

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 2330 DEL 19/12/2025

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 13 del 26/02/2024

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA DI PARKINSON IN ULSS N. 7 PEDEMONTANA.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Anno Proposta: 2025 Numero Proposta: 2400/25

Il Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Michela Piccinini.

Il Dirigente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale relaziona quanto segue.

Premesso che:

- con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 124 del 28 ottobre 2020 è stato istituito il Tavolo regionale permanente per la Malattia di Parkinson, avente tra i vari compiti anche quello di elaborare un "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson";
- con la Deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 388 del 09/04/2024, è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson, edizione 2024;
- in tale contesto, la Regione del Veneto ha adottato una programmazione sanitaria orientata allo sviluppo delle reti cliniche integrate con il territorio, in quanto strumenti atti a garantire parità di accesso alle migliori cure sanitarie, in grado di fornire risposta appropriata, personalizzata ed efficace nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare, come risulta dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, approvato con Legge regionale 28 dicembre 2018 n. 48;
- le azioni regionali promuovono un supporto socio-assistenziale orientato ai bisogni sanitari e non delle persone affette da Malattia di Parkinson e dei loro familiari, ma anche allo sviluppo di percorsi di inclusione e appartenenza al tessuto della comunità territoriale, secondo gli stessi principi che hanno ispirato il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 e il Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025, approvato con Deliberazione della Giunta regionale n. 1858 del 29 dicembre 2021, nei quali un'attenzione particolare è stata riservata alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, allo sviluppo di strategie per garantire una sempre migliore qualità di vita alle persone colpite da Malattia di Parkinson, durante tutte le fasi di progressione patologia;
- con Deliberazione n. 1206 del 28/06/2024, questa Azienda, in ottemperanza della D.G.R.V. n. 388/2024 sopra ricordata, ha istituito il Tavolo di Coordinamento Aziendale per la stesura del PDTA Aziendale, ed ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la malattia di Parkinson della Regione Veneto, Edizione 2024. Il termine per la stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson Aziendale è stato fissato al 31/12/2025;
- il Gruppo di Lavoro del Tavolo che ha concluso la stesura del PDTA per la malattia di Parkinson Aziendale, istituito con la Deliberazione n. 1206 del 28/06/2024 sopra ricordata, è composto come di seguito indicato:

Dr. Alessandro Burlina – Direttore UOC Neurologia, Bassano - **Coordinatore clinico**

Dr. Emanuele Turinese – Neurologo, UOC Neurologia, Bassano - **Referente clinico**

Dr. Mario Scapin, Direttore UOC Medicina Fisica e Riabilitativa, Asiago

Dr. Roberto Pau – Neurologo, UOC Neurologia, Santorso;

Dr.ssa Rita Rosin – Fisiatra, UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale, Santorso;

Dr.ssa Jessica Carretta – Neuropsicologa, UOC Neurologia, Bassano;

Dr.ssa Eleonora Lazzaretti – Fisioterapista, UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale, Santorso;

Dr.ssa Laura Bergamo, Terapista occupazionale, UOC Medicina Fisica e Riabilitativa, Bassano

Dr.ssa Elena Di Federico – Logopedista, UOC Medicina Fisica e Riabilitativa, Bassano;

Dr.ssa Graziella Bianchin – MMG, Distretto Bassano;

Dr.ssa Valeria Sartori – MMG Distretto, Alto Vicentino;

Dott.ssa Arianna Battistello – **Coordinatore metodologico.**

- il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la malattia di Parkinson oggetto del presente provvedimento è stato redatto seguendo le indicazioni contenute nella D.G.R.V. n. 239 del 12 marzo 2025;
- il PDTA oggetto del presente provvedimento è finalizzato a garantire la continuità, l'integrazione e l'omogeneità nella presa in carico della persona con la malattia di Parkinson, attraverso l'adozione di modelli assistenziali condivisi, orientati ad assicurare un accesso equo, tempestivo e appropriato alla diagnosi e al trattamento.

Tutto ciò premesso, al fine di dare attuazione al tema oggetto del presente provvedimento, su indicazione del Direttore Sanitario, il dirigente propone di approvare il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson in Ulss n. 7 Pedemontana" allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'U.O.C. competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di approvare il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson in Ulss n. 7 Pedemontana" allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.L. 14/3/2013 n. 33;
3. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.




**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**




Versione del novembre 2025

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Dr. Emanuele Turinese per il gruppo di lavoro Dirigente Medico UOC Neurologia Ospedale di Bassano	<i>Emanuele Turinese</i>	15/12/25
Verificata da	Dr. Alessandro Burlina Direttore UOC Neurologia Ospedale di Bassano	<i>A. Burlina</i>	15/12/25
Approvata da	Dr. Antonio di Caprio Direttore Sanitario ULSS 7	<i>A. di Caprio</i>	15/12/25


N. Revisione	Data	Descrizione delle modifiche	Motivo delle modifiche
Revisione n. 0 Prima emissione	30.11.2025	-----	-----

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Gruppo di lavoro (GdL) Sviluppo del PPDTA			
Cognome e Nome	Ente di Appartenenza	Ruolo Istituzionale	Funzione nel GdL
Bergamo Laura	UOS Medicina Fisica e Riabilitativa Bassano	Fisioterapista Terapista Occupazionale	Redattrice (Terapia Riabilitativa)
Bianchin Graziella	Distretto Bassano	MMG	Redattrice (Sospetto Diagnostico)
Carretta Jessica	UOC Neurologia Bassano	Neuropsicologa	Redattrice (Terapia Riabilitativa)
Dall'Ora Francesco	UOC Neurologia Santorso	Neurologo	Redattore (Diagnosi e Terapia)
Di Federico Elena	UOS Medicina Fisica e Riabilitativa Bassano	Logopedista	Redattrice (Terapia Logopedica)
Lazzaretti Eleonora	UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Santorso	Fisioterapista	Redattrice (Terapia Riabilitativa)
Lando Barbara	UOC Neurologia di Bassano	Infermiera	Redattrice
Lorico Fabio	UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano	Direttore UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano	Redattore (Continuità Assistenziale)
Pauletto Laura	Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 7 Pedemontana	Infermiera UOSD Attività Motorie	Redattrice (Prevenzione Secondaria)
Pierobon Alice	Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 7 Pedemontana	Responsabile UOSD Attività Motorie	Redattrice (Prevenzione Secondaria)
Rosin Rita	UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Santorso	Fisiatra	Redattrice (Terapia Riabilitativa)
Santacaterina Silvia	UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Alto Vicentino	Direttore UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Alto Vicentino	Redattrice (Fase Avanzata e Cure Palliative)
Sartori Valeria	Distretto Alto Vicentino	MMG	Redattrice (Sospetto Diagnostico)
Scapin Mario	UOC Recupero e Riabilitazione Asiago Direttore	Coordinatore del Dip. Funzionale Transmurale di Riabilitazione Ospedale-Territorio	Redattore (Terapia Riabilitativa)
Zuccarino Ludmilla	UOC Cure Palliative	Direttore UOC Cure Palliative	Redattrice (Fase Avanzata e Cure Palliative)
Dr. Alessandro Burlina Direttore UOC Neurologia di Bassano Direttore Dipartimento Medico Bassano		Coordinatore Clinico e Referente della Verifica	
Dr. Emanuele Turinese Neurologia di Bassano Responsabile UOSD Neurovascolare di I livello		Referente Scientifico	
Dr.ssa Arianna Battistello Infermiere- Coordinatore attività UOSD Risk Management		Coordinatrice GdL Referente del Documento e del Processo	

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Gruppo di Lavoro (GdL) Verifica del PPDTA			
Cognome e Nome	Ente di Appartenenza	Ruolo Istituzionale	Funzione nel GdL
Battistello Arianna	UOSD Risk Management	Infermiere Coordinatore	Coordinatrice GdL Sviluppo del PPDTA Referente del Documento e del Processo
Bianchin Graziella	Distretto Bassano	MMG	Redattrice (Sospetto Diagnostico)
Dall'Ora Francesco	UOC Neurologia Santorso	Neurologo	Redattore (Diagnosi e Terapia)
Lorico Fabio	UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano	Direttore UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano	Redattore (Continuità Assistenziale)
Pierobon Alice	Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 7 Pedemontana	Responsabile UOSD Attività Motorie	Redattrice (Prevenzione Secondaria)
Rosin Rita	UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Santorso	Fisiatra	Redattrice (Terapia Riabilitativa)
Sartori Valeria	Distretto Alto Vicentino	MMG	Redattrice (Sospetto Diagnostico)
Scapin Mario	UOC Recupero e Riabilitazione Asiago Direttore	Direttore Dipartimento di Riabilitazione Ospedale-Territorio	Redattore (Terapia Riabilitativa)
Turinese Emanuele	UOC Neurologia di Bassano	Neurologo Responsabile UOSD Neurovascolare di I livello	Referente Scientifico del PPDTA
Dr. Alessandro Burlina Direttore UOC Neurologia di Bassano Direttore Dipartimento Medico Bassano		Coordinatore Clinico del PPDTA e Referente della Verifica	

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Lista di Distribuzione

Struttura-Ente	Ambito
Direzione Strategica	Ospedale
UOC Neurologia Bassano del Grappa	Ospedale
UOC Neurologia Santorso	Ospedale
UOC Neurologia di Vicenza (Centro di Riferimento terapie di II liv.)	Ospedale
UOC Recupero e Riabilitazione Asiago	Ospedale
UOS Medicina Fisica e Riabilitativa Bassano	Ospedale
UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Santorso	Ospedale
UOC Accettazione e Pronto Soccorso Bassano	Ospedale
UOC Accettazione e Pronto Soccorso Santorso	Ospedale
UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano	Territorio
UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Santorso	Territorio
UOC Cure Palliative	Territorio
UOSD Attività Motorie	Territorio
Ambulatori MMG Distretti 1 e 2	Territorio
Palestre della Salute	Territorio

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Principali abbreviazioni

Acronimo/Abbreviazione	Definizione
AFA-D	Attività Fisica Adattata per Persone con Disabilità Acquisita
CAA	Comunicazione Aumentativa ed Alternativa
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DAT	Disposizioni Anticipate di Trattamento
DATSCAN	SPECT cerebrale con tracciante per il trasportatore presinaptico della dopamina.
DBS	Deep Brain Stimulation (stimolazione Cerebrale Profonda): tecnica di terapia avanzata di tipo chirurgico, che consiste nell'impianto di un neurostimolatore dei gangli della base
FMECA	Failure Modes and Effects and Criticality Analysis: è uno strumento utilizzato nella gestione del rischio clinico in fase proattiva per identificare i rischi relativi a un processo/percorso da parte del team degli operatori coinvolti nello stesso, con il supporto del risk manager. L'obiettivo dell'analisi è quello di evidenziare i punti critici del processo e di classificarli per priorità
H&Y (Scala di)	Scala di Hoehn e Yahr (scala di stadiazione della MdP)
MdP	Malattia di Parkinson
MDS	Movement Disorders Society
MMG	Medico di Medicina Generale
MRGfus	MR Guided Focused Ultrasound
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PCC	Piano di Cura Condiviso
PIC	Percorso Integrato di Cura
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
PPDTA	Strumento di contestualizzazione di linee guida, raccomandazioni, evidenze scientifiche comprovate relative alla patologia o problematica presa in esame, nella realtà organizzativa regionale tenendo in considerazione le risorse disponibili.
SERD	Servizio per le Dipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
UPDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	MdP Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Glossario essenziale

Diagramma di flusso	E' la rappresentazione grafica di un processo inteso come sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo modalità standard così da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte.
Diagramma di Gantt	E' lo strumento grafico che rappresenta le fasi, con relative attività distribuite in un arco temporale. Usualmente utilizzato per pianificare le specifiche attività di un progetto e per evidenziarne lo stato di avanzamento.
Ambulatorio DisMov	Ambulatorio dedicato ai Disturbi del Movimento
Chinesiologo A.M.P.A (Attività Motoria Preventiva Adattata)	Laureato in Scienze Motorie (LM 67) che progetta e gestisce programmi di esercizio fisico su misura per la prevenzione, il recupero funzionale e il mantenimento della salute, lavorando con persone con patologie croniche, disabilità o in fase post-riabilitativa, ed è formalmente riconosciuto (dopo un apposito corso patrocinato dalla Regione) nell'ambito sociosanitario, integrandosi spesso in team sanitari per utilizzare il movimento come vera e propria "medicina". Nel presente PPDTA è il professionista di riferimento che, praticamente, eroga alla persona con MdP l'AFA-D (Attività Fisica Adattata per la Persona con Disabilità Acquisita) ai fini della prevenzione secondaria.
Dancewell	Pratica, nata a Bassano del Grappa nel 2010, di danza-terapia specificamente disegnata per pazienti affetti da malattia di Parkinson in forma lieve-moderata. Oltre alla danza ed alla musica, la pratica comprende anche la componente visiva, dato che (programmaticamente) l'attività si svolge in ambienti artisticamente significativi.
Palestra della Salute	Igs. n. 36/2021 definisce la palestra della salute: una struttura di natura non sanitaria, sia pubblica che privata, dove sono svolti programmi di esercizio fisico strutturato e programmi di attività fisica adattata.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICE

1.	La Malattia di Parkinson: analisi del Problema di Salute.....	8
2.	Epidemiologia.....	10
3.	Normativa e contestualizzazione nell'ULSS. N7 Pedemontana.....	11
4.	Definizione e scopo del PPDTA.....	14
5.	Linee Guida di riferimento.....	15
6.	Contesto Organizzativo.....	16
7.	Valutazione dell'Esperienza del paziente.....	17
8.	Stato attuale ed indentificazione dei fattori ostacolanti/soluzioni.....	17
9.	Criteri di inclusione ed esclusione (criteri di eleggibilità).....	20
10.	Modalità operative: descrizioni delle fasi del percorso.....	20
	10.1 Prevenzione	23
	10.2 Fase 1: sospetto diagnostico.....	31
	10.3 Fase 2: diagnosi	34
	10.4 Fase 3: trattamento farmacologico e riabilitativo.....	52
	10.5 Fase 4: continuità assistenziale.....	78
	10.6 Fase 5: fase avanzata (cure palliative).....	81
11.	Indicatori di monitoraggio.....	83
12.	Diffusione del PPDTA (Formazione. Adozione dall'Azienda e Verifica).....	88
13.	Aggiornamento.....	88
14.	Riferimenti bibliografici e normativi.....	89
15.	Allegati.....	92
	Allegato 1: Report valutazione indicatori tempo 0.....	93
	Allegato 2: Relazione sostenibilità del PPDTA.....	97
	Allegato 3: Report analisi rischi proattiva: FMECA.....	98
	Allegato 4: Checklist per la valutazione della qualità del PPDTA.....	101
	Allegato 5: Diagramma di Gantt per la pianificazione dell'applicazione del PPDTA.....	104
	Allegato 6: Versione PPDTA per il paziente ed il caregiver.....	106


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

1. La Malattia di Parkinson: analisi del Problema di Salute


La malattia di Parkinson (MdP) è una patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale, tipicamente caratterizzata dalla presenza di sintomi motori cardinali quali bradicinesia, rigidità e tremore, ai quali si associa spesso instabilità posturale. Il coinvolgimento prevalentemente motorio della malattia ne determina il suo usuale inquadramento tra i disordini del movimento. A dispetto dell' enfasi posta sulla sintomatologia motoria, è apparso evidente negli ultimi anni come sintomi non motori siano presenti inevitabilmente nella progressione della patologia, e talvolta anche nella fase che precede l' esordio del disturbo motorio.

Sotto il profilo neuroanatomico e neuropatologico la Malattia di Parkinson (MdP) è caratterizzata dal depauperamento (su base degenerativa) dei neuroni della pars compacta della substantia nigra, oltre che dei neuroni di altri nuclei pigmentati del mesencefalo (nucleo rosso e nucleo dorsale del vago); i marker neuroanatomici più specifici della MdP sono l' accumulo di α -sinucleina (una proteina normalmente presente nel nucleo e nelle sinapsi) e la presenza di corpi eosinofilici citoplasmatici, i corpi di Lewy (contenenti, oltre all' α -sinucleina in forma aggregata, altre proteine, quali l' ubiquitina e la proteina Tau) nei neuroni della sostanza nera e degli altri nuclei pigmentati. Dato che normalmente i neuroni della pars compacta nigrale producono dopamina veicolandola, mediante il tratto nigro-striatale, allo striato, la degenerazione nigrale risulta in una riduzione della stimolazione dopaminergica dello striato; questo evento, sotto il profilo fisiopatologico, è all' origine dei sintomi caratteristici della malattia: tremore a riposo, bradicinesia, rigidità. Ai sintomi motori si associano, come accennato, sintomi "non motori" - rappresentati da ipo-anosmia, depressione, declino cognitivo, disturbi del sonno REM, segni di sofferenza del sistema nervoso vegetativo (stipsi, disturbi genito-urinari, turbe del controllo pressorio) - che possono precedere anche di anni l' insorgenza di quelli motori ed il cui substrato patologico è meno noto.

La MdP è una malattia cronica a lento decorso, con progressiva potenziale evoluzione verso la disabilità. La MdP determina, oltre al coinvolgimento delle funzioni motorie, una compromissione delle funzioni vegetative, cognitive e comportamentali con ricadute determinati sulla qualità della vita del soggetto affetto e dei suoi familiari. Si aggiunga che la MdP, interessando perlopiù soggetti anziani, si associa spesso a plurime comorbidità, per lo più croniche, con ulteriore incremento del carico assistenziale. La conseguente complessità del malato implica un intervento coordinato delle molteplici figure professionali inevitabilmente coinvolte nella gestione della malattia. Va inoltre considerato che, allo stato attuale, non è disponibile una terapia in grado di arrestare il processo degenerativo sottostante, pur disponendosi di una efficace terapia sintomatica mirata e di trattamenti innovativi per il controllo delle complicanze motorie gravi (trattamento chirurgici o comunque invasivi quali la DBS e la MRGfus). La MdP inoltre è una malattia in espansione epidemiologica planetaria.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

ANALISI IMPATTO DEL PROBLEMA DI SALUTE	Punteggio da 1 a 5 (1: poco rilevante per la patologia 5: molto rilevante)
Impatto sulla salute del cittadino	5
Impatto sulla salute della comunità	5
Impatto sulla rete familiare	5
Esperienze di riferimento in essere sul territorio nazionale	3
Variabilità e disomogeneità delle prestazioni	2
Impatto economico	0
Previsione dei risultati raggiungibili in termini di riorganizzazione delle risorse disponibili	5
Ottimizzazione dei tempi e delle prestazioni erogabili	5
Previsione delle aree di miglioramento in termini di sicurezza delle cure della persona assistita	5
Replicabilità del percorso	5

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

2. Epidemiologia


Secondo l'OMS la prevalenza della MdP è raddoppiata negli ultimi 25 anni, con 8.5 milioni di soggetti affetti nel mondo, al 2019, ed una stima attuale (2025) di 12 milioni di individui ammalati; si ritiene inoltre che il numero dei malati a livello globale possa raddoppiare nei prossimi due decenni, con un numero di affetti che, entro il 2050, potrebbe superare i 25 milioni (dati ottenuti dal Global Burden of Disease Study del 2021, utilizzando un modello bayesano per età, periodo e coorte). Sebbene si tratti di una malattia dell'anziano, l'espansione epidemiologica della MdP non è spiegabile solo con il progressivo incremento dell'aspettativa di vita. In effetti, standardizzando i dati di crescita della malattia per età ed aspettativa di vita, si osserva che la prevalenza della malattia aumenta in modo indipendente. L'interpretazione prevalente attribuisce il dato a concause correlate all'industrializzazione ed all'espansione dell'agricoltura intensiva, particolarmente in aree del mondo dove i controlli sulla contaminazione ambientale da neurotossine (pesticidi ed inquinanti, potenzialmente in causa) sono carenti. Ne è l'esempio il fatto che in Cina (paese ad alto tasso di inquinamento ambientale) si registra la maggiore crescita della MdP, prevedendosi che nel 2050 proprio qui si concentrerà la metà dei casi globali.

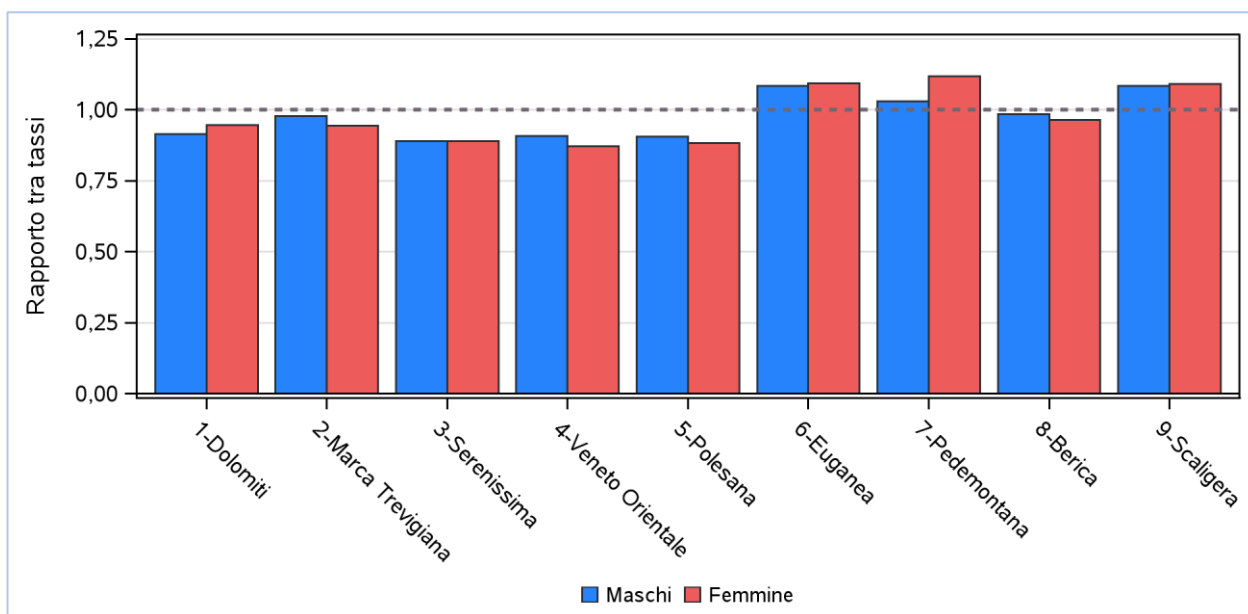
Attualmente, in Italia il numero di affetti è di circa 250.000 (54% uomini, 46% donne) di cui il 5% in età inferiore ai 50 anni ed il 60% sopra i 65 anni. Questo dato pone la MdP al secondo posto, dopo la Sclerosi Multipla tra le malattie neurologiche croniche progressive che possono interessare anche le età più giovanili, o comunque in età lavorativa.

In Veneto, nell'anno 2022 (secondo dati della Relazione Socio-Sanitaria pubblicata nel 2023) sono afferiti ai Servizi del SSR 17.800 pazienti affetti da MdP, prevalentemente (89.6%) in età superiore ai 65 anni e di sesso maschile (54%). I tassi di prevalenza aumentano in modo progressivo con l'età, risultando sempre superiori nei maschi in tutte le fasce d'età. La prevalenza massima (22.9 soggetti ogni 1000 abitanti) si registra nei soggetti di età compresa tra gli 85 e gli 89 anni. L'ULSS N.7 Pedemontana, con le ULSS 6-Euganea e la 9-Scaligera, registra un rapporto tra tasso di prevalenza standardizzato per età e stratificato per Azienda ULSS e sesso (ponendo il dato Veneto generale pari a 1) superiore alla media regionale.



Differenze di genere. Prevalenza ed incidenza della MdP sono nettamente più elevate nel sesso maschile: la prevalenza è 1.5 volte più alta negli uomini rispetto alle donne e l'incidenza (aggiustata per età) è circa il doppio nell'uomo (19/100.000 per l'uomo e 9.9/100.000 per la donna). L'esordio di MdP nella donna è posticipato di 2.2 anni rispetto all'uomo. Il sesso maschile inoltre presenta una mortalità lievemente maggiore. In generale, quindi, il sesso maschile è un importante fattore di rischio per lo sviluppo della MdP. Il motivo di un ridotto rischio di MdP nella donna non è completamente compreso. Un diverso contesto biologico (genetico ed ormonale), una diversa esposizione ambientale e fattori comportamentali potrebbero essere importanti, suggerendo una genesi multifattoriale.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		



Assistiti con Malattia di Parkinson. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2023 (Popolazione standard: Veneto 2023):


le ULSS 6-Euganea, 7-Pedemontana e 9-Scaligera presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale

(Servizio Epidemiologico Regionale. Report. La Malattia di Parkinson in Veneto. Novembre 2023)

3. Normativa e contestualizzazione nell'ULSS 7 Pedemontana


Per tutti i fondamentali motivi di interesse già descritti (andamento cronico-disabilitante, concorrenza di plurime comorbidità, drammatico impatto familiare e socio-economico, rapida espansione epidemiologica, assenza di un trattamento eziologico) che rendono questa malattia una reale emergenza sanitaria, gli Enti Sanitari, a vari livelli, hanno recentemente attenzionato la MdP.

- L'OMS ha ribadito la necessità di garantire alle persone con MdP una diagnosi tempestiva ed una presa in carico appropriata e continuativa, assicurata attraverso l'accesso a servizi socio-sanitari e di supporto, in grado di promuovere il ruolo attivo della persona nella gestione della malattia per migliorarne la qualità della vita.
- L'Italia si è mossa sulla scia di tale orientamento e, nel Piano Nazionale per la Cronicità 2016-2018, è stata sottolineata l'importanza di sviluppare un approccio assistenziale multidisciplinare

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

ed integrato alla MdP volto a realizzare una presa in carico globale della persona e definire, nel contempo, la necessità di pianificare una rete di servizi socio-sanitari capace di garantire la continuità assistenziale/riabilitativa appropriata, basata sulla lotta all'evoluzione della condizione di disabilità.

- A propria volta la Regione del Veneto (Piano Socio-Sanitario Regionale -SSR- 2019-2023, approvato con Legge regionale 28/12/2018 n. 48) ha adottato una programmazione sanitaria orientata allo sviluppo delle reti cliniche integrate con il territorio, in quanto strumenti atti a garantire parità di accesso alle migliori cure sanitarie, in grado di fornire risposta appropriata, personalizzata ed efficace nei luoghi di maggiore prossimità del paziente e del contesto familiare. L'inclusione dei pazienti affetti da MdP nei "progetti Sollievo" (DGR n. 1757 del 29/11/2019) rappresenta un esempio di promozione del supporto socio-assistenziale alle persone affette ed ai loro familiari.
- Gli stessi principi hanno ispirato il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 ed il Piano regionale Prevenzione (PRP) 2020-20205 (DGR n. 1858 del 29/12/2021), entrambi con focus sulla prevenzione della malattia e sullo sviluppo di strategie atte a garantire una migliore qualità della vita ai pazienti affetti da MdP durante tutte le fasi della progressione della patologia.
- Nell'esigenza di garantire l'integrazione ed un raccordo continuativo tra gli interventi socio-sanitari e l'omogeneità della presa in carico del paziente affetto da MdP su tutto il territorio regionale, attraverso l'applicazione di modelli assistenziali interdisciplinari condivisi, è stato istituito (con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n.124 del 28/10/2020) un Tavolo regionale permanente per la Malattia di Parkinson, avente tra i vari compiti anche quello di elaborare un "Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson". Questo PDTA rappresenta (come "Allegato A") parte integrante e sostanziale della DGR n. 388 del 09/04/2024 e pone particolare accento sui seguenti punti:
 - Aggiornamento dei servizi sanitari e socio-sanitari.
 - Multidisciplinarietà
 - Cura nella comunicazione della diagnosi da parte del team multidisciplinare che opera negli ambulatori specialistici e dal medico di assistenza primaria.
 - Promozione della prevenzione correggendo fattori di rischio modificabili e favorendo stili di vita salutari.
 - Garanzia di accesso alla riabilitazione come opportunità terapeutica sin dalle prime fasi di malattia.
 - Attenzione alle differenze di genere in ogni fase del percorso.
 - Coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti e dei familiari per supportare la realizzazione di servizi adatti ai loro bisogni.
 - La promozione dell'approccio basato sul "design thinking"
 - Il coinvolgimento dei pazienti nella progettazione dei servizi dedicati
 - La pianificazione anticipata delle cure palliative.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Con Deliberazione del Direttore Generale (n. 1206 del 28/06/2024) l'AULSS n. 7 Pedemontana ha recepito la citata DGR n. 388 del 09/04/2024, predisponendo le azioni necessarie a contestualizzare il PDTA regionale nella realtà locale (ovvero: individuazione del referente aziendale del PDTA, preferibilmente tra i professionisti dedicati agli ambulatori per la Malattia di Parkinson e dei disturbi del movimento; istituzione del Tavolo di Coordinamento Aziendale che coinvolga i diversi professionisti del percorso di diagnosi, trattamento, assistenza della Malattia di Parkinson delle strutture pubbliche e private convenzionate che insistono sul territorio dell'azienda nonché le associazioni dei pazienti; approvazione del Piano annuale di attuazione del PDTA, che contenga in particolare le azioni necessarie per la piena implementazione del percorso, la calendarizzazione quadrimestrale degli incontri del Tavolo e la realizzazione di percorsi formativi dedicati multiprofessionali, in sinergia con il Coordinamento Regionale "Rete Patologie Neurodegenerative).
- Nel corso dell'elaborazione del presente documento, il 12/03/2025, è stata pubblicata la DGR n. 239 che si propone di integrare e completare le indicazioni regionali sulla elaborazione dei PDTA, ponendo particolare enfasi sul capitolo della prevenzione. Più specificamente la Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto ha valutato l'opportunità di elaborare un modello regionale di PDTA che includa la **prevenzione** (*oltre a diagnosi, terapia ed aspetto assistenziale*) nonché una ulteriore definizione dei contenuti che devono essere sviluppati per ogni bisogno di salute oggetto di PDTA. Questo nuovo modello è stato denominato Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA), dove la prima "P" dell'acronimo indica la proprio la prevenzione. Sulla scorta di quanto indicato nella DGR e dei due allegati (A e B) alla stessa, sono stati introdotti nel presente documento, oltre al capitolo della prevenzione, altri adeguamenti che rappresentano la contestualizzazione nell'ULSS 7 Pedemontana delle indicazioni regionali.
In questo modo, quello che nasce come PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, diviene il **PPDTA del Paziente affetto da Malattia di Parkinson**.



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

TABELLA RIASSUNTIVA DEI RIFERIMENTI NORMATIVI
Piano Nazionale per la Cronicità 2016-2018
Piano Socio-Sanitario Regionale -SSR- 2019-2023, approvato con Legge regionale 28/12/2018 n. 48
Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025
Piano regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025 (DGR n. 1858 del 29/12/2021)
Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n.124 del 28/10/2020
DGR n. 388 del 09/04/2024 (PDTA Regionale per la malattia di Parkinson)
DGR n. 239 del 12 marzo 2025 (PPDTA)

4. Scopo del PPDTA

Anche nel territorio di pertinenza dell'Azienda AULSS 7 Pedemontana, per la sua cronicità, per l'impatto sulla funzionalità del malato e la necessità di un approccio integrato multiprofessionale, la Malattia di Parkinson richiede, ai fini di una gestione efficace l'elaborazione di uno specifico PPDTA, con queste finalità:

- Garantire a tutti i pazienti della Ulss 7 Pedemontana affetti da Malattia di Parkinson la diagnosi precoce, la presa in carico clinico- assistenziale per tutto il decorso della malattia.
- Garantire a tutti i pazienti affetti, al di là della prevenzione primaria (legata a politiche ambientali e sanitarie più generali), una efficace e sicura prevenzione secondaria -intesa come rallentamento del decorso di malattia- e terziaria -mitigando sintomi ed effetto invalidante-.


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Adottare standard di cure definiti che tengano conto dei criteri di appropriatezza di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza, adattandoli alla specifica realtà organizzativa aziendale, in un’ottica di appropriato utilizzo delle risorse disponibili e di omogeneità di assistenza.
- Garantire a pazienti e caregiver un’adeguata Educazione Terapeutica per favorire *empowerment* ed *engagement*.
- Descrivere le fasi e le attività che compongono il percorso del paziente, identificando per ognuna gli attori coinvolti
- Definire gli indicatori di monitoraggio per l’implementazione di percorsi di audit aziendali.

In altri termini il presente Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) è finalizzato a garantire la continuità, l’integrazione e l’omogeneità nella presa in carico della persona con MdP attraverso l’adozione di modelli assistenziali condivisi, orientati ad assicurare un accesso equo, tempestivo e appropriato alla diagnosi e al trattamento. Il tutto contestualizzando nell’ULSS 7 il PDTA Regionale ed in riferimento al modello del PPDTA proposto nella DGR n. 239 del 12 marzo 2025, che pone l’enfasi sulla prevenzione.

5. Linee Guida di riferimento


- www.nice.org.uk. NICE-National Institute for Health and Care Excellence- Guidelines. “Parkinson’s Disease in Adults”. Published: 19 July 2017.
- LIMPE. *Linee guida sulla diagnosi e terapia della malattia di Parkinson*. Roma: Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità, 2013.
- Sistema nazionale per le linee guida. *Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson*. Revisione dell’agosto 2013
- FLI (Federazione Logopedisti Italiani). *Logopedia nella malattia di Parkinson*. Linee guida dell’Associazione Olandese Logopedia. Traduzione italiana.
- FLI (Federazione Logopedisti Italiani). *Linee Guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatra e logopedia*. Consensus Conference, Torino 2007.
- Kim Y, Lai B, Mehta T, et al. Exercise training guidelines for multiple sclerosis, stroke, and Parkinson disease. *Am J Phys Med Rehabil* 2019; 98:613–621

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

6. Contesto Organizzativo

La complessità del paziente affetto da MdP implica l'intervento coordinato di molteplici figure professionali inevitabilmente coinvolte nella gestione della malattia, dalla prevenzione, alla diagnosi e cura, alla riabilitazione ed all'aspetto assistenziale nella fase avanzata. Ne consegue la complessità del contesto organizzativo che implica il coordinamento di Unità Operative appartenenti a diverse realtà dipartimentali, sia di pertinenza territoriale che ospedaliera. La complessità del sistema è ulteriormente aumentata dalla presenza, nell'ambito dell'ULSS 7 Pedemontana, di due distretti.

Dipartimenti e Strutture coinvolte nel PPDTA	
UOC Neurologia Bassano	
UOC Neurologia Santorso	
Dipartimento Funzionale Transmurale di Riabilitazione Ospedale-Territorio	<ul style="list-style-type: none"> • UOC Recupero e Riabilitazione Asiago (D1) • UOS Medicina Fisica e Riabilitativa Bassano (D1) • UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Santorso (D2)
Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 7 Pedemontana UOSD Attività Motorie	
UOSD Risk Management	
UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Bassano (D1)	
UOC Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Alto Vicentino (D2)	
UOC Cure Palliative ULSS 7 Pedemontana	
MMG-Distretti di Bassano ed Alto Vicentino (D1/D2)	

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

7. Valutazione dell'esperienza del paziente

La valutazione dell'esperienza del paziente è un feedback essenziale per verificare l'efficacia dell'attività dei singoli professionisti e dei processi parte integrante del PPDTA oltre che del gradimento dei pazienti e dei caregiver.

Per la valutazione dell'esperienza del paziente e del caregiver è prevista l'organizzazione di un **focus group** annuale (a cura della referente dell'UOSD Risk Management, con la partecipazione dei Neurologi dell'Ambulatorio DisMov e di un rappresentante dell'Associazione dei Pazienti), cui seguirà un **report** da condividere con la Direzione Strategica.

E' stata inaugurata la collaborazione degli Ambulatori DisMov dell'ULSS 7 Pedemontana con l'**Associazione Vicentina Malattia di Parkinson**, identificata come interlocutore privilegiato ed intermediario tra pazienti e caregivers da un lato e Personale Sanitario dall'altro.

Le Associazioni di pazienti potranno essere coinvolte in **iniziative di educazione terapeutica** che i Neurologi dell'Ambulatorio DisMov metteranno a disposizione dei pazienti e dei familiari/caregiver; tali iniziative dovranno includere anche un momento di raccolta delle esperienze dei pazienti e dei familiari/caregiver.

8. Stato attuale ed identificazione dei fattori ostacolanti e soluzioni


Situazione attuale. Gli Ambulatori DisMov dell'ULSS 7 Pedemontana servono un bacino d'utenza di 362.210 abitanti (fonti ISTAT all'01.01.2021).

Popolazione residente all' 1.01.2021	Classi d'età			TOTALE	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65 e +			
Tot. area distretto 1	23.577	114.588	40.281	178.446	170,85	55,73
Tot. area distretto 2	24.162	117.185	42.417	183.764	175,55	56,81
Azienda ULSS 7 Pedemontana	47.739	231.773	82.698	362.210	173,23	56,28

Fonte: ISTAT

Distribuzione della popolazione residente nell'ULSS 7 Pedemontana. Totale abitanti: 362.210

Gli Ambulatori sono due, localizzati rispettivamente nell'Ospedale San Bassiano del Distretto 1 e nell'Ospedale di Santorso del Distretto 2. Operano attualmente nei due Ambulatori tre Neurologi


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

(due nel D1, uno nel D2). Secondo i dati forniti dall'UOSD Controllo di Gestione, **nel corso del 2024** sono state effettuate, nei due Ambulatori DisMov, **699 visite** così ripartite:

Visite per MdP effettuate nell'ULSS 7 Pedemontana nel 2024 presso gli Ambulatori DisMov dei due Distretti			
	D1	D2	Numero totale
Prima Visita Neurologica per MdP (cod. 89.13.C_13)	1	14	15
Visita Neurologica di controllo per MdP (cod. 89.01.C_13)	437	247	684
TOTALI	438	261	699

L'evidente sproporzione tra prime visite e controlli, a vantaggio dei controlli, dipende dalla peculiare organizzazione degli Ambulatori DisMov: in entrambi i distretti è previsto che il MMG (o qualunque Medico intercetti il paziente con sospetta MdP) invii il paziente, in prima battuta, all'Ambulatorio Divisionale Neurologico "generalista", che effettua una prima azione di screening. Il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale, nel caso il sospetto diagnostico di MdP si configuri, invia il paziente all'Ambulatorio DisMov. A propria volta il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov, confermato il sospetto diagnostico, redige al termine della visita un'impegnativa per Visita di Controllo per MdP, programmandone la scadenza (3-6 mesi) secondo le necessità cliniche del paziente. L'impegnativa verrà acquisita, presso il D1 dal Personale Infermieristico dell'Ambulatorio DisMov, presso il D2 dal Mini-CUP; da quel momento il paziente con MdP verrà preso in carico e la visita di controllo verrà programmata presso l'Ambulatorio DisMov rispettando l'indicazione medica; saranno il Personale Infermieristico (D1) o il Personale del CUP (D2) a contattare il paziente (telefonicamente e/o con SMS) quando previsto; questo meccanismo di presa in carico, evita al paziente ed al familiare/caregivers formalità e lungaggini nella prenotazione della visita di controllo e contribuisce alla percezione di presa in carico. Queste scelte organizzative fanno sì che presso gli Ambulatorio dedicati vengano effettuate prevalentemente visite di controllo.


Questa organizzazione, rivelatasi funzionale e gradita a pazienti e caregiver per l'elevata percezione di presa in carico, è stata mantenuta nel presente PPDTA.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Fattori ostacolanti e soluzioni. Punti di forza dell'attuale organizzazione sono l'integrazione con il sistema della Medicina di Base, l'elevata capacità di presa in carico (percepita dall'utenza) oltre alla garanzia per il paziente di avere a disposizione un setting dedicato nell'ambito degli Ambulatorio DisMov. La carenza di alcune figure, preziose per la realizzazione di un PPDTA rispondente agli standard -quali un Infermiere Case Manager, Neuropsicologici, Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali- rappresenta un attuale limite, cui la Direzione Sanitaria si è impegnata a fornire una soluzione in un piano di assunzione mirato. Lo sforzo di contestualizzare il modello del PPDTA nell'ULSS 7 Pedemontana ha fornito lo spunto per preziose opportunità; in particolare, nell'ambito della prevenzione secondaria mediante la danza-terapia è stata instaurata una collaborazione con DanceWell, progetto nato proprio a Bassano nel 2010 (vedi oltre); ancora nell'ambito della prevenzione secondaria mediante l'esercizio fisico è nata la collaborazione con il progetto regionale di promozione dell'Attività Fisica Adattata per la Disabilità (AFA-D). Il PPDTA per la MdP ha fornito, come già accennato, l'occasione per iniziare la collaborazione con l'**Associazione Vicentina Malattia di Parkinson**. Permane il rischio di fuga dei pazienti, verso realtà viciniori, e del Personale Medico (data l'attuale tendenza ad elevata mobilità dei Neurologi neoassunti verso gli Ospedali Provinciali).

SWOT (Strengths, Opportunities, Weaknesses, Threats) Analysis che riassume punti di forza e debolezza, opportunità e rischi relativi al PPDTA per la MdP dell'ULSS 7

Fattori Interni	S trengths: <i>punti di forza</i> <ul style="list-style-type: none"> • Forte integrazione con i MMG e le Medicine di Gruppo Integrate • Elevata capacità di presa in carico • Garanzia di un Ambulatorio dedicato e della presenza di un Neurologo dedicato con esperienza specifica 	W eaknesses: <i>punti di debolezza</i> <ul style="list-style-type: none"> • Scarsa disponibilità di risorse particolarmente riguardo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infermieri dedicati ✓ Neuropsicologi ✓ Fisioterapisti ✓ Terapisti Occupazionali • Assenza di terapie avanzate
	Fattori Esterni	O pportunities: <i>opportunità</i> <ul style="list-style-type: none"> • Accesso alle risorse dell'AFA-D e le Palestre della Salute, per la prevenzione secondaria • Accesso a DanceWell (danzaterapia) come ulteriore risorsa nella prevenzione • Contatti con le Associazioni dei Pazienti

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

9. Criteri di Eleggibilità

Il PPDTA si applica ai pazienti con sospetto diagnostico o diagnosi di malattia di Parkinson della ULSS 7 Pedemontana

Criteri di inclusione

Sono inclusi tutti i pazienti che rispondono ai criteri diagnostici per la MdP dell'*UK Brain Bank e Movement Disorder Society* per la MdP, senza limiti di età (vedi Tabelle).

Criteri di esclusione

Sono escluse dal percorso tutte le sindromi parkinsoniane che non soddisfano i suddetti criteri.

10. Modalità operative: descrizione del Percorso

Il presente documento descrive il percorso preventivo, diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente affetto da MdP, dal momento del sospetto diagnostico, attraverso il follow-up, fino alla fase avanzata di malattia.

Il percorso è suddiviso in 6 fasi. Una di queste, posta all'inizio della parte operativa di questo PPDTA, ovvero la Prevenzione, è in realtà un insieme di attività (incentrate sull'attività motoria e l'esercizio fisico) che si dispongono *trasversalmente* -piuttosto che "longitudinalmente"- nella sequenza operativa: se infatti, la *prevenzione primaria* (di prevalente pertinenza nazionale o regionale e riguardante prevalentemente le politiche ambientali) cronologicamente dovrebbe precedere, nel percorso, le fasi successive, *la prevenzione secondaria* (intesa come prevenzione della progressione della MdP) e *la prevenzione terziaria* (destinata a mitigare gli effetti invalidanti della malattia) si attuano parallelamente alle altre fasi del PPDTA, a partire dal sospetto diagnostico (fase 1) fino alla fase avanzata (fase 5). Queste, quindi, le fasi del percorso:

Fase della Prevenzione (Primaria, Secondaria e Terziaria)


Fase 1: Sospetto diagnostico

Fase 2: Diagnosi

Fase 3: Trattamento farmacologico e fisioterapico

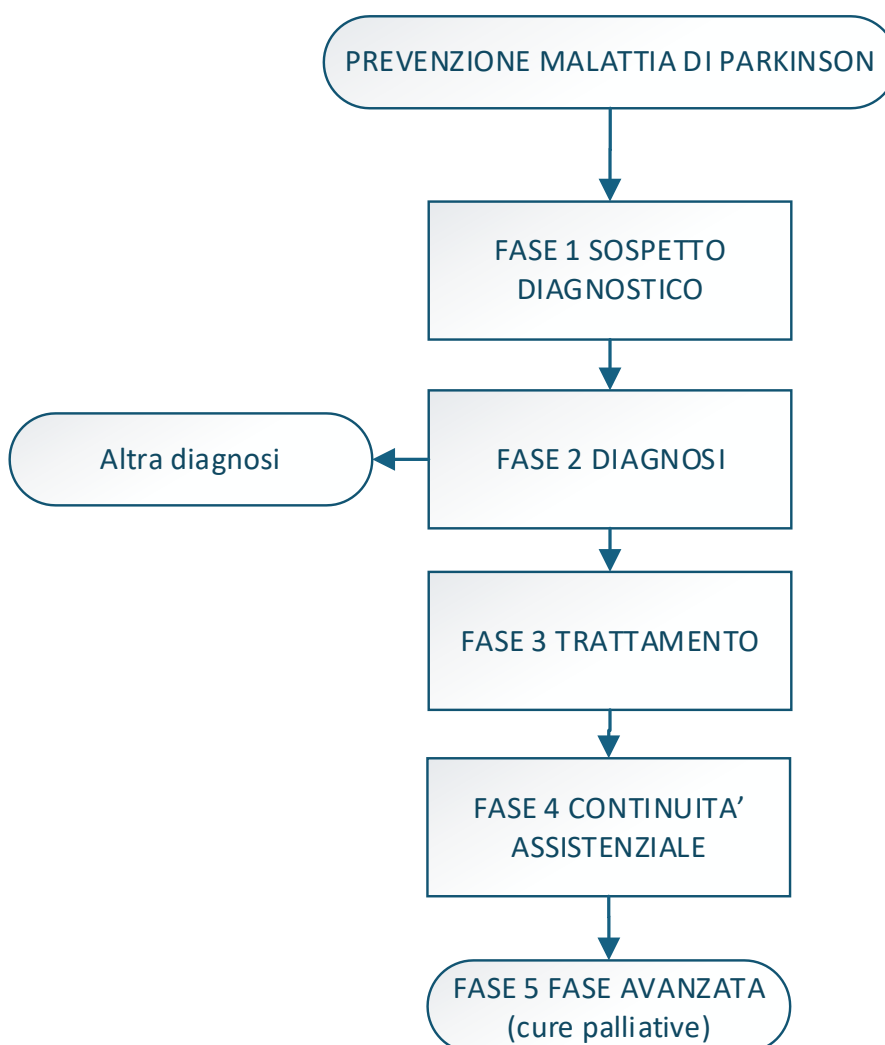
Fase 4: Continuità assistenziale


Fase 5: Fase avanzata (cure palliative)

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Rappresentazione grafica delle fasi del PPDTA

Schema a blocchi




	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Matrice delle responsabilità

Attività → Attori ↓	Prevenzione	Sospetto Diagnostico	Diagnosi	Terapia Farmacologica	Terapia Riabilitativa/ Logopedia	Valutazione Multidisciplinare	Terapia di II° livello	Continuità Assistenziale	Fase Avanzata
Paziente/caregiver	I	I	I	I	I	I	I	I	I
MMG	C	R	I	I	I	C	I	C	R/C
Dipartimento di Prevenzione	R								
UOSD Attività Motorie	R								
Neurologo Ambulatorio Divisionale			R	R	I		I	R	R
Neurologo Ambulatorio DisMov			R	R	I	I	I	R	R
Neuropsicologo			C/R		R	C			
Fisiatra					R			R	
Professionista della Riabilitazione							C/R	C/R	
Terapista Occupazionale							C/R	C/R	
Logopedista							C/R	C/R	
Infermiere						C		C	C/R
Neurologo Centro Provinciale			I	I			R		
UOC Disabilità e Non autosufficienza						R		C	R
Medico Cure Palliative									R
Distretto Sanitario (ADI/SAD)						R		C	C/R
Servizi Sociali						C/I			R

Legenda	
Sigla	Significato
I	Informato
C	Collabora
R	Responsabile

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

10.1 Prevenzione

La Prevenzione della Malattia di Parkinson: attività fisica ed esercizio fisico.

La MdP è una malattia neurodegenerativa, caratterizzata da sintomi motori e non motori, a decorso progressivo e potenzialmente invalidante. La terapia sintomatica disponibile, pur efficace, è di fatto un trattamento “sostitutivo” -che agisce rimpiazzando o mimando gli effetti della dopamina- con limiti ed effetti collaterali potenzialmente rilevanti. Non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici approvati dalle Autorità Regolatorie in grado di prevenire la malattia o di rallentarne o arrestarne la progressione. La prevenzione primaria consistente in interventi finalizzati ad impedire la comparsa della malattia agendo sui fattori di rischio correlati ad *inquinanti ambientali*, è di pertinenza istituzionale, ed è legata a politiche di Sanità pubblica.


D'altra parte, appare di importanza cruciale ai fini del presente PPDTA, individuare e valorizzare eventuali trattamenti o interventi non farmacologici, effettivamente prescrivibili alle persone affette da MdP, potenzialmente in grado di prevenire la malattia (prevenzione primaria), di esercitare una efficace e sicura prevenzione secondaria, rallentando il decorso di malattia, o di mitigarne sintomi ed effetto invalidante, attuando una prevenzione terziaria.

A tale proposito le attuali acquisizioni scientifiche consentono di sostenere che **l'esercizio fisico** possa rappresentare:

1. Un elemento importante dello stile di vita in grado di prevenire l'insorgenza della malattia di Parkinson (prevenzione primaria)
2. Una potenziale terapia, indipendentemente dal trattamento farmacologico, in grado di modificare la storia naturale della malattia ovvero un fattore disease-modifying (prevenzione secondaria).
3. Un efficace trattamento sintomatico in grado di ridurre il grado di disabilità della malattia (prevenzione terziaria)

Studi prospettici e metanalisi di studi prospettici documenterebbero che soggetti impegnati in alti livelli di attività fisica, di intensità da moderata a vigorosa, in età medio-avanzata, presenterebbero un minor rischio di sviluppare la MdP. I dati menzionati soddisfano numerosi criteri per stabilire un rapporto di causalità tra l'attività fisica e l'effetto preventivo (consistenza dei riscontri, forza dell'associazione, sequenza temporale, gradiente biologico ovvero relazione dose-risposta, plausibilità biologica).

Vi sono inoltre dati rilevanti (derivanti da studi su modelli animali, su modelli umani studiati con neuroimaging funzionale, da studi cross-sezionali, retrospettivi ed osservazionali di coorte, oltre che metanalisi e rassegne) che depongono per la sicurezza e l'efficacia nella prevenzione secondaria e terziaria (oltre che primaria) nella MdP, sia dell'*attività fisica* (lavorativa, casalinga, sportiva...),

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

ovvero di *“qualsiasi movimento corporeo prodotto dalla contrazione dei muscoli scheletrici che risulti in una spesa energetica”* (Caspersen et al, 1985), che dell' *esercizio fisico*, ovvero un subset dell'attività fisica definito come una *“volontaria attivazione dei muscoli scheletrici risultante in un movimento di una parte del corpo nel tempo e nello spazio, al tempo stesso pianificata, strutturata, ripetitiva e finalizzata all'obiettivo del miglioramento o al mantenimento di una o più componenti della fitness fisica”* (Gaemelke et al, 2022). Il possibile substrato biologico di tali vantaggi potrebbe risiedere sia in un incremento della plasticità neuronale a livello delle vie dopaminergiche nigro-striatali e nei circuiti dei gangli della base, forse indotte dalle exerchine, sia in un miglioramento compensatorio del livello generale di fitness.


Le modalità risultate vantaggiose nella prevenzione secondaria (effetto *disease-modifying*, ovvero rallentamento del decorso) e terziaria (effetto terapeutico-mitigante su sintomi ed invalidità) sono sia l'esercizio fisico aerobico che quello contro resistenza, oltre che il training dell'equilibrio; vi sono inoltre suggestioni sulla utilità di altri tipi di esercizio, quali yoga, tai-chi, danza, arti marziali, generica attività motoria da moderata ad intensa. I benefici preventivi oltre ad interessare la sfera motoria, ricadrebbero anche su aspetti non motori, quali la funzione cognitiva, la qualità del sonno, il tono dell'umore, la riduzione dell'ansia, traducendosi in un effetto favorevole sulla qualità della vita.

Le evidenze sopra riportate in merito all'efficacia, in prevenzione primaria, dell'attività fisica moderata-intensa, autorizzano campagne di prevenzione dell'attività fisica, non solo per contrastare genericamente i danni noti della sedenterietà o il rischio cardio-cerebro-vascolare, ma anche l'insorgenza della MdP.

La prevenzione della MdP mediante attività ed esercizio fisico nel PPDTA dell'ULSS 7 Pedemontana. Nell'ambito del presente PPDTA, grazie alla collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e segnatamente con l'UOSD Attività Motorie, è stato concordato che nelle brochure destinate alla popolazione generale, distribuite nei luoghi deputati (particolarmente gli Ambulatori dei MMG e le sale d'attesa degli Ambulatori Ospedalieri) e contenenti indicazioni atte ad incoraggiare attività ed esercizio fisico per la prevenzione primaria della malattie più diffuse, sia specificamente riportata, tra gli obiettivi preventivi, anche la MdP.

Inoltre, sulla scorta di quanto detto e facendo riferimento a Letteratura e Linee Guida disponibili sulla prevenzione secondaria e terziaria, nel corso delle visite presso gli Ambulatori DisMov, il paziente affetto da MdP, compatibilmente con lo stadio di malattia, dovrà essere incoraggiato ad integrare le varie modalità di esercizio fisico in uno schema che includa:

- Esercizio aerobico (le correnti Linee Guida raccomandano 3-5 giorni/settimana, con sedute dai 20 ai 60 minuti, di intensità moderata).
- Esercizio contro resistenze (pesi, macchine isotoniche, elastici...) per un totale di 2-3 giorni/settimana, con sedute che includano da 1 a 3 set di 8-12 ripetizioni, effettuate con intensità tra il 40 ed il 50% della ripetizione massimale.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Esercizi finalizzati ad ottimizzare marcia, coordinazione ed equilibrio (mobility).

Nell'ottica di un progetto preventivo-riabilitativo motivante e sostenibile (che incontri quindi le esigenze logistiche e le preferenze del paziente) possono costituire, sulla scorta delle evidenze disponibili, una valida alternativa:


- Attività fisica moderata-intensa.
- Yoga, Tai-chi, danza (danza-terapia).

Tra i percorsi previsti dal presente protocollo, praticabili e prescrivibili nel territorio dell'AULSS 7 ai fini della prevenzione della MdP mediante esercizio fisico, figurano la promozione dell'**Attività Fisica Adattata (AFA)** e della danza-terapia secondo il metodo **Dance-Well**.

Attività fisica adatta/attività fisica adattata per persone con disabilità acquisite. Con il programma regionale "PP2 - Comunità attive", contenuto nel [Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025](#), la Regione del Veneto ha inteso rendere capillare la prescrizione dell'esercizio fisico in tutte le Aziende ULSS. Con la DGR n. 1464/2023 sono state approvate le linee di indirizzo per la prescrizione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) e Attività Fisica Adattata per le persone con Disabilità acquisita (AFA-D). Non si tratta di attività riabilitative sanitarie, ma di recupero, mantenimento e prevenzione, eseguite in gruppo (AFA e AFA-D) sotto la supervisione di un professionista dotato di specifiche competenze, con il fine di migliorare il livello di attività fisica, il benessere, l'autonomia e la qualità di vita delle persone e favorire la socializzazione. L'AULSS 7 ha recepito la DGR elaborando un percorso di prescrizione da parte dei Medici dei due distretti tramite la compilazione di un apposito modulo (in allegato).

L'Attività Fisica Adattata (AFA) è un programma di esercizi fisici di gruppo non sanitario, ideato per persone con condizioni fisiche limitate, croniche o temporanee. Gli obiettivi dell'AFA includono il miglioramento della mobilità, la prevenzione delle cadute, la riduzione del rischio di patologie correlate ed il miglioramento della qualità di vita, promuovendo autonomia e benessere psico-fisico. I programmi dell'AFA sono strutturati in piccoli gruppi, con sedute svolte 2-3 volte a settimana, e sono condotti da istruttori specializzati.

Più specificamente l'**AFA-D**, ovvero l'**Attività Fisica Adattata per Persone con Disabilità Acquisita** consiste in programmi di esercizi adattati alle persone con postumi di patologie ad impatto disabilitante moderato-severo, ad andamento cronico, stabili dal punto di vista clinico e riabilitativo (es. postumi da ictus cerebrale, malattia di Parkinson, postumi di sostituzioni protesiche delle grosse articolazioni degli arti inferiori ecc.). Si rivolge, nell'ambito specifico della malattia di Parkinson, a pazienti in stadio di Hoehn & Yahr < 3, ovvero da forme lievi, con coinvolgimento unilaterale (H&Y=1) fino a pazienti con coinvolgimento bilaterale lieve, sia pure senza recupero al "pull test" (2.5 della scala di H&Y modificata); i pazienti possono, eventualmente, provenire da un percorso di riabilitazione medica, cui debba seguire un'attività di "mantenimento" sia delle capacità motorie sia della partecipazione sociale. L'AFA-D si svolge in gruppo funzionale omogeneo per livello e tipologia

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


di disabilità. Il professionista della struttura dove si svolge l'AFA-D deve essere formato a prestare un'attenzione particolare ai casi di riacutizzazione, che vanno prontamente segnalati al medico specialista prescrittore.

L'accesso ai programmi di AFA-D richiede apposita prescrizione rilasciata da un medico specialista competente per patologia, menomazione e disabilità, a seguito di una valutazione preliminare di tipo clinico e funzionale finalizzata a definire il tipo di attività. Lo specialista invia l'utente presso una struttura erogatrice di un percorso AFA-D idoneo a lui. L'AFA-D è somministrata da professionisti in possesso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata (chinesiologo A.M.P.A) o Laurea in Fisioterapia almeno triennale (o diploma di Terapista della Riabilitazione).

Prescrizione dell'AFA-D presso gli Ambulatori DisMov dell'ULSS 7 Pedemontana. Dopo la valutazione clinica presso l'Ambulatorio DisMov, il paziente con diagnosi di malattia di Parkinson, se in uno stadio di malattia compatibile (ovvero <2.5 della scala di H&Y modificata), viene indirizzato all'AFA-D. Il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov: spiega al paziente ed al familiare/caregiver eventualmente presente, il significato fondamentale dell'attività fisica in generale nella prevenzione secondaria e terziaria; illustra, tra le possibilità di attività fisica praticabili, le peculiarità ed i vantaggi dell'AFA-D, ovvero la possibilità di praticare esercizi congegnati per persone con disabilità, anche correlate specificamente alla malattia di Parkinson, erogati da Istruttori con titolo di Chinesiologo A.M.P.A o Diploma di Fisioterapista almeno triennale, in Strutture Autorizzate dalla Regione tramite il Dipartimento di Prevenzione; si spiega inoltre che, attualmente, l'AFA-D è economicamente a carico del paziente e che la spesa non è, al momento, detraibile dagli oneri fiscali. Se il paziente aderisce alla proposta il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov compila e firma l'apposito modulo prescrittivo (vedi) e allega l'elenco delle Strutture dove l'AFA-D viene erogata nel territorio dell'AULSS 7.

PALESTRE DELLA SALUTE territorio AULSS 7 Pedemontana			
D1	CENTRO KINESI	Via Verdi 16, CASSOLA	info@centrokinesi.it
	ISTITUTO ATTIVITA' MOTORIE	Via Ferrarin 57, S. GIUSEPPE di CASSOLA	info@istitutoattivitàmotorie.it
	PALESTRA DELLA SALUTE	Via Alighieri 47, MUSSOLENTE	https://www.comune.mussolente.vi.it/it/page/142173
D2	CENTRO KINESIS	Via Corner 1, THIENE	https://www.centrokinesis.com/centro-kinesis-palestra-della-salute
	FISIOCORTIANA	Via Europa 41, SANTORSO	info@fisiocortiana.com

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

REGIONE DEL VENETO

PRESCRIZIONE DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA per la DISABILITÀ (AFA-D)

Il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ residente a _____
in Via _____ N. _____
Tel. _____

a seguito di una valutazione specialistica, viene proposto/a per l'inserimento in un corso di Attività Fisica Adattata per la Disabilità (AFA-D) per:

- postumi ictus cerebrale, con Rankin Scale ≤ 3
- malattie demielinizzanti in fase di stabilizzazione, con Expanded Disability Status Scale (EDSS) I e II;
- morbo di parkinson, parkinsonismi e sdr extrapiramidali in fase di stabilizzazione, con H&Y <3
- postumi di sostituzioni protesiche delle grosse articolazioni degli arti inferiori, con Rankin Scale ≤ 3

Confermo che la valutazione eseguita garantisce l'appropriatezza dell'intervento e che la persona non presenta condizioni cliniche di esclusione da tale tipo di attività.

Il Medico Specialista

Data _____ Dott./Dott.ssa _____


CRITERI DI ESCLUSIONE
Sono criteri di esclusione all'AFA-D la presenza di:

- Qualsiasi condizione di instabilità clinica (cardiovascolare, infettiva, respiratoria ecc.) in atto;
- Qualsiasi condizione che il MMIC o lo specialista ritengano controindicare un programma di attività fisica di moderata-lieve intensità;
- Frattura vertebrale recente;
- Lombalgia in fase acuta infiammatoria;
- Stenosi canale vertebrale con sintomi neurologici o sindrome della cauda equina;
- Grave patologia dolorosa osteoarticolare, dolore ramo-ureterale, dolore utero-annessiale o ogni altra sdr. dolorosa che interferisca con l'esercizio;
- Alterazioni cognitive e/o della comunicazione e/o degli apparati sensoriali così gravi da rendere impossibile la comprensione e/o l'esecuzione delle istruzioni date dall'insegnante (demenza, afasia, cecità, sordità) o le valutazioni previste;
- Depressione maggiore non trattata

Azienda ULSS n. 7 Pedemontana - Via dei Lotti n. 40 - 36061 Bassano del Grappa (VI) - C.F. e P. IVA 00913430245
Centralino Bassano del Grappa: 0424/988111 - Centralino Sostimo: 0445/571111 - Fax: 0424/988223
PEC: protocollo.auls7@pecveneto.it - sito web: www.auls7veneto.it


*Modulo di prescrizione AFA-D
Nell'ULSS 7 Pedemontana*

La pratica Dance Well. In merito all'efficacia della danza-terapia nella riabilitazione del paziente affetto da MdP sono disponibili numerose evidenze: si ritiene infatti che musica e danza favoriscano la riorganizzazione delle reti neurali che sottendono i principali domini funzionali compromessi nella malattia di Parkinson, con benefici motori, cognitivi e timici. Molte delle alterazioni della marcia dei pazienti con MdP (asimmetria e ridotta lunghezza dei passi, festinazione, difficoltà nell'iniziare il passo e nel cambiare direzione) dipendono dalla compromissione della capacità del putamen di iniziare autonomamente i movimenti, dettandone un "ritmo interno" auto-generato; a ciò corrisponde, tuttavia, una relativa preservazione della capacità di rispondere a stimoli ritmici esterni, che il paziente è ancora in grado di introiettare utilizzandoli come "orologio interno" per favorire la sincronia dei movimenti. Il substrato anatomo-funzionale di questo processo è l'iperattività compensatoria del cervelletto conseguente all'ipofunzione delle connessioni tra gangli basali e corteccia: il cervelletto infatti è in grado di realizzare una sincronizzazione tra stimoli esterni ritmici ed attività motoria, grazie alla sua capacità di monitorare i pattern ritmici esterni e di modificare di conseguenza l'attività motoria (accoppiamento sensori-motorio). Ed è per questo che stimoli ritmici

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

esterni come la musica e la danza sono in grado di migliorare fluidità, sequenza e sincronia dei movimenti di pazienti altrimenti acinetici. Su questa base, nel tentativo di integrare danza, musica ed arti visive con finalità riabilitative, nasce nel 2010 a Bassano del Grappa, il progetto “Dance Well” (DW), specificamente disegnato per pazienti affetti da malattia di Parkinson in forma lieve-moderata. Nelle classi DW, condotte da insegnanti specificamente formati, il paziente viene coinvolto in un’esperienza multi-sensoriale, che include, oltre alla danza ed alla musica, anche la componente visiva, dato che (programmaticamente) l’attività si svolge in ambienti artisticamente significativi, quali musei, gallerie, teatri o palazzi storici. La pratica (che si fonda su movimenti di facile apprendimento ed effettuazione) configura una vera e propria strategia riabilitativa, che incorpora l’attività motoria aerobica, con stimoli propriocettivi, uditivi e visivi, promuovendo l’integrazione cognitivo-emotivo-motoria; ciò si traduce nell’ottimizzazione della velocità e dell’ampiezza di movimenti, nel miglioramento del “timing” e dell’equilibrio e, complessivamente, in un miglior controllo del movimento. Un recente studio pilota (Volpe et al, 2025) ha confrontato gli effetti riabilitativi di un ciclo di DW rispetto ad un training di fisioterapia convenzionale, documentando uguali benefici motori con un maggiore vantaggio, in favore di DW, in termini di attenzione visiva e con migliori punteggi nelle scale relative agli aspetti emotivo-motivazionali. Le classi DW, destinate originariamente ai pazienti affetti da MdP, sono aperte anche ai membri della comunità (familiari, membri della comunità anziana *over* 60, cittadini, studenti, danzatori...), promuovendo quindi la socializzazione e l’inclusione. Il progetto Dance Well è promosso, sin dal 2013, dal Comune di Bassano del Grappa attraverso il suo CSC-Centro per la Scena Contemporanea, e dal 2016 è iniziata la sua diffusione. Nel D1 dell’AULSS 7 le classi si svolgono ogni lunedì e venerdì presso il CSC-San Bonaventura di Bassano del Grappa, mentre nel D2 lo spazio di pratica è rappresentato, tutti i giovedì, sul palco del Teatro Civico di Schio.

Ambulatori DisMov dell’ULSS 7 Pedemontana e Dance Well. Se Il Neurologo dell’Ambulatorio DisMov ritiene il paziente candidabile (ovvero se rientra in uno stadio non superiore a 2.5 della Scala H&Y modificata) potrà indirizzarlo alla pratica di Dance Well: illustrerà al paziente ed eventualmente al familiare/caregiver i documentati benefici della danza-terapia nella prevenzione (secondaria e terziaria) della MdP e le peculiarità, rispetto agli altri sistemi di danza-terapia di Dance Well, sistema nato specificamente per le persone affette da MdP; chiarirà che le classi di Dance Well, aperte anche ai familiari ed ai caregivers, sono gratuite e che la pratica è garantita da insegnanti abilitati in ambito Sanitario. Se il paziente aderisce, lo si indirizzerà direttamente alle sedi di pratica (nel Distretto 1: Ex Chiesa di San Bonaventura in Viale delle Fosse, sede del Centro della Scena Contemporanea; nel Distretto 2: Teatro Civico di Schio), nei giorni e negli orari previsti (D1: lunedì e venerdì dalle ore 10 alle ore 11; D2: giovedì), segnalando, per il Distretto 1, il nominativo dei pazienti inviati alla mail comunicazione.festival@comune.bassano.vi.it.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Criteri di ingresso nella Fase:

- Diagnosi di Malattia di Parkinson

Criteri di uscita dalla Fase:

- Altra diagnosi: uscita dal percorso
- Malattia di Parkinson in fase avanzata

Obiettivo del processo:

- Promuovere una efficace e sicura prevenzione secondaria, rallentando il decorso di malattia o di mitigarne sintomi ed effetto invalidante, attuando una prevenzione terziaria.

Attività: Prescrizione, secondo la gravità del quadro motorio, di attività fisica/esercizio fisico (vedi tabella).



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Tabella riassuntiva delle tipologie di attività fisica/esercizio fisico/FKT disponibili sul territorio dell'AULSS n. 7, ai fini di una prevenzione secondaria/terziaria secondo lo stadio di malattia

Stadio	Scala di Hoehn e Yahr modificata	Tipo di attività/esercizio fisico/riabilitazione prescrivibili
1	Coinvolgimento unilaterale	Attività fisica moderata/intensa Esercizio fisico moderato/intenso
1.5	Coinvolgimento unilaterale ed assiale	Esercizio fisico aerobico (EA) e contro resistenza (CR) secondo LG: <ul style="list-style-type: none"> EA: fino a 3-5 giorni/settimana*, con sedute dai 20 ai 60 minuti, di intensità moderata (eventualmente si cyclette o treadmill) CR: fino a 2-3 giorni/settimana*, con sedute che includano da 1 a 3 set di 8-12 ripetizioni, effettuate con intensità tra il 40 ed il 50% della ripetizione massimale Esercizi di mobilità, equilibrio e stretching
2	Coinvolgimento bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio	AFA/AFA-D Danza-terapia (Dance Well) Alternative: Tai Chi, Yoga
2.5	Coinvolgimento bilaterale lieve senza recupero al test di trazione ("pull test")	* Secondo le effettive possibilità fisiche del paziente
3	Coinvolgimento bilaterale da lieve a moderato; instabilità posturale; fisicamente autosufficiente	Fisioterapia Fitness generale con cyclette/tapis roulant magnetico Esercizi di mobilità, equilibrio e stretching
4	Grave disabilità; ancora in grado di deambulare o stare in piedi senza assistenza	Fisioterapia e Terapia Occupazionale Fitness generale con cyclette/ tapis roulant magnetico Esercizi di mobilità, equilibrio e stretching
5	Costretto a letto o sulla sedia a rotelle	Fisioterapia, addestramento a strategie compensatorie

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

10.2 Fase 1: Sospetto diagnostico

Il paziente che presenta un disturbo del movimento (caratterizzato da bradicinesia associata a sensazione di rigidità muscolare, tremore a riposo, instabilità posturale) accede alla valutazione del MMG che elabora il sospetto diagnostico di MdP.

Criteri di ingresso nella Fase:

- Presenza di un disturbo del movimento (caratterizzato da bradicinesia associata a sensazione di rigidità muscolare, tremore a riposo, instabilità posturale) che possa comportare il sospetto di malattia di Parkinson. I pazienti che rispettano questi criteri accedono alla valutazione del MMG che elabora il sospetto diagnostico di MdP.

Criteri di uscita dalla Fase:

- Forte sospetto diagnostico di MP con anamnesi (anche farmacologica) positiva, presenza di sintomi motori e non motori (presenza di disturbi olfattivi, del sonno, stipsi, disturbi urinari (urgenza, ritenzione, nicturia, incontinenza) e disturbi affettivi (apatia, disturbo del tono dell'umore, depressione), con particolare attenzione a questi ultimi, che possono talora precedere i sintomi motori, ai fini di una diagnosi precoce.
- Altra diagnosi: uscita dal percorso

Attività:

1. Il paziente si presenta dal Medico di Medicina Generale (MMG) con uno o più tra i sintomi elencati:

- Bradicinesia
- Rigidità
- Tremore a riposo

Il paziente può essere intercettato anche da altre figure professionali (per es. Infermiere, Professionisti della Riabilitazione, Medici Specialisti...) che può incontrare nei vari setting di cura ed assistenza (setting territoriali od ospedalieri). Queste figure, dopo aver rilevato uno o più sintomi descritti sopra, inviano il paziente dal MMG.

2. Il medico MMG effettua:

- Colloquio (Motivo della visita, tempi e modalità di insorgenza dei sintomi e loro evoluzione).
- Osservazione diretta (sintomi principali, disturbi motori ed eventuali disturbi non motori: depressione, disturbi dell'alvo, insonnia, urgenza, incontinenza o ritenzione urinaria, disturbi cognitivi).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Anamnesi (anamnesi familiare, indagando la familiarità per MdP, patologie cardiovascolari, malattie metaboliche e psichiche; anamnesi lavorativa: anamnesi farmacologica).
 - Prescrizione ECG ed esami bioumorali
3. Se l'esame obiettivo permette di ipotizzare MdP, il Medico di Medicina Generale invia il paziente alla prima visita neurologica presso l'Ambulatorio Neurologico Divisionale del Distretto 1 o 2 con indicazione di priorità B, D o P, prenotabile presso il CUP aziendale. Le priorità sono assegnate in base ai criteri riportati nella "Tabella delle Priorità" (vedi oltre).
- Il MMG può consigliare al paziente attività motoria preventiva, o prescrivere esercizio fisico strutturato in attesa dell'inquadramento diagnostico.

Tabella delle Priorità per richiesta di visita presso l'Ambulatorio DisMov

B	Indicata per utenti che presentano: -cadute ricorrenti -disfagia
D	Indicata per utenti che presentano almeno 1 dei seguenti criteri: - età inferiore ai 65 anni - sintomi motori e non motori che impattano nello svolgimento della loro attività lavorativa e nella loro autonomia quotidiana
P	Indicata per tutte le altre tipologie di utenti

Il MMG invia il paziente al Neurologo allegando una ricognizione farmacologica essenziale, la motivazione dell'impegnativa e la valutazione anamnestica effettuata. Qualora egli avesse svolto degli esami ematochimici e strumentali facoltativi essi saranno allegati alla documentazione.

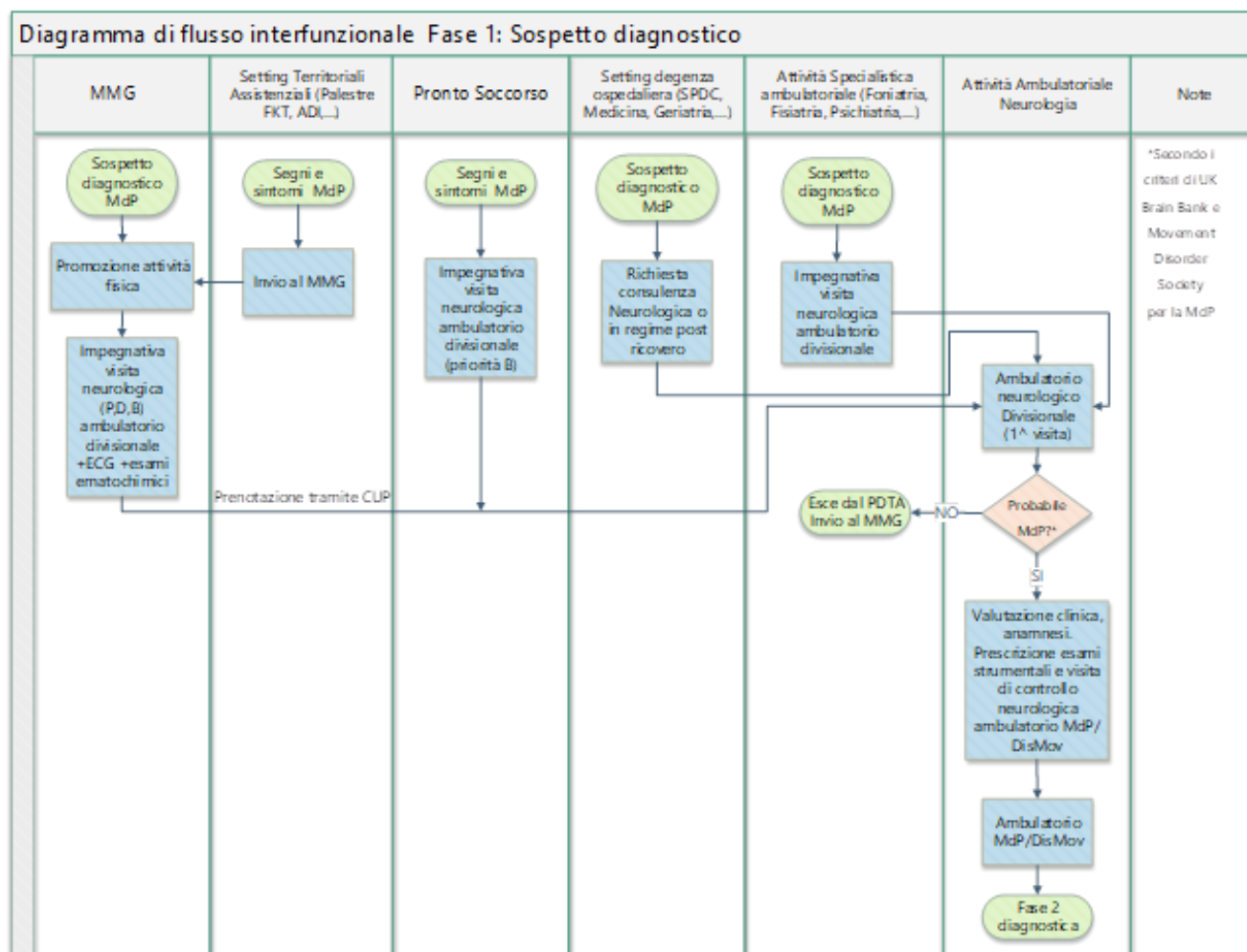
Telemedicina. In attesa dell'attivazione della Piattaforma Regionale dedicata alla Telemedicina, è possibile eseguire un teleconsulto telefonico tra MMG e Specialista Neurologo in caso di dubbi sulla priorità da assegnare se i segni e/o sintomi non sono dirimenti.


♀♂ **Differenze di genere: diagnosi.** Le evidenze suggeriscono che, nel sesso femminile rispetto ai maschi, intercorre maggior tempo tra l'insorgenza di sintomi e la diagnosi e che più di rado e tardivamente le donne parkinsoniane pervengono all'osservazione dello Specialista Neurologo: dato che le cure specialistiche sono associate con un minor tasso di frattura del femore ed in

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

generale di ospedalizzazione da complicanze correlate alla MdP e che mortalità e spese sanitarie sono minori per i pazienti in carico allo Specialista (dato che questi pazienti fruiscono con maggior probabilità di fisioterapia, terapia occupazionale e logopedica), per questo la donna è esposta ad una prognosi globalmente meno favorevole.

Diagramma di flusso:



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

10.3 Fase 2: La diagnosi

Criteri di ingresso nella Fase:

- Forte sospetto diagnostico di MP con anamnesi (anche farmacologica) positiva, presenza di manifestazioni motorie e non motorie (presenza di disturbi olfattivi, del sonno, stipsi, disturbi urinari (urgenza, ritenzione, nicturia, incontinenza) e disturbi affettivi (apatia, disturbo del tono dell'umore, depressione).

Criteri di uscita dalla Fase:


- Diagnosi di MP (con rivalutazione e conferma a distanza a 6 e 12 mesi, linee guida NICE).
- Altra diagnosi

Attività: la diagnosi di Malattia di Parkinson nel presente PPDTA è concepita come un processo che, da una categoria generale (sospetto disturbo del movimento con aspetti di tipo parkinsoniano) di pertinenza medica generale, si muove verso una definizione progressivamente più fine e specifica (sospetto di Malattia di Parkinson o di altro Disturbo del Movimento degenerativo specificato), attraverso le competenze del Neurologo “generalista” dell’Ambulatorio Divisionale fino ad arrivare a quelle del Neurologo dell’Ambulatorio Dedicato (Ambulatorio DisMov), cui idealmente è destinata la conferma diagnostica di MdP (coerentemente con la flow chart). Si tratta, in ogni caso, di un percorso squisitamente clinico, in cui la diagnostica strumentale o di laboratorio riveste un ruolo meramente ancillare.

A. Neurologo dell’Ambulatorio Divisionale: sospetto diagnostico. Il paziente giunge, inviato dal MMG, al Neurologo presso l’Ambulatorio Divisionale, con un sospetto di disturbo del movimento di tipo parkinsoniano, da definire.

1. Lo Specialista Ambulatoriale, al fine di vagliare l’ipotesi diagnostica proposta dal MMG, procede all’anamnesi ed all’esame neurologico.

Per quanto riguarda l’anamnesi, verrà posta particolare attenzione non solo ai sintomi motori (bradicinesia, tremore, disturbo della marcia ed eventuale instabilità posturale), ma anche ai sintomi non motori (ipo-anosmia, disturbi del sonno, indizi anamnestici di disfunzione del sistema nervoso vegetativo - stipsi, ritardato svuotamento gastrico/dispepsia, ipotensione ortostatica e post-prandiale, disfunzioni genitourinarie-, deficit cognitivi...) dato che questi ultimi possono precedere il pieno sviluppo del quadro motorio tipico e possono indirizzare ad una diagnosi precoce e quindi ad un percorso di prevenzione secondaria precoce.


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Anamnesi:

- Anamnesi familiare: eventuale ricorrere di casi di presunta o accertata MdP nel gentilizio.
- Anamnesi personale fisiologica: finalizzata all'identificazione di: eventuali fattori ambientali potenzialmente causali (esposizione a pesticidi); di sintomi non motori pertinenti all'anamnesi fisiologica, ad insorgenza potenzialmente antecedente la comparsa dei sintomi motori (ipo-anosmia, disturbi del sonno, indizi anamnestici di disfunzione del sistema nervoso vegetativo - stipsi, ritardato svuotamento gastrico/dispepsia, disfunzioni genitourinarie-); riduzione del grado di autonomia o franca dipendenza dall'assistenza; modifiche ponderali (eventuale incremento, eventualmente conseguente alla riduzione dell'attività fisica; riduzione, in caso di attività motoria anomala -tremore- o ipertono o per effetto della iponutrizione da disfagia in casi giunti all'osservazione in fase più avanzata).
- Anamnesi farmacologica: assunzione, recente o remota, di farmaci bloccanti i recettori della dopamina.

Farmaci in grado di determinare parkinsonismo iatrogeno

Farmaci che causano frequentemente parkinsonismo iatrogeno	
Antipsicotici tipici	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fenotiazine</u>: clorpromazina, proclorperazina, perfenazina, flufenazina, prometazina • <u>Butirrofenoni</u>: aloperidolo • <u>Difenilbutilperidine</u>: pimozide • <u>Benzamidi sostituite</u>: sulpiride
Antipsicotici atipici	<ul style="list-style-type: none"> • Risperidone • Olanzapina • Ziprasidone • Aripiprazolo
Depletori della dopamina	<ul style="list-style-type: none"> • Reserpina • Tetrabenazina
Antiemetici	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramide • Levosulpiride • Clebopride
Calcio-antagonisti	<ul style="list-style-type: none"> • Flunarizina • Cinnarizina


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Farmaci che causano infrequentemente parkinsonismo iatrogeno	
Antipsicotici atipici	<ul style="list-style-type: none"> • Clozapina • Quetiapina
Stabilizzatori dell'umore	<ul style="list-style-type: none"> • Litio
Antidepressivi	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina
Antiepilettici	<ul style="list-style-type: none"> • Acido valproico • Fenitoina
Antiemetici	<ul style="list-style-type: none"> • Domperidone

Shin HW, Chung SJ. Drug-induced parkinsonism. J Clin Neurol. 2012 Mar;8(1):15-21.


- Anamnesi patologica remota: storia di malattia psichiatrica (con prescrizione o meno di farmaci dopamino-bloccanti/dopamino-depletori); eventi vascolari maggiori o fattori di rischio vascolare; storia di traumi o di attività implicanti traumatismo cranico sistematico - sport di contatto- (...).
- Anamnesi patologica prossima: identificazioni di sintomi non-motori (ipo-anosmia, disturbi dell'umore, disturbi del controllo degli impulsi...) anche potenzialmente antecedenti l'insorgenza dei sintomi motori; identificazione di sintomi propriamente motori: globale rallentamento dei movimenti, storia di disturbo della marcia e/o della stabilità posturale; tremore (indagandone le caratteristiche); riduzione della mimica; riduzione del tono della voce/voce poco udibile; disfagia; scialorrea (pseudo-scialorrea). Tra le voci, meno ovvie ma comunque potenzialmente correlate, da indagare: eventuali deficit cognitivi; storia di cadute; storia di dolore (di presunta origine tendinea, muscolare, ossea) ed anamnesi ortopedica (dato che, non infrequentemente, il paziente parkinsoniano perviene, prima che dal Neurologo, all'osservazione Ortopedica, in relazione ad un fraintendimento delle problematiche correlate alla postura ed alla rigidità)

Esame neurologico: in ogni caso da effettuarsi (indipendentemente dallo specifico sospetto diagnostico di disturbo del movimento) in modo completo e sistematico, esplorando tutti gli item neurologici (stazione eretta, trasferimenti posturali, marcia, pupille, campo visivo, fundus oculi, nervi cranici, tono e trofismo muscolare, validità muscolare, manovre cerebellari, sensibilità, riflessi miotatici, eventuali movimenti involontari; in modo essenziale, proporzionalmente alle necessità suggerite dall'anamnesi, si prevede anche un test di screening delle funzioni cognitive, preferenzialmente il Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Sintomi Motori (*definizioni delle manifestazioni cardinali di parkinsonismo sec. Postuma et al.*)

Bradicinesia	<p>La bradicinesia è definita come lentezza nell'effettuazione del movimento e decremento dell'ampiezza o della velocità (progressiva esitazione o arresto) nella prosecuzione del movimento (<i>esauribilità n.d.r.</i>). La bradicinesia può essere valutata utilizzando il "finger tapping" (MDS-UPDRS 3.4), movimento manuale (MDS-UPDRS 3.5), pronazione-supinazione (MDS-UPDRS 3.5), "toe-tapping" (3.7) e "foot-tapping" (3.8). Sebbene la bradicinesia possa manifestarsi nella voce, nei movimenti mimici e negli ambiti assiale e della marcia, la bradicinesia degli arti può essere meglio documentata e quantificata (vedi sopra) per stabilire una diagnosi di MdP.</p> <p><i>Nota: la bradicinesia è qui definita come la combinazione di "bradicinesia" strettamente intesa (rallentamento) e acinesia/ipocinesia (riduzione dell'ampiezza del movimento, esitazione, arresto); entrambe sono generalmente presenti all'esame neurologico, ma non sempre contemporaneamente (per es. il paziente può non muovere un segmento corporeo ad una normale velocità ma con normale ampiezza). Nel parkinsonismo dovuto alla malattia di Parkinson è osservabile una riduzione sia della velocità che dell'ampiezza nella prosecuzione del movimento, fatto talora non osservato nel parkinsonismo causato da condizioni alternative.</i></p>
Rigidità	<p>Come sottolineato nella MDS-UPDRS è definita come "lento movimento passivo delle maggiori articolazioni con il paziente in posizione rilassata nel corso della manipolazione da parte dell'esaminatore di arti a collo". La rigidità si riferisce tipicamente alla resistenza a "tubo di piombo" ovvero ad una resistenza velocità-indipendente al movimento passivo che non riflette unicamente l'incapacità di rilassarsi (distinta quindi da <i>spasticità</i> o dalla <i>paratonia</i>). Sebbene il fenomeno della "ruota dentata" sia spesso presente -ed è espressione del tremore avvertito incidentalmente mentre si valuta il tono- il riscontro di un fenomeno della "ruota dentata" in assenza della rigidità a "tubo di piombo" non soddisfa il criterio minimo per la definizione di rigidità.</p>
Tremore a riposo	<p>Il tremore a riposo si riferisce ad un tremore a 4-6 Hz nell'arto completamente a riposo, che è soppresso dall'inizio del movimento. Il tremore a riposo può essere osservato durante l'intera durata del rilievo dell'anamnesi e dell'esame obiettivo (MDS-UPDRS 3.17, 3.18). Il solo tremore cinetico e posturale -"tremore d'azione" n.d.r.- (MDS-UPDRS 3.15 e 3.16) non soddisfa i criteri di parkinsonismo.</p> <p><i>Nota: nella MdP, un tremore parkinsoniano a riposo della mano, può essere osservato con la postura prolungata ("tremore riemergente"); tuttavia, per soddisfare i criteri, il tremore dev'essere osservato anche durante il riposo. In pazienti con associato tremore posturale o cinetico, deve essere posta attenzione nell'assicurarsi che l'arto sia completamente rilassato durante l'esame. La frequenza del vero tremore a riposo è usualmente più lenta di quella dell'associato tremore d'azione.</i></p>
Instabilità posturale	<p>L'instabilità spesso si manifesta nelle fasi più avanzate della MdP, ma la sua presenza nelle fasi precoci nella malattia suggerisce una diagnosi alternativa</p>

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

DISTURBI NON MOTORI	
Psichici, cognitivi e comportamentali	<ul style="list-style-type: none"> • Ansia e depressione • Disturbo del controllo degli impulsi • Disturbo neurocognitivo • Disturbi dispercettivi (allucinosi, allucinazioni)
Disturbi del sonno	<ul style="list-style-type: none"> • Insonnia (sonno frammentato) • Eccessiva sonnolenza diurna • Disturbi del movimento correlati al sonno (movimenti periodici nel sonno) • Sindrome delle gambe senza riposo • Disturbo comportamentale del sonno REM (RBD)
Disturbi del sistema nervoso autonomo	<ul style="list-style-type: none"> • Ipotensione ortostatica • Stipsi • Gastroparesi • Disfagia • Iperattività detrusoriale: urgenza minzionale, incontinenza, stimolo minzionale notturno/nicturia • Ritenzione urinaria • Disfunzione erettile • Iperidrosi e turbe della termoregolazione
Sensitivo-sensoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Ipo-anosmia • Dolore e disturbi muscolo-scheletrici
Altri	<ul style="list-style-type: none"> • Scialorrea • Disturbi oculari: secchezza corneale e difficoltà a leggere per lentezza di movimenti oculari • <i>Fatigue</i> • Calo ponderale • Rischio di melanoma

2. I dati anamnestici ed obiettivi forniranno al Neurologo dell’Ambulatorio Divisionale gli elementi decisionali per formulare un più specifico **sospetto diagnostico** (o tout court la diagnosi di Malattia di Parkinson) sulla scorta di **Criteri Diagnostici** universalmente condivisi (Criteri diagnostici della UK Brain Bank -frutto di un’esperienza scientifica unica, che nasce dal confronto tra il quadro clinico in vita e lo studio neuropatologico- e criteri Essenziali della Movement Disorder Society, detti “criteri di Postuma”). Incrociando i dati anamnestici/obiettivi con i **criteri**


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

di supporto e di esclusione e ponendo particolare attenzione alle **“red flags”** (cosiddetti “criteri di sospetto” secondo MDS) il Neurologo potrà orientarsi verso la MdP o, in alternativa, per un parkinsonismo diverso (atipico o una forma secondaria).

UK Parkinson’s Disease Society Brain Bank Diagnostic Criteria


Fase 1. Diagnosi di Malattia di Parkinson	<p>Bradichinesia (lentezza nell’iniziare un movimento volontario con progressiva riduzione di velocità ed ampiezza dell’azione ripetuta) associata ad almeno uno dei seguenti segni/sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Storia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictus recidivante con progressione “a gradini” dei segni parkinsoniani • Storia di traumi cerebrali ripetuti • Storia di encefalite definita • Crisi oculogire (non in corso di trattamento farmacologico) • Trattamento neurolettico o comunque antidopaminergico in atto all’esordio della malattia • Più di un parente affetto da MdP • Remissione persistente • Segni/sintomi esclusivamente unilaterali dopo 3 anni • Paralisi sopranucleare dello sguardo • Segni cerebellari • Precoce e severa compromissione del sistema nervoso autonomo • Precoce e severa demenza caratterizzata da disturbi della memoria, del linguaggio e/o delle prassie • Segno di Babinski ed altri segni piramidali • Neoplasia cerebrale o idrocefalo comunicante al neuroimaging • Assenza di risposta alla L-DOPA (se escluso un suo malassorbimento). • Esposizione a neurotossine (MPTP)
Fase 3. Criteri a supporto della diagnosi di Malattia di Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Insorgenza unilaterale di segni/sintomi • Presenza di tremore a riposo • Decorso progressivo • Persistenza di asimmetria dei segni/sintomi, sempre con maggiore coinvolgimento del lato d’esordio • Risposta eccellente (70-100%) alla L-DOPA • Discinesie coreiche indotte dalla L-DOPA • Risposta alla L-DOPA per oltre 5 anni • Decorso clinico di 10 anni o più

Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson’s disease. A clinico-pathological study of 100 cases. JNNP 1992; 55:181-184.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

MDS Clinical Diagnostic Criteria for PD (c.d. Postuma Criteria)

Criterio essenziale	<p>Il primo criterio essenziale è la diagnosi di parkinsonismo definita dalla presenza di bradicinesia, in combinazione con almeno uno tra tremore a riposo e rigidità. L'esame delle manifestazioni cardinali dovrebbe essere effettuata secondo quanto descritto dalla MDS-UPDRS. Una volta diagnosticato il parkinsonismo:</p> <p>La diagnosi di Malattia di Parkinson Clinicamente Accertata richiede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assenza di criteri assoluti di esclusione 2. Almeno due criteri di supporto e 3. Assenza di "red flags" <p>La diagnosi di Malattia di Parkinson Clinicamente Probabile richiede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assenza di criteri assoluti di esclusione 2. Presenza di "red flags" controbilanciate da criteri di supporto • Se presente 1 "red flag" dev'esserci almeno un criterio di supporto • Se presenti 2 red flags, sono necessari almeno 2 criteri di supporto • Sono consentite non più di 2 "red flags" per questa categoria diagnostica
Criteri di supporto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chiara e drammatica risposta alla terapia dopaminergica. Durante il trattamento iniziale il paziente dovrebbe tornare ad un livello funzionale normale o quasi normale. In assenza di una chiara dimostrazione di una risposta iniziale, una risposta drammatica può essere classificata come: <ol style="list-style-type: none"> a. Marcato miglioramento con l'incremento della dose o marcato peggioramento alla riduzione della dose. Risposte lievi/moderate non sono ritenute significative. La situazione va documentata obiettivamente (>30% nella UPDRS III con cambi di dosaggio) o soggettivamente (storia chiaramente documentate di marcate modifiche testimoniata da paziente o caregiver attendibile). b. Inequivocabili e marcate fluttuazioni on/off che devono includere, ad un certo punto, un quadro di "predictable end-of-dose wearing off" 2. Presenza di discinesie correlate alla L-DOPA 3. Tremore a riposo degli arti documentato con l'esame clinico (in passato o all'esame attuale) 4. Presenza di anosmia o di denervazione autonoma cardiaca alla scintigrafia miocardica con MIBG
Criteri assoluti di esclusione	<p>La presenza di qualsiasi di questi esclude la Malattia di Parkinson:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza di segni cerebellari inequivocabili marcia cerebellare, atassia degli arti o anomalie oculomotorie cerebellari (per es, nistagmo evocato dallo sguardo sostenuto, <i>macro square wave jerks</i>, saccadi ipometriche). 2. Paralisi sopranucleare dello sguardo verso il basso o rallentamento selettivo delle saccadi verso il basso. 3. Diagnosi di probabile variante comportamentale di demenza fronto-temporale o di afasia primaria progressiva definite secondo i Consensus Criteria nei primi 5 anni di malattia 4. Segni parkinsoniani limitati agli arti inferiori per più di 3 anni 5. Trattamento con farmaci bloccanti i recettori della dopamina o con farmaci depletori della dopamina ad una dose e per un tempo compatibili con l'ipotesi di parkinsonismo iatrogeno 6. Assenza di una documentabile risposta a L-DOPA ad alto dosaggio malgrado una moderata severità di malattia 7. Inequivocabile compromissione sensoriale corticale (per es. compromissione della grafestesia, stereognosi con modalità sensitive primarie intatte), chiara aprassia ideomotoria degli arti o afasia progressiva 8. Normalità del sistema dopaminergico presinaptico al neuroimaging funzionale 9. Documentazione di situazioni alternative note per produrre parkinsonismo e plausibilmente connesse ai sintomi del paziente o, un medico valutatore esperto, ritiene che una sindrome alternativa è <i>più probabile</i> della MdP

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


continua MDS Clinical Diagnostic Criteria for PD (c.d. Postuma Criteria)

Red Flags	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapida progressione di compromissione della marcia tale da richiedere l'uso regolare della sedia a rotelle entro 5 anni dall'esordio 2. Una completa assenza di progressione dei sintomi o dei segni motori entro 5 anni o più a meno che la stabilità del quadro non sia correlata al trattamento farmacologico 3. Precoce disfunzione bulbare: severa disfonia o disartria (parola non intelligibile per la maggior parte del tempo) o severa disfagia (tale da richiedere modifica della consistenza alimentare o nutrizione tramite SNG o PEG) 4. Disfunzione respiratoria inspiratoria: stridore inspiratorio diurno o notturno o frequenti sospiri inspiratori 5. Severa disfunzione autonoma nei primi 5 anni di malattia. Questa può includere: <ol style="list-style-type: none"> a. Ipotensione ortostatica: riduzione della PA nei primi 3 minuti di ortostatismo di almeno 30 mmHg per la sistolica o di 15 mmHg per la diastolica, in assenza di disidratazione, farmaci o altre malattie che possano plausibilmente spiegare la disfunzione autonoma o b. Severa ritenzione o incontinenza urinaria nei primi 5 anni di malattia (escludendo la stress incontinenza lieve o antecedente da tempo nel sesso femminile) che non sia semplicemente incontinenza funzionale. Nell'uomo la ritenzione urinaria non dev'essere attribuibile a malattia prostatica e dev'essere associata a disfunzione erettile 6. Cadute ricorrenti (1/anno) dovute a compromissione dell'equilibrio entro 3 anni dall'esordio 7. Anterocollo (distonico) sproporzionato o contratture di mani o piedi entro i primi 10 anni 8. Assenza di ciascuno delle comuni manifestazioni non motorie della malattia malgrado una durata di malattia di 5 anni. Queste includono: disturbi del sonno (<i>sleep-maintenance insomnia</i> -sonno frammentato ndr-, eccessiva sonnolenza diurna, RBD), disfunzione autonoma (stipsi, urgenza minzionale diurna, ipotensione ortostatica), iposmia o disturbi psichiatrici (depressione, ansia o allucinazioni) 9. Segni piramidali altrimenti non spiegabili definiti come ipostenia piramidale o chiara iperreflessia patologica (escludendo una lieve asimmetria dei riflessi o una isolata risposta estensoria plantare) 10. Parkinsonismo bilaterale simmetrico. Il paziente o il caregiver riportano l'esordio di sintomi bilaterali senza predominanza di lato e l'esame obiettivo conferma l'assenza di predominanza di lato. 		
		SI	NO
Applicazione dei criteri	1. Il paziente ha un parkinsonismo secondo i criteri MDS? Se no non possono essere diagnosticate né la MdP clinicamente probabile né la clinicamente definita Se " si ":		
	2. E' presente qualche criterio di esclusione? Se " si " non possono essere diagnosticate né la MdP clinicamente probabile né la clinicamente definita Se " no ":		
	Numero di red flags presenti	Numero:	
	Numero di criteri di supporto presenti	Numero:	
	3. Ci sono almeno due criteri di supporto in assenza di red flags? Se " si ": MdP clinicamente accertata se " no ":		
	4. Ci sono più di 2 red flags? Se " si " MdP probabile non può essere diagnosticata ; se " no ":		
	5. Il numero di red flags è uguale o inferiore ai criteri di supporto? Se " si " il pz. ha i criteri per MdP probabile		


Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, Obeso J, Marek K, Litvan I, Lang AE, Halliday G, Goetz CG, Gasser T, Dubois B, Chan P, Bloem BR, Adler CH, Deuschl G. MDS Clinical diagnostic criteria for Parkinson's Disease. *Mov Disord.* 2015 Oct;30(12):1591-601.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Differenziazione tra le sdr. parkinsoniane atipiche		
PSP	CBD	MSA
Red flags anamnestiche		
<ul style="list-style-type: none"> • Precoce instabilità posturale • Limitazione nell'infraversione di OO • Disartria e disfagia precoci • Sindrome pseudobulbare 	<ul style="list-style-type: none"> • Parkinsonismo asimmetrico • Precoce distonia degli arti • Disartria e disfagia • Sindrome dell'arto alieno • Tremore, se presente, con postura o d'azione 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgenza o ritenzione urinaria • Disfunzione erettile • Stipsi • Ippoidrosi • Episodi sincopali/presincopali ortostatici o post-prandiali • Ipertensione notturna • Tremore posturale o d'azione se presente • Precoce instabilità posturale e cadute
Red flags all'esame neurologico		
<ul style="list-style-type: none"> • Paralisi dello sguardo verticale (infra>sursum) • Oftalmoparesi orizzontale tardiva • Ammiccamento nell'iniziare lo sguardo verticale • Square wave jerks • Blefarospasmo • Aprassia nell'aprire la rima palpebrale • Segno dell'applauso • Precoce freezing nella marcia • Retrocollo • Rigidità assiale prevalente (vs. arti) • Parola ipocinetica o robotica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprassia degli arti (ideomotoria, ideativa) • Sindrome dell'arto alieno • Agrafestesia, astereognosi, perdita di discriminazione tra due punti • Afasia (tipicamente non fluente) • Parkinsonismo nettamente asimmetrico degli arti • Distonia degli arti, contratture, mioclono 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento della FC/caduta della PA<0.5 bpm/mmHg • Marezzatura o discolorazione cutanea • Voce stridula, strozzata • Dismetria degli arti, disdiadococinesi • Parola scandita • Saccadi ipo/ipermetriche • Marcia su base allargata, anterocollo, camptocormia • Segno di Babinski bilaterale ed iperreflessia
Red flags negli esami ancillari		
<ul style="list-style-type: none"> • RMN/TC sagittale: segno del colibri • RMN/TC assiale: "morning glory sign" • Aumento dei valori di diffusività nel putamen, caudato e globo pallido • SWI-RMN: depositi di ferro in putamen, caudato e globo pallido • PET-FDG: riduzione del metabolismo del glucosio nel mesencefalo 	<ul style="list-style-type: none"> • RMN: atrofia corticale focale frontale posteriore e parietale • Atrofia corticale iperintensa in T2 • SPECT [¹²³I] iodoamfetamina: ridotta perfusione nelle regioni prefrontale inferiore, sensori-motoria e parietale posteriore • FDG-PET: ipometabolismo asimmetrico nella corteccia fronto-parietale e nello striato, soprattutto controlateralmente al lato sintomatico 	<ul style="list-style-type: none"> • RMN: "Hot cross bun" o "putaminal rim" • RMN: atrofia del peduncolo cerebellare medio

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

3. Tra gli obiettivi specifici della valutazione neurologica presso l'Ambulatorio Divisionale, oltre ad un generico "affinamento" anamnestico-obiettivo, c'è la valutazione (esclusione o inclusione) di quelli che potremmo definire "mimics", ovvero la diagnosi differenziale versus disturbi del movimento diversi dalla MdP e da altri disturbi del movimento su base degenerativa (che pur esulando dal presente PDTA, sono in ogni caso di pertinenza dell'Ambulatorio Dedicato), con particolare riguardo per quelli secondari, *in particolare se potenzialmente curabili*.
4. Prevalentemente dal punto 3 ovvero dalla necessità di impostare un processo diagnostico differenziale o di esclusione, di pertinenza del primo Neurologo interpellato (quello dell'Ambulatorio Divisionale), oltre che da una necessità diagnostica in senso stretto, discende l'indicazione a prescrivere accertamenti strumentali quali la TC e/o la RMN encefalica, utili sia per escludere forme mimic "trattabili" (quali l'idrocefalo normoteso o eventuali neoplasie cerebrali, da avviare al Neurochirurgo), che per contribuire alla diagnosi di forme secondarie non trattabili (tipicamente le forme vascolari, per lo più su base microangiopatica). Tra le forme trattabili, per la sua frequenza e tipicità, sarà considerato il menzionato idrocefalo normoteso, da sospettare in presenza della triade di Hakim (disturbo della marcia, demenza, incontinenza urinaria), cercandone conferma nel neuroimaging. Le indagini di neuroimaging, prescritte dal Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale, potranno inoltre fornire supporto alla diagnosi di altri disturbi del movimento su base degenerativa, diversi dalla malattia di Parkinson, quali la PSP e la MSA. La prescrizione dell'esame strumentale di concretizzerà nella redazione di una impegnativa con adeguata priorità (B nell'ipotesi di una problematica a progressione relativamente rapida, che evoca idrocefalo o forme espansive; D negli altri casi). La prescrizione di una scintigrafia cerebrale (SPECT) o DATSCAN, con tracciante per il trasportatore pre-sinaptico della dopamina (123I-loflupane o [123I]FP-CIT o DaTSCAN®), sarà eventualmente riservata (secondo i suggerimenti della Letteratura) ai casi di difficile diagnosi differenziale rispetto a tremore essenziale, parkinsonismo iatrogeno, "lower half parkinsonism".
5. Al termine della visita, il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale:
 - a) Può proporre al paziente ed ai familiari eventualmente presenti una diagnosi di sospetto specifico ("sospetta MdP") o espressa in termini più generali ("disturbo del movimento da sottoporre ad osservazione").
 - b) Se in possesso di elementi sufficienti potrà porre una diagnosi di elevata probabilità.
 - c) In ogni caso porrà particolare attenzione alla **comunicazione dell'ipotesi diagnostica**, esponendola al paziente ed ai familiari/caregiver con termini chiari, comprensibili agli interlocutori (vedi oltre); tenendo conto del livello intellettuale e culturale del paziente, oltre che delle peculiarità psicologiche dello stesso; la diagnosi, se certa o probabile, dovrà essere posta in termini obiettivi, ma enfatizzando gli aspetti di probabile risposta sintomatica alla terapia farmacologica con possibilità di conseguire e mantenere per un tempo protratto non solo l'autonomia ma una adeguata funzionalità. Pur attenendosi ad un rigoroso realismo,

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

non è indicato che, in questa fase, il Neurologo si soffermi sulla possibilità di una progressione verso uno stato di non auto-sufficienza e, se interpellato in merito, si esprimerà in termini generali, sottolineando l'impossibilità di prevedere le modalità e le tempistiche della progressione della malattia.

- d) **La concretizzazione di una diagnosi di certezza sarà rimandata, in linea di massima, al Neurologo dell'Ambulatorio Dedicato ai Disturbi del Movimenti** o Ambulatorio DisMov, che potrà tra l'altro avvalersi dell'esito degli accertamenti richiesti dal Neurologo "Divisionale", pur non escludendosi l'eventualità di una diagnosi di MdP definita già alla prima valutazione.
6. Se il Neurologo Divisionale perviene già ad una diagnosi di elevata probabilità o se intende ricorrere ad una diagnosi ex iuvantibus potrà già prescrivere una terapia dopaminergica, utilizzando preferenzialmente L-DOPA (associata a carbidopa o benserazide) se orientato ad una diagnosi ex iuvantibus.
7. La valutazione completa del Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale esiterà nella redazione di una relazione scritta (riassuntiva dell'iter precedentemente descritto) destinata da un canto al MMG (per informativa) dall'altro al Neurologo dell'Ambulatorio dedicato ai Disturbi del Movimento.
8. Il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale invierà quindi il paziente al Neurologo dell'Ambulatorio dedicato, redigendo una **impegnativa di Visita Neurologica di Controllo per Malattia di Parkinson**. L'impegnativa sarà gestita in modo diverso nei due distretti dell'AULSS 7 Pedemontana: nel D1 l'impegnativa sarà gestita direttamente dal Personale Infermieristico dell'Ambulatorio Neurologico (in particolare dall'Infermiere dedicato) che, a seconda della tempistica esplicitamente indicata dallo Specialista (usualmente 3 o 6 mesi) programmerà la visita presso l'Ambulatorio DisMov (inserendo il nominativo in una lista d'attesa "interna", per procedere, di mese in mese, all'inserimento vero e proprio, tenendo conto della programmazione mensile delle sedute ambulatoriali). Nel D2 il paziente viene inviato al mini-CUP, per la pianificazione della visita.


B. Neurologo dell'Ambulatorio DisMov-Disturbi del Movimento: la diagnosi. Il paziente, inviato (secondo le modalità sopra descritte) dal Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale con un sospetto diagnostico, giunge al Neurologo dell'Ambulatorio Disturbi del Movimento (Ambulatorio DisMov) per la diagnosi vera e propria.

- a. Conferma diagnostica. Oltre a prendere atto della valutazione precedente, il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov potrà integrare anamnesi ed esame neurologico (sempre in riferimento agli item già descritti), focalizzandosi sugli aspetti salienti (vedi sopra) e facendo comunque riferimento ai criteri diagnostici (segni/sintomi cardinali, criteri di supporto ed esclusione, red flags, secondo MDS); nel caso in cui il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale abbia prescritto una farmacoterapia antiparkinsoniana, potrà, nella valutazione obiettiva,

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

confrontare il quadro attuale con quello antecedente alla prescrizione della terapia, per valutarne -anche ai fini di una conferma diagnostica ex iuvantibus- gli effetti.


- b. Valutazione dell'esito degli accertamenti. Il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov si avvarrà dell'esito degli accertamenti eventualmente prescritti in precedenza dal Neurologo generalista, sulla base di elementi clinici di sospetto, al fine di valutare ipotesi diagnostiche differenziali. Ecco alcuni esempi: l'ipotesi di idrocefalo normoteso (sospettato eventualmente per il riscontro clinico della "triade di Hakim": vedi sopra) potrà trovare conferma negli specifici criteri di neuroimaging a TC/RMN (dilatazione del sistema ventricolare, con spianamento dei solchi al vertice, depressione del mesencefalo, inarcamento o "bowing" del corpo calloso). Un eventuale ipotesi clinica di PSP, formulata dal Neurologo Divisionale, potrà trovare supporto nei segni RMN caratteristici, in particolare il tipico "humming bird sign", per la caratteristica atrofia del tetto mesencefalico); mentre il riscontro alla RMN, in particolare nelle sequenze T2 e FLAIR, dell' "hot cross bun sign" (per atrofia dei nuclei pontini del raphe -a formare una linea iperintensa verticale- ed i tratti ponto-cerebellari trasversi -a formare una linea orizzontale-) potrà supportare il sospetto di MSA. Il riscontro alla TC o RMN di un quadro di leucoencefalopatia sottocorticale su base microangiopatica, avvalorerà d'altra parte (in presenza di un parkinsonismo limitato agli arti inferiori obiettivato dal Neurologo nella fase Divisionale) l'ipotesi di parkinsonismo vascolare.
- c. Eventuale indagine genetica. Eventuale integrazione con ulteriori accertamenti diagnostici.
- Si prescriverà indagine genetica nei seguenti casi: 1) Uno o più parenti di I° grado del paziente affetti da malattia di Parkinson 2) Esordio della malattia prima dei 50 anni. In questi casi: si illustrerà al paziente il sospetto di una forma genetica; si proporrà al probando la compilazione di un consenso informato per test genetico; in caso di consenso, si compileranno le (due) impegnative necessarie (per estrazione di DNA ed analisi di segmenti di DNA mediante sequenziamento) per analisi molecolare, da effettuarsi presso l'UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova (utilizzando la modulistica disponibile on-line relativa alla voce "Analisi Molecolare per Pannello Parkinson"); nella compilazione dell'impegnativa si utilizzerà il codice di esenzione per malattia rara (R99999); si invierà quindi il paziente al punto prelievi dell'Azienda Ospedale-Università di Padova (i geni indagati sono elencati nella tabella in allegato). Il referto verrà inviato al Neurologo di riferimento via mail (accessibile in modo criptato per la tutela della privacy) e da questi comunicato all'interessato.
 - Nell'eventualità di forma giovanile, associata a sintomi psichiatrici e/o indizi di interessamento epatico verrà avviata la diagnostica per Malattia di Wilson: dosaggio plasmatico di cupremia e ceruloplasminemia, cupruria delle 24 ore; visita oculistica (mediante lampada a fessura) per la ricerca dell'anello di Kayser-Fleischer.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Altre forme da considerare nella diagnosi differenziale dei parkinsonismi giovanili, con indicazione al test genetico, includono le malattie neurometaboliche ereditarie. Tra queste meritano menzione i deficit neurotrasmettitoriali, quali GTPCH1D (deficit di guanosin trifosfato cicloidrolasi) e l'AADC (deficit della decarbossilasi degli aminoacidi aromatici) e le malattie lisosomiali, quali la malattia di Gaucher e la malattia di Niemann-Pick tipo C (Garcia-Cazorla ed al, 2014).

GENI INDAGATI NELL'IPOTESI DI MALATTIA DI PARKINSON EREDITARIA
ATP13A2, ATP6AP2, CHCHD2, CSMD1, DNAJC13, DNAJC6, EIF4G1, FBXO7, GBA, LRP10, LRRK2, PARK7, PGK1, PINK1, PLA2G6, POLG, PRKN, RAB39B, SNCA, SYNJ1, TAF1, UCHL1, UQCRC1, VPS13C, VPS35

- d. Diagnosi Neurologica. Comunicazione della diagnosi. Coinvolgimento proattivo di paziente e familiari /caregivers. Educazione terapeutica. Giunto ad una diagnosi, il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov utilizzerà le scale di valutazione per quantificare, con un punteggio, la gravità (nei termini di grado di disabilità funzionale e compromissione motoria globale), in particolare mediante la Unified Parkinson's Disease Rating Scale -UPDRS-, con particolare riferimento alla sub-scala F3 (che descrive il quadro motorio) e lo stadio di malattia, mediante la scala di Hoehn and Yahr (H&Y), nella sua versione modificata, ponendo le premesse per un confronto con quanto rilevato in successive valutazioni; porrà particolare attenzione nella comunicazione della diagnosi al paziente ed agli eventuali familiari/caregiver. Oltre a seguire i criteri già menzionati (utilizzo di termini chiari, comprensibili al paziente ed ai suoi familiari, tenendo conto del livello intellettivo e culturale del paziente, oltre che delle peculiarità psicologiche dello stesso; enfasi sugli aspetti di probabile risposta sintomatica alla terapia farmacologica con possibilità di conseguire e mantenere per un tempo protratto non solo l'autonomia ma una adeguata funzionalità...) trarrà l'occasione per spiegare (sempre in termini chiari e comprensibili all'interlocutore) i meccanismi fisiopatologici della malattia, il razionale della terapia e della necessità di osservare orari e rapporto temporale con i pasti (vedi oltre). Nel contesto di una essenziale opera di educazione terapeutica, cercherà di motivare il paziente ad una aderenza ottimale al progetto terapeutico-assistenziale, mettendolo in guardia dai rischi di una mancata aderenza farmacologica e comportamentale. Si adopererà per coinvolgere paziente e familiari (*engagement*), iniziando un'azione di *empowerment*, ovvero fornendo agli interessati gli strumenti culturali minimi per garantire un margine accettabile di gestione


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

autonoma. Se necessario, come suggerito dai criteri NICE 2017, la diagnosi andrà rivalutata a 6 mesi; in ogni caso, al termine del processo diagnostico, va certificato lo status di malattia cronica (codice 038.332). Si forniranno al paziente ed ai Familiari dei riferimenti in caso di comunicazioni urgenti: nel caso del Distretto 1 (Bassano del Grappa) viene fornito il numero telefonico del cellulare aziendale dedicato, aperto in fasce orarie specificate; nel caso del Distretto 2 viene fornita una mail.

Scala di Hoehn e Yahr e versione modificata


Stadio	Scala di Hoehn e Yahr	Scala di Hoehn e Yahr modificata
1	Coinvolgimento unilaterale con solo una minima o nessuna disabilità funzionale	Coinvolgimento unilaterale
1.5	-	Coinvolgimento unilaterale ed assiale
2	Coinvolgimento bilaterale o mediano senza compromissione dell'equilibrio	Coinvolgimento bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio
2.5	-	Coinvolgimento bilaterale lieve senza recupero al test di trazione ("pull test")
3	Coinvolgimento bilaterale da medio a moderato; alcune difficoltà posturali; fisicamente indipendente	Coinvolgimento bilaterale da lieve a moderato; instabilità posturale; fisicamente autosufficiente
4	Malattia gravemente debilitante, ancora in grado di camminare o stare in piedi senza assistenza	Grave disabilità; ancora in grado di deambulare o stare in piedi senza assistenza
5	Costretto a letto o sulla sedia a rotelle	Costretto a letto o sulla sedia a rotelle

- e. Presa in carico. Viene garantita una presa in carico, che solleva il paziente dall'onere della prenotazione. Al termine della 1^a valutazione, come delle successive, viene generata una

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

impegnativa per *Visita Neurologica per Malattia di Parkinson* (biffando la voce predisposta nella maschera delle richieste dematerializzate PSM), secondo una scadenza decisa dal Neurologo (in accordo con il paziente ed i familiari), che potrà essere di 3 o 6 mesi (secondo le esigenze cliniche). Nel Distretto 1 di Bassano del Grappa l'impegnativa (che viene fornita in copia, per pro-memoria, anche al paziente) viene gestita dall'Infermiere dedicato dell'Ambulatorio Neurologico (vedi oltre); il Personale dell'Ambulatorio provvederà a richiamare il paziente, per il nuovo appuntamento, quando previsto. Nel Distretto 2 vi è comunque una presa in carico dell'impegnativa generata dal Neurologo dell'Ambulatorio DisMov, con modalità analoghe al Distretto 1, mediata dal MiniCUP.

- f. Teleconsulti telefonici e via mail. In attesa dell'attivazione della piattaforma regionale dedicata alla Telemedicina, sono già utilizzati il contatto telefonico e la mail sia con il MMG che con i pazienti. E' in effetti possibile procedere ad un teleconsulto telefonico tra MMG e Specialista Neurologo. Gli stessi pazienti già in carico all'Ambulatorio DisMov di entrambi i distretti possono inoltre contattare i Neurologi di riferimento per consulti rapidi che non richiedano una valutazione diretta. Specificamente:
- **Presso il Distretto 1 Bassano del Grappa sono già attivi: il numero del cellulare aziendale 331 6189624, attivato in fasce orarie definite. Risponderà il Neurologo Responsabile dell'Ambulatorio DisMov del D1; per segnalare ulteriori necessità o inviare esami richiesti in occasione delle visite è disponibile la mail dell'Ambulatorio Neurologico: ambulatorio.neurologiad1@aulss7.veneto.it**
 - **Per il Distretto 2 Alto Vicentino, per chiarimenti e consulti, è disponibile la mail del Direttore della Struttura: francesco.dallora@aulss7.veneto.it indicando motivo e numero telefonico per essere ricontattati.**
- g. Ruolo dell'Infermiere. L'Infermiere dell'Ambulatorio DisMov è responsabile delle seguenti attività specifiche:
- Accoglienza del paziente e dei familiari/caregiver in occasione della visita.
 - A conclusione della visita: disponibilità a fornire alla persona assistita ed ai familiari/caregiver informazioni ed eventuali chiarimenti in merito al contenuto della relazione scritta rilasciata dal Neurologo con particolare riferimento all'aderenza alle prescrizioni ed alle istruzioni sulla gestione in sicurezza dei farmaci prescritti.
 - Nel Distretto 1: presa in carico dell'Impegnativa generata dal Neurologo dell'Ambulatorio DisMov; sulla base, infatti, delle indicazioni in merito alla tempistica di effettuazione consigliata dal Neurologo, l'Infermiere provvederà infatti a calendarizzare la visita di controllo. A tempo debito l'Infermiere dell'Ambulatorio DisMov preavviserà il paziente mediante telefonata, inviando (per posta ordinaria) la prenotazione a domicilio del paziente.
 - Nel Distretto 2: l'Infermiere indirizzerà il paziente ad avviare l'Impegnativa generata dal Neurologo dell'Ambulatorio DisMov al MiniCUP per la prenotazione.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Nel Distretto 1 l'infermiere provvederà inoltre a leggere le mail inviate dai pazienti (ambulatorio.neurologiad1@aulss7.veneto.it) avvisando il Neurologo.
- Archiviazione delle visite effettuate presso l'Ambulatorio DisMov.

C. Valutazione Neuropsicologica. Solo nel caso l'anamnesi evocasse il sospetto di deficit cognitivo, dopo un test di screening (MoCA) effettuato dal Neurologo, il paziente viene avviato a valutazione Neuropsicologica, attualmente disponibile solo presso il Distretto 1 di Bassano del Grappa. Il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov contatta direttamente la **Neuropsicologa** (attualmente titolare di una borsa di studio e presente presso il reparto della Neurologia di Bassano nelle mattinate di lunedì, mercoledì e venerdì) esponendo il caso ed il sospetto diagnostico specifico. La Neuropsicologa programma un nuovo appuntamento per la valutazione. Di seguito, in sintesi vengono riportate finalità; modalità, items indagati, test utilizzati.

Finalità della valutazione

- Valutazione basale delle prestazioni cognitive al momento della diagnosi
- Eventuale diagnosi differenziale

Modalità della valutazione

- Colloquio con anamnesi cognitiva, emotiva e comportamentale
- Questionari aspetti emotivi-comportamentali (FBI, BDI)
- ADL e IADL
- Attenzioni (Matrici Attentive, TMT)
- Memoria a breve termine/memoria di lavoro (Digit Span)
- Memoria a lungo termine verbale (15 parole di Rey)
- Memoria a lungo termine spaziale+prassia costruttiva+funzioni visuo-percettive (Figura di Rey).
- Funzioni Esecutive /SDMT, Fluenza verbale fonemica, Clock Drawing test.
- Linguaggio (denominazione e fluenza semantica).

Durata della valutazione: 1 ora.

Durata della restituzione esiti e colloquio: 1 ora e 30'.


Capacità di presa in carico attuale: due pazienti/settimana.

Durata del follow-up: 12-18 mesi (decisione in accordo tra Neurologo e Neuropsicologo).



Differenze di genere nei sintomi di presentazione (motori e non motori) e nella progressione.

Conoscere la differente espressione clinica della MdP nei due sessi può concorrere ad una maggiore attenzione diagnostica, ad una tempestiva valorizzazione di disturbi all'inizio potenzialmente


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

sfumati e, complessivamente, ad un approccio diagnostico e terapeutico più appropriato e personalizzato.

1. Sintomi motori. Differenze di genere sono presenti sin dall'esordio. In effetti le donne presentano un fenotipo più benigno con prevalenza del tremore rispetto al maschio (67% vs 48%). Tuttavia, nel decorso della malattia, le donne presentano con maggiore frequenza instabilità posturale, tanto che il sesso femminile è tra i fattori predittivi di caduta. Il paziente maschio tende a presentare invece una progressione più rapida dei sintomi motori ed a richiedere più precocemente una maggior dose di L-DOPA. Nel maschio si riscontrano maggiore prevalenza di rigidità, anomalie della postura (in modo particolare della camptocormia), acinesia della marcia (freezing) oltre a maggiori difficoltà nella scrittura e nell'eloquio (disartria ipocinetica) e maggiore incidenza di scialorrea.

E' possibile che la ritardata espressione di disturbi motori nella femmina, dipenda dalla diversa distribuzione dei recettori dopaminergici nei due sessi: la femmina presenta infatti una maggiore proporzione di recettori D1 rispetto ai D2; dato che nei gangli della base la funzione motoria è facilitata dal circuito diretto D1 mediato ed inibita dalla via indiretta D2 mediata, non è escludibile che la diversa ratio recettori D1/D2 tra femmina e maschio condizioni una diversa tempistica nella comparsa dei sintomi motori (più tardiva nel sesso femminile).

2. Sintomi non motori. Tra i sintomi non motori ansia, demoralizzazione, depressione, faticabilità, dolori, disfagia e stipsi sono più frequenti nel sesso femminile, mentre nel maschio sono prevalenti disfunzioni urinarie, ipotensione, disturbo comportamentale del sonno REM e sonnolenza diurna. E' stata constatata una correlazione, tipica del sesso femminile, tra ansia e più gravi disturbi cardiovascolari su base disautonomica rispetto all'uomo, facendo ipotizzare una mutua interazione sfavorevole tra i due disturbi. Anche nell'espressione del disturbo del controllo degli impulsi emerge una maggiore incidenza nel maschio di comportamento sessuale compulsivo, rispetto ad una maggiore espressione nella donna di shopping compulsivo e "binge eating". Come i disturbi motori, anche in non-motori possono presentare fluttuazioni (sincrone o meno con i fenomeni "on-off"): nel sesso femminile, con la progressione di malattia, emerge un peggioramento dei sintomi non motori e delle relative fluttuazioni rispetto ai maschi. Si può nel complesso ritenere che il sesso femminile sia un fattore di rischio per lo sviluppo dei sintomi non motori. Ansia e disturbi dell'umore sono prevalenti nelle pazienti, ma non ricevono un trattamento diverso, a documentare una probabile sottostima di tali sintomi nel sesso femminile. Se il mild cognitive impairment, in generale, ha un'incidenza del 30-40% nelle fasi iniziali di malattia, nel maschio tende ad evolvere più rapidamente in franca demenza ed il sesso maschile

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

va considerato un fattore predittivo di disturbo neurocognitivo. I pattern di espressività del disturbo neurocognitivo differiscono nei due sessi, con predominanza nel maschio di deficit della fluency verbale e del riconoscimento delle espressioni emotive facciali, rispetto ad una più grave compromissione delle abilità visuo-spaziali.

Differenze di genere nell'espressione dei disturbi motori: sintesi	
Sesso Femminile	Sesso Maschile
<ul style="list-style-type: none"> • Fenotipo iniziale benigno con prevalente tremore e progressione più lenta • Maggiore instabilità posturale e tendenza alle cadute 	<ul style="list-style-type: none"> • Progressione più rapida e necessità di una maggiore dose di L-DOPA • Maggiore prevalenza di rigidità, camptocormia, freezing, disturbi dell'eloquio e della scrittura

Differenze di genere nell'espressione dei disturbi non motori: sintesi	
Sesso Femminile	Sesso Maschile
<ul style="list-style-type: none"> • Ansia, demoralizzazione, depressione • Correlazione tra gravità del disturbo d'ansia e più gravi disturbi cardiovascolari su base disautonomica • Espressione del disturbo del controllo degli impulsi: shopping compulsivo e binge eating • Tendenza più spiccata vs. i maschi a fluttuazioni dei disturbi non motori • Mild cognitive impairment: meno aggressivo; più grave compromissione delle abilità visuo-spaziali. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunzioni urinarie, ipotensione ortostatica e post-prandiale, RBD e sonnolenza diurna. • Espressione del disturbo del controllo degli impulsi: comportamento sessuale compulsivo • Mild cognitive impairment: maggiore evolutività; maggiore evidenza dei deficit di fluency verbale e del riconoscimento dell'espressioni mimiche di emotività

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

10.4 Fase 3: Trattamento farmacologico e riabilitativo

Trattamento farmacologico

Criteri di ingresso nella Fase:

- Paziente con diagnosi di malattia di Parkinson (dopo la comunicazione da parte del team multidisciplinare).


Criteri di uscita dalla Fase:

- Paziente con diagnosi di malattia di Parkinson che ha già la terapia farmacologica impostata e/o ha già eseguito dei trattamenti riabilitativi con deficit motori e non motori stabili (fase 4, “fase di continuità assistenziale”).
- Paziente con incapacità di tollerare un’adeguata terapia dopaminergica, non candidabile a terapia di II° livello, che presenta comorbilità potenzialmente fatali e disabilitanti (fase 5, “fase assistenziale avanzata e cure palliative”).


Attività

A. Terapia dei disturbi motori. Principi generali di farmacoterapia della Malattia di Parkinson suggeriti dal PDTA Aziendale: iniziare la terapia, scelta del principio attivo e del dosaggio iniziale; rapporti tra dieta e terapia; “empowerment” del paziente, dei familiari e caregiver; alleanza terapeutica; educazione terapeutica; aderenza terapeutica; approccio di genere; obblighi di informazione ed aspetti medico-legali; la relazione clinica dell’Ambulatorio DisMov dell’AULSS 7.

- Ad oggi non si dispone di un trattamento farmacologico dirimente, in grado di arrestare o rallentare il processo neurodegenerativo all’origine della malattia di Parkinson e le strategie terapeutiche attualmente in uso hanno un’efficacia solo sintomatica -mirata cioè al controllo dei sintomi mediante la correzione del deficit dopaminergico- senza alcuna possibilità di modificare l’effettiva storia naturale della malattia.
- La scelta di principi attivi e delle formulazioni sarà improntata, nell’ambito dell’attività prescrittiva dell’Ambulatorio Specialistico Dedicato, alla Medicina delle Evidenze ed alle più aggiornate Linee Guida nazionali ed Internazionali. In allegato poche tabelle riassumono i principali principi attivi disponibili e le loro indicazioni.
- La scelta della tempistica d’inizio e l’impostazione complessiva della terapia dipendono principalmente dalla severità della malattia all’atto della diagnosi e dall’impatto della malattia stessa su autonomia e funzionalità complessiva, dall’età biologica del paziente, dall’attività lavorativa eventualmente svolta, dalla lateralizzazione dei disturbi motori rispetto alla dominanza manuale del paziente.


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Vanno inoltre considerati nelle scelte farmacologiche, in particolare nella fase iniziale, alcuni fattori individuali (sesso, fenotipo clinico, comorbidità, fragilità) che possono condizionare da un lato la necessità di una determinata scelta terapeutica e dall'altro, la risposta alla terapia e la probabilità di insorgenza di effetti collaterali, anche in relazione allo specifico profilo farmacologico dei singoli principi attivi disponibili (con particolare riguardo al profilo di sicurezza ed efficacia di ciascun farmaco, rispetto al fenotipo morbosità del paziente).
- Tra i fattori individuali va certamente considerato (nell'ambito del cosiddetto "approccio di genere") il sesso: in particolare, il minor indice di massa corporea e la maggior rappresentazione di grasso tipici del sesso femminile, impattano in modo peculiare sul profilo farmacocinetico e farmacodinamico dei farmaci anti-parkinsoniani ad azione dopaminergica, favorendo una maggiore concentrazione dei principi attivi che ne condiziona l'efficacia, favorendo l'insorgenza di alcuni effetti avversi (quali le discinesie, più probabili proprio nel sesso femminile).
- Nella prescrizione di alcuni principi attivi -particolarmente i dopaminoagonisti- sarà necessario valutare età e stato cognitivo del paziente, dato che negli anziani con disturbi cognitivi (anche borderline) i dopaminoagonisti sono a maggior rischio di induzione di effetti dispercettivi-allucinatori e confusionali.
- Alcuni fattori anamnestici andranno attenzionati: una storia di disturbo del controllo degli impulsi (per esempio *gambling*), di importante sonnolenza diurna o di ipotensione ortostatica antecedente la malattia, potrà scoraggiare -ad esempio- la prescrizione dei dopaminoagonisti. Mentre una storia di glaucoma ad angolo chiuso controindicherà la prescrizione di anticolinergici (che potrebbero essere indicati in casi di tremore parkinsoniano grave, non responsivo alla terapia dopaminergica).
- Notoriamente la farmacocinetica della L-DOPA (il principio attivo più efficace nel trattamento dei sintomi motori) è significativamente condizionata dall'assunzione dei pasti, con particolare riferimento alle proteine: la L-DOPA è un aminoacido aromatico e viene assorbita dalla mucosa intestinale grazie ad un *carrier* specifico; dello stesso *carrier* si avvalgono gli aminoacidi aromatici derivanti dalle proteine alimentari, realizzando, in caso di concomitante assunzione di L-DOPA, un effetto competitivo sull'assorbimento del farmaco che, assorbito più lentamente, avrà un effetto dilazionato e complessivamente ridotto. Un analogo effetto di competizione verrà prodotto dagli aminoacidi circolanti (assorbiti con il pasto) sul *carrier* specifico a livello di barriera emato-encefalica. Per questi motivi è opportuno che il paziente sia istruito ad assumere la L-DOPA almeno 30 minuti prima di un eventuale prossimo pasto ed a prediligere, a pranzo, pasti a basso contenuto proteico, che va invece riservato alla cena (dato che un'eventuale interferenza con l'effetto notturno della L-DOPA non avrà un significativo impatto sulla performance); d'altra parte un adeguato introito di nutrienti, incluse le proteine, andrà complessivamente incoraggiato, soprattutto nel malato in fase avanzata, essendo questo a maggior rischio di calo ponderale e sarcopenia (per difficoltà nutrizionali correlate a

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

disfagia, inappetenza secondaria a depressione, dispendio calorico correlato ad anomala attività muscolare da rigidità e discinesie). E' inoltre importante scoraggiare una eccessiva assunzione di grassi a pranzo, dato l'effetto di ritardo sullo svuotamento gastrico, con conseguente eccessivo stazionamento della L-DOPA e maggiore rischio di degradazione da parte degli enzimi gastrici. Quanto sopra riportato dovrà essere spiegato al paziente ed ai familiari/caregiver (in particolare coloro che sono addetti alla preparazione dei pasti del paziente) e riportato nella relazione allegata.

- Necessariamente ogni scelta terapeutica sarà proposta al paziente -dopo la comunicazione argomentata della diagnosi- spiegando (in termini comprensibili, secondo il livello cognitivo e culturale del paziente) il razionale della terapia proposta, gli effetti favorevoli della terapia con i relativi tempi farmacologici, oltre agli eventuali effetti collaterali.
- La malattia di Parkinson è una malattia cronica invalidante, che accompagna, dalla diagnosi, l'intera vita del paziente. Appare quindi fondamentale instaurare un **processo in cui le persone affette acquisiscano un maggiore controllo e una maggiore consapevolezza sulle decisioni e le azioni che riguardano la propria malattia, diventando partecipi attivi e consapevoli nella prevenzione, cura e gestione della propria condizione**. Si tratta di fornire quindi ai pazienti le conoscenze, le capacità e le attitudini necessarie per fare scelte informate, promuovendo una partecipazione attiva alla gestione della malattia (*empowerment*).
- E' senza dubbio motivante per il paziente prospettare gli effetti favorevoli che potrà attendersi della terapia prescritta. E' in tale ottica indispensabile illustrare il tempo entro il quale ci si potrà attendere il massimo effetto del farmaco (che, nel caso della L-DOPA, può essere anche di 2-3 settimane), senza generare -in ogni caso- aspettative irrealistiche.
- D'altra parte una equilibrata descrizione dei principali effetti collaterali è imprescindibile: informare preventivamente in merito all'eventuale insorgenza di un potenziale effetto indesiderato e le possibili strategie d'intervento (per esempio l'assunzione preventiva di domperidone, nel caso di nausea generata da L-DOPA) contribuirà a migliorare l'aderenza terapeutica.
- In alcuni casi avvisare paziente e familiari di un possibile effetto avverso di un farmaco prescritto può non avere solo una valenza strettamente medica, ma può consentire all'entourage familiare ed ai caregivers di intervenire per evitare o limitare ricadute. È il caso del disturbo del controllo degli impulsi, potenzialmente indotto dai dopaminoagonisti, che espone il paziente e la sua famiglia ad importanti rischi (economici – nel caso del *gambling* o dello shopping compulsivo- o di riprovazione sociale o di ricaduta giudiziaria -nel caso dell'ipersessualità): sarà quindi necessario avvisare - *trascrivendolo in modo sintetico nella relazione scritta consegnata all'atto della prescrizione*- in merito alla necessità, in caso di comparsa del disturbo, di avvisare tempestivamente MMG e Specialista di riferimento, per programmare una progressiva riduzione, fino a sospensione, del farmaco e/o inviare il paziente al SERD (per eventuale trattamento specifico).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


- La scelta terapeutica dovrà essere quindi condivisa con il paziente ed i familiari, creando la necessaria alleanza terapeutica e la visita (la prima come quelle di controllo) dovrà essere l'occasione per coinvolgere paziente e familiari in un percorso di educazione terapeutica relativa alla malattia ed alla sua cura, farmacologica e non farmacologica.
- Particolarmente nel caso di pazienti non completamente autosufficienti o a particolare rischio (paziente anziano in politerapia farmacologica per comorbidità, marginalità sociale, comorbidità psichiatrica o cognitiva) è indispensabile sensibilizzare, all'atto della prescrizione, non solo il paziente ma anche il caregiver presente, in merito alla necessità di assunzione del farmaco e degli orari di assunzione, di importanza cruciale nella farmacoterapia della MdP.
- Molte delle azioni sopra menzionate -incluso il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari nel "progetto terapeutico" proposto- che sono parte integrante dell'attività dello Specialista dell'Ambulatorio Dedicato, rappresentano la premessa all'aderenza terapeutica del paziente, notoriamente ostacolata proprio dalla scarsa consapevolezza degli interessati in merito alla malattia ed all'importanza della terapia e di una sua corretta assunzione, dalla perdita di fiducia nella terapia, indotta dalla presunta inefficacia o da effetti indesiderati (reali o presunti), dall'oggettiva incapacità di alcuni paziente di gestire la terapia.
- L'aderenza terapeutica sarà ottimizzata da un regolare follow-up, che verrà individualizzato non solo secondo il fenotipo clinico e le necessità strettamente correlate all'andamento della malattia, ma anche tenendo conto del variabile rischio di perdita di aderenza terapeutica di ciascun paziente; a tale proposito la precisa pianificazione, al termine di ciascuna visita presso l'Ambulatorio DisMov dell'AULSS 7, della valutazione successiva e della relativa tempistica (con produzione di un'impegnativa già "temporizzata"), rappresenta un'ulteriore modalità di preservazione dell'aderenza: il paziente ed i familiari, avvertendo in ciò una presa in carico effettiva ed un senso di continuità, risulteranno ulteriormente motivati ad aderire al progetto terapeutico proposto.
- E' previsto in modo esplicito che alcune delle azioni sopra riportate, oltre ad essere verbalmente comunicate a paziente e familiari/caregiver in occasione della visita presso l'Ambulatorio DisMov, siano riportate per iscritto nella relazione rilasciata al termine della visita: ci si riferisce in particolare all'informativa relativa al rischio di effetti collaterali ed alle strategie per affrontarli; questo non solo nell'interesse del paziente, ma anche a tutela medico-legale del Neurologo prescrittore (particolarmente per quanto riguarda alcuni tra gli effetti collaterali potenzialmente più gravi, come quelli correlati al discontrollo degli impulsi).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Farmaci per la terapia della Malattia di Parkinson


L-DOPA

Categoria Farmacologica	Farmaco	Indicazioni	Caratteristiche
L-DOPA	<ul style="list-style-type: none"> L-DOPA+carbidopa e L-DOPA+benserazide a rilascio standard 	<ul style="list-style-type: none"> In fase iniziale: monoterapia In fase avanzata: <ul style="list-style-type: none"> Monoterapia associazione con dopamino agonisti (DA) o inibitori enzimatici 	<ul style="list-style-type: none"> Emivita: breve (3 h) Assorbimento: influenzato da interferenza con alimenti proteici e dallo svuotamento gastrico Schema posologico: <ul style="list-style-type: none"> 2-3 vv/die in fase iniziale Incremento della frequenza in fase avanzata Effetto sintomatico superiore a quello dei DA e degli IMAO (in fase iniziale)
	<ul style="list-style-type: none"> L-DOPA+carbidopa e L-DOPA+benserazide a rilascio modificato/prolungato 	<ul style="list-style-type: none"> In fase iniziale in caso di scarsa tollerabilità delle formulazioni standard In fase avanzata per contrastare l'end of dose wearing-off Unica dose serale per contrastare l'acinesia notturna 	<ul style="list-style-type: none"> Effetto prolungato (4-6 h) rispetto allo standard Assorbimento più lento e minore biodisponibilità Assorbimento ed effetto erratici, soprattutto in caso di rallentamento del transito intestinale
	<ul style="list-style-type: none"> L-DOPA metilestere+carbidopa L-DOPA+benserazide dispersibile 	<ul style="list-style-type: none"> In caso di scarso o rallentato assorbimento delle formulazioni standard Nell'acinesia mattutina, come prima dose come terapia "al bisogno" in caso di episodi off imprevedibili 	<ul style="list-style-type: none"> Latenza di effetto più breve vs. lo standard Le compresse vanno sciolte in acqua
TERAPIA IN FASE AVANZATA	<ul style="list-style-type: none"> Foslevodpa+foscarbidopa 	<ul style="list-style-type: none"> Fase avanzata con fluttuazioni non controllabili dalla terapia convenzionale 	<ul style="list-style-type: none"> Somministrabile s.c. mediante apposito infusore Garantisce un'azione continua, prolungando lo stato di "on" e contrastando le fluttuazioni L'infusione sottocutanea può determinare noduli sottocutanei nei siti di iniezione

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Dopaminoagonisti


Categoria Farmacologica	Farmaco	Indicazioni	Caratteristiche
DOPAMINO AGONISTI	<ul style="list-style-type: none"> Pramipexolo e ropinirolo a rilascio standard 	<ul style="list-style-type: none"> In fase iniziale: monoterapia In fase avanzata: <ul style="list-style-type: none"> Monoterapia associazione a L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie 	<ul style="list-style-type: none"> Efficacia su alcuni sintomi non motori come l'apatia, la depressione e la sindrome delle gambe senza riposo Minore efficacia sui sintomi motori vs. L-DOPA Assunzione 3 volte /die Maggiore incidenza vs. L-DOPA di di: <ul style="list-style-type: none"> Nausea Edemi disturbo del controllo degli impulsi sonnolenza diurna/colpi di sonno (con limitazione alla guida) Allucinazioni e deliri (più in anziani con disturbi cognitivi)
	<ul style="list-style-type: none"> Pramipexolo e ropinirolo rilascio prolungato 	<ul style="list-style-type: none"> In fase iniziale: monoterapia In fase avanzata: <ul style="list-style-type: none"> Monoterapia associazione a L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie 	<ul style="list-style-type: none"> Effetto prolungato rispetto allo standard Assunzione 1 volta/die Efficacia paragonabile allo standard Minor rischio di disturbo del controllo degli impulsi vs. rilascio standard
	<ul style="list-style-type: none"> Rotigotina cerotti transdermici 	<ul style="list-style-type: none"> In fase iniziale: monoterapia In fase avanzata: <ul style="list-style-type: none"> Monoterapia associazione a L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie Utili in caso di necessità di sospensione della terapia orale (interventi chirurgici...) 	<ul style="list-style-type: none"> Assorbimento costante 1 cerotto/24 ore Efficacia e profilo di tollerabilità simili agli altri DA Minor rischio di disturbo del controllo degli impulsi vs. i DA orali Possibile intolleranza cutanea Il cerotto tende a staccarsi, in particolare d'estate, in soggetti con iperidrosi
TERAPIA IN FASE AVANZATA	<ul style="list-style-type: none"> Apomorfina fiale s.c. 	<ul style="list-style-type: none"> Utile come test diagnostico Fase avanzata: come terapia al bisogno per contrastare "off" In caso di sospensione della terapia orale Come terapia di fase avanzata, in infusione continua, quando la terapia convenzionale risulta inadeguata a gestire fluttuazioni e discinesie 	<ul style="list-style-type: none"> Azione rapida se usata a.b. Effetto sui disturbi motori paragonabile a quello della L-DOPA Somministrabile s.c. mediante apposito infusore, garantendo un'azione continua, prolungando lo stato di "on" e contrastando le fluttuazioni Produce facilmente nausea L'infusione sottocutanea può determinare noduli sottocutanei nei siti di iniezione

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Altri farmaci

Categoria Farmacologica	Farmaco	Indicazioni	Caratteristiche
ICOMT	• Entacapone*	• In fase avanzata: in associazione con L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie	• Ogni dose si associa ad una dose di L-DOPA • Potenzia e prolunga l'effetto della L-DOPA • Può accentuare gli effetti collaterali della L-DOPA • Colorazione scura delle urine
	• Opicapone*	• In fase avanzata: in associazione con L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie	• Elevata affinità per l'enzima COMT • Assunzione 1 volta/die • Potenzia e prolunga l'effetto della L-DOPA • Può accentuare gli effetti collaterali della L-DOPA
	• Tolcapone*	• In fase avanzata: in associazione con L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie • Seconda scelta rispetto agli altri ICOMT per la scarsa maneggevolezza	• Rischio di epatite con necessità di monitoraggio periodico di AST ed ALT
	• Associazione L-DOPA/carbidopa Entacapone*	• In fase avanzata: per contrastare le fluttuazioni motorie	• 2-4 vv./die • Effetti collaterali della L-DOPA
IMAOB Azione selettiva-irreversibile	• Selegilina • Rasagilina*	• In fase iniziale: anche in monoterapia (forme lievi di MdP) • In fase avanzata: in associazione con L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie	• Monosomministrazione
IMAOB (azione selettiva-reversibile)/modulazione glutamatergica	• Safinamide*	• in associazione con L-DOPA per contrastare le fluttuazioni motorie	• Monosomministrazione • Potenziamiento degli effetti collaterali della L-DOPA
ANTAGONISTI NMDA	• Amantadina	• In fase avanzata per contrastare le discinesie	• All'azione antidiscinetica associa un lieve effetto sui sintomi motori • Effetti collaterali: confusione, allucinazioni, allungamento del tratto QTc • Schema posologico: 1-2/die
ANTICOLINERGICI	• Biperidene • Triesifenidile	• In caso di tremore non responsivo alla terapia dopaminergica	• Effetti collaterali: aumento della pressione oculare (controindicato nel glaucoma); ritenzione urinaria; stipsi; confusione; peggioramento delle funzioni cognitive

*Prescrizione con Piano Terapeutico del Neurologo

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


♀♂ **Differenze di genere nella risposta alla terapia dopaminergica e nelle complicanze motorie: considerazioni generali ed indicazioni nel presente PPDTA**

- **L-DOPA.** Le pazienti affette da MdP presentano, rispetto ai maschi, una maggiore incidenza di complicanze della terapia con L-DOPA. In effetti le donne presentano fluttuazioni motorie e discinesie più frequentemente degli uomini. Il rischio di *wearing-off* è 80% circa più elevato nella femmina e ciò condiziona un maggiore impatto economico. Anche la severità delle discinesie sembra condizionato da un “sex effect” sfavorevole alla donna, dato che il sesso femminile è il maggior fattore di rischio indipendente (non correlato al peso corporeo) nello sviluppo di discinesie L-DOPA-indotte; il rischio di discinesie è 6 volte maggiore nel sesso femminile, con una maggiore precocità d’esordio (4 anni in media vs. 6 anni per i maschi). Nel sesso femminile è stata descritta una tipica tendenza a sviluppare discinesie disabilitanti dopo l’assunzione di dosi di L-DOPA molto piccole, di 100 mg o meno (“brittle response”). L’insorgenza di discinesie è fortemente correlata alla biodisponibilità della L-DOPA e nel sesso femminile si osservano più elevati picchi plasmatici dopo l’assunzione di dosi di L-DOPA. Potrebbero inoltre influire sulla diversa incidenza e gravità degli effetti collaterali della L-DOPA altri fattori, tra cui differenza nell’assorbimento, peso corporeo e BMI più bassi, polimorfismi genetici ed una diversa organizzazione delle reti neurali.

Le Linee Guida non si esprimono in merito al genere come fattore di scelta per un diverso approccio farmacologico e di fatto, uomini e donne affetti da MdP vengono trattati con regimi posologici sostanzialmente analoghi. Tuttavia **le evidenze disponibili suggeriscono di prescrivere una minor LED (L-DOPA Equivalent Dose) ai pazienti di sesso femminile, proprio in relazione alla maggior probabilità, delle donne di sviluppare discinesie**: il dosaggio di L-DOPA per Kg di peso corporeo è infatti un fondamentale fattore indipendente predittivo della comparsa di discinesie e probabilmente è uno dei principali fattori (anche se non il solo) a determinare una maggiore incidenza di discinesie nelle donne.

Si ritiene che una dose di L-DOPA superiore a 5.6-5.8 mg/Kg di peso corporeo/die sia fortemente predittiva della comparsa di discinesie e fluttuazioni in qualche fase della malattia. Tale dose soglia dovrebbe essere calcolata fin dall’inizio del follow-up per ogni paziente ed il peso corporeo dovrebbe essere rilevato sin dalla prima visita e costantemente monitorato nelle visite di controllo.

- **Safinamide.** Due studi multicentrici internazionali hanno documentato una analoga efficacia di safinamide clinica nei due sessi, a dispetto di una maggiore incidenza di complicanze motorie e di fluttuazioni non motorie nella donna rispetto al maschio.


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

B. Terapia dei disturbi non motori.


- I criteri generali riportati per la terapia farmacologica dei disturbi motori, valgono anche per la terapia dei sintomi non motori.
- I disturbi non motori (classificabili in: psichici, cognitivi, comportamentali; disturbi del sonno; disturbi del sistema nervoso autonomo; sensitivi/sensoriali; altri) possono essere trattati con una combinazione di modifica dello stile di vita, approcci non farmacologici, approcci farmacologici, passando eventualmente-nei casi più impegnativi- per una valutazione specialistica (Foniatrica, Urologica, Psichiatrica...).

Sintomi Non-Motori: gestione e trattamento nel PPDTA


SINTOMI NON MOTORI 1: PSICHICI, COGNITIVI, COMPORTAMENTALI		
Sintomo	Misure non farmacologiche/Misure farmacologiche di I° livello	Valutazione Specialistica mirata/Misure farmacologiche di II° livello
Ansia e depressione	<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare la socializzazione ed il mutuo supporto (associazioni di pazienti parkinsoniani) • CBT (anche "in remoto") • Pramipexolo, rasagilina, selegilina 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansia: benzodiazepine • Depressione: anti-depressivi (preferendo SNRI, SSRI, TCA) • Visita Psichiatrica nei casi gravi
Disturbo del controllo degli impulsi	<ul style="list-style-type: none"> • Rimodulazione terapia dopaminergica ed eventuale riduzione/sospensione dei DA in favore di L-DOPA • Transizione da DA rilascio standard a DA rilascio prolungato 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Psichiatrica presso il SERD • CBT • Terapia farmacologica (SSRI) • Transizione a foslevodopa in infusione s.c.
Disturbo neurocognitivo	Valutazione Neuropsicologica e Stimolazione Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Inibitori dell'acetilcolinesterasi: Rivastigmina cp o cerotti, donepezil, galantamina • Memantina se inibitori C.E. sono controindicati/non tollerati o, nella fase avanzata, anche in associazione con essi)
Disturbi percettivi (allucinosi, allucinazioni) e dell'ideazione (delirio)	Se il pz. mantiene critica per il disturbo percettivo questo non interferisce con la funzionalità: <ul style="list-style-type: none"> • spiegazione/rassicurazione • Rimodulazione dei farmaci (in particolare dei DA). • Quetiapina (se non presente deficit cognitivo) 	Visita Psichiatrica e prescrizione di clozapina

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

SINTOMI NON MOTORI 2: DISTURBI DEL SONNO		
Sintomo	Misura non farmacologiche/Misure farmacologiche di I° livello	Valutazione Specialistica mirata/Misure farmacologiche di II livello
Insomnia	Misure comportamentali: corretta igiene del sonno	<ul style="list-style-type: none"> Se correlata ad acinesia notturna: adeguamento della terapia dopaminergica (RM serale, inibitori enzimatici, rotigotina cerotto) Melatonina. Sedativi (BDZ, quetiapina) Daridorexant
Eccessiva sonnolenza diurna	Corretta igiene del sonno	<ul style="list-style-type: none"> Caffeina Modafinil (PT) Se sospetta OSAS: Valutazione Pneumologica per polisonnografia ed eventuale CPAP
Disturbi del movimento correlati al sonno (movimenti periodici del sonno).	Diagnosi e caratterizzazione clinica (DD vs RLS)	<ul style="list-style-type: none"> Polisonnografia DA Pregabalin, gabapentin BDZ Terapia marziale (se iposideremia)
Sdr delle gambe senza riposo		<ul style="list-style-type: none"> Dopaminoagonisti e pregabalin Terapia marziale (se iposideremia)
Disturbo comportamentale del sonno REM (RBD)	<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione dei danni al paziente ovvero prevenzione delle cadute dal letto o altri traumi (contro testiera/pediera del letto, mobili...). Curare la sicurezza a letto del coniuge/convivente (per evitare traumi) Evitare SSRI, in particolare la sera 	<ul style="list-style-type: none"> BDZ (clonazepam) Melatonina


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

SINTOMI NON MOTORI 3: DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO		
Sintomo	Misure non farmacologiche/Lifestyle/Misure farmacologiche di I livello	Valutazione Specialistica mirata/Misure farmacologiche di II livello
Ipotensione ortostatica (viene consegnato foglio specifico con consigli)	<ul style="list-style-type: none"> • Rimuovere fattori favorenti (disidratazione, febbre, anemia...) • Idratazione (fino a 2.5 L/die di acqua). Assunzione di un bolo d'acqua aumenta la PA nei successivi 30'-90' • Adeguato apporto di sodio (6-10 gr/die di NaCl) • Attività fisica moderata • Evitare rapida assunzione della stazione eretta, prolungata stazione eretta • In caso di sintomi ipotensivi (capogiri...): sedersi o distendersi, effettuare manovre che alzino la BP (accavallare le gambe, contrarre m. addominali e glutei, chiudere le mani a pugno): sedute di training mirato, in corso di monitoraggio continuo della pressione arteriosa, possono aiutare il paziente a selezionare le manovre più efficaci, ottimizzandone il rendimento. • Per i maschi: urinare seduti; in generale: evitare di alzarsi rapidamente dopo minzione/defecazione; evitare manovra di Valsalva (ponzamento); farsi la doccia seduti. • Evitare l'esposizione al calore • In relazione all'ipotensione post-prandiale: pasti piccoli, non ricchi in carboidrati e frequenti; evitare il consumo di alcoolici • Caffaina, liquirizia (glicirizina) • Rimodulare la terapia anti-ipertensiva • Rimodulare terapia dopaminergica • Fascia addominale (EB) Calze elasto-compressive (non EB) • Dormire con il capo elevato di 10-20° per aumentare l'ADH 	<ul style="list-style-type: none"> • Midodrina • Fludrocortisone • Droxidopa-EB- (non commercializzata in Italia) • Eritropoietina ma rischio di policemia e trombosi • Piridostigmina, yohimbina, ergotamina, diidroergotamina, efedrina, desmopressina, indometacina e fluoxetina non sono evidence-based
Urgenza minzionale, incontinenza, stimolo minzionale notturno/nicturia (iperattività detrusoriale)	<ul style="list-style-type: none"> • Minzioni programmate • Evitare di bere prima di coricarsi, evitare alcool e caffeina • Panni assorbenti • Esercizi pavimento pelvico 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Urologica • Anticolinergici: solifenacina; ossibutinina e tolterodina non nel deterioramento cognitivo. • Alfalitici: tamsulosina • Beta-stimolanti: mirabregon • Tossina botulinica nello sfintere
Ritenzione urinaria		Valutazione Urologica; Cateterizzazione; Chirurgica Urologica
Disfunzione erettile	<i>Counselling, sex-therapy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sildenafil (Tadalafil) • Iniezione intracavernosa di alprostadil e moxislyte • Vacuum devices
Stipsi	Adeguamento dieta, idratazione, esercizio fisico, probiotici	Macrogol, senna, olio di vaselina, magnesio, procinetici (domperidone), microclismi
Gastroparesi		Domperidone
Disfagia (viene consegnato foglio)	Modifica delle consistenze alimentari, addensanti per i liquidi, <i>counselling</i> e Logopedia	Ottimizzazione della terapia dopaminergica
Iperidrosi e turbe della termoregolazione.		Infiltrazione di tossina botulinica

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

SINTOMI NON MOTORI 4: SENSITIVO/SENSORIALI		
Sintomo	Misure non farmacologiche/Lifestyle/Misure farmacologiche di I livello	Valutazione Specialistica mirata/Misure farmacologiche di II° livello
Dolore/disturbi muscolo scheletrici	Ottimizzazione della terapia Rassicurazione Esercizio fisico Terapia anti-depressiva	Terapia analgesica
Iposmia/Anosmia	Adeguamento sapidità ed appetibilità dei cibi	

SINTOMI NON MOTORI 5: MISCELLANEA		
Sintomo	Misure non farmacologiche/Lifestyle/Misure farmacologiche di I° livello	Valutazione Specialistica mirata/Misure farmacologiche di II° livello
Scialorrea	Masticare chewing-gum o caramella può aiutare, temporaneamente (in condizioni sociali) ad indirizzare in modo più consapevole la deglutizione	<ul style="list-style-type: none"> • Anticolinergici: triesifenidile; glicopirrolato (non passa BBB) • Infiltrazione tossina botulinica A intraparotidea
Disturbi oculari/visivi <ul style="list-style-type: none"> • Secchezza corneale per riduzione dell'ammiccamento. • Difficoltà a leggere per lentezza nei movimenti oculari. 	Ottimizzazione della terapia dopaminergica Rieducazione ortottica Adeguata idratazione corneo-congiuntivale	
Rischio melanoma	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione: sorveglianza della cute e visite dermatologiche periodiche • Adeguata igiene cutanea e cosmesi 	
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione del regime dopaminergico, • Ottimizzare il sonno • Regolare esercizio fisico • Dieta adeguata • Assunzione di caffeina, evitare alcool • Trattamento della depressione 	
Calo ponderale	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione deglutizione • Ottimizzazione dell'apporto dietetico, con particolare riguardo all'apporto calorico complessivo ed alla componente proteica. • Ottimizzazione della terapia dopaminergica in caso di discinesie • Esercizio fisico contro resistenza per ostacolare la sarcopenia 	Valutazione Dietologica Valutazione Foniatria

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

C. Terapie avanzate o di II livello. Sono indicate quando fluttuazioni e/o discinesie non sono più controllate dalla sola terapia farmacologica. Le terapie avanzate sono controindicate in caso di gravi malattie sistemiche. Ulteriori controindicazioni possono essere rappresentate dalla concomitanza di un franco deterioramento cognitivo o di patologie psichiatriche, tali da compromettere l'aderenza alle terapie stesse o da predisporre a gravi effetti collaterali: nel sospetto di tali problematiche, una valutazione neuropsicologica ed una eventuale valutazione psichiatrica saranno indispensabili, per vagliare le competenze psichiche e comportamentali necessarie a confermare l'effettiva eleggibilità del paziente alle procedure.

Le terapie avanzate possono essere infusionali o chirurgiche:

1. Infusionali:

Infusione sottocute di apomorfina.

Infusione sottocutanea di fos-L-DOPA

Infusione duodenale di levodopa/carbidopa tramite duodenostomia.

2. Chirurgiche/interventistiche:

DBS

Talamotomia del nucleo Ventrale Intermedio mediante MRgFUS (MR-guided Focused UltraSound)

Attualmente presso i due distretti D1 e D2 non sono direttamente disponibili terapie avanzate. Per garantire anche ai pazienti residenti nell'AULSS 7 Pedemontana l'accesso a tali opportunità, è stato previsto dal presente PPDTA un rapporto di collaborazione con l'Ambulatorio per i Disturbi del Movimento della Neurologia dell'Ospedale di Vicenza, il Centro esperto in terapie avanzate geograficamente più vicino.

Una volta constatata l'inefficacia della terapia farmacologica convenzionale nel controllare fluttuazioni e discinesie in modo compatibile con un'adeguata qualità della vita del paziente, il paziente stesso ed i Familiari/Caregiver vengono informati in merito alla possibilità di accedere ad una terapia avanzata, prospettando le diverse modalità (terapie infusionali o interventistiche), rispettivi vantaggi, svantaggi ed effetti collaterali. Ottenuto un generico assenso degli interessati, viene inviata una dettagliata relazione clinica al Responsabile dell'Ambulatorio dedicato di Vicenza (alla mail ambulatorio.parkinson@aulss8.veneto.it) per un parere di massima in merito all'eleggibilità alla terapia avanzata. Ottenuto un parere positivo viene pianificato l'invio del paziente, accompagnato dai Familiari/Caregiver per una valutazione più specifica.

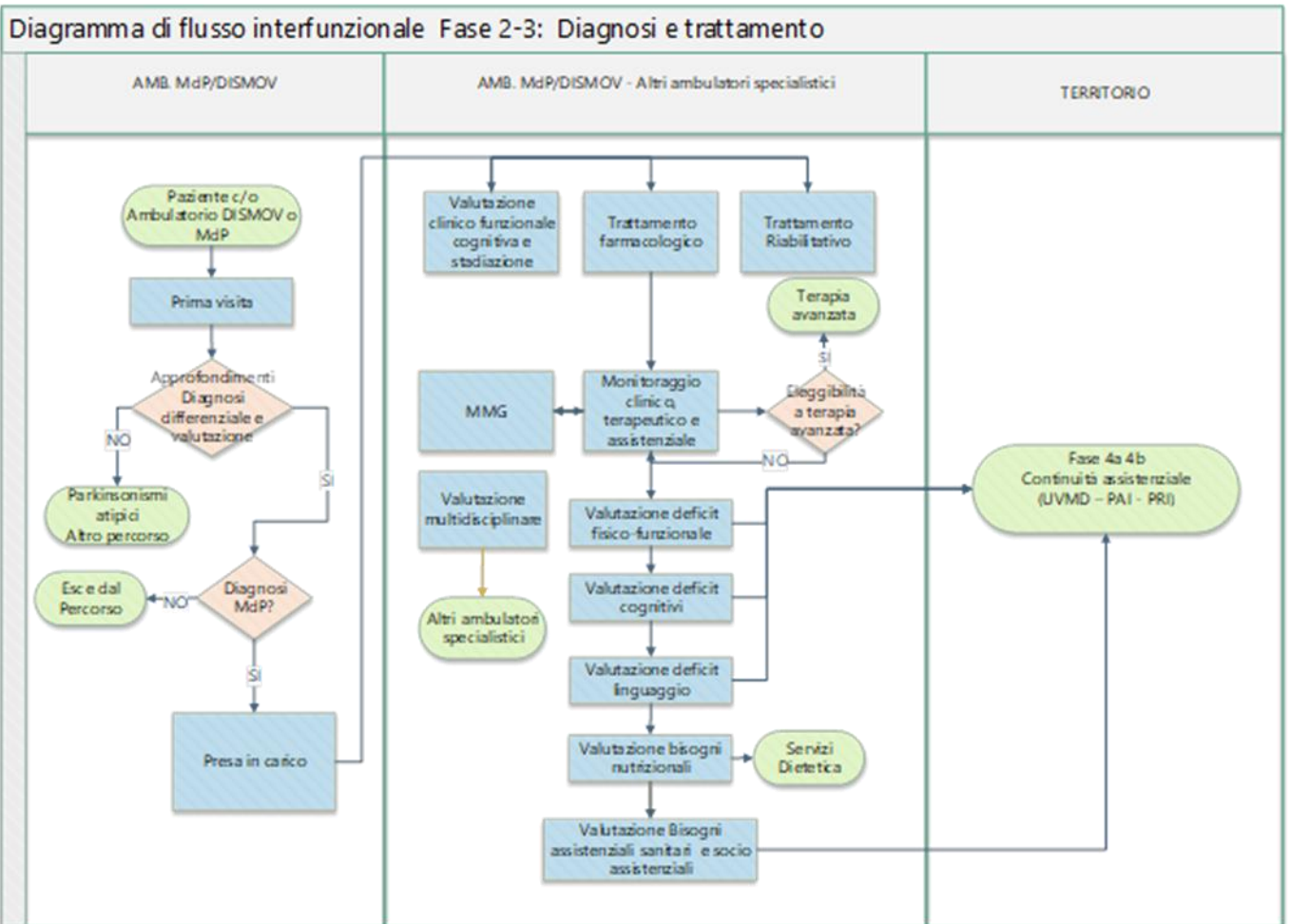



Differenze di genere e terapie di II livello. Le donne hanno anche minore accesso, statisticamente alla DBS. Tale procedura produce effetti ugualmente favorevoli sui disturbi motori nei due sessi, ma mentre nella donna produce un più evidente miglioramento della qualità della vita e delle discinesie, nei maschi determina un maggiore miglioramento della camptocormia.



**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Diagramma di flusso:



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Trattamento riabilitativo: introduzione

Criteri di ingresso nella fase:

Paziente con diagnosi di malattia di Parkinson che presenta un bisogno riabilitativo sia di tipo motorio che non motorio.

Criteri di uscita dalla fase:


- Paziente con diagnosi di malattia di Parkinson che ha già eseguito dei trattamenti riabilitativi con deficit motori e non motori stabili ed entra nella fase 4 “fase di continuità assistenziale”.
- Paziente che presenta comorbilità potenzialmente fatali e disabilitanti ed entra nella fase 5 “fase assistenziale avanzata e cure palliative”.

Obiettivo del processo:

- Intercettare precocemente i bisogni riabilitativi motori, cognitivo-comportamentali e comunicativi, per tutelare l'autonomia del paziente, predisponendo interventi appropriati prima della comparsa della disabilità.
- L'obiettivo non deve essere circoscritto allo stadio in cui si trova il paziente, ma deve essere propedeutico ad affrontare gli stadi di malattia successivi in un'ottica preventiva di presa in carico integrata.

Attività:

1. Il Medico Specialista Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale o dell'Ambulatorio DisMov, in occasione della prima visita o durante le visite di follow-up, rileva il bisogno riabilitativo e prescrive una Valutazione Fisiatrica presso l'Ambulatorio Fisiatrico Divisionale. La prescrizione è da ritenersi appropriata fin dai primi stadi di malattia (valutati secondo la scala Hoehn e Yahr modificata) e può porsi con priorità B, D, P. La prenotazione avviene presso il CUP aziendale. I setting di erogazione sono gli Ambulatori Fisiatrici situati nel D1 e nel D2.
2. Il Fisiatra (presso il D2 nell'ambulatorio fisiatrico dedicato ai disturbi del movimento, presso il D1 nell'ambulatorio fisiatrico divisionale), valuta la necessità di presa in carico riabilitativa e definisce (*output*):
 - Fase di malattia
 - Grado di compromissione cognitiva-motoria-funzionale-occupazionale
 - Potenzialità residue
3. Con approccio multidisciplinare viene definito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), pianificando obiettivi e strategie (soggetti, lungo percorso clinico-assistenziale, ad eventuale rivalutazione) nel rispetto delle necessità personali del paziente e dei fattori di contesto. Verrà quindi intrapreso il percorso più appropriato per i bisogni specifici, con il

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

coinvolgimento delle figure professionali di riferimento (Fisioterapista, Logopedista, Terapista Occupazionale). Vengono contestualmente individuati: il setting riabilitativo appropriato (intensivo, estensivo, setting di prevenzione o mantenimento) secondo necessità; l'eventuale necessità di ausili di supporto dell'autonomia nelle attività quotidiane.

4. Il Neurologo o il Fisiatra, in occasione della prima visita o delle visite di *follow-up*, possono prescrivere, se ritenuta indicata, una Valutazione Foniatica (Ambulatorio Foniatico). La prenotazione avviene: nel D1, allegando direttamente l'impegnativa generata dal Neurologo presso lo sportello dell'ORL (via preferenziale); nel D2 allegando l'impegnativa del Neurologo presso il CUP aziendale.
Gli Specialisti Foniatra ed Otorinolaringoiatra, dopo la valutazione, potranno prescrivere la presa in carico riabilitativa logopedica del paziente.
5. Il Fisiatra, al termine del percorso riabilitativo, effettua una visita di controllo, possibilmente in presenza del Fisioterapista/Logopedista di riferimento, per la presa in carico del paziente. La finalità è la rivalutazione congiunta del caso e la misurazione degli esiti.

Trattamento riabilitativo 1: la Fisioterapia

Obiettivo

Promuovere indipendenza, sicurezza e benessere del paziente attraverso la prevenzione dell'inattività fisica e delle cadute, migliorando la funzionalità nelle attività della vita quotidiana.

Percorso

1. **Prima valutazione fisioterapica.** Nella prima seduta fisioterapica sono effettuate le seguenti valutazioni:
 - Valutazione generale con UPDRS/altre scale e colloquio iniziale
 - Valutazione rischio cadute con Test di Tinetti o scala di Berg.
2. **Obiettivi di trattamento della presa in carico fisioterapica.** Per ogni fase si individuano i seguenti obiettivi di trattamento, personalizzati in base ai dati raccolti nella prima valutazione:

Fase lieve (HY 1 e 2)

Educazione del paziente e del *caregiver* in merito al ruolo e alla tipologia di attività fisica, individuando programmi di attività motoria aerobica personalizzati e definendo esercizi specifici per il mantenimento della capacità fisica attuale (capacità aerobica, forza muscolare, mobilità articolare, equilibrio, abilità di *dual tasking*, coordinazione, controllo posturale). Per i pazienti in questa fase è stato prodotto del materiale informativo (opuscolo) con l'obiettivo di informare, motivare e guidare

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

il paziente in merito alle attività consigliate (attività motoria e esercizi consigliati con informazioni relative a tipologia, frequenza e intensità dell'attività).

Fase moderata (HY 3)

Si perseguono gli obiettivi citati per la fase lieve, si personalizzano e si incentivano le proposte terapeutiche mirate a migliorare la verticalità e le funzioni del tronco, la simmetria ed il controllo posturale, l'addestramento all'esecuzione dei passaggi posturali, l'individuazione delle strategie per il controllo del *freezing* e della festinazione e la promozione di strategie per favorire la gestione del dolore qualora presente.

Fase moderata (HY 4)

In questa fase le proposte riabilitative sono mirate alla prevenzione delle cadute, all'individuazione ed addestramento all'utilizzo di eventuali ausili per limitare le cadute, alla valutazione e individuazione di strategie per incrementare l'autonomia dell'utente nella vita quotidiana.

Fase avanzata (HY 5)

In questa fase l'intervento è orientato alla prevenzione delle rigidità, al mantenimento delle abilità residue, all'individuazione di ausili per la gestione del paziente e per i trasferimenti nel *setting* domiciliare.


3. Interventi. Gli interventi proposti possono afferire alle seguenti tipologie:

- Rieducazione neuromotoria individuale o in gruppo.
- Addestramento del *caregiver*.
- Terapia occupazionale.
- Educazione del paziente.

4. Percorsi prescrivibili. Per ogni fase si individuano i seguenti percorsi prescrivibili dal medico fisiatra in collaborazione con il team riabilitativo:

Fase lieve (HY 1-2). Consegna di opuscolo informativo da parte del medico fisiatra durante la prima visita o le visite di follow – up.

Fase moderata (HY 2 – 4). Sono in alternativa prescrivibili due percorsi:


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

a) Ciclo di fisioterapia individuale ambulatoriale

<i>Prescrittore</i>	Medico fisiatra durante la prima visita o le visite di <i>follow-up</i>
<i>Tipologia pazienti</i>	Utenti con problematiche motorie che necessitano di una presa in carico individuale e che presentano alterazioni dell'equilibrio e della postura.
<i>Setting</i>	Ambulatori di fisioterapia del Dipartimento di Riabilitazione Ospedale Territorio ULSS7: - Ambulatori di fisioterapia dell'U.O.S. MFR del D1 (Ospedale San Bassiano) - Ambulatori di fisioterapia dell'UOC RRF D2 (Ospedale Alto Vicentino, Casa della salute Schio, Centro polifunzionale Boldrini)
<i>Numero di sedute</i>	5 (per cicli brevi) e 10 (per cicli lunghi)
<i>Frequenza</i>	Mono-settimanale o bisettimanale
<i>Modalità di accesso</i>	fisiatra (da ambulatorio dedicato ai disturbi del movimento) o fisiatra (dall'ambulatorio divisionale)
<i>Priorità</i>	D, P
<i>Esiti</i>	Rivalutazione del paziente con il medico fisiatra per valutare il raggiungimento degli obiettivi presenti nel PRI (possibilmente in presenza del logopedista o fisioterapista di riferimento del caso) prevedendo dei pomeriggi dedicati ai controlli da parte del medico fisiatra.
<i>Ipotesi indicatore di processo</i>	Nr di pazienti inseriti nel percorso individuale/nr pazienti valutati dal medico fisiatra
<i>Ipotesi indicatore di esito</i>	· Nr di utenti che presentano riduzione del rischio caduta (Tinetti) e delle condizioni generali (UPDRS)/nr di pazienti presi in carico · Nr di utenti soddisfatti della presa in carico/nr di pazienti presi in carico


Risorse necessarie per il percorso individuale. Il presente percorso richiederebbe l'erogazione stabile e continuativa delle seguenti ore mensili: 4 ore settimanali erogate presso ciascun distretto (D1 e D2), corrispondenti alla presa in carico di un numero medio pari a 3-4 pazienti/settimana (considerando cicli di 10 sedute, il totale di pazienti presi in carico è di 3-4 ogni due mesi).*

**il percorso descritto è quindi implementabile con continuità se si individuano risorse umane aggiuntive a quelle attualmente disponibili o si definiscono gli ambiti da prioritarizzare con le risorse attualmente presenti*

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

b) Ciclo di fisioterapia di gruppo ambulatoriale

<i>Prescrittore</i>	Medico fisiatra durante la prima visita o le visite di <i>follow-up</i>
<i>Tipologia pazienti</i>	utente con problematiche motorie di grado lieve e moderato, che non presentano instabilità posturale o importanti alterazioni dell'equilibrio
<i>Setting</i>	- Ambulatori di fisioterapia dell'U.O.S. MFR del D1 (Ospedale San Bassiano) - Ambulatori di fisioterapia dell'UOC RRF D2 (Ospedale Alto Vicentino, Casa della salute Schio, Centro polifunzionale Boldrini)
<i>Numero di sedute</i>	10
<i>Frequenza</i>	mono o bisettimanale
<i>Modalità di accesso</i>	fisiatra (da ambulatorio dedicato ai disturbi del movimento) o fisiatra (dall'ambulatorio divisionale)
<i>Priorità</i>	D, P
<i>Esiti</i>	Rivalutazione del paziente da parte del team riabilitativo
<i>Ipotesi indicatore di processo</i>	Nr di pazienti inseriti nel percorso gruppo/nr pazienti valutati dal medico fisiatra
<i>Ipotesi indicatori di esito</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Nr di utenti che presentano riduzione del rischio caduta (Tinetti) e delle condizioni generali (UPDRS)/nr di pazienti presi in carico · Nr di utenti soddisfatti della presa in carico/nr di pazienti presi in carico

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Risorse attualmente disponibili per la fisioterapia di gruppo ambulatoriale. Con le risorse attuali, presso ciascun distretto, 2 ore settimanali, corrispondenti alla presa in carico di 4-5 pazienti/settimana (considerando le 10 sedute, il totale di pazienti presi in carico è di 4-5 ogni due mesi).*

**Il percorso descritto è implementabile con continuità se si individuano risorse umane aggiuntive a quelle attualmente disponibili.*

Fase avanzata (HY 5). Per la fase avanzata sono previsti uno o più cicli di fisioterapia domiciliare

Prescrittore: Medico Fisiatra durante la prima visita o le visite di follow up

Setting: Servizio di riabilitazione territoriale presso D2

Numero sedute: 2-3 per istruzione caregiver, educazione trasferimenti, valutazione ausili e posture.

Modalità di accesso: Fisiatra (da ambulatorio dedicato nel D2) o fisiatra (dall'ambulatorio divisionale nel D1).

Timing: B (grave instabilità), D, P

Esiti: confronto con medico fisiatra per valutare il raggiungimento degli obiettivi

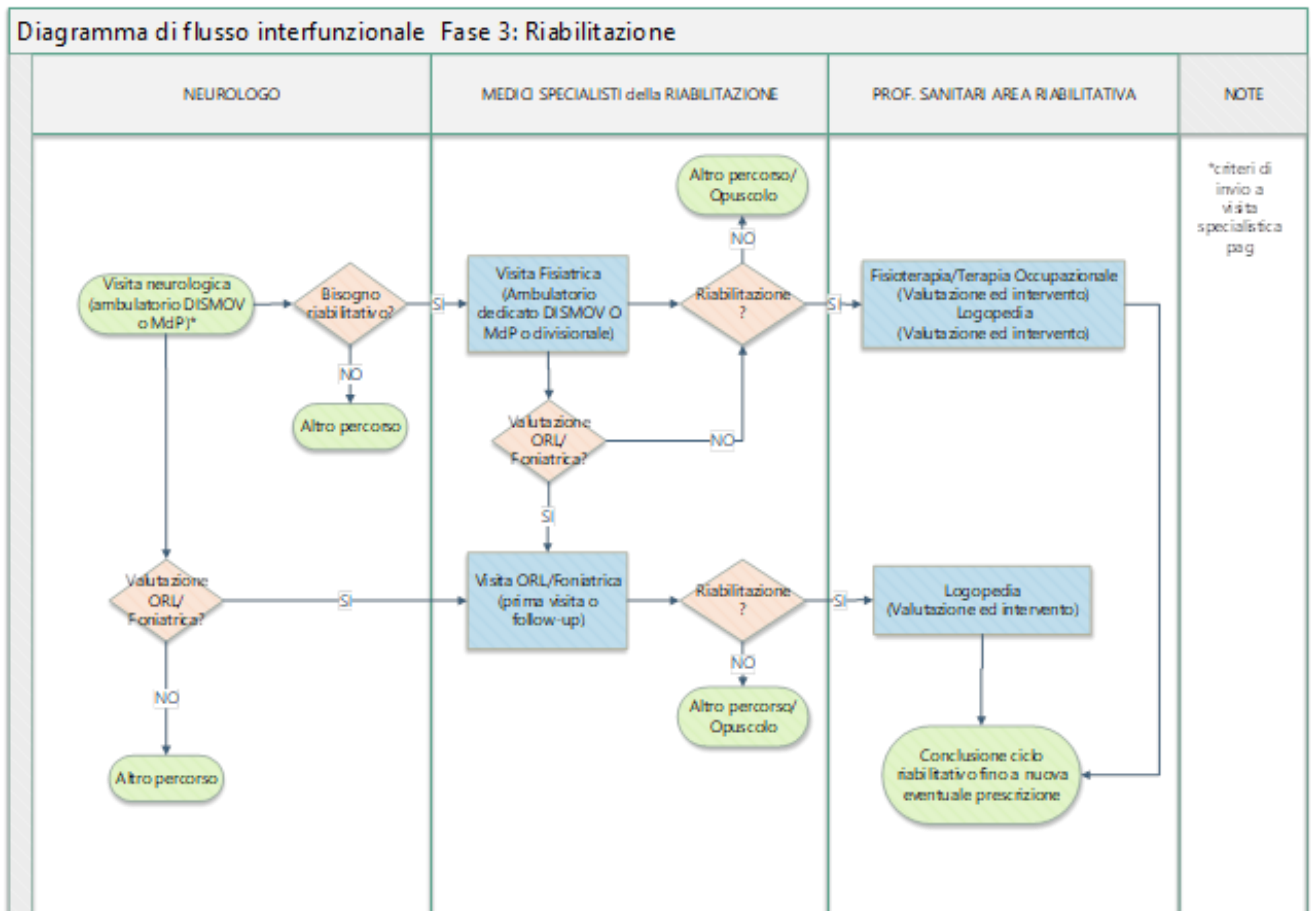
Percorsi prescrivibili e trasversali a tutte le fasi di malattia:


- **Ciclo di fisioterapia individuale per utenti in regime di ricovero ospedaliero.** Se la persona affetta da MdP è ricoverata in Ospedale, può essere attivata la fisioterapia tramite una richiesta di consulenza fisiatrica da parte del medico di reparto. Qualora l'utente presenti una sindrome da allettamento per un marcato peggioramento dei sintomi, si potranno porre la necessità di ausili per il cammino e l'addestramento ad essi e l'opportunità di indicazioni per la gestione a domicilio (dopo la dimissione): Fisiatra e Fisioterapista provvederanno in tal senso
- **Ricovero breve cod.56.** E' possibile un ricovero breve (2 settimane) per peggioramenti del quadro clinico valutati dal medico Fisiatra.



**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Diagramma di flusso:



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Trattamento riabilitativo 2: la Logopedia

Obiettivo

Proporre l'intervento logopedico più appropriato relativamente ai seguenti domini:

- **difficoltà comunicativo-linguistiche:** disartria ipocinetica; difficoltà di accesso lessicale; influenza dei disturbi cognitivi sulla comprensione verbale, sull'uso del linguaggio e sulle capacità comunicative;
- **difficoltà di masticazione e deglutizione:** disfagia, masticazione e deglutizione rallentate, episodi di penetrazione/inalazione dei cibi nelle vie aeree;
- **difficoltà nella gestione della saliva:** accumulo di saliva all'interno del cavo orale, scialorrea.

Rete

Il medico fisiatra e/o foniatra valuta la necessità di una presa in carico logopedica, prescrivendo l'intervento logopedico.

È importante che il logopedista collabori con il dietista e gli altri componenti del team riabilitativo coinvolgendo attivamente il caregiver.

Attività ambulatoriale

Il logopedista propone una valutazione delle abilità comunicativo-linguistiche, deglutitorie e di gestione della saliva. A conclusione della quale vengono identificati gli obiettivi riabilitativi logopedici e gli interventi specifici più appropriati da proporre al paziente.

Gli ambulatori di logopedia si trovano presso:

- UOC di Recupero e Riabilitazione Funzionale, ospedale di Asiago
- UOS di Medicina Fisica e Riabilitativa, ospedale San Bassiano a Bassano del Grappa e Distretto Socio-Sanitario "Prospero Alpino" a Marostica
- UOC di Recupero e Riabilitazione Funzionale, presso l'ospedale Alto Vicentino di Santorso


Attività di consulenza nei reparti

Se il paziente con malattia di Parkinson è ricoverato in ospedale, può essere attivata la logopedia qualora il paziente presenti un peggioramento dei sintomi.

Valutazione logopedica


La valutazione prevede:

- **raccolta delle informazioni anamnestiche e di autovalutazione del paziente in merito a difficoltà comunicativo-linguistiche, di masticazione e deglutizione, di gestione della saliva**
 - colloquio anamnestico
 - somministrazione di questionari di autovalutazione

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- **valutazione del linguaggio**
 - chiedere al paziente e/o al caregiver se si trova in fase off oppure on della terapia
 - osservare il comportamento comunicativo-linguistico in contesto di conversazione spontanea
 - osservare l'eloquio in contesto di conversazione spontanea e rilevare eventuali segni e/o sintomi patologici
 - osservare l'eloquio durante l'esecuzione di alcuni compiti (emissione di serie automatiche, il tempo massimo di fonazione, escursione tonale) e rilevare eventuali segni e/o sintomi patologici
 - se ritenuto appropriato proporre strumenti di valutazione standardizzati previsti dalle evidenze scientifiche come approfondimento
 - in caso di gravi disturbi della comunicazione valutare l'opportunità di strategie tecnologiche compensative (Comunicazione Aumentativa e Alternativa -CAA-).
 - se non è stata eseguita una valutazione strumentale della voce, utile richiedere visita foniatrica
- **valutazione della deglutizione e della gestione della saliva**
 - chiedere al paziente e/o al caregiver se si trova in fase off oppure on della terapia
 - osservare le deglutizioni spontanee e rilevare eventuali segni e/o sintomi patologici
 - osservare la gestione della saliva a riposo e durante la conversazione, rilevare eventuali segni e/o sintomi patologici
 - prove di deglutizione con alimenti di diversa consistenza
 - se ritenuto appropriato proporre una valutazione clinico-funzionale della deglutizione come approfondimento
 - se non è stata eseguita una valutazione strumentale della deglutizione, utile richiedere visita foniatrica
- **bilancio logopedico**
 - stabilire la presenza/assenza di un disturbo comunicativo-linguistico e/o deglutitorio e/o difficoltà di gestione della saliva
 - identificare le componenti del linguaggio alterate
 - identificare le fasi della deglutizione alterate
 - stabilire la gravità del disturbo comunicativo-linguistico e/o deglutitorio e/o delle difficoltà di gestione della saliva
 - identificare i punti di forza/debolezza del paziente e i suoi bisogni comunicativi
 - identificare le aspettative del paziente e del caregiver

Tempo stimato per la valutazione: circa 2 ore (1 ora se i disturbi presentati sono assenti o sfumati, anche 3 ore se i disturbi sono da moderati a gravi)

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Obiettivi e intervento logopedico


Data l'evoluzione progressiva della malattia di Parkinson, gli **obiettivi generali** del trattamento logopedico sono:

- per quanto riguarda i disturbi comunicativi, mantenere per il maggior tempo possibile le capacità comunicativo-linguistiche e fono-articolatorie in modo da permettere al paziente di esprimersi in modo intelligibile e di partecipare alla gestione della malattia nella vita quotidiana;
- per quanto riguarda il disturbo deglutitorio, mantenere per il maggior tempo possibile la capacità di deglutizione in modo da permettere al paziente di assumere i nutrienti e i farmaci necessari al benessere;
- per quanto riguarda le difficoltà di controllo della saliva, contenere e gestire la scialorrea.

Il trattamento riabilitativo logopedico deve essere personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale) nelle modalità e nelle tempistiche, deve prestare attenzione ai cambiamenti della sintomatologia della malattia e all'aggravamento della disabilità. Pertanto gli **obiettivi specifici** e i conseguenti **interventi** saranno definiti in base alla gravità del disturbo rilevato durante la valutazione.

Per i **disturbi comunicativo-linguistici**, si possono identificare i seguenti obiettivi e interventi specifici:


- *nessun disturbo comunicativo-linguistico o disartria ipocinetica sfumata*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sui disturbi comunicativo-linguistici che possono eventualmente insorgere durante il decorso della malattia e a riconoscere i segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - mantenere le capacità fono-articolatorie attraverso la proposta di attività che il paziente potrà svolgere in autonomia a casa
- Numero di sedute: 1-2 sedute individuali della durata di 60 minuti*
- *disartria ipocinetica lieve-moderata*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - recuperare/stimolare le componenti della produzione verbale alterate attraverso la proposta di attività logopediche speech-oriented (sistema respiratorio, fonatorio, di risonanza, articolatorio e prosodico)
 - numero di sedute: 1-2 cicli da 10 sedute individuali e/o collettive*
frequenza: 1-2 volte/settimana**
- *disartria ipocinetica moderata-grave*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - stimolare/mantenere le componenti della produzione verbale alterate attraverso la proposta di attività logopediche speech-oriented (sistema respiratorio, fonatorio, di risonanza, articolatorio e prosodico)

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- fornire strategie per facilitare la comunicazione attraverso la proposta di attività logopediche communication-oriented (strategie per il parlante, strategie per chi ascolta, strategie per l'interazione).
- numero di sedute: 1-2 cicli da 10 sedute individuali e/o collettive*
- frequenza: 1-2 volte/settimana**
- *disartria ipocinetica profonda*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - fornire strategie per facilitare la comunicazione attraverso la proposta di attività communication-oriented (strategie per il parlante, strategie per chi ascolta, strategie per l'interazione) e CAA low tech (tabelle alfabetiche, tabelle e raccoglitori con simboli e fotografie...)
 - valutare assieme agli altri componenti del team riabilitativo eventuali modalità di CAA high tech (VOCA, comunicatori alfabetici, tablet...)
 - numero di sedute: 1 ciclo da 10 sedute individuali*
 - frequenza: 1-2 volte/mese**
- *difficoltà di recupero lessicale e/o assenza di produzione verbale (apatia)*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - numero di sedute: 1 seduta individuale*

Per i **disturbi deglutitori**, si possono identificare i seguenti obiettivi e interventi specifici:

- *nessun disturbo deglutitorio o disfagia sfumata*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sui disturbi deglutitori che possono insorgere durante il decorso della malattia e a riconoscere i segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - mantenere le capacità deglutitorie attraverso la proposta di attività che il paziente potrà svolgere in autonomia a casa
 - numero di sedute: 1 seduta individuale*
- *disfagia da lieve a moderata*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - recuperare/stimolare le fasi della deglutizione alterate attraverso la proposta di attività logopediche mirate alla sensibilità e alla motricità oro-facciale
 - prevenire episodi di penetrazione/inalazione dei cibi nelle vie aeree attraverso la proposta di strategie di compenso (manovre e posture) e/o modificazione dietetiche e/o norme comportamentali
 - numero di sedute: 1-2 cicli da 10 sedute individuali*
 - frequenze: 1-2 volte/settimana**

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- *disfagia da moderata a grave*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - mantenimento delle abilità deglutitorie residue attraverso la proposta di attività logopediche mirate alla sensibilità e motricità oro-facciale
 - prevenire episodi di penetrazione/inalazione dei cibi nelle vie aeree attraverso la proposta di strategie di compenso (manovre e posture) e/o modificazione dietetiche e/o norme comportamentali
 - monitoraggio dell'aggravamento dei sintomi ed eventuale valutazione assieme agli altri componenti del team riabilitativo della modalità alimentazione più appropriata (per os, mista, alternativa)
 - numero di sedute: 1 ciclo da 10 sedute individuali*
 - frequenza: 1-2 volte/mese**


Per le **difficoltà di gestione della saliva**, si possono identificare i seguenti obiettivi e interventi specifici:

- *accumulo di saliva all'interno del cavo orale e/o scialorrea lieve-moderata*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - stimolare la deglutizione attraverso esercizi di deglutizione (acqua, ghiaccio tritato...)
 - numero di sedute: 1 seduta individuale
- *scialorrea grave*
 - informare/formare il paziente e il caregiver sulla gestione più appropriata dei segni/sintomi (counselling con consegna di materiale informativo)
 - valutare assieme agli altri componenti del team riabilitativo l'invio al neurologo per un eventuale trattamento farmacologico
 - numero di sedute: 1-2 sedute individuali*

* *Aspetto da definire anche secondo l'organico effettivamente disponibile*

** *Aspetto da definire secondo la compliance del paziente e la disponibilità del caregiver*

♀♂ **Differenze di genere nella risposta alla terapia fisica.** Per quanto riguarda la terapia fisica e la logopedia queste sembrano essere più efficaci nella donna; la fisioterapia (come l'esercizio fisico) migliora tra l'altro il grado di mineralizzazione ossea (effetto fondamentale vista l'elevata probabilità di osteoporosi post-menopausale).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Trattamento riabilitativo 3: training cognitivo/stimolazione cognitiva

Si distinguono due ipotesi di trattamento:

1. Training Cognitivo
2. Stimolazione Cognitiva.
 - **Training Cognitivo.** È destinato a pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI) e con un adeguato livello di consapevolezza del deficit e con sufficiente grado di autonomia. Il grado di compromissione cognitiva non deve superare un livello lieve-moderato. Il training si svolge, possibilmente con il supporto di un familiare o di un care-giver, presso il domicilio del paziente seguendo uno specifico programma informatizzato, con possibilità di monitoraggio da remoto da parte della Neuropsicologa. L'attuale capacità di presa in carico da parte della Neuropsicologa (abilitata anche alla terapia) attiva presso il D1 è di 4 pazienti/mese. Sono previsti un colloquio iniziale, uno alla restituzione degli esiti e, in seguito, ulteriori colloqui ogni 2-3 mesi.
 - **Stimolazione cognitiva.** Destinata a pazienti interessati da deficit cognitivo moderato, non completamente autonomi (con necessità di supervisione). Il programma di stimolazione cognitiva viene somministrato dalla Neuropsicologa presso la Struttura di Neurologia dell'Ospedale di Bassano del Grappa, con una seduta/settimana per un tempo complessivo di 3 mesi; è inoltre previsto un programma di mantenimento a domicilio. La capacità di presa in carico (sempre presso il D1 di Bassano del Grappa) è di un paziente/mese.

10.5 Fase 4: Continuità Assistenziale

Obiettivo e rete. In questa fase la priorità è la presa in carico, sanitaria e socio-sanitaria, integrata e continuativa, del paziente affetto da MdP, grazie alla collaborazione sinergica tra MMG, Specialisti degli Ambulatori per i Disturbi del Movimento e degli Ambulatori per la gestione della complessità (Dietetica e Nutrizione Clinica, Gastroenterologica, Urologia, Fisiatria, Medicina Interna, Geriatria...), Professionisti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistente Sociale e Professionisti afferenti all'Area Disabilità e Non Autosufficienza. Il tutto con il coinvolgimento del paziente e della famiglia.

Attività ambulatoriali e modalità di accesso

Le attività riguardano il monitoraggio dell'evoluzione clinica della malattia e prevedono accessi ambulatoriali periodici nei quali si affrontano i bisogni clinici complessi, tipici di un paziente in fase clinicamente avanzata.

Le visite di monitoraggio presso l'ambulatorio DisMov vengono programmate e prenotate secondo le modalità già specificate:

- Presso il D1: l'impegnativa per Visita di controllo viene presa in carico e calendarizzata dall'Infermiere dell'Ambulatorio DisMov.

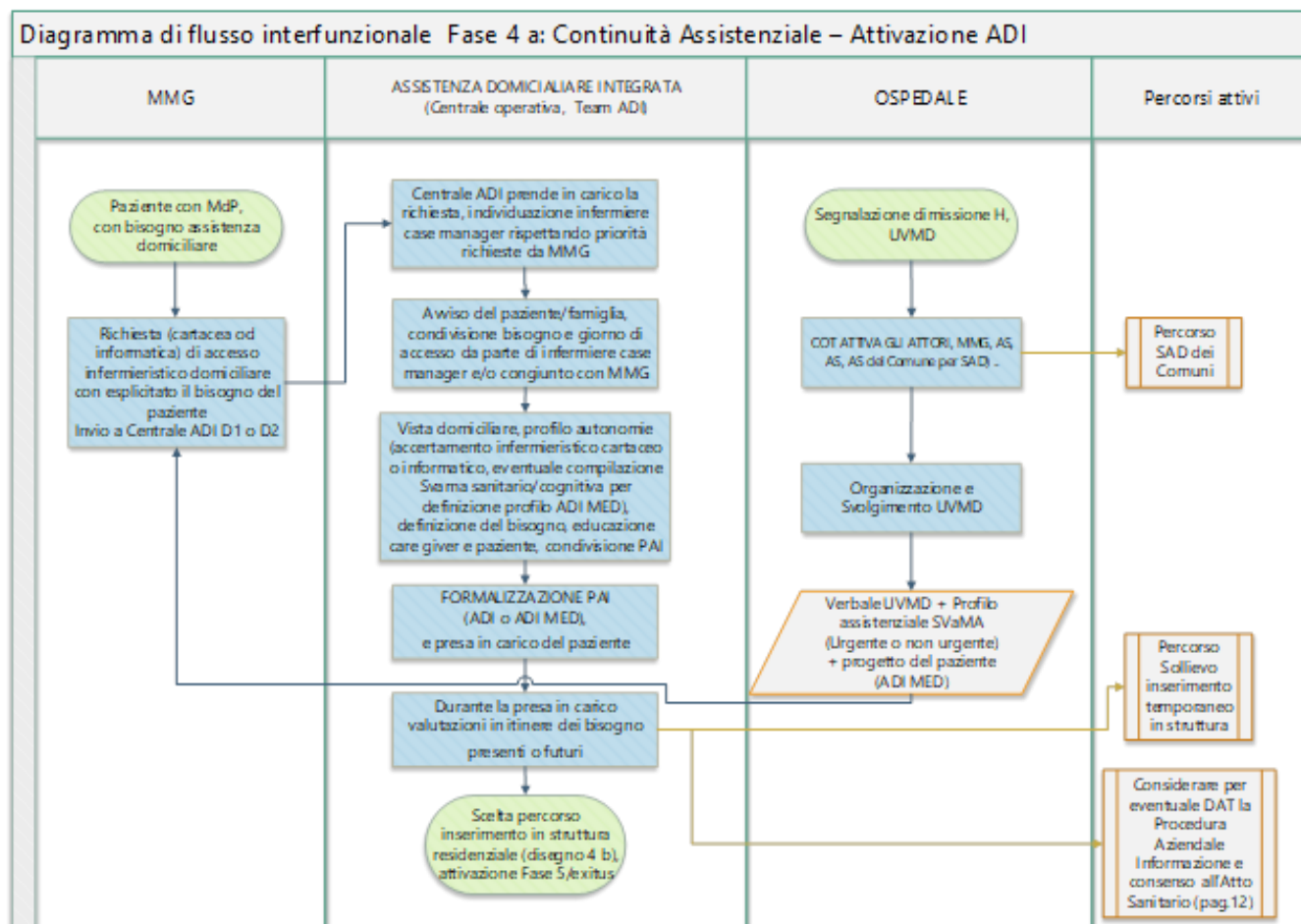
	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Presso il D2: il paziente, munito dell'impegnativa per Visita di controllo, viene inviato al Mini-CUP dei Poliambulatori.

Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). E' lo strumento centrale del processo che permette: una valutazione multidimensionale del bisogno del paziente; l'elaborazione, in risposta ai bisogni del paziente, del piano assistenziale individuale (PAI) e del piano riabilitativo individuale (PRI); l'attivazione di eventuale ADIMED (Assistenza Domiciliare Integrata Medica); la valutazione dei requisiti per l'eventuale attribuzione di contributi economici regionali e per l'accesso a Centri Diurni e strutture residenziali temporanee o definitive.

Le flow-chart che seguono (relative all'attivazione dell'ADI e, rispettivamente, di semiresidenzialità/residenzialità) esemplificano percorsi già attivi nell'ULSS 7 di cui beneficiano anche i pazienti affetti da MdP.

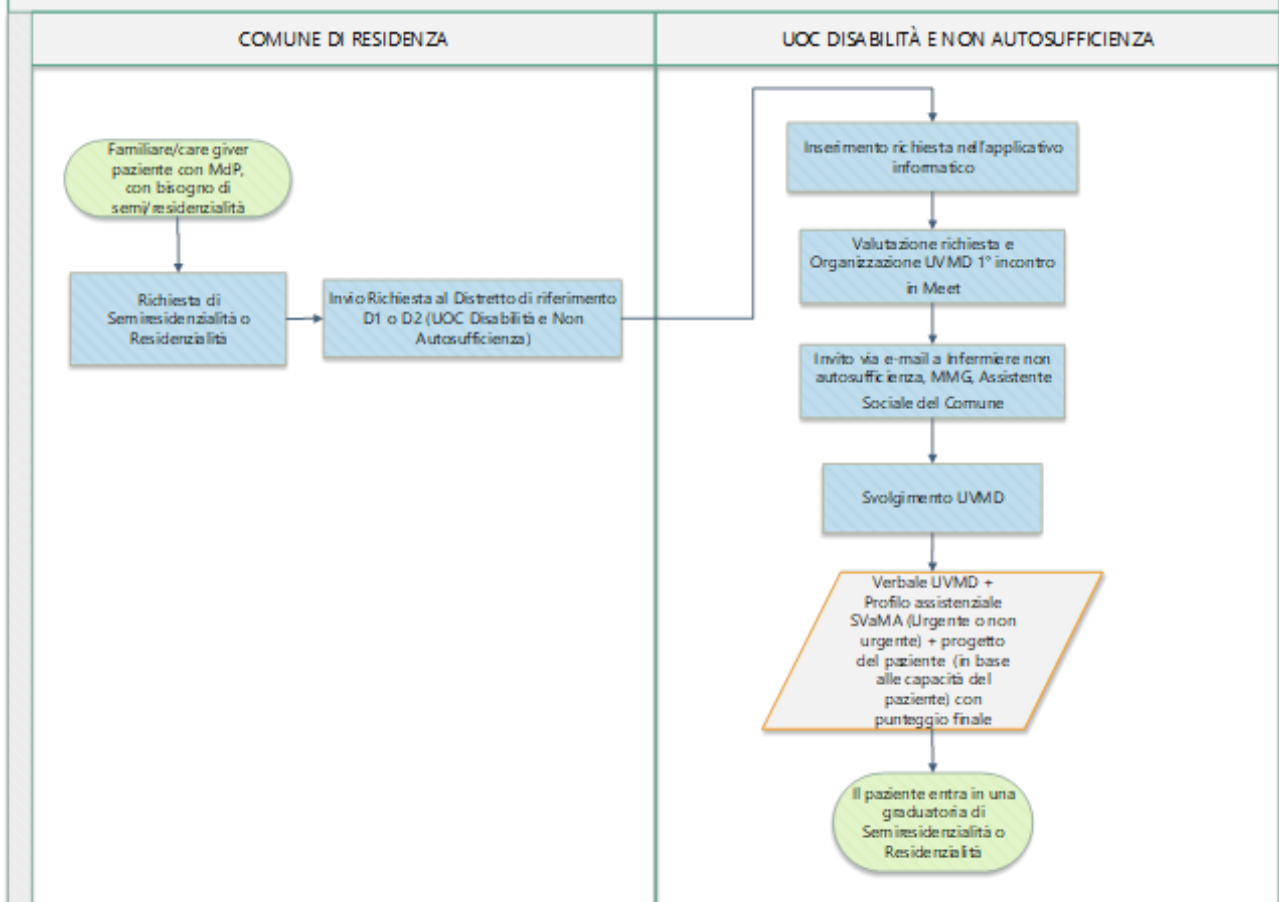
Diagramma di flusso:






**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Diagramma di flusso interfunzionale Fase 4 b:
Continuità Assistenziale – Attivazione e Semiresidenzialità e Residenzialità



	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

10.6. Fase 5: Fase avanzata (Cure Palliative)

La persona con MdP deve affrontare per anni la complessità legata alla disabilità funzionale e cognitivo-comportamentale; pertanto, nella gestione occorrono competenze multidisciplinari e multiprofessionali. Anche nella gestione delle Cure Palliative si deve prevedere un approccio condiviso tra palliativisti e team dedicato per affrontare situazioni complesse che si delineano nella cronicità.

ATTIVITÀ: secondo le indicazioni del DOCUMENTO SICP-SIN 2018 (Le cure palliative nel malato neurologico) le attività, in questa fase, devono prevedere:

- Attivazione del percorso tramite UVMD.
- Coinvolgimento del team multidisciplinare (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo) per valutazione multidisciplinare.
- Modalità comunicativa aperta e chiara rispetto alla pianificazione degli obiettivi e delle strategie di cura.
- Gestione multiprofessionale di problemi di mobilità, disturbi della deglutizione, della comunicazione, disturbi cognitivo-psico comportamentali, turbe sfinteriche.
- Supporto caregiver.
- Cure fine vita.

Il percorso dei pazienti in fase avanzata nell'ambito della rete di cure palliative viene attivato su richiesta dell'MMG, dal Medico dell'Ambulatorio DisMov, dal Team che ha in carico il paziente.


Per tali pazienti è necessario raccogliere le DAT, quando essi sono ancora in grado di esprimerle, ad esempio nella fase intermedia di malattia. Tale percorso comunicativo, affrontato dalla rete dei curanti e dei familiari, garantisce alla persona la tutela delle proprie volontà.

CRITERI DI INCLUSIONE

Le cure palliative vengono attivate in presenza di:

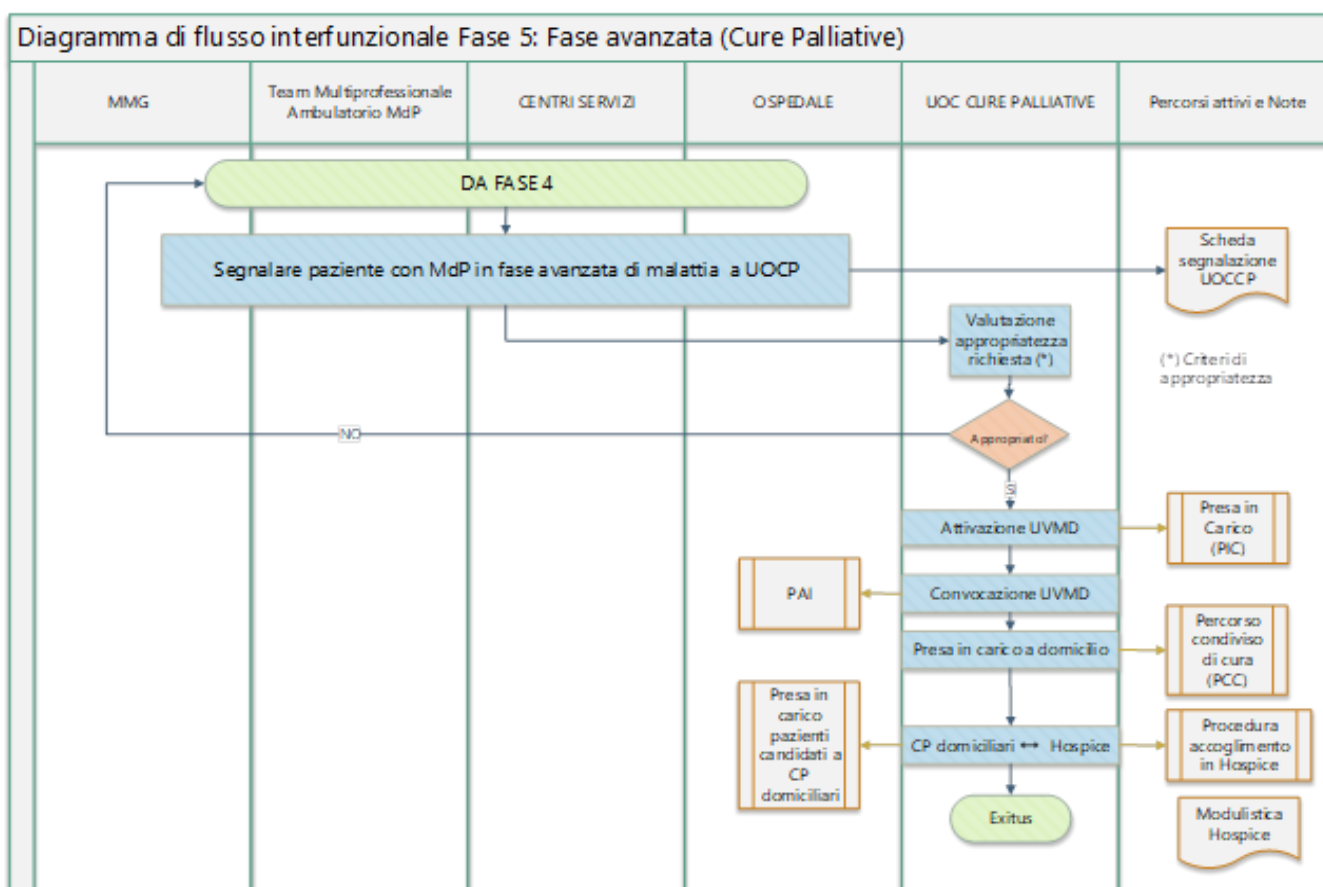
- Gravi sintomi assiali non rispondenti a terapie o politerapie farmacologiche.
- Situazione che rendono il paziente non candidabile o non più responsivo alle terapie avanzate.
- Problematiche deglutorie e nutrizionali severe che richiedano una decisione su eventuale nutrizione artificiale.
- Fase 5 della classificazione Hoehn e Yahr.


♀♂ **Differenze di genere nella prognosi della MdP.** Come già detto la paziente perviene più tardivamente alla diagnosi rispetto al maschio e riceve meno frequentemente cure neurologiche specialistiche, derivandone una prognosi complessivamente meno favorevole rispetto ai pazienti

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

maschi. Le donne, con maggiore probabilità rispetto agli uomini, sono single o vedove e ricorrono con maggior frequenza ad un caregiver a pagamento, mentre gli uomini hanno più frequentemente come caregiver primario la propria consorte. Un piccolo studio retrospettivo (85 pazienti con MdP) evidenzia come più spesso gli uomini rispetto alle donne tendono ad essere assistiti da un familiare o dal partner (caregiver “informale”), rispetto ad un caregiver professionale. In sintesi: se il rischio di sviluppare la MdP è inferiore nella donna, la minore probabilità di una diagnosi tardiva e meno accurata e di essere presi in carico da uno Specialista, determinano nella donna una riduzione della qualità di vita e una peggiore assistenza nella fase avanzata della malattia


Diagramma di flusso:




	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

11. Indicatori di monitoraggio


INDICATORE di STRUTTURA 1	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di struttura
Numeratore/denominatore	Realizzazione di almeno un evento di presentazione e condivisione del PPDTA Aziendale con gli attori della rete della Malattia di Parkinson, entro 6 mesi dall'approvazione aziendale
Fonte Dati	Rilevazione ad hoc
Criteri di selezione	//
Valore atteso (target)	Adempiente
Standard	//
Tempo di riferimento	2026
Frequenza di rilevazione	Unica rilevazione

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


INDICATORE di STRUTTURA 2	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di struttura
Numeratore/denominatore	Numero di professionisti identificati che hanno partecipato al Corso di Formazione Regionale per la Malattia di Parkinson
Fonte Dati	Rilevazione ad hoc (Sistema informativo della Formazione)
Criteri di selezione	<p>Professionisti identificati</p> <p>Uno o più dipendenti delle Aziende Sanitarie appartenenti ad ogni figura professionale di seguito elencata:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurologo afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 2. Psicologo afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 3. Infermiere afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 4. Fisiatra afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa" 5. Logopedista afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa" 6. Fisioterapista afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa"
Valore atteso (target)	
Standard	//
Tempo di riferimento	(Si fa riferimento alla formazione specifica che verrà erogata dal 2026)
Frequenza di rilevazione	Annuale

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


INDICATORE di OUTPUT 1	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di output
Numeratore/denominatore	(Numero di pazienti con MdP con almeno una PIC ADI) / (Numero di pazienti con MdP) * 100
Fonte Dati	<p>Per individuazione della coorte: Anagrafe Unica Assistiti Regionale (AUR), Schede di dimissione ospedaliera (SDO), Esenzioni ticket, Farmaceutica (territoriale e diretta).</p> <p>Per individuazione delle prese in carico: Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari (ADI)</p>
Criteri di selezione	Pazienti con MdP secondo protocollo di calcolo indicatore RSS_SS_22 (presente in catalogo indicatori)
Valore atteso (target)	
Standard	//
Tempo di riferimento	2023, 2024 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICATORE di OUTPUT 2	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di output
Numeratore/denominatore	[(Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno in analisi) - (Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno precedente)] / (Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno precedente) * 100
Fonte Dati	Specialistica ambulatoriale (SPS)
Criteri di selezione	Prima visita neurologica di controllo per Parkinson (89.01.C_13)
Valore atteso (target)	700 visite neurologiche di controllo per Malattia di Parkinson complessive nei due Ambulatori DisMov, rispettivamente del Distretto 1 di bassano del Grappa e del Distretto 2 di Santorso
Standard	//
Tempo di riferimento	2025 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale
Commento	<i>L'organizzazione del flusso dei pazienti in fase di sospetto diagnostico e diagnosi nel presente PPDTA, prevede che il paziente affetto da sospetta MdP venga inviato dal MMG all'Ambulatorio Divisionale Neurologico (ovvero all'Ambulatorio Neurologico "generalista" e non direttamente all'Ambulatorio DisMov), mediante una generica impegnativa per Prima Visita Neurologica. E' previsto poi che, qualora il Neurologo "generalista" condivide il sospetto diagnostico di MdP formulato dal MMG, invii il paziente all'Ambulatorio dedicato (DisMov) con una impegnativa per "visita di controllo per malattia di Parkinson" (CVP 89.01.C_13): per questo motivo, nello specifico contesto dell'ULSS n. 7, è più pertinente quantificare la performance (ovvero la capacità di intercettazione) quantificando le visite di controllo per MdP e non le prime visite.</i>

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICATORE di ESITO	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di esito
Numeratore/denominatore	(Numero di pazienti con MdP con almeno un accesso al PS) / (Numero di pazienti con MdP) * 100
Fonte Dati	<p>Per individuazione della coorte: Anagrafe Unica Assistiti Regionale (AUR), Schede di dimissione ospedaliera (SDO), Esenzioni ticket, Farmaceutica (territoriale e diretta)</p> <p>Per individuazione degli accessi: Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR PS)</p>
Criteri di selezione	Pazienti con MdP secondo protocollo di calcolo indicatore RSS_SS_22 (presente in catalogo indicatori)
Valore atteso (target)	
Standard	//
Tempo di riferimento	2023, 2024 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

12. Diffusione

1. Diffusione

- Diffusione aziendale. Avverrà tramite la pubblicazione nell'Intranet aziendale ed invio tramite mail agli attori coinvolti.
- Diffusione alla cittadinanza. E' prevista la diffusione del PPDTA Aziendale mediante la distribuzione di una brochure (allegato 6), destinata a pazienti, familiari, caregiver e cittadini interessati. La brochure, oltre a presentare in sintesi ed in forma divulgativa, il PPDTA, intende fornire informazioni generali sulla malattia, sulla sua patogenesi e sulle concrete prospettive di trattamento. Una particolare enfasi viene posta sul tema della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) mediante l'esercizio fisico, fornendo agli interessati informazioni per il concreto accesso alle risorse presenti del territorio dell'ULSS 7 Pedemontana, con specifico riferimento a realtà storicamente "locali" (Welldance) ed a nuove opportunità rese disponibili dall'UOSD Attività Motorie su indicazione regionale (con riferimento all'AFA-D). Si prevede una diffusione della brochure presso gli Ambulatori Territoriali dei MMG, nelle sale d'aspetto degli Ambulatori Specialistici degli Ospedali dei due distretti ed in altri locali pubblici. La brochure conterrà anche il contatto con la Associazione Vicentina Parkinsoniani.


2. Formazione. Incontri di formazione destinati agli Operatori coinvolti.

3. Adozione del PPDTA a livello aziendale e verifica dell'applicazione

- Adozione tramite Deliberazione del Direttore Generale.
- Attività di Audit.
- Verifica periodica degli indicatori del percorso ed eventuali conseguenti azioni di miglioramento.


13. Aggiornamento

E' previsto, a cura del Referente Scientifico l'aggiornamento periodico del contenuto del PPDTA in base all'aggiornamento delle evidenze scientifiche e delle Linee Guida, con cadenza triennale.


	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

13. Riferimenti Bibliografici e Normativi

- Assogna F, Pellicano C, Savini C, Macchiusi L, Pellicano GR, Alborghetti M, Caltagirone C, Spalletta G, Pontieri FE. Drug Choices and Advancements for Managing Depression in Parkinson's Disease. *Curr Neuropharmacol.* 2020;18:277-287.
- Barnish, M.S.; Barran, S.M. A systematic review of active group-based dance, singing, music therapy and theatrical interventions for quality of life, functional communication, speech, motor function and cognitive status in people with Parkinson's disease. *BMC Neurol.* 2020; 20, 371.
- Bek, J.; Arakaki, A.I.; Lawrence, A.; Sullivan, M.; Ganapathy, G.; Poliakoff, E. Dance and Parkinson's: A review and exploration of the role of cognitive representations of action. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2020; 109, 16–28.
- Belvisi D, Pellicciari R, Fabbrini G, et al. Modifiable risk and protective factors in disease development, progression and clinical subtypes of Parkinson's disease: what do prospective studies suggest. *Neurobiol Dis* 2020;134:104671.
- Cancialosi P. *Riabilitazione del cerebroleso disfacico*. Edizioni Minerva Medica. 2007.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985 Mar-Apr;100(2):126-31.
- Cattaneo C, Pagonabarraga J. Sex Differences in Parkinson's Disease: A Narrative Review. *Neurol Ther.* 2025;14:57-70.
- Chen Z, Li G, Liu J. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: Implications for pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurobiol Dis.* 2020; 134:104700.
- Debove I, Paschen S, Amstutz D, Cardoso F, Corvol JC, Fung VSC, Lang AE, Martinez Martin P, Rodríguez-Oroz MC, Weintraub D, Krack P, Deuschl G; and the Members of the ICBD in PD Management Consensus Group. Management of Impulse Control and Related Disorders in Parkinson's Disease: An Expert Consensus. *Mov Disord.* 2024;39:235-248.
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n.124 del 28/10/2020.
- DGR n. 388 del 09/04/2024 (PDTA Regionale per la malattia di Parkinson).
- DGR n. 239 del 12 marzo 2025 (PPDTA).
- DGR n. 1464 Regione Veneto del 27.11.2023: Approvazione delle linee di indirizzo per la prescrizione di Attività Fisica Adattata (AFA), di Attività Fisica Adattata per le persone con Disabilità acquisita (AFA-D) e di Esercizio Fisico Strutturato (EFS) e contestuale istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale.
- Duffy J.R. *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnosis, and Management.* Elsevier, 2013.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


- Fanciulli A, Leys F, Falup-Pecurariu C, Thijs R, Wenning GK. Management of Orthostatic Hypotension in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis.* 2020;10: S57-S64.
- Fang X, Han D, Cheng Q, et al. Association of levels of physical activity with risk of Parkinson disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2018;1: e182421.
- FLI (Federazione Logopedisti Italiani). Logopedia nella malattia di Parkinson. Linee guida dell'Associazione Olandese Logopedia. Traduzione italiana.
- FLI (Federazione Logopedisti Italiani). Linee Guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatría e logopedia. Consensus Conference, Torino 2007.
- Gaemelke T, Frandsen JJ, Hvid LG, Dalgas U. Participant characteristics of existing exercise studies in persons with multiple sclerosis - A systematic review identifying literature gaps. *Mult Scler Relat Disord.* 2022 Dec;68:104198.
- Garcia-Cazorla A, Duarte ST. Parkinsonism and inborn errors of metabolism. *J Inherit Metab Dis.* 2014 Jul;37:627-42.
- Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord* 2008;23: 2129–2170.
- Hackney, M.E.; Earhart, G.M. Short duration, intensive tango dancing for Parkinson disease: An uncontrolled pilot study. *Complement. Ther. Med.* 2009; 17, 203–207.
- Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease. A clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:181-184.
- Kim Y, Lai B, Mehta T, et al. Exercise training guidelines for multiple sclerosis, stroke, and Parkinson disease. *Am J Phys Med Rehabil* 2019; 98:613–21.
- Langeskov-Christensen M, et al. Exercise as medicine in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2024;16;95:1077-1088.
- Lee, H.; Ko, B. Effects of Music-Based Interventions on Motor and Non-Motor Symptoms in Patients with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023; 20, 1046.
- Li, Y.; Luo, X.; Zhang, A.; Ying, F.; Wang, J.; Huang, G. The potential of arts therapies in Parkinson's disease rehabilitation: A comprehensive review. *Heliyon* 2024; 10, e35765.
- LIMPE. *Linee guida sulla diagnosi e terapia della malattia di Parkinson.* Roma: Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità, 2013.
- Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, Obeso J, Marek K, Litvan I, Lang AE, Halliday G, Goetz CG, Gasser T, Dubois B, Chan P, Bloem BR, Adler CH, Deuschl G. MDS Clinical diagnostic criteria for Parkinson's Disease. *Mov Disord.* 2015;30:1591-601.
- Pfeiffer RF. Autonomic Dysfunction in Parkinson's Disease. *Neurotherapeutics.* 2020;17:1464-1479.
- Piano Nazionale per la Cronicità 2016-2018.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Piano Socio-Sanitario Regionale -SSR- 2019-2023, approvato con Legge regionale 28/12/2018 n. 48.
- Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025.
- Piano regionale Prevenzione (PRP) 2020-2025 (DGR n. 1858 del 29/12/2021).
- Raimondo S., Accornero A., Rossetto T. (a cura di) *Logopedia e disfagia. Dalla teoria alla pratica clinica*. Carocci editore, 2011.
- Regione Veneto, *Delibera della Giunta Regionale n. 388 del 09 Aprile 2024*, Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson - edizione 2024.
- Ruoppolo G., Amitrano A. (a cura di) *Disartria: possiamo fare di più?* Omega Edizioni, 2013.
- Servizio Epidemiologico Regionale. Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto. Report. La Malattia di Parkinson in Veneto. Novembre 2023.
- Schindler O., Ruoppolo G., Schindler A. (a cura di) *Deglutologia*. Omega Edizioni, 2011.
- Schröter N, van Eimeren T, Classen J, Levin J, Redecker C, Wolz M, Tönges L. Significance of clinical symptoms and red flags in early differential diagnosis of Parkinson's disease and atypical Parkinsonian syndromes. *J Neural Transm (Vienna)*. 2023;130:839-846.
- Shin HW, Chung SJ. Drug-induced parkinsonism. *J Clin Neurol*. 2012 Mar;8(1):15-21.
- Sistema nazionale per le linee guida. Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson. Revisione dell'agosto 2013.
- Su D, Cui Y, He C, Yin P, Bai R, Zhu J, Lam JST, Zhang J, Yan R, Zheng X, Wu J, Zhao D, Wang A, Zhou M, Feng T. Projections for prevalence of Parkinson's disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050: modelling study of Global Burden of Disease Study 2021. *BMJ*. 2025; 388: e080952.
- Volpe D, Baldassarre MG, Bakdounes L, Campo MC, Ferrazzoli D, Ortelli P. "Dance Well"-A Multisensory Artistic Dance Intervention for People with Parkinson's Disease: A Pilot Study. *Brain Sci*. 2025;29;15:357.
- www.nice.org.uk. NICE-National Institute for Health and Care Excellence- Guidelines. "Parkinson's Disease in Adults". Published: 19 July 2017


Procedure Aziendali:

- Accoglimento in hospice (PR75156AZ Rev. n. 0 del 10/03/2022).
- Presa in carico dei pazienti candidati a cure palliative domiciliari (PRAZCP002.000 Rev. n. 00 del 18/08/2023).
- Informazione ed acquisizione del consenso agli atti sanitari (PR031AZ Rev. n. 0 del 26/04/2024).

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

14. DOCUMENTI ALLEGATI AL PPDTA

1. Report valutazione indicatori tempo 0
2. Relazione sostenibilità del PPDTA
3. Report analisi rischi proattiva (es. FMECA)
4. Check list per la valutazione della qualità del PPDTA (autovalutazione e validazione)
5. Diagramma di Gantt per la pianificazione dell'applicazione del PPDTA
6. Versione PPDTA per il paziente e i caregiver (opuscolo – mappa del percorso- infografica)

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Allegato. 1: Report indicatori tempo 0

INDICATORE di STRUTTURA 1	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di struttura
Numeratore/de nominatore	Realizzazione di almeno un evento di presentazione e condivisione del PPDTA Aziendale con gli attori della rete della Malattia di Parkinson, entro 6 mesi dall'approvazione aziendale
Fonte Dati	Rilevazione ad hoc
Criteri di selezione	//
Valore atteso (target)	Adempiente
Standard	//
Tempo di riferimento	2026
Frequenza di rilevazione	Unica rilevazione

Indicatore a tempo 0: verrà calcolato dal 2026

INDICATORE di STRUTTURA 2	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di struttura
Numeratore/de nominatore	Numero di professionisti identificati che hanno partecipato al Corso di Formazione Regionale per la Malattia di Parkinson
Fonte Dati	Rilevazione ad hoc (Sistema informativo della Formazione)
Criteri di selezione	Professionisti identificati Uno o più dipendenti delle Aziende Sanitarie appartenenti ad ogni figura professionale di seguito elencata: <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurologo afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 2. Psicologo afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 3. Infermiere afferente all'ambulatorio "Disturbi del Movimento" 4. Fisiatra afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa" 5. Logopedista afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa" 6. Fisioterapista afferente all'ambulatorio "Medicina Fisica e Riabilitativa"
Valore atteso (target)	6
Standard	//
Tempo di riferimento	(Si fa riferimento alla formazione specifica che verrà erogata dal 2026)
Frequenza di rilevazione	Annuale


Indicatore a tempo 0: verrà calcolato dal 2026

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICATORE di OUTPUT 1	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di output
Numeratore/denominatore	(Numero di pazienti con MdP con almeno una PIC ADI) / (Numero di pazienti con MdP) * 100
Fonte Dati	Per individuazione della coorte: Anagrafe Unica Assistiti Regionale (AUR), Schede di dimissione ospedaliera (SDO), Esenzioni ticket, Farmaceutica (territoriale e diretta). Per individuazione delle prese in carico: Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari (ADI)
Criteri di selezione	Pazienti con MdP secondo protocollo di calcolo indicatore RSS_SS_22 (presente in catalogo indicatori)
Valore atteso (target)	27% ± 2%
Standard	//
Tempo di riferimento	2023, 2024 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale


Indicatore a tempo = 0 (anni 2023 e 2024)

	N° pazienti	N° pazienti con almeno una PIC ADI	
2023	2040	591	29%
2024	1665	457	27%

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICATORE di OUTPUT 2	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di output
Numeratore/ denominatore	[(Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno in analisi) - (Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno precedente)] / (Numero di visite neurologiche di controllo per Parkinson nell'anno precedente) * 100
Fonte Dati	Specialistica ambulatoriale (SPS)
Criteri di selezione	Prima visita neurologica di controllo per Parkinson (89.01.C_13)
Valore atteso (target)	700 visite neurologiche di controllo per Malattia di Parkinson complessive nei due Ambulatori DisMov, rispettivamente del Distretto 1 di Bassano del Grappa e del Distretto 2 di Santorso
Standard	//
Tempo di riferimento	2025 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale
Commento	<i>L'organizzazione del flusso dei pazienti in fase di sospetto diagnostico e diagnosi nel presente PPDTA, prevede che il paziente affetto da sospetta MdP venga inviato dal MMG all'Ambulatorio Divisionale Neurologico (ovvero all'Ambulatorio Neurologico "generalista" e non direttamente all'Ambulatorio DisMov), mediante una generica impegnativa per Prima Visita Neurologica. E' previsto poi che, qualora il Neurologo "generalista" condivida il sospetto diagnostico di MdP formulato dal MMG, invii il paziente all'Ambulatorio dedicato (DisMov) con una impegnativa per "visita di controllo per malattia di Parkinson" (CVP 89.01.C_13): per questo motivo, nello specifico contesto dell'ULSS n. 7, è più pertinente quantificare la performance (ovvero la capacità di intercettazione) quantificando le visite di controllo per MdP e non le prime visite.</i>


Indicatore a tempo 0: non ancora disponibili i dati del 2025

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

INDICATORE di ESITO	
Tipologia dell'indicatore	Indicatore di esito
Numeratore/de nominatore	(Numero di pazienti con MdP con almeno un accesso al PS) / (Numero di pazienti con MdP) * 100
Fonte Dati	Per individuazione della coorte: Anagrafe Unica Assistiti Regionale (AUR), Schede di dimissione ospedaliera (SDO), Esenzioni ticket, Farmaceutica (territoriale e diretta) Per individuazione degli accessi: Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR PS)
Criteri di selezione	Pazienti con MdP secondo protocollo di calcolo indicatore RSS_SS_22 (presente in catalogo indicatori)
Valore atteso (target)	37% ± 3%
Standard	//
Tempo di riferimento	2023, 2024 e poi annualmente
Frequenza di rilevazione	Annuale



Indicatore a tempo = 0 (anni 2023 e 2024)

	N° pazienti	N° pazienti con almeno un accesso PS	
2023	2040	814	40%
2024	1665	622	37%

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Allegato. 2: Relazione sostenibilità economica del PPDTA

Il presente PPDTA utilizza risorse già disponibili presso l'AULSS 7 Pedemontana, non comportando alcuna ulteriore spesa. Considerandosi la realizzazione e la messa in opera del PPDTA una operazione isorisorsa, non emergono problematiche di sostenibilità economica tali da giustificare una relazione ad hoc.

 	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Allegato 3. Report analisi rischi proattiva: FMECA

FMECA - PPDTA MALATTIA DI PARKINSON										
	Fase del percorso	Attività	Failure Mode	Cause	Effetto	Gravità (1-10)	Prob. (1-10)	Rilevabilità (10-1)	IR (P×G×R)	Azioni consigliate
Fase della prevenzione	1-Raccolta dato epidemiologico	Definizione del metodo di misura della popolazione affetta da M di Parkinson	Sottostima o sovrastima popolazione affetta da M di Parkinson	mancata individuazione di pazienti con sintomi non frequenti, sottostima numerosità dovuta alla fuga extra regione; non tracciamento pazienti presi in carico dal privato; mancata interoperatività data MMG-ambulatori specialistici.	difetto di definizione della popolazione	7	10	8	560	Costruzione di cruscotto regionale per la registrazione delle nuove diagnosi
	2-Prevenzione Primaria con esercizio fisico	Educazione e sensibilizzazione popolazione generale e sottogruppi specifici	Mancato counselling all'attività fisica	mancata consapevolezza dell'importanza del counselling da parte di tutti gli operatori; scarse competenze in counselling; non conoscenza della rete locale di offerta di attività fisica di gruppo adattata	mancato avvio di attività fisica che può ritardare l'esordio e/o ridurre gravità dei sintomi	4	7	8	224	Corsi di formazione per il personale sanitario (compreso counselling) coinvolti nel percorso
	3-Prevenzione primaria attraverso la riduzione dell'uso di prodotti chimici collegati alla MdP	Identificazione della popolazione esposta ed educazione attraverso attività informativa	Mancata identificazione soggetti esposti e mancata vigilanza e attività informativa	Mancata consapevolezza pericolosità dei composti chimici collegati a MdP, etichettatura dei prodotti pericolosi non chiara o non presente	esposizione a prodotti tossici	7	7	8	441	Normativa che divieti l'uso di prodotti pericolosi e/o che definisca la corretta etichettatura dei prodotti stessi; campagna informativa rivolta ai sanitari e popolazione
	4-Prevenzione Secondaria	Identificazione soggetti a rischio tramite sintomi prodromici e indagini genetiche	Mancata identificazione segni e sintomi precoci	Scarsa conoscenza della fisiopatologia MdP da parte dei professionisti	Ritardo della diagnosi	7	10	8	560	Corsi di formazione per il personale sanitario (compreso counselling) coinvolti nel percorso
	5-Prevenzione Terziaria	Corretta prescrizione terapia farmacologica in base alle caratteristiche del paziente (gravità, età, risposta farmacologica)	Errata selezione dei pazienti alle terapie di 2° livello	Scarsa conoscenza della fisiopatologia MdP da parte dei professionisti	Peggioramento della prognosi	10	4	7	280	Corsi di formazione per il personale sanitario (compreso counselling) coinvolti nel percorso
Fase del sospetto diagnostico	1-Raccolta anamnesi	Anamnesi patologica prossima, remota, anamnesi pat. remota, farmacologica e sociale	Mancante, incompleta o errata anamnesi	Mancanza conoscenze, assenza caregiver, barriere linguistiche, difficoltà descrivere i sintomi, assenza riconciliazione farmacologica	Ritardato invio allo specialista appropriato	10	10	10	1000	Corsi di aggiornamento check list per i professionisti per il caregiver opuscoli informativi, richiedere la presenza del caregiver del mediatore culturale
	2-Esame Clinico	Esame Obiettivo	Manca, incompleto, errato esame obiettivo	scarse conoscenze, scarsa pratica, poco tempo	Ritardato invio allo specialista appropriato	10	7	9	630	Corsi di aggiornamento Formazione PDTA
	3-Prescrizione esami	Prescrizione esami	Prescrizione esami inappropriati o omessa prescrizione	Mancanza conoscenza PPDTA e linee guida	Mancato/ritardato invio ad ambulatorio specialistico dedicato, invio a specialista non appropriato, sovraccarico specialisti	10	7	6	420	Corsi di aggiornamento Formazione PDTA
Fase della Diagnosi	1-Raccolta anamnesi	Anamnesi patologica prossima; anamnesi fisiologica; anamnesi patologica remota; anamnesi farmacologica; anamnesi sociale	Incapacità di cogliere il quadro clinico del paziente.	Mancata azione di raccordo anamnestico da parte del MMG mancata presentazione dei precedenti da parte dei pazienti	Difficoltà ad eseguire una buona DD rispetto ad altre condizioni; rischio di sottostimare comorbidità rilevanti non dichiarate dal paziente	6	8	3	144	Coinvolgimento attivo dei MMG nei percorsi diagnostici per Parkinson condivisione dei dati anamnestici da presentare al neurologo
	2-Esame clinico (1° e 2° livello, neurologo divisionale e ambulatorio 2° livello)	Esame neurologico (ADL ed IADL)	Non riportare elementi semeiologici indicativi di parkinsonismo atipico Applicare test non dovuti (MMSE) potrebbero indurre in inganno	Mancato riporto di elementi semeiologici compresi MdP atipico; applicazione test confondenti	Inadeguato inquadramento clinico	9	4	7	252	Aggiornamento; confronto con equipe neurologica



**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Fase del percorso	Attività	Failure Mode	Cause	Effetto	Gravità (1-10)	Prob. (1-10)	Rilevabilità (10-1)	IR (PaGAR)	Azioni consigliate
3-Valutazione esami	Visione esami eseguiti e/o prescrizione di ulteriori approfondimenti (eventuale programmazione riacchiesesi)	Inappropriatezza prescrittiva: non consigliare TC encefalo quando necessario, oppure prescrivere TC quando non strettamente necessario	Eccessiva "confidenza" diagnostica; presa in carico a distanza di molto tempo dall'esordio dei sintomi e dopo altre valutazioni neurologiche che non avevano previsto l'esecuzione di TAC/RMN	Inadeguato o clinico; possibili effetti avversi dei test diagnostici non necessari	9	4	3	108	Prescrizione di esami di 2 livello riservata solo al neurologo di 2 livello Audit di percorso
4-Colloquio con caregiver	Colloquio con familiare o persona informata su diagnosi clinica e possibilità terapeutiche	Difficoltà a dare da subito indicazioni precise sulle prospettive del paziente - sbilanciarsi troppo precocemente su diagnosi di parkinson idiopatico (senza escludere altre cause)	Scarsa disponibilità di tempo da parte del medico durante la visita; mancanza di infermiere/psicologo dedicato;	Poca soddisfazione del caregiver rispetto alla visita; inadeguata conoscenza della patologia e delle implicazioni prognostiche; cambio specialista di riferimento con rischio ripetizione esami strumentali/ritardo nel percorso diagnostico; possibili conflitti	7	8	8	448	Figura infermiere dedicato; aggancio con Associazioni malati; formazione sulla comunicazione
5-Comunicazione della diagnosi	Colloquio paziente e con familiare/care giver	Difficoltà a dare da subito indicazioni precise sulle prospettive del paziente - sbilanciarsi troppo precocemente su diagnosi di parkinson idiopatico (senza escludere altre cause)	Scarsa disponibilità di tempo da parte del medico durante la visita; mancanza di infermiere/psicologo dedicato; non conoscenza delle modalità di comunicazione delle cattive notizie	Poca soddisfazione paziente e caregiver rispetto alla visita; inadeguata conoscenza della patologia e delle implicazioni prognostiche; richiesta di nuove valutazioni o ricerca di percorsi alternativi; possibili conflitti	7	8	4	224	Formazione sulla comunicazione delle cattive notizie e prognosi
Fase del Trattamento	1)Terapia farmacologica sintomi Motori	1) Non adeguata comunicazione sulla patologia e sugli effetti dei farmaci; 2) Terapia farmacologica anticipata rispetto alla terapia non farmacologica; 3) Non completo monitoraggio degli effetti collaterali e dell'aderenza alla terapia non considerando la compliance; 3.1) Tempistiche non adeguate alla valutazione dell'ottimizzazione della terapia	Comunicazione insufficiente sulla patologia e sugli effetti dei farmaci terapia farmacologica avviata troppo presto rispetto alle terapie non farmacologiche Mancanza di monitoraggio dell'aderenza e della compliance del paziente Imposizione della valutazione non centrata sul contesto di vita del paziente	Peggioramento della prognosi e della qualità di vita	7	10	9	630	Definire tempistiche adeguate per ogni fase del PDTA, in particolare la comunicazione della diagnosi Formazione infermieristica e counselling per garantire competenze adeguate nell'accompagnamento del paziente Creazione di un team Parkinson multiprofessionale e multidisciplinare Sviluppare la consapevolezza del paziente rispetto l'uso di farmaci e rischi correlati, prevedere anche materiali informativo


Fase del percorso	Attività	Failure Mode	Cause	Effetto	Gravità (1-10)	Prob. (1-10)	Rilevabilità (10-1)	IR (PaGAR)	Azioni consigliate
2-Terapia sintomi NON Motori	1) Identificazione e gestione dei sintomi non motori: Disturbi del sonno, disturbi cognitivi e comportamentali; disautonomie; disturbi urinari.	1) Mancata identificazione e non corretto inquadramento diagnostico 2) Prescrizione terapeutica inadeguata (farmaci che causano disturbi comportamentali) 3) Insufficiente valutazione clinica ambulatoriale 4) Mancata prescrizione riabilitativa dei sintomi non motori	Mancata identificazione dei sintomi non motori: Prescrizione terapeutica inadeguata (farmaci che peggiorano i disturbi comportamentali) Insufficiente valutazione clinica ambulatoriale dei sintomi non motori Mancata prescrizione di riabilitazione per sintomi non motori	Sintomi non riconosciuti che peggiorano la qualità di vita Disturbi comportamentali che danneggiano pazienti e familiari Mancato riconoscimento disturbi cognitivi con conseguente mancata terapia	10	7	9	630	Formazione dei medici (Neurologo, MMG) sulla gestione dei sintomi non motori e importanza del trattamento riabilitativo Individuazione del care giver per ogni paziente, con coinvolgimento attivo nella cura Modulazione dei tempi di visita per permettere una valutazione completa Integrazione di un approccio multidisciplinare con supporto psicologico e assistenza sociale
3-Terapie infusionali con pompe sottocutanee e terapie chirurgiche	Ottimizzazione terapia farmacologica	1.1) Non adeguata comunicazione sulla patologia e sugli effetti dei farmaci; 1.2) Terapia farmacologica anticipata rispetto alla terapia non farmacologica; 2.1) Non completo monitoraggio degli effetti collaterali e dell'aderenza alla terapia non considerando la compliance; 2.2) Valutazione del monitoraggio non considerando il setting di vita; 3.1) Tempistiche non adeguate alla valutazione dell'ottimizzazione della terapia	Fallimento della terapia con peggioramento del quadro clinico perdita di fiducia nel trattamento da parte del paziente Impatto psicologico e sociale dei possibili effetti collaterali elevato costo non sostenibile per il SSR		10	8	8	640	Individuare i criteri per la selezione dei pazienti eleggibili a terapie avanzate Formazione dei prescrittori (Neurologi e medici coinvolti) sui criteri di eleggibilità e gestione delle terapie avanzate Coinvolgimento di un team multidisciplinare in ogni fase del trattamento Realizzazione di un percorso clinico per il paziente con aggiornamenti in tempo reale per monitorare il paziente durante tutto il trattamento
Fase della continuità assistenziale	1-Continuità clinico assistenziale tra le visite specialistiche programmate	Durante questo periodo il paziente e il suo caregiver possono rivolgersi al Medico di Cure Primarie e all'Infermiere Case Manager per eventuali bisogni emergenti	Impossibilità o difficoltà di comunicare con i professionisti e mancanza di adeguata informazione/formazione; mancata/scarsa comunicazione tra centro specialistico e MMG.	Mancato contatto con il MMG /case manager	4	7	8	224	Definire e ampliare le possibilità e modalità di contatto con MMG
2-Valutazione periodica nell'ambulatorio specialistico	Valutazione neurologica programmata valutazione multidisciplinare educazione/supporto paziente e caregiver; aggiornamento P.T. e richieste esami diagnostici. Elaborazione in condivisione con il paziente del proprio percorso di cura	Indisponibilità a rendere completa la valutazione multidisciplinare per mancanza di coinvolgimento/perimento di alcune figure professionali come il neuropsicologo.	Disomogeneità nella presenza componenti team multidisciplinare causa indisponibilità/numero ore dedicate figure professionali	Incompleto inquadramento clinico del paziente	7	7	3	147	Effettuare corretta analisi del fabbisogno di personale e mappatura delle competenze



**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Fase del percorso	Attività	Failure Mode	Cause	Effetto	Gravità (1-10)	Prob. (1-10)	Rilevabilità (10-1)	IR (PxGxR)	Azioni consigliate
3-Continuità setting ospedaliero/centro esperto/territorio continuità assistenziale	Assicurare continuità tra setting assistenziale e risposta ai bisogni assistenziali	Non attivazione delle figure professionali previste: infermiere di famiglia, educatore professionale, assistente sociale	Indisponibilità delle risorse dedicate per assicurare la continuità tra vari setting assistenziali (infermiere del territorio, educatore professionale, assistente sociale)	mancata erogazione delle specifiche attività necessarie per una continuità assistenziale efficace	7	7	4	196	Effettuare corretta analisi del fabbisogno di personale e mappatura delle competenze
4-Elaborazione Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	Attivazione UVMD	Mancanza di documento condiviso a cui possono avere accesso tutti gli attori coinvolti	Mancanza di documento accessibile agli interessati con mancata aderenza al piano	Inadeguata erogazione delle prestazioni previste dal programma	7	4	2	56	Coinvolgimento attivo del caregiver con rinforzo dei messaggi chiave del percorso programmato in tutti gli accessi
5-Prestazioni Pronto Soccorso e Ospedalizzazioni	Assicurare continuità tra setting assistenziale e risposta ai bisogni assistenziali	Non attivazione delle figure professionali previste	Scarsa conoscenza della patologia e delle azioni di prevenzione delle cause più frequenti da parte di professionisti nei contesti diversi della neurologia	Trattamenti inadeguati, accessi ricorrenti al PS, allungamento tempi di ricovero, peggioramento prognosi	6	7	3	126	Formazione di professionisti che lavorano nei contesti extra neurologia compreso Trajge con precoce attivazione della consulenza di esperti MdP
Fase delle cure palliative	1-Cure palliative precoci: identificazione e messa in atto	1.Mancata comunicazione con il paziente su trattamenti accettati o rifiutati e sugli obiettivi assistenziali 2.Mancata identificazione della fase avanzata della malattia (uso di scale non pertinenti) 3.Mancata attivazione cure	1.definizione del modello di riferimento 2.degli strumenti di valutazione 3.dei criteri e tempistiche associate 4. Mancata attivazione Team cure palliative	Mancato inquadramento della fase della malattia, mancata progettazione del percorso di gestione, aumento dei tempi per la gestione della malattia in fase avanzata	10	10	8	800	Promuovere attivazione team cure palliative precocemente Scelta di strumenti validati per area di valutazione definizione di un modello di presa in carico
	2-Comunicazione fase della malattia	Comunicazione diagnosi e PCC fin dalla prime fasi della malattia	Team non formato, carenza di tempo e risposte, stress emotivo, mancata integrazione MMG	False aspettative, possibili conflitti, trattamento non coerente con i desideri del paziente	10	10	8	800	Formazione del team multidisciplinare, prevedere incontri successivi per chiarimenti, raccogliere il prima possibile le volontà del paziente
	3-Valutazione multidisciplinare e gestione multiprofessionale	Coinvolgimento del team multidisciplinare (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo...) - gestione multiprofessionale dei problemi presenti e/o prevedibili - rete tra ospedale e territorio e contributo delle associazioni - Continuità delle cure	Non corretta messa in atto della procedura di identificazione dei componenti del gruppo multidisciplinare e relative responsabilità Non corretta stesura del PAI e sua messa in atto	Mancata attivazione del team multidisciplinare e scarsa integrazione di rete Assenza, mancata o insufficiente definizione di uno strumento di valutazione condiviso (PAI) Mancata diffusione del PAI e scarso monitoraggio	Peggioramento dei sintomi - setting inappropriato per il paziente (es. PS) - esecuzione di esami inutili, esecuzione di manovre inutili - solitudine del malato	10	9	4	360


Fase del percorso	Attività	Failure Mode	Cause	Effetto	Gravità (1-10)	Prob. (1-10)	Rilevabilità (10-1)	IR (PxGxR)	Azioni consigliate
4-Gestione dei sintomi	Gestione dei sintomi motori - Gestione nutrizionale e disagio - Gestione multidimensionale dei sintomi non motori - Valutazione proattiva degli aspetti fisici e psicosociali della sofferenza - Gestione degli eventi acuti con conseguente riduzione dei ricoveri - Continuità delle cure - Screening nutrizionale (BMI, MNA, albumina)	Ricovero inappropriato Continuità assistenziale/rete non definita o non operativa Mancato riconoscimento della disagio Trascuratezza o mancata valutazione dei sintomi non motori	Non efficientamento e gestione dei sintomi specifici afferenti alle diverse aree (sotto persone anche sociali, psicologi) Scarsa consapevolezza d'ascolto rispetto ai bisogni espressi dalla persona Scarsa coinvolgimento del nucleo familiare/caregiver per la gestione dei sintomi acuti (anche education terapeutica) Assenza di formazione sui sintomi non motori	Peggioramento dei sintomi Setting inappropriato per le caratteristiche del Pronto Soccorso Esecuzione di esami inutili, esecuzione di manovre inutili Rischio di ab ingestis Malnutrizione Solitudine del malato	7	10	9	630	1.Planific. del percorso di cura con il paziente in fase precoce 2.Supporto e formazione al caregiver 3. Attivazione precoce dei servizi esistenti sul territorio (Case di Comunità, ADI, Cure Palliative)

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Allegato 4: Check-list di autovalutazione

Livello di completezza del PPDTA: parte 1		
Struttura del PPDTA		
1.	Istituzione del GDL sviluppo del PPDTA	
2.	Istituzione del GDL verifica del PPDTA	
3.	Referente del Processo	
4.	Referente Scientifico	
5.	Referente del Documento	
6.	Referente della Verifica	
7.	Coordinatore GDL	
8.	Rappresentante Pazienti/Associazioni volontariato	
9.	Lista di Distribuzione (con identificazione "Centri di 1° livello" e "Centri di riferimento")	
10.	Glossario	

Legenda	
■	Informazione completa
■	Informazione incompleta
■	Informazione assente

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Livello di completezza del PPDTA: parte 2		
Azioni per l'avvio della stesura del PPDTA		
1.	Analisi del problema di salute	
2.	Epidemiologia	
3.	Scopo del PPDTA	
4.	Normativa	
5.	Linee Guida di riferimento	
6.	Contesto organizzativo	
7.	Valutazione dell'esperienza del paziente	
8.	Identificazione dei fattori ostacolanti e relative soluzioni	
9.	Criteri di eleggibilità	
10.	Descrizione delle fasi del percorso	
11.	Rappresentazione grafica del percorso	
12.	Rappresentazione a matrice (con centri di I° liv. e di riferimento)	Inserita matrice delle Responsabilità
13.	Appropriatezza	
14.	Farmaci e tecnologie	
15.	Comunicazione con persona assistita e caregiver	
16.	Sicurezza delle cure	FMECA
17.	Medicina di genere	
18.	Sistema informativo	
19.	Sanità digitale e telemedicina	Consulto telefonico
20.	Monitoraggio e valutazione d'impatto	
21.	Indicatori di struttura	
22.	Indicatori di processo	
23.	Indicatori di output	
24.	Indicatori di esito	
25.	Indicatori di equilibrio economico	Vedi "Relazione di sostenibilità economica"
26.	Indicatori di qualità percepita	
27.	Audit	previsti
28.	Valutazione qualitativa PPDTA	Check List
29.	Diffusione del PPDTA	prevista

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

30. Formazione	prevista
31. Adozione del PPDTA a livello aziendale	prevista
32. Aggiornamento	previsto
33. Riferimenti bibliografici e normativi	


Livello di completezza del PPDTA: parte 3	
Allegati	
1. Report valutazione indicatori tempo 0	
2. Relazione sostenibilità economica del PPDTA	
4. Report analisi rischi proattiva (es. FMECA)	
5. Check List per la valutazione della qualità del PPDTA compilata	
6. Diagramma di Gantt per la pianificazione della verifica del PPDTA compilata	
6. Versione del PPDTA per il paziente e i caregivers (opuscolo-mappa del percorso-infografica)	

Legenda	
Informazione completa	
Informazione incompleta	
Informazione assente	




**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Attività	Responsabilità	Novemb. 2025				Dicemb. 2025				Gennaio 2026				Febbraio 2026				Marzo 2026				Aprile 2026				Maggio 2026				Giugno Dicembre 2026 (annuale)			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ultima Revisione e Incontro in Plenaria GdL	GdL																																
Recepimento PDTA (deliberazione)	Battistello																																
Diffusione	Battistello																																
Pianificazione Incontri ad hoc di aggiornamento con Interessati (MMG, specialisti, professioni sanitarie)	Team Multidisciplinare (GdL)																																
Valutazione impatto (indicatori attività primi 6 mesi e indicatori PDTA fine anno)	Battistello Turiense																																

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Allegato 6. Versione PPDTA per il paziente e i caregiver

LA MALATTIA DI PARKINSON NELL'ULSS 7 PEDEMONTANA




*Opuscolo Informativo sulla Malattia di Parkinson
 e sul Percorso di accesso del Malato di Parkinson alle Strutture Sanitarie
 rivolto ai pazienti, ai familiari e caregiver, ai cittadini interessati*

1

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


Premessa

La malattia di Parkinson è una malattia neurologica degenerativa cronica a lento decorso, che porta progressivamente ad una limitazione delle funzioni motorie. Si tratta di una malattia diffusa: ne sono affetti 250.000 pazienti in Italia e si stimano 12 milioni di pazienti nel mondo. La malattia, oltre a coinvolgere i movimenti, può interessare altre funzioni neurologiche, con ricadute determinanti sulla qualità della vita del soggetto affetto e dei suoi familiari. La malattia interessando perlopiù soggetti anziani, si associa spesso ad altre malattie tipiche dell'età avanzata, anch'esse croniche, con ulteriore incremento del carico assistenziale. Il malato di Parkinson può divenire, quindi, un paziente complesso e ciò comporta un intervento coordinato di molteplici figure professionali in ambito Sanitario e Sociale. Va inoltre considerato che, allo stato attuale, non è disponibile una terapia in grado di arrestare il processo degenerativo sottostante, pur disponendosi di una efficace terapia sintomatica mirata: la malattia accompagna quindi il paziente per l'intero arco della sua vita. La Regione Veneto, prendendo atto della diffusione della malattia di Parkinson e dell'importante carico sanitario, socio-assistenziale ed umano che essa comporta, ha promosso l'adozione da parte delle singole ULSS di un percorso che garantisca ai cittadini coinvolti di accedere a tutte le opportunità di prevenzione, cura ed assistenza necessarie: il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Malattia di Parkinson. Si tratta di uno schema operativo che prevede e coordina tutte le attività sanitarie e sociali e tutte le figure professionali coinvolte nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza del paziente affetto da malattia di Parkinson. Questo Opuscolo Informativo vuole rappresentare, oltre che una guida per il paziente ed i suoi familiari per accedere a questo percorso, uno strumento informativo sulla malattia di Parkinson. Il linguaggio utilizzato intende essere il più possibile semplice, senza compromettere il rigore scientifico dei contenuti, nell'intenzione di diffondere la conoscenza di una malattia indubbiamente impegnativa ma che, una volta riconosciuta e diagnosticata, con le cure disponibili anche nella nostra realtà territoriale, può essere affrontata mantenendo un'adeguata qualità della vita.

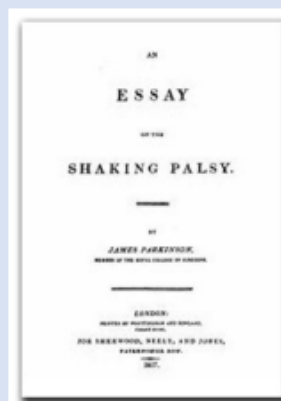
	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Indice

Una breve storia.....	pag. 4
Cos'è la malattia di Parkinson.....	pag. 4
Una cura efficace.....	pag. 6
La diagnosi.....	pag. 6
La possibile evoluzione. L'impatto sulla famiglia e la società.....	pag. 7
La prevenzione: l'importanza dell'esercizio fisico.....	pag. 7
L'importanza di una diagnosi precoce.....	pag. 9
L'impegno della Regione Veneto dell'ULSS 7 Pedemontana per la Malattia di Parkinson.....	pag. 10
L'accesso alle cure nell'ULSS 7 Pedemontana: istruzioni per l'uso.....	pag. 10
L'importanza di conoscere: l'educazione terapeutica.....	pag. 12
Paziente e familiari attori nella gestione della malattia: l'Associazione Vicentina Malattia di Parkinson.....	pag. 12
Schema riassuntivo del Percorso del Paziente affetto da Malattia di Parkinson nell'ULSS 7 Pedemontana: sospetto diagnostico, diagnosi e terapia.....	pag. 13
Gli Ambulatorio Disturbi del Movimento dell'ULSS 7 Pedemontana.....	pag. 14

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

Una breve storia. La malattia prende il nome dal medico inglese James Parkinson, che la descrisse per primo nel 1817. Sarà il medico francese Jean Martin Charcot, pochi anni più tardi, ad intuire l'origine della malattia da una patologia cerebrale.



James Parkinson e la copertina del "Saggio sulla paralisi Agitante" (pubblicato nel 1817)

dove descrisse la malattia


Cos'è la malattia di Parkinson:

1. I disturbi motori. La malattia di Parkinson è, principalmente, un disturbo del movimento caratterizzato da *tremore*, *rallentamento del movimento*, *rigidità muscolare*, *disturbo della marcia* ed eventualmente *instabilità posturale*.
 - Tremore. Sebbene nell'immaginario collettivo la malattia di Parkinson sia identificata con il tremore, questo sintomo non è sempre presente. Il tremore della malattia di Parkinson è presente a riposo cioè quando il paziente non sta effettuando un movimento o mantenendo attivamente una posizione; per questo non interferisce con i movimenti e non è invalidante. La forma più tipica interessa la mano e si manifesta quando il paziente cammina o quando appoggia l'arto superiore (come quando ci si siede su una poltrona, con gli avambracci appoggiati ai braccioli) ma può interessare anche gli arti inferiori o il mento.
 - Rallentamento del movimento. E' in realtà la manifestazione più importante e quella che maggiormente limita l'attività motoria: il paziente presenta infatti sia una *difficoltà nell'iniziare i movimenti* (per esempio nell'alzarsi prontamente dalla posizione seduta) che *lentezza nell'effettuare i movimenti*.
 - Rigidità muscolare. E' un tipico *aumento del tono muscolare* (cioè dello stato di contrazione di base di muscoli) che contribuisce all'impaccio motorio del paziente.
 - Disturbo della marcia. Il paziente affetto da malattia di Parkinson *cammina lentamente*, con *il busto rigido e curvo in avanti*, con una *riduzione di ampiezza dei movimenti oscillanti alterni*

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

delle braccia che accompagnano spontaneamente la marcia e le conferiscono stabilità; i cambi di direzione possono essere lenti ed impacciati.

- Instabilità posturale. Nella malattia di Parkinson in fase più avanzata, può essere presente un disturbo dell'equilibrio, che aumenta il rischio di caduta.
 - Altre manifestazioni: sguardo fisso, parola flebile, scrittura rimpicciolita.
2. La malattia di Parkinson non è solo un disturbo del movimento: i disturbi non motori. Sebbene la malattia di Parkinson sia prevalentemente un disturbo del movimento, comporta in realtà altri sintomi, che non coinvolgono il movimento e che, in alcuni casi, possono precedere l'insorgenza di quelli motori:
- Riduzione della capacità di avvertire gli odori (olfatto).
 - Depressione del tono dell'umore.
 - Disturbi del sonno (incubi, attività motoria nel sonno, sonno interrotto)
 - Stitichezza.
 - Disturbi urinari.
 - Improvviso abbassamento della pressione del sangue con sensazione di svenimento.
 - In alcuni casi, in fase avanzata, problematiche cognitive e comportamentali.
3. La diffusione della malattia di Parkinson La Malattia di Parkinson è una malattia diffusa ed in crescita nel mondo:
- Si stimano nel mondo 12 milioni di malati. La malattia è in aumento: si ritiene infatti che il numero dei malati a livello globale possa raddoppiare nei prossimi due decenni.
 - In Italia il numero di affetti è attualmente di circa 250.000 (54% uomini, 46% donne) di cui il 5% in età inferiore ai 50 anni ed il 60% sopra i 65 anni.
 - In Veneto, nell'anno 2022 (secondo dati della Relazione Socio-Sanitaria pubblicata nel 2023) sono afferiti alle Strutture del Servizio Sanitario Regionale 17.800 pazienti affetti da MdP, prevalentemente (89.6%) in età superiore ai 65 anni e di sesso maschile (54%).
 - L'ULSS 7 Pedemontana (362.000 abitanti distribuiti nei territori di Bassano del Grappa, Schio-Thiene, Asiago e zone limitrofe) è, in Veneto, tra le ULSS con la più alta proporzione di malati rispetto alla popolazione globale.
4. La causa della malattia di Parkinson.
- a. Meccanismo della malattia: la degenerazione dei neuroni e la carenza di dopamina. La malattia di Parkinson è un disturbo del movimento. Il movimento, in condizioni normali, è determinato dal cervello che genera lo stimolo elettro-chimico che (viaggiando lungo il midollo spinale prima ed i nervi poi) raggiunge i muscoli e ne determina la contrazione. Ma il movimento non è semplicemente la contrazione dei singoli muscoli: alcuni "circuiti" cerebrali provvedono infatti a governare il movimento, regolandone velocità e fluidità e rendendolo armonioso ed efficace. I circuiti "regolatori" del movimento necessitano, per il loro normale funzionamento, di una preziosa sostanza: la dopamina. All'origine della malattia di Parkinson c'è una degenerazione delle cellule cerebrali (neuroni) che producono la dopamina: queste cellule, per effetto di una sorta di "invecchiamento precoce" definito appunto degenerazione, si riducono e questo ha come conseguenza una minore disponibilità di dopamina a vantaggio dei circuiti "regolatori" del movimento. Per effetto della carenza di dopamina i circuiti regolatori del movimento sono meno

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

efficienti nel garantire i normali parametri del movimento: per questo i movimenti del paziente divengono più lenti, la marcia diviene impacciata e può comparire il caratteristico tremore.

- b. La causa della degenerazione dei neuroni che producono la dopamina. La causa prima della degenerazione dei neuroni che producono la dopamina non è nota: ci sono, per il momento, solo delle ipotesi.


Attualmente *si suppone* che la causa della malattia sia una combinazione di fattori genetici (cioè legati all'ereditarietà) e legati all'ambiente. Per quanto riguarda la genetica: bisogna precisare che *solo il 10% dei pazienti affetti da malattia di Parkinson si ammala per motivi esclusivamente legati alla genetica, cioè ereditando la malattia.* Nella maggior parte dei casi, invece, si ritiene che chi si ammala abbia una generica *predisposizione* (derivante dal suo DNA) ad ammalarsi, cosa che vale per la maggior parte delle malattie umane; ma, perché questa predisposizione possa effettivamente portare alla malattia, sono probabilmente necessari dei fattori che provengono dall'ambiente. Tra i fattori maggiormente sospettati sono state chiamate in causa alcune sostanze chimiche, come i pesticidi.

Una cura efficace. *Non esiste ancora una cura che prevenga la degenerazione dei neuroni che producono la dopamina e che guarisca in modo definitivo la malattia, ma i farmaci disponibili rappresentano una efficace "terapia sostitutiva" che garantisce ai pazienti autonomia e vita normale, almeno per un lungo periodo di tempo.*

Sono a disposizione *farmaci (sotto forma di compresse) che sostituiscono efficacemente la dopamina*, la cui carenza è all'origine dei sintomi della malattia: restituendo un normale livello di stimolazione ai "circuiti regolatori del movimento" vengono ristabiliti velocità e fluidità del movimento, il paziente torna a camminare speditamente ed a svolgere le sue attività. I farmaci che sostituiscono la dopamina sono:

- La L-DOPA. E' il farmaco più potente a disposizione. Questa sostanza (sotto forma di compresse da assumere più volte al giorno, per "coprire" il fabbisogno dell'intera giornata), una volta ingerita, raggiunge la prima parte dell'intestino, dove viene assorbita e, con la circolazione sanguigna, raggiunge il cervello. Nel cervello la L-DOPA viene *direttamente trasformata in dopamina, sostituendo questa sostanza in modo quasi perfetto.*
- I dopaminoagonisti. Questi farmaci (disponibili anch'essi in compresse), pur essendo meno potenti della L-DOPA, sono comunque molto efficaci. Nel cervello (che raggiungono anch'essi dopo essere stati ingeriti, assorbiti nell'intestino e veicolati dal sangue) non sostituiscono la dopamina, ma ne *"imitano" efficacemente l'effetto, andando a stimolare i neuroni normalmente stimolati dalla dopamina.*

La diagnosi. Riconoscere la malattia è il primo passo per curarla. *La diagnosi è clinica: in altri termini è il Neurologo che, raccogliendo la storia clinica (anamnesi) e visitando il paziente, evidenzia le manifestazioni caratteristiche della malattia. Non esistono indagini tecnologiche in grado di sostituire l'abilità diagnostica del Neurologo nel riconoscere la malattia.* Gli esami strumentali (TC, RMN o scintigrafia) vengono utilizzati *solo per escludere diagnosi alternative che possono, talora, simulare*

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


la malattia, non consentendo cure appropriate. Quindi: *nel sospetto di malattia di Parkinson è necessario ricorrere ad una visita Neurologica prescritta dal Medico di Medicina Generale*

La possibile evoluzione. L'impatto sulla famiglia e la società. La malattia di Parkinson è quindi una *malattia degenerativa* delle cellule del cervello (neuroni) che producono la dopamina; questa sorta di "invecchiamento precoce" che riduce il numero di cellule che producono la preziosa sostanza (dopamina) necessaria al movimento, non avendo una cura risolutiva, accompagna il paziente nel corso di tutta la sua vita e può procedere in modo non prevedibile: mentre molti pazienti sono in grado, anche dopo molti anni, di effettuare tutte le attività quotidiane (di avere una normale vita sociale, di guidare l'automobile e lavorare), in altri casi la malattia produce limitazioni motorie di vario grado. Per questi motivi (cronicità ed andamento progressivo) la malattia di Parkinson coinvolge necessariamente la famiglia di appartenenza; inoltre, essendo una malattia frequente e potenzialmente invalidante, determina un impatto generale sulla società e la Sanità Pubblica.

La prevenzione: l'importanza dell'esercizio fisico. Non esistono farmaci in grado di evitare che le persone (eventualmente predisposte) si ammalino né in grado di rallentare la progressione della degenerazione dei neuroni della dopamina. Oltre al necessario sforzo (che spetta a Stato e Regioni) per prevenire la contaminazione dell'ambiente da parte di sostanze tossiche (che potrebbero causare la malattia), gli studi scientifici portano a ritenere che *l'esercizio fisico possa avere un importante effetto preventivo*:

1. L'esercizio fisico può diminuire il rischio di ammalare di Parkinson o ritardare la comparsa della malattia (prevenzione primaria). Le evidenze derivanti dagli Studi Scientifici portano a ritenere che il regolare esercizio fisico (da moderato a vigoroso), condotto per tutta la vita (anche e soprattutto nell'età media ed avanzata) diminuisca il rischio di malattia di Parkinson o possa ritardarne l'insorgenza.
2. Nei pazienti già ammalati, l'esercizio fisico sembra in grado di rallentare l'evoluzione della malattia (prevenzione secondaria) e, nelle fasi più avanzate, di mitigarne i sintomi e limitazioni (prevenzione terziaria). I malati devono quindi essere innanzitutto incoraggiati alla generica *attività fisica*, cioè ad effettuare regolari passeggiate ed a non perdere occasione di muoversi in autonomia in tutte le azioni della vita quotidiana e del tempo libero. Inoltre, compatibilmente con le loro condizioni, i malati dovrebbero impegnarsi in attività di *esercizio fisico vero e proprio*, ovvero dedicarsi, in modo regolare e sistematico, ad una vera e propria *ginnastica* sufficientemente vigorosa, sforzandosi non solo di mantenere ma possibilmente di *migliorare le funzioni del proprio organismo* (forza e resistenza allo sforzo).
Tra le tipologie di esercizio fisico da incoraggiare, secondo gli studi, vi sono la passeggiata veloce, la corsa lenta, l'attività contro resistenza (pesi o altre resistenze), esercizi per la coordinazione e l'equilibrio, yoga, tao-chi, danza.

Attività Fisica Adattata (AFA). Tra le modalità di attività fisica con effetto preventivo, previste nel percorso del malato di Parkinson nel territorio dell'AULSS 7, c'è l'Attività Fisica Adattata per persone per persone con disabilità acquisita (AFA-D). E' un programma di esercizi fisici di gruppo, ideato per persone con condizioni fisiche limitate, tra cui i malati di Parkinson. Gli obiettivi dell'AFA includono

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


il miglioramento della mobilità, la prevenzione delle cadute, la riduzione del rischio di patologie correlate ed il miglioramento della qualità della vita, tramite la promozione di autonomia motoria, benessere psico-fisico e socializzazione. I programmi dell'AFA sono strutturati in piccoli gruppi, con sedute svolte 2-3 volte a settimana e sono condotti, in palestre autorizzate dalla Regione Veneto, da istruttori specializzati in possesso di titoli specifici (Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata-Chinesiologo A.M.P.A.; Laurea in Fisioterapia almeno Triennale o Diploma di terapeuta della Riabilitazione). L'AFA-D è promossa dalla Regione Veneto e dall'ULSS n. 7 Pedemontana e viene prescritta dai Neurologi che operano negli Ambulatorio per i Disturbi del Movimento.

Le strutture sede di erogazione dell'Attività Fisica Adattata per Persone con Disabilità Acquisita (AFA-D)

Nel territorio dell'ULSS n. 7 Pedemontana

PALESTRE DELLA SALUTE territorio AULSS 7 Pedemontana			
D1	CENTRO KINESI	Via Verdi 16, CASSOLA	info@centrokinesi.it
	ISTITUTO ATTIVITA' MOTORIE	Via Ferrarin 57, S. GIUSEPPE di CASSOLA	info@istitutoattivita'motorie.it
	PALESTRA DELLA SALUTE	Via Alighieri 47, MUSSOLENTE	https://www.comune.mussolente.vi.it/it/page/142173
D2	CENTRO KINESIS	Via Corner 1, THIENE	https://www.centrokinesis.com/centro-kinesis-palestra-della-salute
	FISIOCORTIANA	Via Europa 41, SANTORSO	info@fisiocortiana.com

La pratica Dance Well è un'iniziativa ideata e promossa, fin dal 2013, dal Comune di Bassano del Grappa attraverso il suo CSC Centro per la Scena Contemporanea, membro di EDN - European Dancehouse Network. L'iniziativa si rivolge principalmente ma non esclusivamente a persone affette da malattia di Parkinson. Consiste in classi di danza (offerte gratuitamente) per persone con Parkinson, ma aperte ai membri della comunità (familiari, membri della comunità anziana over 60, cittadini, studenti, danzatori...). La pratica si svolge in spazi artistici (musei, gallerie, teatri storici...); nel Distretto 1 dell'AULSS 7 le classi si svolgono ogni lunedì e venerdì presso il CSC San Bonaventura di Bassano del Grappa, mentre nel Distretto 2 lo spazio di pratica è rappresentato, tutti i giovedì, dal palco del Teatro Civico di Schio. Le classi sono condotte da insegnanti specificamente abilitati, che attraverso diversi approcci, tecniche e stili, si concentrano sullo sviluppo delle abilità espressive per la danza Dal 2016 è iniziata la disseminazione della pratica, arrivando a coinvolgere numerose realtà

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

italiane e internazionali. La pratica Dance Well è artistica, ma include al suo interno varie strategie riabilitative: Dance Well è infatti inquadrabile nell'ambito della danza-terapia, pratica la cui efficacia è supportata dalle evidenze scientifiche, nella quale il terapeuta utilizza il corpo e il movimento come mezzo primario per raggiungere degli scopi terapeutici. È quindi una pratica di stimolazione fisica e riabilitazione che utilizza l'espressività corporea anche per regolare le emozioni e migliorare il sé psicofisico dell'individuo. Se il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov ritiene il paziente candidabile, potrà indirizzarlo alla pratica di Dance Well: illustrerà al paziente ed eventualmente al familiare/caregiver i documentati benefici della danza-terapia nella prevenzione (secondaria e terziaria) e provvederà a comunicare il nome del paziente alla Responsabile delle Relazione Esterne Operaestate/CSC/Dance Well.

L'importanza della diagnosi precoce. Una diagnosi precoce produce una serie di fondamentali vantaggi:

- Escludere altre malattie curabili che potrebbero simulare la malattia di Parkinson.
- Iniziare prima la cura: i farmaci non guariscono definitivamente la malattia, ma permettono al paziente di muoversi normalmente, tornando a svolgere le attività quotidiane, la guida dell'automobile, le attività ricreative e la vita sociale.
- Presa in carico da parte dell'Ambulatorio per i Disturbi del Movimento, dedicato esclusivamente ai pazienti affetti dalla Malattia di Parkinson: il paziente potrà, da quel momento, essere seguito da un Neurologo specialista in grado di gestire la malattia con competenza.
- Prescrizione di regolare attività fisica/esercizio fisico per prevenire il peggioramento, accedendo di diritto a programmi di esercizio fisico specifici per i malati di Parkinson (AFA-D).
- Accedere ai necessari vantaggi (quali l'esenzione per malattia o il rilascio di relazione medica specialistica per il riconoscimento di eventuale invalidità) che alleviano gli oneri economici legati alla malattia, o ad altri specifici servizi (come il rilascio del Piano Terapeutico necessario per alcuni farmaci).

Per questi motivi la persona che presenta dei sintomi che potrebbero suggerire la malattia, deve rivolgersi subito al proprio Medico di Medicina Generale, che prescriverà una Visita Neurologica nel sospetto di malattia di Parkinson.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		


L'impegno della Regione Veneto e dell'ULSS 7 Pedemontana per la Malattia di Parkinson. Come è stato spiegato la malattia di Parkinson è una malattia neurologica degenerativa cronica a lento decorso, che porta progressivamente ad una limitazione delle funzioni motorie. La malattia, oltre al coinvolgimento dei movimenti, può determinare il coinvolgimento di altre funzioni neurologiche con ricadute determinati sulla qualità della vita del soggetto affetto e dei suoi familiari. La malattia interessando perlopiù soggetti anziani, si associa spesso ad altre malattie tipiche dell'età avanzata, anch'esse croniche, con ulteriore incremento del carico assistenziale. Il malato di Parkinson può divenire, quindi, un paziente complesso e ciò comporta necessariamente un intervento coordinato di molteplici figure professionali inevitabilmente coinvolte nella gestione della malattia: Medici di Medicina Generale, Neurologi ed altri Specialisti (per gestire le manifestazioni non motorie); Neuropsicologici (per le eventuali problematiche cognitive); Medici e Tecnici della Riabilitazione; Infermieri; Operatori del Settore Sociale; familiari dei pazienti e coloro che, a vario titolo, li aiutano (caregivers). Va inoltre considerato che, allo stato attuale, non è disponibile una terapia in grado di arrestare il processo degenerativo sottostante, pur disponendosi di una efficace terapia sintomatica mirata: la malattia accompagna quindi il paziente per l'intero arco della sua vita. La Regione Veneto, prendendo atto della diffusione della malattia di Parkinson e dell'importante carico sanitario, socio-assistenziale ed umano che essa comporta, ha promosso l'adozione da parte delle singole ULSS di un percorso che garantisca ai cittadini coinvolti di accedere a tutte le opportunità di prevenzione, cura ed assistenza necessarie: *il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Malattia di Parkinson. Si tratta di uno schema operativo che prevede e coordina tutte le attività sanitarie e sociali e tutte le figure professionali coinvolte nella prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza del paziente affetto da malattia di Parkinson. Il tutto per garantire i migliori livelli di cura ed assistenza, compatibilmente con le risorse disponibili, in tutto il territorio della regione.*

L'accesso alle cure nell'ULSS N. 7 Pedemontana: istruzioni per l'uso. Il paziente accede al percorso negli Ambulatori della Medicina Territoriale:

- E' infatti il Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà, per primo, il paziente che riferisce i sintomi. Il MMG, dopo aver ascoltato la storia clinica e valutato il paziente, se ritiene che vi sia il sospetto diagnostico di malattia di Parkinson, lo invierà allo Specialista, redigendo una impegnativa per Visita Neurologica.
- L'impegnativa verrà avviata al CUP (Centro Unico di Prenotazione) e si tradurrà in un appuntamento per Visita Neurologica.
- Il paziente sarà quindi visitato dal Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale: questo ambulatorio è destinato alla valutazione di tutti i malati neurologici, inclusi quelli affetti da sospetta malattia di Parkinson.
- Il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale, raccoglierà dal paziente ed eventualmente dai familiari, la storia clinica dettagliata e visiterà il paziente, sottoponendolo ad un esame neurologico. Se lo riterrà, prescriverà degli accertamenti diagnostici: questi non sono strettamente necessari alla diagnosi -che resta un atto clinico, affidato cioè alla capacità del Neurologo- ma potrebbero essere, in alcuni casi indicati, per sciogliere eventuali incertezze.

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

- Al termine della visita il Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale, *se ritiene fondato il sospetto diagnostico di malattia di Parkinson*, invia il paziente all'Ambulatorio per i Disturbi del Movimento, redigendo una prescrizione di Prima Visita per Malattia di Parkinson. Il Neurologo potrà, se necessario, prescrivere nel frattempo una terapia specifica: l'effetto favorevole della terapia potrà aiutare eventualmente a confermare il sospetto diagnostico.
- Per facilitare paziente e familiari l'impegnativa viene gestita secondo una via preferenziale: presso l'Ospedale di Bassano del Grappa, in particolare, il Personale Infermieristico dell'Ambulatorio prende direttamente in carico la prescrizione e si incarica di convocare il paziente, entro 3-6 mesi (secondo necessità); all'Ospedale di Santorso il paziente viene inviato ad un mini-CUP, che comunque garantirà un accesso tempestivo all'Ambulatorio per i Disturbi del Movimento, con una via preferenziale dedicata.
- Presso l'Ambulatorio per i Disturbi del Movimento o Ambulatorio DisMov il paziente sarà rivalutato da un Neurologo esperto nella malattia di Parkinson. Questo Specialista, alla luce di quanto già ipotizzato dal Medico di Medicina Generale, secondo l'orientamento del Neurologo dell'Ambulatorio Divisionale, valutati gli eventuali accertamenti diagnostici effettuati:
 - Potrà eventualmente confermare la diagnosi di malattia di Parkinson.
 - Comunicherà la diagnosi al paziente ed ai familiari, sottolineando che le cure per la malattia di Parkinson, pur non portando alla completa guarigione, sono molto efficaci e consentono al paziente di mantenere autonomia e funzionalità.
 - Verrà redatta la richiesta di esenzione (codice 038) per malattia che dà diritto all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario per prestazioni sanitarie necessarie, come visite neurologiche, fisioterapia e training deambulatorio; ad eventuali ausili, esami diagnostici specifici e farmaci di classe C correlati alla patologia.
 - In caso di persistenza di dubbi potrà prescrivere ulteriori accertamenti specifici.
 - In quei pazienti – circa il 10% del totale- con una chiara storia familiare di Parkinson, potrà prescrivere un test genetico.
 - Se necessario prescriverà la terapia farmacologica, spiegandone l'azione e i possibili effetti collaterali.
 - Prescriverà la pratica di esercizio fisico e darà consigli in merito alle abitudini di vita ed alla dieta.
- Al termine della visita il Neurologo dell'Ambulatorio DisMov, secondo le necessità del paziente, pianificherà una Visita di Controllo per malattia di Parkinson, con tempistiche di 3 o 6 mesi: anche questa impegnativa, come quella per la 1^a visita, verrà gestita secondo un canale preferenziale che non transita per il CUP. Il paziente con malattia di Parkinson viene quindi preso in carico dall'Ambulatorio DisMov.
- In occasione delle successive visite di controllo verranno raccolti gli aggiornamenti della storia clinica ed il paziente verrà rivisitato, per valutarne l'andamento. All'occorrenza verrà adeguata la terapia farmacologica, sia per i sintomi motori che per i non motori. In relazione a questi ultimi potranno essere prescritti dal Neurologo DisMov ulteriori Visite Specialistiche. Le visite di controllo verranno prenotate secondo gli stessi canali preferenziali

	DIREZIONE SANITARIA	PPDTA 02 MdP
	U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano	Rev. n.00
PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON		

L'importanza di conoscere: l'educazione terapeutica. Le valutazioni presso l'Ambulatorio DisMov sono l'occasione per fornire al paziente ed ai familiari informazioni sulla malattia, sull'azione dei farmaci, sugli eventuali effetti collaterali di questi e sul modo di affrontarli, sulle abitudini di vita da intraprendere (soprattutto per quanto riguarda dieta ed esercizio fisico). Per il paziente ed i familiari conoscere la malattia è, infatti, la premessa per essere direttamente coinvolti ed assumere comportamenti autonomi rispetto alle diverse problematiche correlate alla malattia.

A questo proposito l'Ambulatorio DisMov di Bassano del Grappa ha dato un contributo ad un programma di Educazione Terapeutica destinato ai pazienti affetti da malattia di Parkinson, promosso dall'ULSS 2 Marca Trevigiana, che si è tradotto in 10 videoclip, realizzate da Neurologi Specialisti nella malattia di Parkinson accessibili sulla piattaforma Youtube. Le clip filmate possono essere visualizzate da PC o tablet, su Youtube, digitando "educazione terapeutica parkinson marca trevigiana" e trattano, con linguaggio divulgativo, le principali tematiche:

- Clip 0: Educazione terapeutica nella malattia di Parkinson
- Clip 1: Cos'è la malattia di Parkinson? (Dr. E. Turinese, Neurologia di Bassano del Grappa)
- Clip 2: La diagnosi
- Clip 3: La terapia
- Clip 4: Sintomi non motori della malattia di Parkinson
- Clip 5: Aspetti motori e stili di vita
- Clip 6: Diritti e tutele
- Clip 7: Esercizi in casa
- Clip 8: Vita quotidiana
- Clip 9: Alimentazione nella malattia di Parkinson
- Clip 10: Domande frequenti

Paziente e familiari attori nella gestione della malattia: l'Associazione Vicentina Malattia di Parkinson. L'Associazione Vicentina Malattia di Parkinson è un esempio di partecipazione attiva di malati e familiari alla conoscenza della malattia ed alla sua gestione. Con il fine di migliorare la qualità della vita delle persone affette e delle loro famiglie, questa associazione -costituita da malati e familiari- è impegnata in numerose attività quali:

- Organizzazione di incontri tra persone con malattie e familiari
- Organizzazione di incontri formativi con medici ed operatori del settore
- Organizzazione di attività di rieducazione fisica e psicologica
- Ricerca di collaborazione, assistenza e sostegno presso enti pubblici e privati

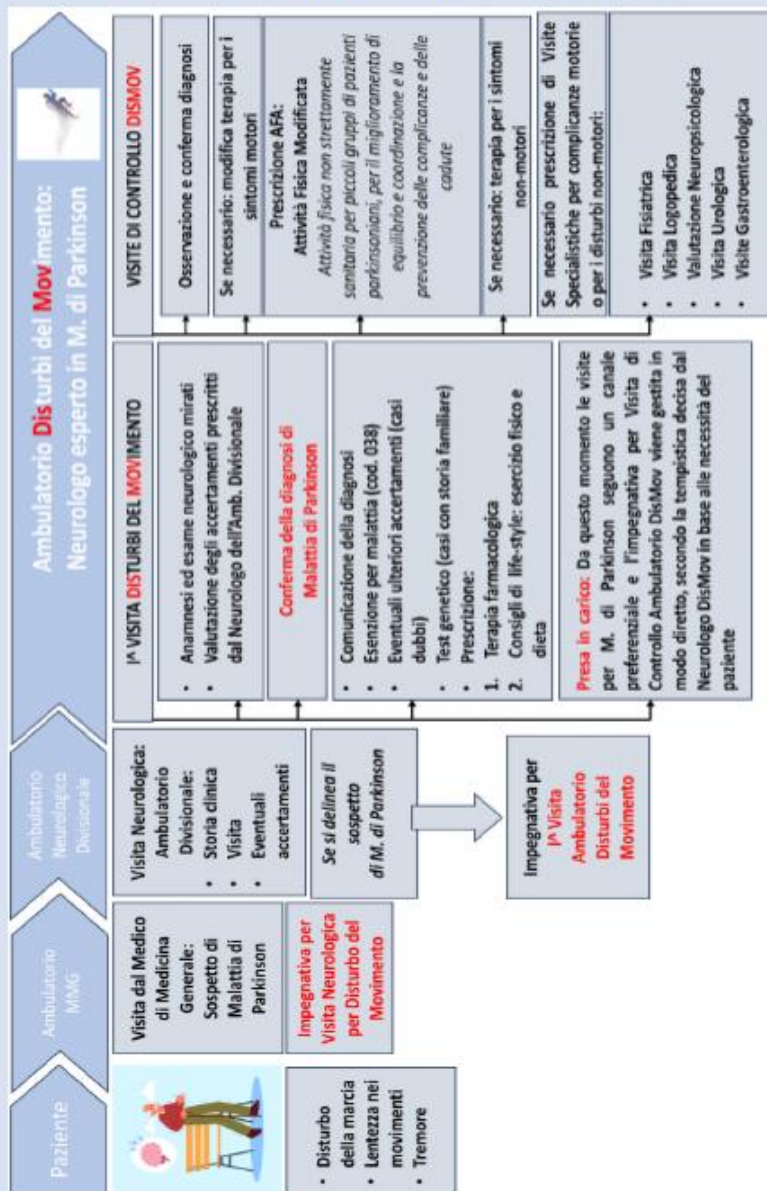
Gli Ambulatori per i Disturbi del Movimento dell'ULSS n. 7 Pedemontana mettono a disposizione le proprie risorse per un coinvolgimento attivo anche dei pazienti dei territori di Bassano, Santorso ed Asiago -e dei loro familiari- nelle fondamentali iniziative promosse dall'Associazione.

La Segreteria dell'Associazione Vicentina Malattia di Parkinson è aperta, per informazioni, il lunedì ed il martedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00, chiamando il 348 833 3586.




**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON**

Schema riassuntivo del Percorso del Paziente affetto da Malattia di Parkinson
nell'ULSS 7 Pedemontana: sospetto diagnostico, diagnosi e terapia



<p>REGIONE DEL VENETO</p> 	<p>DIREZIONE SANITARIA</p>	<p>PPDTA 02 MdP</p>
	<p>U.O.C. NEUROLOGIA Ospedale di Bassano</p>	<p>Rev. n.00</p>
<p>PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DI PARKINSON</p>		

**Gli Ambulatori Disturbi del Movimento
Dell'ULSS n. 7 Pedemontana**



**Distretto 2
Ospedale di Santorso**

Ambulatorio Disturbi del Movimento Santorso

- Ospedale di Santorso SP66, 42
- CUP da lunedì a venerdì, ore 11-13
0445.509800
- Visite: Ambulatorio Neurologico, scala A, piano 1, area poliambulatorio 2, Ambulatori 24-25
- Mini CUP: scala A, piano 1, area poliambulatorio 1
- Mail di riferimento:
francesco.dallora@aulss7.veneto.it

**Distretto 1
Ospedale di Bassano del Grappa**

Ambulatorio Disturbi del Movimento Bassano del Grappa

- Ospedale di Bassano del Grappa, Via dei Lotti 40
- CUP da lunedì a venerdì, ore 8-17
- da telefono fisso: 800.038.990
- da cellulare: 0424.884050
- Visite .
- Ambulatorio Neurologico, I° piano-lato nord
- Reparto di Neurologia, VI° piano-lato nord, stanza 11
- Consulto telefonico per pazienti già in carico all'Ambulatorio:
Lunedì e giovedì, ore 8-9,
cell. 331 618 9624
- Mail di riferimento:
ambulatorio.neurologiad1@aulss7.veneto.it