogno in accordo con il medico

NB. Gli indici nutrizionali vanno fatti in automatico a tutti i pazienti con punteggio di rischio ≥ 2 + valore dell'albumina alterato ad eccezione dei pazienti le cui condizioni e obiettivi terapeutici sono tali da ritenere inopportuno lo screening e relativi interventi



| | | BMI | | | | Diminuzione del peso | |
|------|---|--------------------|--|-----------------------|------------------|--|--|
| | | <18,5 sottopeso | 18,5 – 24 normopeso | 24-29,9 sovrappeso | 30-35 obesità | <5% a 6 mesi o <10% a 12 mesi | >5% a 6 mesi o >10% a 12 mesi |
| MUST | 0 | | * consigli alimentari standardizzati (monitoraggio ponderale settimanale a domicilio, al mattino, in biancheria a digiuno) | | | * | |
| | 1 | | ** rivalutazione dopo 8 mesi con MUST, BMI e con esami ematici^(a) (prealbumina e transferrina)+ consigli alimentari standardizzati , e con la raccomandazione di avvisare se a domicilio viene registrato un calo ponderale <u>involontario</u> di 3 o più kg nei precedenti 3 mesi. | | | ** | |
| | 2 | | <p>programmare visita dietistica con impegnativa con codice 89.04.1 NT "Elaborazione e formulazione della dieta"</p> <p>o,</p> <p>se associate complicanze o altre patologie significative, prescrizione visita medico-dietologica (codice 89.7 del NT) e prenotazione presso la segreteria del SNDC telefonando al numero 0461/903375 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.</p> | | | | |

^(a) Esami ematochimici: emocromo, glicemia, ac. Urico, Colesterolo totale, LDL, Trigliceridi, vit D, folati, vit B12, proteine totali e albumina, transferrina, prealbumina



CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ALLE TERAPIE AVANZATE

| Terapia Avanzata | Indicazioni | Controindicazioni relative | Controindicazioni assolute |
|---|--|---|--|
| Infusione sottocutanea di apomorfina | <p>Diagnosi di MP definitiva</p> <p>Nessun limite di età</p> <p>Buona risposta alla levodopa</p> <p>PEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - off motori o non motori non prevedibili (<i>rescue Therapy</i>) - Off postprandiale - Ritardato on - Acinesia o distonia al risveglio <p>POMPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosi "rescue" con la penna troppo frequenti - Fluttuazioni motorie e non motorie - Assorbimento intestinale della LD ritardato o importante gastroparesi | <ul style="list-style-type: none"> - Decadimento cognitivo lieve moderato - Discinesie di grado lieve moderato - Assenza di caregiver - FOG in fase on - Comorbilità renali, cardiovascolari, polmonari, - Ipotensione ortostatica, - Trattamento con farmaci vasoattivi | <ul style="list-style-type: none"> - Demenza - Discinesie molto severe - Gravi disturbi neuropsichiatrici |
| DBS | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi di MP definitiva - Storia di malattia da almeno 5 anni - Età <70 - Complicanze motorie (fluttuazioni motorie o discinesie) - Buona risposta clinica alla levodopa | <p>Generali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravi patologie internistiche che aumentino il rischio chirurgico • Coagulopatie • Trattamento anticoagulante che non può essere interrotto • Pacemaker cardiaco • Immunosoppressione <p>Neurochirurgiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grave atrofia cerebrale • Lesioni cerebrali determinanti distorsioni anatomiche <p>Neuropsicologiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demenza <p>Psichiatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disturbi psicotici non controllati • Disturbi di personalità tali da compromettere la compliance • Depressione maggiore con ideazione suicidi aria | |



| Terapia Avanzata | Indicazioni | Controindicazioni relative | Controindicazioni assolute |
|------------------|---|---|---|
| Duodopa | <ul style="list-style-type: none">- Malattia di Parkinson confermata- Storia di malattia da almeno 5 anni- Fluttuazioni motorie severe e/o discinesie severe nonostante BMT- Nessun limite di età- Documentata efficacia motoria alla terapia cronica con levodopa- Presenza di caregiver e/o ottima compliance del paziente | <ul style="list-style-type: none">- Deficit cognitivo grave (MMSE < 20)- Gravi malattie psichiatriche o disturbi del comportamento che mettano a rischio il mantenimento del device nella posizione corretta- Controindicazioni gastroenterologia e alla chirurgia addominale (Gastrectomia, gastroanastomosi, etc) → valutazione gastroenterologica | <ul style="list-style-type: none">- Aritmie cardiache (valutazione cardiologica).- Coagulopatie (valutazione internistica)- Pregressa severa polineuropatia- Indisponibilità del caregiver |



VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Criteri di invio: sono elencati di seguito in tabella

Tab. **Criteri di invio per la valutazione neuropsicologica**

| Età del paziente | score MMSE |
|-----------------------------|---------------------|
| Inferiore a 65anni | Qualsiasi punteggio |
| Maggiore o uguale a 65 anni | Punteggio >16/30 |

Criterio di esclusione: presenza di disturbi comportamentali che possono compromettere l'esito della valutazione neuropsicologica o impedirne la corretta somministrazione (ad esempio: agitazione, aggressività, attività motoria aberrante etc...).

Il neuropsicologo effettua una prima visita che comprende un primo colloquio con il paziente e la valutazione neuropsicologica con una batteria di test standardizzati, ad esempio Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein et al., 1975), Digit Span (Monaco et al., 2003), Corsi Span (Monaco et al., 2003), Frontal Assessment Battery (FAB, Dubois et al., 2000) ed altri che possono variare a seconda delle capacità e del livello di deterioramento cognitivo del paziente. Viene inoltre effettuato un colloquio con il familiare/caregiver che lo accompagna. Successivamente, i test vengono corretti e viene compilata una relazione clinica che sarà poi discussa con il neurologo inviante. Viene in seguito, fissato almeno un colloquio di restituzione a paziente e familiare/caregiver al fine di comunicare l'esito della valutazione, dare suggerimenti per la gestione, proporre percorsi di sostegno, formazione o stimolazione cognitiva di gruppo, individuale o da effettuarsi a domicilio a cura del caregiver opportunamente formato. Ad eccezione dei casi in cui la valutazione neuropsicologica evidenzia un profilo di decadimento severo, il neuropsicologo rivede di norma a distanza 12 mesi, a seconda dell'esito della valutazione, tutti i pazienti, al fine di monitorarne l'andamento e di proseguire con il percorso assistenziale.



SERVIZI TERRITORIALI

I servizi/risorse attivabili sul territorio sono:

- cure domiciliari: piani assistenziali domiciliari (ADInf, ADP, ADI):
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è caratterizzata dall'elaborazione di un piano assistenziale individuale, che prevede accessi programmati di più figure professionali quali ad esempio il MMG/PLS, l'infermiere, il medico specialista, l'operatore sociosanitario-OSS. L'ADI comprende anche la specializzazione
 - Assistenza Domiciliare Integrata Cure palliative (ADICP) forma di assistenza dedicata agli utenti la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici, con l'obiettivo di un trattamento appropriato – palliazione - di sintomi gravi e del dolore.
 - Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) prevede l'elaborazione di un piano assistenziale con accessi programmati da parte del medico di famiglia MMG/PLS e, in alcuni casi, dell'infermiere.
 - Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADInf) prevede l'elaborazione di un piano assistenziale con accessi programmati da parte del personale infermieristico.
 - Assistenza infermieristica occasionale (AIO) garantisce prestazioni infermieristiche domiciliari estemporanee o per un breve periodo di tempo che non necessitano della predisposizione di un piano individualizzato di assistenza.;
- cure palliative (ADICP);
- servizio assistenza domiciliare (SAD): telesoccorso/telecontrollo, pasti a domicilio, Centro servizi;
- programmi di dimissioni protette, nel caso di ricoveri ospedalieri che abbiano comportato un peggioramento della situazione funzionale e/o cognitiva;
- centro diurno anziani;
- cure intermedie;
- accoglienza temporanea di sollievo in RSA della durata massima di 60 giorni;
- interventi del volontariato;
- interventi di sostegno economico (assegno di accompagnamento; assegno di cura per anziani, attivazione dell'amministratore di sostegno, ecc.);
- ingresso in RSA in caso di impossibilità a mantenere la persona al proprio domicilio;
- accoglienza temporanea in Hospice (solo per pazienti in ADICP).



INDICATORI

Indicatori di struttura

| | |
|----------------------------------|--|
| Codifica dato | |
| Denominazione | Numero di strutture specialistiche presenti per l'assistenza al paziente con MP |
| Descrizione | Strutture deputate alla diagnosi, alla definizione del trattamento, al follow up del paziente con MP |
| Fonti dei dati | Sistema informativo APSS |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |

| | |
|----------------------------------|---|
| Codifica dato | |
| Denominazione | Numero di Operatori della rete provinciale per il malato di MP che hanno effettuato una formazione ad hoc |
| Descrizione | Numero di professionisti sanitari che nel corso di un anno hanno frequentato almeno un evento formativo relativo alla MP stratificato per figure professionali: <ul style="list-style-type: none">- Medico- Infermiere- FT- LG- TO- Dietista |
| Fonti dei dati | Sistema informativo Servizio di Formazione/CFC ospedaliera e territoriale |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |



Indicatori di processo

| | |
|----------------------------------|---|
| Codifica dato | |
| Denominazione | Numero nuove esenzioni ticket nell'anno per MP |
| Descrizione | Numero di persone alle quali è stato rilasciato l'attestato di esenzione codice 038 nell'anno di riferimento. |
| Stratificazione | Per comunità di valle di residenza paziente e per <ul style="list-style-type: none"> - Trento o Rovereto - Altro comune |
| Fonti dei dati | Sistemi Informativi APSS |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |

| | |
|----------------------------------|---|
| Codifica dato | |
| Denominazione | Tempo di attesa per la prima visita specialistica neurologica nell'ambulatorio Parkinson |
| Descrizione | Tempo medio di attesa per una visita neurologica da parte di un paziente con segni suggestivi di MP tra la richiesta e la data effettiva di erogazione |
| Stratificazione | per sede ambulatorio Parkinson e per residenza paziente: <ul style="list-style-type: none"> - Trento o Rovereto - Altro comune - Fuori provincia |
| Fonti dei dati | Sistemi Informativi APSS |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |

| | |
|--|--|
| Codifica dato | |
| Denominazione | Accessi in PS di pazienti affetti da MP |
| Descrizione | Numero di accessi nelle strutture di Pronto Soccorso della provincia di Trento da parte di pazienti affetti da MP o comunque codificati con codice ICD-9 "332" |
| Fonti dei dati | Database del Pronto Soccorso |
| Stratificazione per: Genere, Classe di età, Residenza | Analizzare per genere (M/F), per classe di età (<45, 45-64, 65-74, 75+), residenza (comunità di valle) |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |

| | |
|--|--|
| Codifica indicatore | |
| Denominazione | Ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da MP (codifica della patologia in tutti i campi diagnosi) |
| Descrizione operativa del numeratore | Numero di ricoveri di residenti in PAT presso gli istituti di cura della provincia con diagnosi (da diagnosi principale a codiagnosi) "332" secondo ICD - 9. |
| Descrizione operativa del denominatore | Per calcolare il tasso di ospedalizzazione il denominatore è la popolazione provinciale residenza all'1.1. dell'anno di riferimento |
| Fonti dei dati per il numeratore | Database SDO provinciali e database SDO in mobilità passiva |



| | |
|--|---|
| Fonti dei dati per il denominatore | Anagrafe provinciale |
| Eventuali variabili associate alla standardizzazione | Genere, classe di età, comunità di valle di residenza |
| Standard di riferimento dell'indicatore | Non disponibile |
| Soglia critica per eventuale intervento di AUDIT | Da definire |
| Periodicità di recupero dei dati | annuale |

Indicatori di esito

| Codifica dato | |
|--|--|
| Denominazione | Numero di persone con MP che usufruiscono dei servizi di riabilitazione, distinguendo anche la tipologia dell'attività riabilitativa |
| Descrizione | Numero di persone (residenti in PAT) con MP che hanno avuto almeno un accesso ai servizi di riabilitazione dell'APSS nel corso dell'anno di riferimento, distribuiti per tipologia di trattamento e figura dell'attività di riabilitazione |
| Esplicitare l'indicatore | % di pazienti con contatti con i servizi di riabilitazione (e secondo la tipologia della riabilitazione) |
| Fonti dei dati | Database dei pazienti e Sistemi informativi dell'APSS |
| Stratificazione per: Genere, Classe di età, Residenza | Analizzare per genere (M/F), per classe di età (<45, 45-64, 65-74, 75+), residenza (comunità di valle) |
| Periodicità di recupero dei dati | Annuale |

| Codifica dato | |
|--|--|
| Denominazione | Valutazione della qualità delle cure da parte dei pazienti affetti |
| Descrizione | Analisi campionaria della qualità percepita delle cure da parte dei pazienti con MP, tramite questionario/ scheda standardizzata |
| Esplicitare l'indicatore | % di pazienti che si dichiara soddisfatta delle cure ricevute da parte dei servizi di cui hanno usufruito nel corso di un anno (servizi sanitari e non sanitari) |
| Fonti dei dati | Indagini ad hoc con cadenza periodica (ogni tre anni?) |
| Stratificazione per: Genere, Classe di età, Residenza | Analizzare per genere (M/F), per classe di età (<45, 45-64, 65-74, 75+), residenza (comunità di valle) |
| Periodicità di recupero dei dati | Periodica (triennale) |