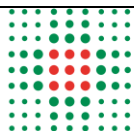


**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

Redazione	Coordinamento metodologico: Susanna Trombetti – UO Governo Clinico Sistema Qualità AUSL BO Cesa Scaglione-IRCCS delle Scienze Neurologiche UO Clinica Neurologica	
	Responsabile verifica reingegnerizzazione: Nunzia Siena – UO Governo Clinico Sistema Qualità AUSL BO	
	Componenti Gruppo di Lavoro Multidisciplinare:	
	Agati Raffaele	IRCCS delle Scienze Neurologiche- Programma Neuroradiologia con Tecniche ad elevata complessità
	Agnusdei Marianna	Dip. Farmaceutico – UOC Farmacia Central. OM
	Allegri Vincenzo	Dip. Servizi – UOC Medicina Nucleare AOSP
	Azzoni Emanuela	UO Riabilitazione Territoriale
	Capellari Sabina	Centro Disturbi Cognitivi IRCCS
	Colombari Piera	Area DATeR IRCCS delle Scienze Neurologiche
	Cortelli Pietro	IRCCS delle Scienze Neurologiche -UOC Clinica Neurologica-Rete Neurologica Metropol. (NeuroMet)
	Degli Esposti Stefania	Dip.Medico- UOC Medicina Riabilitativa Sud
	Di Campli Alfonso	Dip.Chirurgico-UOC Urologia OM
	Ferrara Francesco	Dip.Chirurgico-UO Gastroenterologia ed Endoscopia interventistica
	Ferri Donatella	UO Riabilitazione Ospedaliera
	Fiorito Alessia	UO Dialisi e Servizi
	Guarino Maria	IRCCS delle Scienze Neurologiche-Neurologia AOSP BO-NEUROMET IRCCS
	Longhi Mercury	UO Riab Territoriale - Fisioterapista
	Lucchi Fabiola	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione
	Manai Giovanna	Direzione Attività Socio-Sanitarie (DASS)
	Menchetti Marco	Dip.Salute Mentale-DipendenzeP-UO CSM Navile
	Monsorno Carmen	UO Riab Territoriale - Fisioterapista
	Moser Giovanni	UO Cure Primarie Area Bologna Ovest
	Piperno Roberto	IRCCS delle Scienze Neurologiche – UOC Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione
	Rizzi Francesca	UO Riabilitazione Ospedaliera - Logopedista
	Scaglione Cesa	UOC Clinica Neurologica
	Tacconi Claudio	Medico di Medicina Generale
	Tempestini Antonella	Programma Cure Intermedie
	Tonon Caterina	IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna Programma Neuroimmagini Funzionali e Molecolari
	Valenti Danila	UO Rete delle Cure Palliative
	Valentini Stefania	UO Riab Territoriale-Fisioterapista
Valeriani Luca	Dip.Servizi - UOC Dietologia e Nutrizione Clinica	
Valisella Cristina	Processo Continuità Presa in Carico Domiciliare	
Vaona Isabella	UOC Direzione Sanitaria IRCCS	
Ventrucci Costanza	UO Medicina Legale e Risk Management	
Vignatelli Luca	Neurologo-Epidemiologia Biostatistica IRCCS	


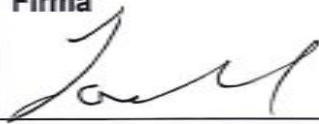


**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

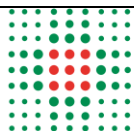
PDTA-006 AUSLBO

Responsabili PDTA	Responsabile clinico	Responsabile assistenziale
	Pietro Cortelli	Emanuela Azzoni

Verifica	Carlo Descovich Direttore UO Governo Clinico e Sistema Qualità	Firma 
Approvazione	Lorenzo Roti Direttore Sanitario	Firma 

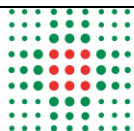
Elenco Allegati

Allegato N°	Titolo dell'Allegato	Codice
1	Sedi di erogazione delle prestazioni	All1- PDTA-006-AUSLBO
2	Riferimenti telefonici	All2- PDTA-006-AUSLBO
3	Criteri Diagnostici Gelb 1999	All3- PDTA-006-AUSLBO
4	Criteri Diagnostici United Kingdom Brain Bank 1992	All4- PDTA-006-AUSLBO
5	Linee guida terapeutiche NICE 2017	All5- PDTA-006-AUSLBO
6	Scala Hoehn & Yahr	All6- PDTA-006-AUSLBO
7	Scala Tinetti	All7- PDTA-006-AUSLBO
8	Questionario IIEF-5 valutazione funzione erettile	All8- PDTA-006-AUSLBO
9	CAPSIT criteri per la stimolazione cerebrale profonda	All9- PDTA-006-AUSLBO
10	Scala MUST- valutazione livello nutrizionale	All10- PDTA-006-AUSLBO
11	Istruzioni prestazioni dietologiche in caso di PEG e istruzioni per la fornitura di ausili e miscele nutrizionali	All11- PDTA-006-AUSLBO
12	Riferimenti PCAP	All12- PDTA-006-AUSLBO
13	Modulo richiesta consulenza psichiatrica	All13- PDTA-006-AUSLBO
14	Sedi visita psichiatrica	All14- PDTA-006-AUSLBO
15	Presenza in carico di Cure Palliative	All15- PDTA-006-AUSLBO
16	Modulo di Richiesta Attivazione Rete Cure Palliative	All16- PDTA-006-AUSLBO
17a	Scala POS-S	All17a- PDTA-006-AUSLBO
17b	Scala IPOS (paziente)	All17b- PDTA-006-AUSLBO
18	Indicatori	All18- PDTA-006-AUSLBO



Sommario

1.	Definizioni e Abbreviazioni	4
2.	Premessa.....	4
2.1	Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso	5
2.2	Dati epidemiologici della patologia/quadro clinico	5
3.	Riferimenti normativi, bibliografici e documentali	5
4.	Descrizione del Percorso	7
4.1	Fase 1-Fase iniziale della malattia.....	7
4.2	Fase 2 - Fase intermedia della malattia	12
4.3	Fase 3-Fase avanzata della malattia	15
5.	Diffusione	23
6.	Implementazione.....	23
7.	Monitoraggio	23
8.	Pianificazione delle revisioni.....	23



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

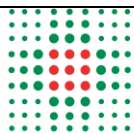
1. Definizioni e Abbreviazioni

Definizioni	
Centro DISMOV	Ambulatorio neurologico esperto in disordini del movimento
Tremore di riposo	Oscillazione rapida e ritmica di un segmento corporeo attorno ad una posizione di equilibrio presente a riposo cessa durante il movimento. È costituito da oscillazioni regolari, di ampiezza costante e frequenza relativamente lenta (4-6Hz)
Bradicinesia	Riduzione dell'iniziativa motoria e della velocità dei movimenti volontari che vengono eseguiti con lentezza e difficoltà
Rigidità	Aumento della resistenza alla mobilitazione passiva di un segmento corporeo. L'ipertono è distribuito in maniera uguale su muscoli agonisti ed antagonisti, il grado di resistenza è costante per tutto l'arco del movimento, al termine del quale l'arto conserva la posizione finale raggiunta.

Abbreviazioni	
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AFA	Attività fisica adattata
AOU	Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
CAR	Centro Ambulatoriale Riabilitazione
CN	Clinica Neurologica
CP	Cure Palliative
DBS	Stimolazione cerebrale profonda
DSA	Day service ambulatoriale
FEES	esame endoscopico flessibile della deglutizione
HY	Stadiazione Hohen and Yahr
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS delle Scienze Neurologiche
MP	Malattia di Parkinson
OB	Ospedale Bellaria
OM	Ospedale Maggiore
PAI	piano assistenziale integrato/individualizzato
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAR	Presidio Ambulatoriale Riabilitativo
PCAP	Punto di coordinamento assistenza primaria
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PVF	Punto di valutazione fisioterapica
SFM	Scompenso Funzionale Momentaneo
UPDRS	Unified Parkinson Disease Rating Scale

2. Premessa

La Malattia di Parkinson (MP) è una malattia degenerativa del Sistema Nervoso Centrale caratterizzata da una progressiva degenerazione di una popolazione selettiva di neuroni localizzati in una struttura del cervello detta "*substantia nigra*", cioè sostanza nera, situata in profondità nel cervello, che controlla principalmente i movimenti del corpo. Il termine degenerazione significa che nel corso della malattia si verifica la morte delle cellule cerebrali di una zona ben specifica del cervello e che la patologia ha un'evoluzione lenta e progressiva. La lesione anatomica si traduce in disturbi motori (tremore, bradicinesia, rigidità muscolare, distonie ed instabilità posturale), ma anche



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

non motori (deficit di memoria e delle capacità cognitive, ansia e depressione, confusione, dolore, disturbi del sonno e gastrointestinali). Tale malattia ha un considerevole impatto sul piano sociale ed emotivo in quanto limita il paziente dal punto di vista motorio e intellettuale, diminuendo l'autonomia: il paziente perde la sicurezza in se stesso, nelle sue capacità lavorative e sociali. La malattia di Parkinson è quindi una patologia cronica che presenta nel suo progredire, necessità differenziate e complesse di assistenza. La integrazione tra specialisti e professioni diverse, all'interno di un percorso assistenziale (PDTA), rappresenta una sfida organizzativa che deve essere finalizzata al miglioramento della qualità assistenziale, con il raggiungimento degli standard assistenziali, indicati dalle linee guida internazionali.

2.1 Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso

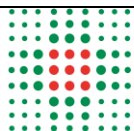
Sono inclusi nel percorso tutti i pazienti affetti da malattia Parkinson definiti secondo l'integrazione dei criteri di Gelb 1999 e della Brain Bank 1989 (vedi allegati 3 e 4). Sono esclusi dal percorso tutte le sindromi parkinsoniane che non soddisfano i suddetti criteri.

2.2 Dati epidemiologici della patologia/quadro clinico

La malattia di Parkinson è una delle malattie neurologiche degenerative più diffuse, e rappresenta la forma tipica e più frequente di sindrome parkinsoniana o parkinsonismo, costituendone circa l'80%. Il rimanente 20% dei parkinsonismi può essere di tipo idiopatico (atipico), secondario (es. vascolare) e monogenico (legato alla mutazione di un gene; i geni maggiormente coinvolti sono: PINK1, DARDARINA, PARKINA). È più frequente nell'età adulta (70-80% dei casi) mentre è più rara prima dei 45 anni. La prevalenza (numero di ammalati all'anno) cresce in modo lineare con l'aumentare dell'età. La prevalenza nella popolazione totale Italiana è di un caso su 100.000 persone, ma sale a circa 250-300/100.000 abitanti sopra i 50 anni e sfiora i 1000/100.000 casi nella fascia di età compresa tra 60 e 70 anni. L'incidenza (numero di nuovi casi all'anno) è di circa 25-30/100.000 casi all'anno. L'età media di inizio della malattia è circa 61 anni, questo significa che il maggior numero di persone a rischio è quello con età compresa tra i 50 e 70 anni. In Italia vengono diagnosticati ogni anno 15.000 nuovi casi di MP, di cui almeno 1000 in soggetti con età inferiore ai 45 anni. Si calcola che in Emilia Romagna ci siano 18.000 malati di Parkinson. Contrariamente a quanto era emerso negli anni settanta, la malattia colpisce in uguale misura maschi e femmine.

3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

- 1) NICE clinical Guideline 35 quick reference. Parkinson's Disease Diagnosis and Management in primary and secondary care. *National Institute for Health and clinical excellence London* 2006
- 2) NICE guideline Parkinson's disease in adults *National Institute for Health and clinical excellence London* 19 July 2017
- 3) Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda ospedaliera di Bologna policlinico S. Orsola Malpighi, Istituti Ortopedici Rizzoli conferenza sanitaria regione area metropolitana. l'assistenza neurologica nella provincia di bologna gruppo pal neurologia 31 gennaio 2004
- 4) 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. *MovDisord.* 2015 Oct;30(12):1591-601.
- 5) Berardelli A, Wenning GK, Antonini A, Berg D, Bloem BR, Bonifati V, Brooks D, Burn DJ, Colosimo C, Fanciulli A, Ferreira J, Gasser T, Grandas F, Kanovsky P, Kostic V, Kulisevsky J, Oertel W, Poewe W, Reese JP, Relja M, Ruzicka E, Schrag A, Seppi K, Taba P, Vidailhet M. EFNS/MDS-ES/ENS [corrected] Recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2013 Jan;20(1):16-34.

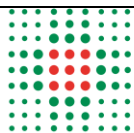


**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

- 6) Ferreira JJ, Katzenschlager R, Bloem BR, Bonuccelli U, Burn D, Deuschl G, Dietrichs E, Fabbri G, Friedman A, Kanovsky P, Kostic V, Nieuwboer A, Odin P, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Schüpbach M, Tolosa E, Trenkwalder C, Schapira A, Berardelli A, Oertel WH. Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2013 Jan;20(1):5-1
- 7) 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 Mar;55(3):181-4.
- 8) B. Dubois, D Burn, C Goetz, et al Diagnostic Procedures for Parkinson's Disease Dementia: Recommendations from the Movement Disorder Society Task Force. *Movement Disorders* 2007, 22; 16: 2314–2324
- 9) Goldman JG, Holden SK, Litvan I, McKeith I, Stebbins GT, Taylor JP. Evolution of diagnostic criteria and assessments for Parkinson's disease mild cognitive impairment. *Movement Disorders* 2018 Apr;33(4):503-510
- 10) Skorvanek M, Goldman JG, Jahanshahi M, Marras C, Rektorova I, Schmand B, van Duijn E, Goetz CG, Weintraub D, Stebbins GT, Martinez-Martin P; members of the MDS Rating Scales Review Committee. Global scales for cognitive screening in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Movement Disorders* 2018 Feb;33(2):208-218
- 11) Deane K, Jones DE, Playford ED, Ben-Shlomo Y, Clarke CE Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease (Cochrane Review) 2009
- 12) Deane K, Jones DE, Ellis-Hill C, Clarke CE, Playford ED, Ben-Shlomo Y Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques (Cochrane Review) 2009
- 13) Gage H, Storey L Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence (DARE review) 2004
- 14) Johnell O, L. J. Melton, E. J. Atkinson, W. M. O'Fallon, L. T. Kurland. Fracture risk in patients with Parkinsonism: A population based study in Olmsted County MN. *Age and Ageing* 1992;21:32–38.
- 15) Core Assessment Program for Surgical Interventional Therapies in Parkinson's Disease (CAPSIT-PD) *Movement Disorders* Vol. 14, No. 4, 1999, pp. 572–584
- 16) P067_AUSLBO- Fornitura assistenza protesica – 15 aprile 2013
- 17) DGR 2127/2016 Indirizzi regionali per la promozione dell'attività fisica e della prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche" e del "codice etico delle palestre e delle associazioni sportive che promuovono salute
- 18) European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. (dicembre 2014)
- 19) Linee guida per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson – GIMBE Aprile 2018
- 20) DGR1844/2018 Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Linee di indirizzo regionali
- 21) ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition* 37 (2018) 354-396
- 22) Weintraub D. Management of psychiatric disorders in Parkinson's disease. *Neurotherapeutics* <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00875-w>. Published online 08 June 2020



4. Descrizione del Percorso

Il percorso clinico assistenziale è stato suddiviso in sottoprocessi temporali, che sono definiti "fasi", in funzione del momento e delle sedi in cui si trova il paziente lungo il percorso:

- Fase 1: Fase iniziale della malattia
- Fase 2: Fase intermedia della malattia
- Fase 3: Fase avanzata della malattia

Le sedi di erogazione e le modalità per l'accesso alle prestazioni previste nel PDTA erogate nelle diverse fasi di malattia sono dettagliate negli Allegati 1 e 2.

4.1 Fase 1-Fase iniziale della malattia

Criteri di ingresso nella Fase:

- *Sospetto di malattia di Parkinson sulla base di sintomi quali: tremore a riposo, rigidità, bradicinesia*

Criteri di uscita dalla Fase:

- *MP con inizio di complicanze motorie e non motorie rilevanti (fase 2)*
- *Complicanze non trattabili con perdita di autonomia (fase 3)*
- *Altra diagnosi*

Descrizione del processo

Quando un paziente si presenta dal Medico di Medicina Generale (MMG) o da uno specialista non neurologo con uno o più tra i sintomi elencati:

- Tremore di riposo;
- Rigidità;
- Bradicinesia

è inviato a visita neurologica presso un ambulatorio neurologico territoriale tramite prescrizione SSN (con indicazione di priorità D, a 30 giorni) da prenotare a CUP.

Il Neurologo prende in carico il paziente in caso di conferma il sospetto clinico di malattia di Parkinson, sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo.

In caso siano presenti:

- sintomi non motori (disturbi genito-urinari; disautonomia; turbe gastroenterologiche)
- disturbi cognitivi;
- sintomi psichiatrici (allucinazioni; delirio; depressione intrattabile)

attiva i relativi sottopercorsi descritti di seguito.

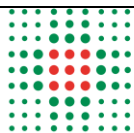
In caso di conferma clinica dell'ipotesi diagnostica di MP, il neurologo prescrive la TC encefalo senza mezzo di contrasto da eseguire entro sei mesi, ed eventuali ulteriori accertamenti come sotto indicato, e contestualmente prescrive e prenota la visita neurologica di controllo.

La terapia farmacologica verrà intrapresa secondo le raccomandazioni NICE 2017 (Allegato 5).

Se esistono dubbi sulla diagnosi differenziale con il Tremore Essenziale il neurologo prescrive Spect DAT-Scan presso la UOC Medicina Nucleare dell'Ospedale Maggiore-AUSL. La richiesta va inoltrata insieme a scheda anagrafica via fax (istruzioni dettagliate nell'allegato 2).

In caso di complessità del quadro clinico o di esordio di malattia in età inferiore ai 40 anni o familiarità positiva, il Neurologo territoriale prescrive e prenota una visita presso il Centro DISMOV utilizzando le agende dedicate per le valutazioni di II livello.

Il Neurologo del Centro DISMOV al fine della diagnosi differenziale tra MP e parkinsonismi atipici, richiede ed effettua in regime di Day Service:



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

- ↑ RM encefalo presso l'IRCCS ISNB, Programma Neuroradiologia con Tecniche ad elevata complessità e Programma Neuroimmagini Funzionali e Molecolari, OB.
- ↑ Scintigrafia Miocardica con MIBG presso la UOC Medicina Nucleare OM;
- ↑ Valutazione funzionale del sistema nervoso vegetativo presso l'IRCCS-UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB;
- ↑ Valutazione presso ambulatorio di medicina del sonno presso IRCCS-UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB

In caso di familiarità o di insorgenza della malattia in età inferiore ai 40 anni, il Neurologo del centro DISMOV valuta la possibilità di un Parkinsonismo genetico, può organizzare direttamente i test diagnostici presso UOC Clinica Neurologica OB, presso altre sedi extra-aziendali, extra-regionali, o mettersi in contatto via e-mail con la UOC Genetica Medica-AOU che provvederà ad organizzare i test genetici concordati, previa consulenza genetica.

Il Neurologo del centro DISMOV prenota una visita nella propria agenda controlli fino a completamento dell'approfondimento diagnostico.

Per i pazienti che per loro scelta non restano in carico al centro DISMOV, il Neurologo del centro DISMOV prescrive e prenota visita neurologica di controllo presso l'ambulatorio di Neurologia Territoriale. In occasione delle visite di Follow up possono essere attivati i percorsi specifici, descritti di seguito, in caso di insorgenza di sintomi non motori, deterioramento cognitivo, disturbi psichiatrici.

Al momento della diagnosi il Neurologo informa la persona dell'opportunità di accedere ai Gruppi di Attività Fisica Adattata (AFA) attivando tramite liste di attesa dedicate sull'applicativo MySanità il Presidio Ambulatoriale Riabilitativo di pertinenza territoriale (Allegati 1 e 2).

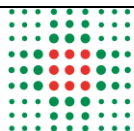
Come indicato dalla DGR 2127/2016 "*Indirizzi regionali per la promozione dell'attività fisica e della prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche e del codice etico delle palestre e delle associazioni sportive che promuovono salute*" risulta indicata per le persone con MP, l'AFA, un'attività fisica non sanitaria da eseguire presso palestre certificate come "Palestre che promuovono salute e Attività Motoria Adattata" visibili sul sito www.mappadellasalute.it del territorio, sotto la guida di un laureato in scienze motorie opportunamente formato e con una contribuzione economica da parte del cittadino secondo quanto previsto dal documento regionale stesso.

In questa fase di malattia, in particolare, accedono all'AFA le persone con

- Diagnosi di MP (Neurologo)
- Punteggio alla scala Hoehn & Yahr ≤ 2 (compilata dal Neurologo, Allegato 6)
- Richiesta di "Valutazione funzionale globale fisioterapica" (compilata dal Neurologo)

Il Fisioterapista procede alla Valutazione Funzionale (cod. 93.01.1 x 2) con una testistica definita nonché a qualche seduta di Educazione Terapeutica (cod. 93.22 x 10) utile a fornire alla persona suggerimenti sugli stili di vita più opportuni ad aumentare la consapevolezza dei disturbi motori per mantenere la miglior performance motoria possibile e per ridurre soprattutto il rischio caduta come indicato dalle European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. Il Fisioterapista si occupa inoltre di mantenere i contatti con i Laureati in Scienze Motorie per la verifica delle attività proposte durante le sedute di Gruppo e del monitoraggio utile al rientro tempestivo nel circuito sanitario in caso di modificate condizioni cliniche. La Valutazione Funzionale Fisioterapica viene riproposta annualmente su attivazione da parte del Neurologo in sede di visita Neurologica di controllo e l'accesso ad AFA ad inizio anno sportivo può avvenire anche grazie alla richiesta da parte del MMG.

Data l'opportunità per i pazienti con MP di seguire una dieta normoproteica a Distribuzione Proteica Differenziata (DPD) quando assumono farmaci con levodopa, il neurologo effettua la prenotazione sull'agenda MySanità "Elaborazione programma nutrizionale" della Casa della Salute (CdS) di pertinenza, previa verifica del consenso da parte del paziente. Per i pazienti ricoverati presso le UUOCC Neurologiche, durante la degenza viene richiesta la valutazione per



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

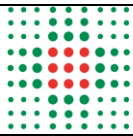
**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

"Elaborazione di programma nutrizionale". Il dietista, dopo il colloquio con il paziente e l'acquisizione del consenso, consegna il piano nutrizionale e programma una visita di controllo presso la Casa della Salute di pertinenza con impegnativa predisposta dal medico di reparto.

Il MMG viene informato dell'evoluzione clinica del paziente tramite referto specialistico informatizzato (SOLE) o cartaceo, consegnato dal paziente se la prestazione è oscurata su Sole; tale modalità di comunicazione con il curante è valida per tutte le fasi del percorso.

Quando il paziente presenta complicità motorie e non motorie rilevanti entra nella fase intermedia della malattia (fase 2)

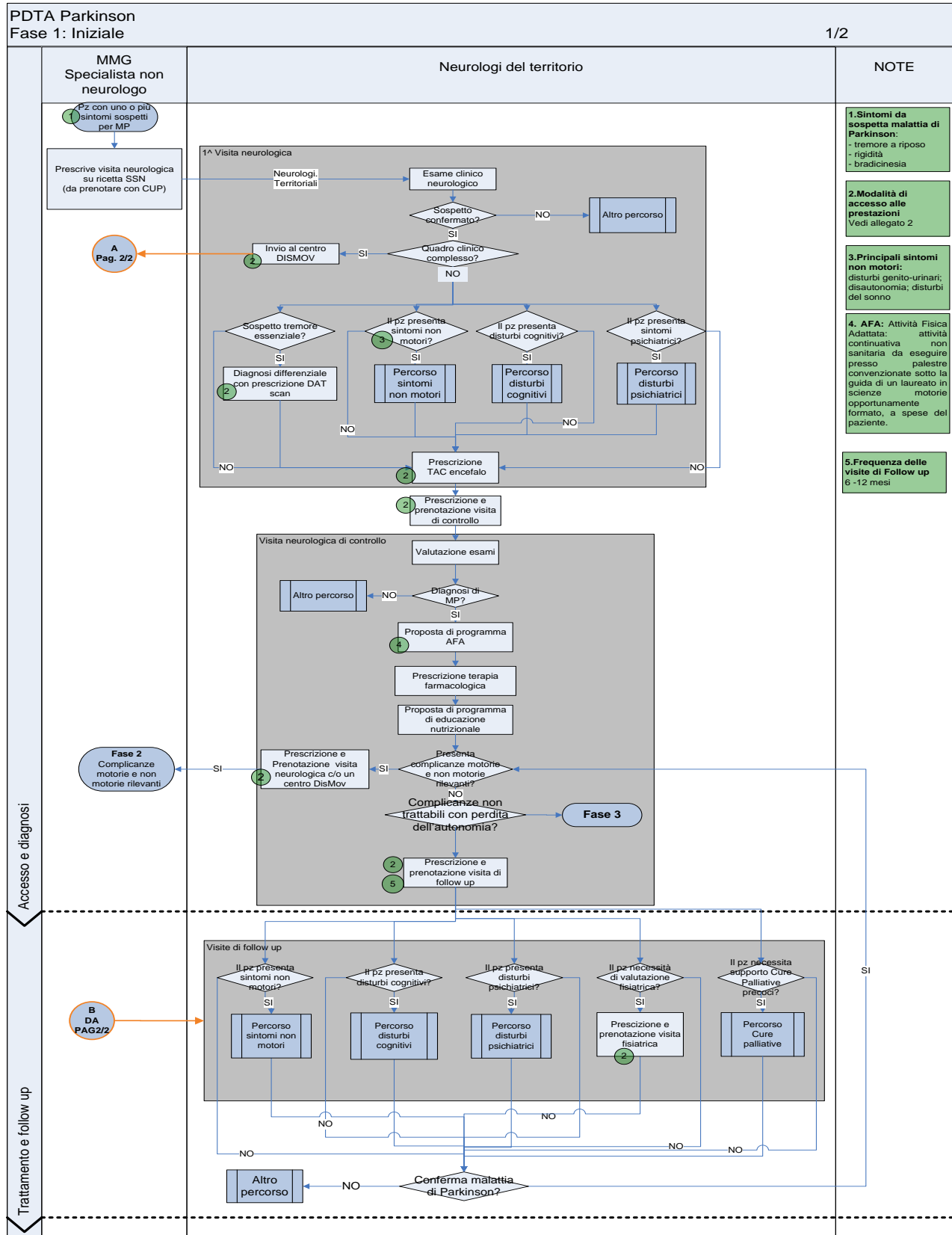


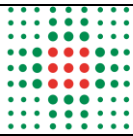
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

Diagramma di flusso fase 1





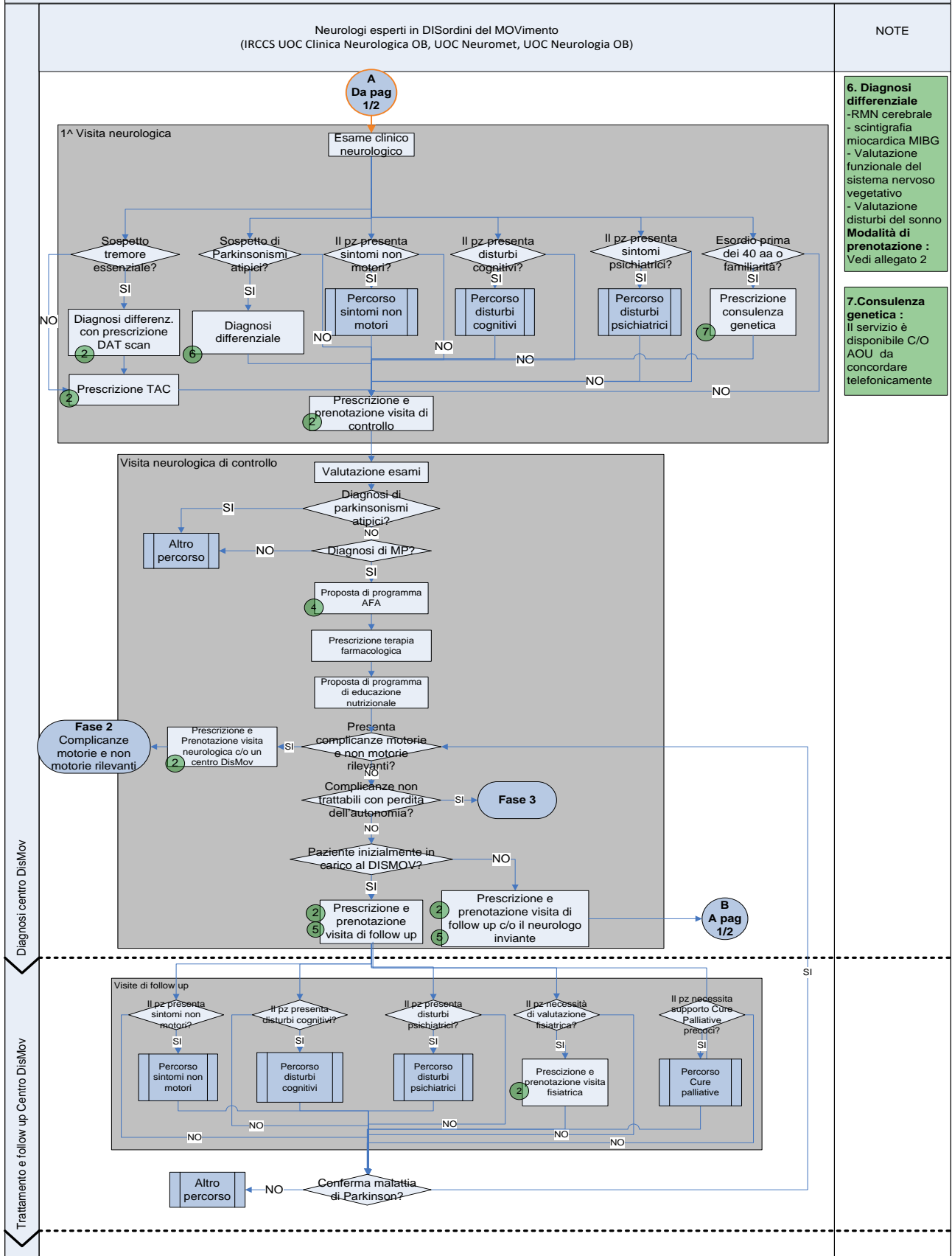
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

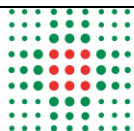
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTA-006 AUSLBO

PDTA Parkinson
Fase 1: Iniziale

2/2





4.2 Fase 2-Fase intermedia della malattia

Criteria di ingresso nella Fase:

- *Inizio di complicanze motorie e non motorie rilevanti (da fase 1)*
- *Recupero dell'autonomia funzionale (da fase 3)*

Criteria di uscita dalla Fase:

- *Inizio di complicanze non trattabili con perdita dell'autonomia (fase 3)*

Descrizione del processo

Il paziente con complicanze motorie e non motorie viene visitato dal neurologo di riferimento ogni 6-12 mesi. Possono rendersi necessarie visite con cadenza ravvicinata per ottenere il miglior compenso terapeutico possibile. Il neurologo prescrive e prenota le visite di follow-up. In questa fase il paziente deve essere valutato in un Centro DISMOV sia per eventuale approfondimento diagnostico sia per ottimizzazione della terapia o indicazione a strategie terapeutiche avanzate, con possibile presa in carico o rinvio al neurologo di riferimento, a seconda della complessità del caso, delle preferenze del paziente.

In occasione della visita di follow-up il neurologo valuta la presenza di fluttuazioni motorie, disturbi cognitivi, sintomi psichiatrici, rischio di cadute o scompenso funzionale momentaneo, sintomi non motori, disfagia riferita e conseguentemente avvia il paziente verso uno o più specifici sotto-percorsi e prenota visita di controllo neurologico. Qualora si riscontri un alto rischio nutrizionale utilizzando il test di screening allegato (MUST \geq 2, Allegato 10), il Neurologo richiede visita dietologica prenotandola direttamente sull'Agenda Multispecialistica di MySanità della UO Nutrizione Clinica OB o OM.

Il neurologo del Centro DISMOV rivede il paziente con gli esiti degli esami eseguiti nell'ambito dei sopra citati sotto-percorsi e definisce eventuali modifiche della terapia.

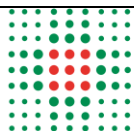
Qualora si renda necessaria una prescrizione vincolata da Piano Terapeutico il neurologo del centro DISMOV compila il piano terapeutico, indirizza il paziente alle farmacie ospedaliere per l'erogazione diretta dei farmaci, prescrive e prenota visita ambulatoriale di controllo alla scadenza del piano terapeutico.

In presenza di sintomi motori per i quali la terapia orale non garantisce un controllo parziale o totale, in casi selezionati tra le opzioni terapeutiche valutabili rientrano l'infusione intestinale di levodopa-carbidopa gel e la stimolazione cerebrale profonda (DBS). Se soddisfa i criteri CAPSIT (Allegato 9) si valuta l'opzione stimolazione cerebrale profonda, se non li soddisfa si valuta la possibilità che tragga giovamento dall'infusione continua del farmaco e si avvia alle procedure di valutazione per l'infusione intestinale di levodopa-carbidopa gel. Le modalità d'accesso ai due trattamenti sono definite nei sottopercorsi specifici.

Al termine dell'iter, in funzione della complessità del caso e delle sue preferenze, il paziente sceglie se rimanere in carico al centro DISMOV; in questo caso il neurologo del centro prescrive e prenota le successive visite di follow-up, in alternativa la prenotazione è effettuata nell'agenda territoriale qualora il paziente opti per questa sede.

Per quanto riguarda il percorso riabilitativo, in questa fase di malattia (Scala Hoehn & Yahr 2,5 -4; Allegato 6) risultano indicati:

- il proseguimento dell'AFA: in questa fase solo su indicazione specifica del Fisiatra.



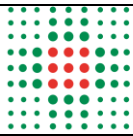
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

- la prosecuzione del percorso Valutativo ed Educazionale (cod.93.01.1 x 2 e cod. 93.22 x 10) da parte del Fisioterapista, utile in questa fase alla proposta di strategie funzionali e/ alla proposta di eventuali ausili per la riduzione delle problematiche motorie derivanti dalla progressione dei sintomi quali il freezing, la rigidità posturale, i disturbi della marcia e dell'equilibrio e per la prevenzione del rischio caduta
- la Rieducazione Motoria (cod. 93.11.1 x 20): accedono dopo Visita Fisiatrica presso gli Ambulatori dedicati alla Rieducazione Motoria le persone con MP con scompenso funzionale suscettibile di recupero (es. frattura di femore, in dimissione da ricovero ospedaliero, ecc.) con la finalità primaria di rientrare nel circuito AFA.
- La Visita Fisiatrica presso l'Ambulatorio di Secondo Livello presso l'Ospedale Maggiore se indicati studi funzionali del cammino e dell'equilibrio (balance) con eventuale successiva definizione di un progetto riabilitativo per obiettivi specifici, da eseguire presso le reti ambulatoriali CAR. Se le complicanze motorie e non motorie del paziente non risultano comunque trattabili il paziente passa alla successiva fase 3 del percorso

Il paziente entra in fase 3 anche nel caso in cui sia dimesso a seguito di ricovero per caduta o per scompenso funzionale momentaneo con impossibilità di movimento.

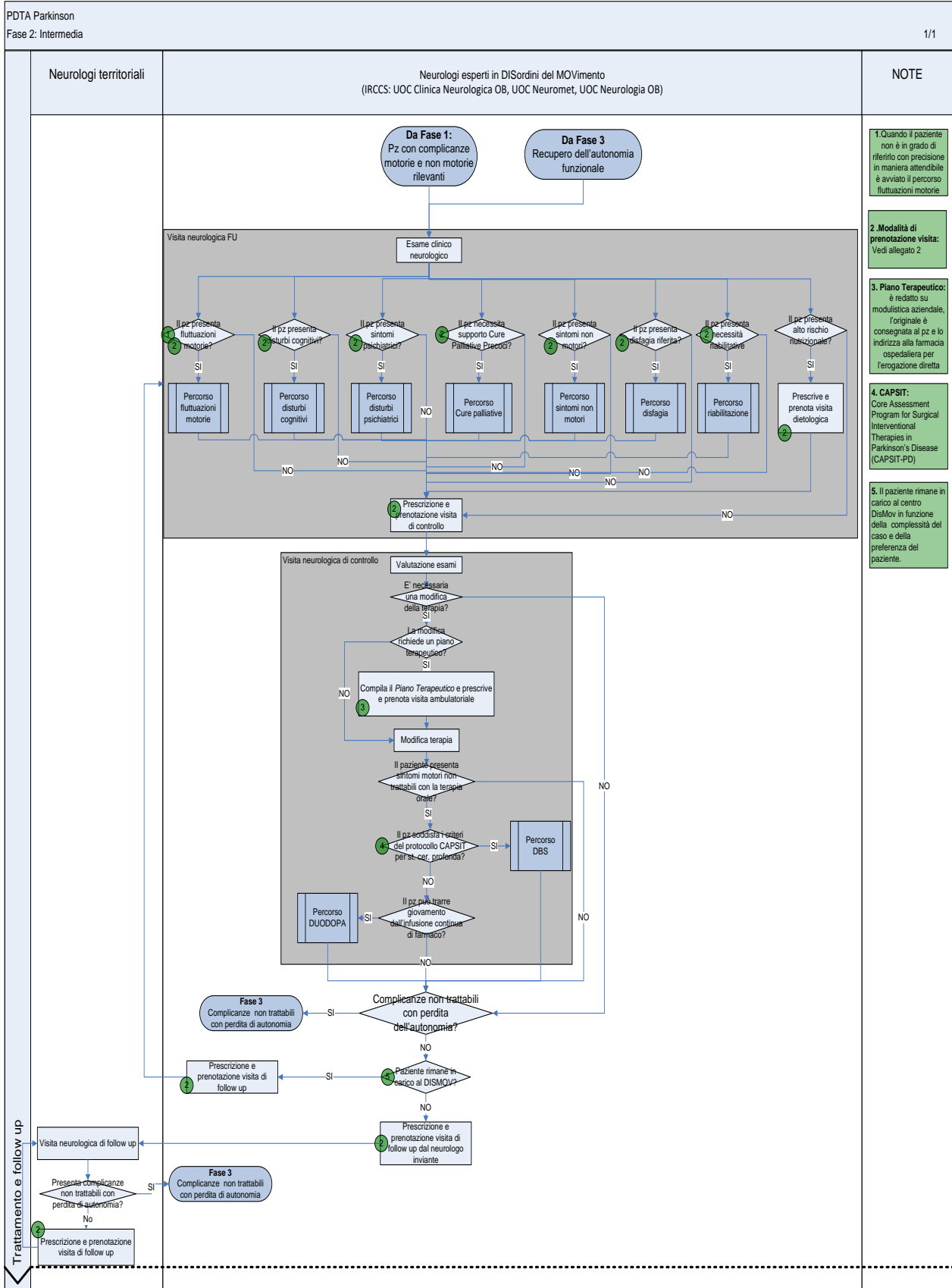


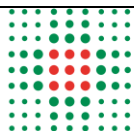
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

Diagramma di flusso fase 2





4.3 Fase 3-Fase avanzata della malattia

Criteria di ingresso nella Fase:

- *Presenza di complicanze non trattabili con perdita dell'autonomia (da fase 1 e da fase 2)*

Criteria di uscita dalla Fase:

- *Recupero dell'autonomia funzionale dopo scompenso momentaneo o caduta*
- *Fine vita.*

Descrizione del processo

La fase 3 del PDTA Parkinson è un processo che prevede l'assistenza della persona affetta da MP in stadio avanzato (i.e. fase delle complicanze non trattabili farmacologicamente; > stadio 4 Scala Hoehn & Yahr, Allegato 6), con perdita di autonomia che giunge all'osservazione medica in un setting ambulatoriale o ospedaliero. La finalità di questo processo è quella di fornire, al paziente parkinsoniano con grave disabilità, cure integrate e di prossimità: le prestazioni, in questa fase, sono prevalentemente effettuate a domicilio.

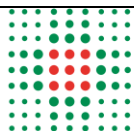
In presenza di complicanze motorie e non motorie rilevanti che compromettano l'autonomia funzionale, il neurologo curante, che informa il MMG tramite referto specialistico informatizzato (SOLE) o cartaceo consegnato al paziente e/o ai familiari, fornisce loro anche le indicazioni per rivolgersi al PCAP competente per residenza (recapiti dei PCAP in allegato 12). Se il paziente è ricoverato, il neurologo curante o lo specialista di reparto segnalano l'inserimento del paziente in PDTA Parkinson al PCAP competente per residenza, tramite applicativo GARSIA DIMISSIONI PROTETTE (DP). Qualora il paziente provenga da un reparto non neurologico, è opportuno che sia sottoposto a consulenza neurologica; anche in questo caso, al momento dell'attivazione della dimissione protetta, che viene eseguita su GARSIA DP dal personale del reparto in cui è degente, è necessario che sia inserito nello specifico PDTA.

L'infermiere del PCAP, ricevuta la richiesta diretta del paziente e/o dei familiari e/o la segnalazione tramite dimissione protetta, informa il MMG, lo specialista neurologo ambulatoriale (se presente nell'ambito territoriale), il fisioterapista referente per quel territorio e il servizio sociale di competenza che rileva e valuta i bisogni complessi di tipo socio-sanitario e predisporre l'invio all'Unità Valutazione Multidimensionale (UVM).

L'UVM effettua la valutazione del bisogno socio/sanitario, definisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari/sociali e partecipa all'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). In caso di visita domiciliare della UVM complessa¹, qualora il geriatra abbia rilevato criticità di carattere clinico-assistenziale nella gestione della malattia e della terapia, contatta il neurologo del Centro DISMOV che ha in carico il paziente per l'aggiornamento e il confronto sul caso; in Allegato 2 sono indicati i recapiti degli ambulatori IRCCS-OB a cui il geriatra può fare riferimento in questi casi per attivare la consulenza telefonica con il neurologo.

In relazione ai bisogni socio-assistenziali che il paziente evidenzia, si attiva pertanto un Team multidisciplinare e multiprofessionale, che ha in carico la persona ed elabora il Piano Assistenziale Individualizzato; il Team opera in sinergia anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche per la comunicazione a distanza ed è costituito da:

¹ L'UVM semplice è composta da Assistente Sociale ed Infermiere; nell'UVM complessa è presente anche il Geriatra, coinvolto in genere quando il progetto prevede la residenzialità



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

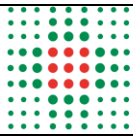
PDTA-006 AUSLBO

- il neurologo curante
- il MMG, che attiva le consulenze specialistiche necessarie e che, in presenza delle condizioni per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, procede con l'apertura del contratto
- il geriatra dell'UVM, che è presente nel Team nei casi clinici che lo richiedono
- il neurologo ambulatoriale, se presente nel territorio di competenza
- l'infermiere domiciliare, qualora sia attivata l'ADI
- il fisioterapista, che, qualora indicato, effettua un accesso domiciliare per valutare la persona e mette in atto interventi finalizzati alla permanenza della persona al proprio domicilio e al sostegno del caregiver:
 - programmi fisioterapici educativi e di counselling alla persona e/o al caregiver al fine di sviluppare un training individualizzato su obiettivi che possano essere svolti in auto-trattamento con il supporto del caregiver e che preservino l'igiene articolare e posturale del paziente, prevenendo la retrazione muscolo-scheletrica ed i secondarismi indotti da posture alterate e ridotta mobilità
 - Percorso di ausiliazione, finalizzato a garantire il massimo di autonomia possibile e a rendere il più agevole possibile l'assistenza alla persona, secondo quanto indicato dalla Procedura Aziendale P067. Nel caso di ausili complessi/personalizzati, il progetto scaturisce dalla valutazione in Team del Fisiatra, Neurologo e Fisioterapista
- l'assistente sociale, monitora il progetto assistenziale individualizzato per quanto di competenza in stretta collaborazione con i professionisti dell'équipe, effettuando colloqui e visite domiciliari con il paziente e la sua famiglia ai fini della valutazione dell'efficacia del servizio attivato e del raggiungimento degli obiettivi condivisi con il paziente e i familiari. L'assistente sociale diventa il punto di riferimento e di contatto nel tempo a cui potersi rivolgere in concomitanza di cambiamenti, modifiche, scelte relativamente all'assistenza a domicilio prestata dal caregiver, che potrebbero avere la necessità di una rivalutazione del progetto stesso. All'interno del progetto domiciliare si potranno ipotizzare se accolte dal paziente e suoi familiari l'attivazione anche della rete secondaria informale al fine di rendere il progetto flessibile alle esigenze di tutti e sostenibile dal punto di vista del carico assistenziale.

Nel caso di Parkinson ad esordio giovanile il team di riferimento o il PCAP lo segnalerà alla UASS distrettuale che attiverà i percorsi attinenti alla rete: UVM GRAD, UVM Disabili, UVM Anziani per una valutazione integrata, la presa in carico e definizione del PAI.

La presa in carico da parte dell'UVM GRAD e l'accesso ai Servizi della rete socio sanitaria per le gravissime disabilità sarà successiva alla valutazione del punteggio Barthel

In caso di interventi che non possono essere eseguiti a domicilio (es: impianto di PEG, diagnosi/trattamento di complicanze urologiche), il team richiede la prestazione con le modalità già previste nei relativi sottopercorsi.

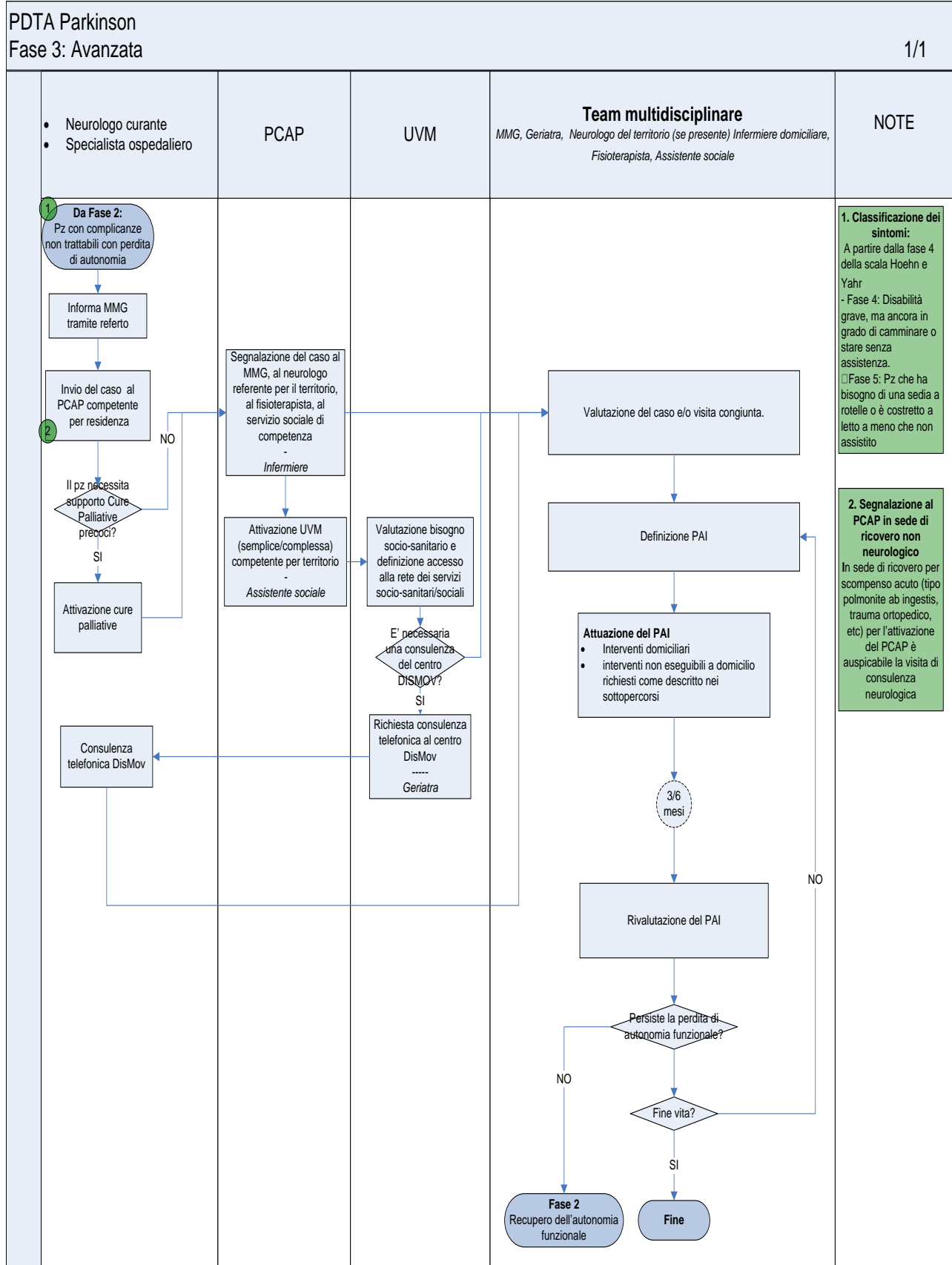


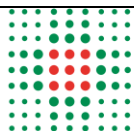
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
 del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
 Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

Diagramma di flusso fase 3





Sotto-percorsi

Percorso disturbi cognitivi

Il neurologo del Centro DISMOV indaga la presenza di disturbi cognitivi tramite intervista al paziente ed ai familiari. In caso di riscontro positivo, per una migliore definizione qualitativa del disturbo cognitivo, il paziente deve essere sottoposto a valutazione neuropsicologica di II livello c/o i Laboratori di Neuropsicologia IRCCS.

Il neurologo prescrive e prenota i test neuropsicologici presso UOC Clinica Neurologica OB.

Sulla base dell'inquadramento di II livello è possibile identificare 3 scenari:

1. Paziente senza accertati difetti cognitivi: il paziente viene monitorato dal neurologo di riferimento che programmerà eventuale rivalutazione neuropsicologica dopo almeno 12 mesi.
2. Paziente con documentati difetti cognitivi, senza demenza: si consiglia tecniche domiciliari di riabilitazione cognitiva
3. Paziente con demenza: il paziente è preso in carico congiuntamente dal Centro DISMOV e dal Centro Disturbi Cognitivi di riferimento.

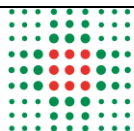
Percorso fluttuazioni motorie

Se il paziente è in grado di riferire in maniera attendibile le sue modalità di risposta alla terapia farmacologica il neurologo curante può decidere di modificare lo schema terapeutico senza eseguire ulteriori accertamenti. In alternativa può prescrivere monitoraggio L-Dopa, inserendo il paziente in lista di attesa tramite mysanità. Il paziente viene contattato per effettuare il monitoraggio L-dopa c/o IRCCS- UOC Clinica Neurologica. Il paziente si sottopone al monitoraggio, il referto dell'esame viene consegnato dopo 10-15 giorni al prescrittore ed al paziente. Il paziente viene rivisto a controllo dal prescrittore su appuntamento fissato dal medesimo.

Percorso stimolazione cerebrale profonda (DBS)

L'indicazione all'intervento di stimolazione cerebrale profonda è definita da specifici criteri di selezione secondo protocollo CAPSIT (allegato 9). È possibile riferire i pazienti per i quali si reputi opportuna la valutazione di tale opzione terapeutica al IRCCS-UOC Neurologia OB e UOC Clinica Neurologica OB prescrivendo e prenotando visita neurologica.

Lo specialista neurologo programma screening clinico e strumentale da eseguire in regime di ricovero (Il ricovero ha una durata prevista di 1 settimana). Durante la degenza vengono eseguite indagini neuroradiologica, internistica, psichiatrica, neuropsicologica e fisiologica secondo il protocollo CAPSIT per la selezione dei pazienti. Dopo la verifica dei criteri di inclusione ed il colloquio con il Neurochirurgo di riferimento viene decisa la fattibilità dell'intervento insieme al paziente stesso e familiari. Il successivo ricovero per l'intervento di stimolazione profonda avviene presso UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB ed ha una durata complessiva circa 3 settimane, durante le quali sono coinvolti prevalentemente gli specialisti neurologo-neurofisiologo e neurochirurgo. Alla dimissione il neurologo prescrive e prenota visite di follow up neurologiche presso ambulatorio Centro DISMOV, per la messa a punto dei parametri di stimolazione, concordati direttamente con il paziente.



Percorso Levodopa/carbidopa GEL per infusione intestinale tramite PEG/J

Altra opzione terapeutica nella malattia di Parkinson complicata da gravi fluttuazioni motorie ed iper/discinesia, quando le combinazioni disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti, è rappresentata dall'infusione intradigiunale di Levodopa/carbidopa GEL.

Il trattamento personalizzato con Levodopa/carbidopa GEL richiede una valutazione preliminare della risposta al farmaco nel paziente in un setting di ricovero. Il trattamento può essere erogato presso l'IRCCS-UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB. Il neurologo curante invia il paziente a visita presso l'ambulatorio per le terapie avanzate del centro DISMOV IRCCS per la valutazione all'indicazione di trattamento. Se sussiste l'indicazione il neurologo del centro DISMOV attiva le procedure per il ricovero. Durante la degenza si procede al posizionamento di PEG/J successivamente si procede alla definizione del dosaggio terapeutico di Levodopa/carbidopa GEL per infusione intestinale. Inoltre, viene richiesto screening nutrizionale e valutazione del dietista per "Elaborazione di programma nutrizionale". Il dietista dopo colloquio con il paziente e acquisito il consenso, consegna il piano nutrizionale e programma una visita di controllo presso la Casa della Salute di pertinenza come post dimissione.

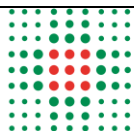
Il paziente seguirà uno stretto follow-up presso il Centro DISMOV che ha intrapreso il trattamento

Percorso sintomi non motori

- se il Pz. presenta disturbi **andrologici** individuati con breve questionario (allegato 8, Questionario IIEF-5 per valutazione della funzione erettile), il neurologo del Centro DISMOV prescrive esami ematochimici specifici (testosterone totale SHBG, assetto lipidico, glicemia, prolattina) e contestualmente prescrive e prenota visita andrologica presso OM da effettuare con il referto degli esami. Se necessaria l'esecuzione di eco-doppler penieno lo specialista andrologo provvede a prenotare l'indagine.
- se il Pz presenta disturbi **urinari** il neurologo invia a visita urologica, secondo le modalità definite nell'Allegato 2: il neurologo richiede visita urologica per inviare i pazienti agli approfondimenti necessari (flussimetria); Modalità: mail, attorno al 25 del mese per il mese successivo, massimo 2 pazienti al mese.
- se il paziente presenta **disturbi cardiovascolari in particolare episodi lipotimici o sincopi** (con rischio di cadute) il neurologo richiede "studio del sistema nervoso vegetativo" presso il laboratorio di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo IRCCS-UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB, per sospetta ipotensione ortostatica. Effettuata la prescrizione, il neurologo del Centro DISMOV inserisce il paziente nella lista d'attesa dedicata in MySanità.
- Se il paziente presenta **disturbi respiratori o disturbi del movimento in sonno** ed il quadro appare di dubbia interpretazione, il neurologo richiede una visita presso il Centro di Medicina del Sonno dell'IRCCS- UOC Clinica Neurologica NEUROMET OB

Percorso sintomi psichiatrici

Se il paziente presenta **disturbi affettivi, psicotici o comportamentali**, il neurologo prescrive la visita specialistica psichiatrica che viene espletata da 4 psichiatri referenti individuati in ciascuna area del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP): Bologna Ovest, Bologna Est, Pianura, Sud (Allegato 14).



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

La richiesta di consulenza deve includere i dati per contattare il paziente e per individuare il consulente dedicato a seconda della residenza (nominativo, data di nascita, residenza, domicilio, recapiti) e alcuni dati clinici rilevanti quali la motivazione della richiesta di consulenza, le informazioni anamnestiche essenziali, inclusa la terapia in atto ed eventuale pregresso uso di psicofarmaci.

La richiesta deve essere inviata a consulenzapsichiatrica.parkinson@ausl.bologna.it, utilizzando il modulo predisposto (Allegato 13). Il consulente individuato provvederà a rispondere al neurologo inviante e a comunicare data, orario e sede dell'appuntamento; in alcune situazioni che rendano particolarmente difficile la visita nel setting ambulatoriale (paziente fragile, estrema difficoltà negli spostamenti, elevata distanza fra residenza e ambulatorio, ecc.) il consulente potrà effettuare la visita in modalità telematica oppure delegare la consulenza ad altro collega della sua area.

La consulenza termina con un referto clinico contenente indicazioni terapeutiche e, in caso di situazioni ad elevata complessità, potrà esitare in un invio al Centro di Salute Mentale (CSM) territorialmente competente per meglio rispondere a esigenze di maggior intensità assistenziale (episodio di cura o presa in carico per una co-gestione neurologico-psichiatrica). Qualora si renda necessario l'accesso al CSM, il referente si occuperà di gestire il passaggio al servizio competente e ne darà comunicazione al neurologo inviante inclusi i recapiti necessari.

Percorso disfagia

In presenza di disfagia "riferita" dal paziente, nel corso della visita di controllo, lo specialista (fisiatra, dietologo, neurologo) valuta e prescrive a seconda del bisogno rilevato

- valutazione logopedica per disfagia: lo specialista invia la richiesta al coordinatore di Unità Assistenziale Riabilitativa che procede alla definizione della modalità di presa in carico (con professionisti AUSL laddove presenti o con professionisti AXIA). Dalla valutazione scaturisce la definizione del percorso successivo che può sostanziarsi in un counselling volto all'indicazione di strategie dietetiche, funzionali o comportamentali che garantiscano la gestione dell'alimentazione in sicurezza o piuttosto nella presa in carico per un trattamento riabilitativo della disfagia laddove siano riconoscibili degli obiettivi di recupero (vedi sedi e modalità Allegati 1 e 2)
- visita otorino-laringoiatrica per FEES (Budrio; OM)
- consulenza del Medico Dietologo (OM e OB).

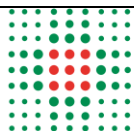
L'opportunità di posizionamento PEG viene valutata in tale fase, con invio a visita gastroenterologica e/o visita nutrizionale in caso di dubbi sull'indicazione; a tal fine, negli allegati 2 e 9 sono indicate le modalità di richiesta per l'attivazione UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Interventistica e dell'UO Nutrizione Clinica.

Percorso PEG

Le modalità di accesso alla PEG sono differenziate in base alla provenienza del paziente ed alle condizioni cliniche e sono indicate in dettaglio nell'allegato 11. In sintesi:

a) Paziente proveniente dal domicilio o ricoverato presso struttura senza presidio sanitario:

Il posizionamento della PEG viene eseguito in regime di ricovero presso la degenza della UOC Gastroenterologia ed Endoscopica Interventistica al Maggiore: lo specialista del team multidisciplinare che valuta il paziente chiede il ricovero nel suddetto reparto e il Responsabile medico di reparto e il Coordinatore infermieristico inseriscono il paziente in nota di ricovero,



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

programmano l'intervento e contestualmente avvisano la UO Nutrizione Clinica della necessità di consulenza.

b) Paziente degente in altri reparti del Maggiore e del Bellaria:

Il medico di reparto richiede posizionamento PEG presso il Servizio di Endoscopia di riferimento (tramite l'applicativo Galileo) e la consulenza nutrizionale (anche per la compilazione della modulistica atta a garantire la fornitura post-dimissione di nutri pompa, deflussori e miscele).

c) Paziente proveniente da Struttura sanitaria extra AUSL o altro ospedale AUSL tranne Maggiore e Bellaria

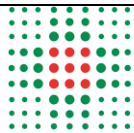
il medico referente richiede posizionamento PEG presso l'Endoscopia del Bellaria o del Maggiore (solo al Maggiore in caso di necessità di anestesia generale) e contestualmente invia anche richiesta di visita dietologica; Il Servizio di Endoscopia che programma l'intervento comunica la data e l'ora del posizionamento alla UO Nutrizione Clinica

Percorso Cure Palliative

Il neurologo del Centro DISMOV che ravvisa la presenza dei criteri previsti per l'accesso all'ambulatorio di Cure Palliative Precoci (supporto della gestione dei sintomi disturbanti, miglioramento della qualità di vita, riduzione del GAP di CALMAN, necessità di rinforzo sulla consapevolezza della malattia, ai fini della sua accettazione e della pianificazione del percorso di cura; Allegati 15, 16, 17a e 17b), in ogni fase di malattia potrà segnalare il caso alla Centrale Operativa della Rete delle Cure Palliative che attiverà il Team delle Cure Palliative; il Team, sentito l'inviante e il MMG, indirizza il paziente all'ambulatorio di riferimento per la presa in carico. Sedi e modalità di accesso sono indicate negli allegati 1 e 2.

Richiesta di valutazione Commissione accertamento disabilità

La richiesta di valutazione per l'accertamento della disabilità può essere effettuata dal paziente in qualunque fase di malattia, in particolare se sono presenti complicanze motorie e non motorie rilevanti che ne compromettano l'autonomia funzionale. Per avviare la procedura di invalidità, il neurologo curante consegna al paziente il referto specialistico completato dalle scale Hohen & Yahr e Tinetti (allegati 6 e 7). Il MMG inserisce il proprio certificato nell'applicativo informatico INPS, allegando il referto specialistico; per completare la domanda occorre che il paziente (dotato di PIN personale o assistito da un patronato) inserisca i propri dati nella pagina web del sito INPS. Completata la pratica, la Commissione fissa la data dell'appuntamento e ne dà comunicazione al paziente; nel corso della visita viene valutato il caso e successivamente comunicato l'esito all'interessato.

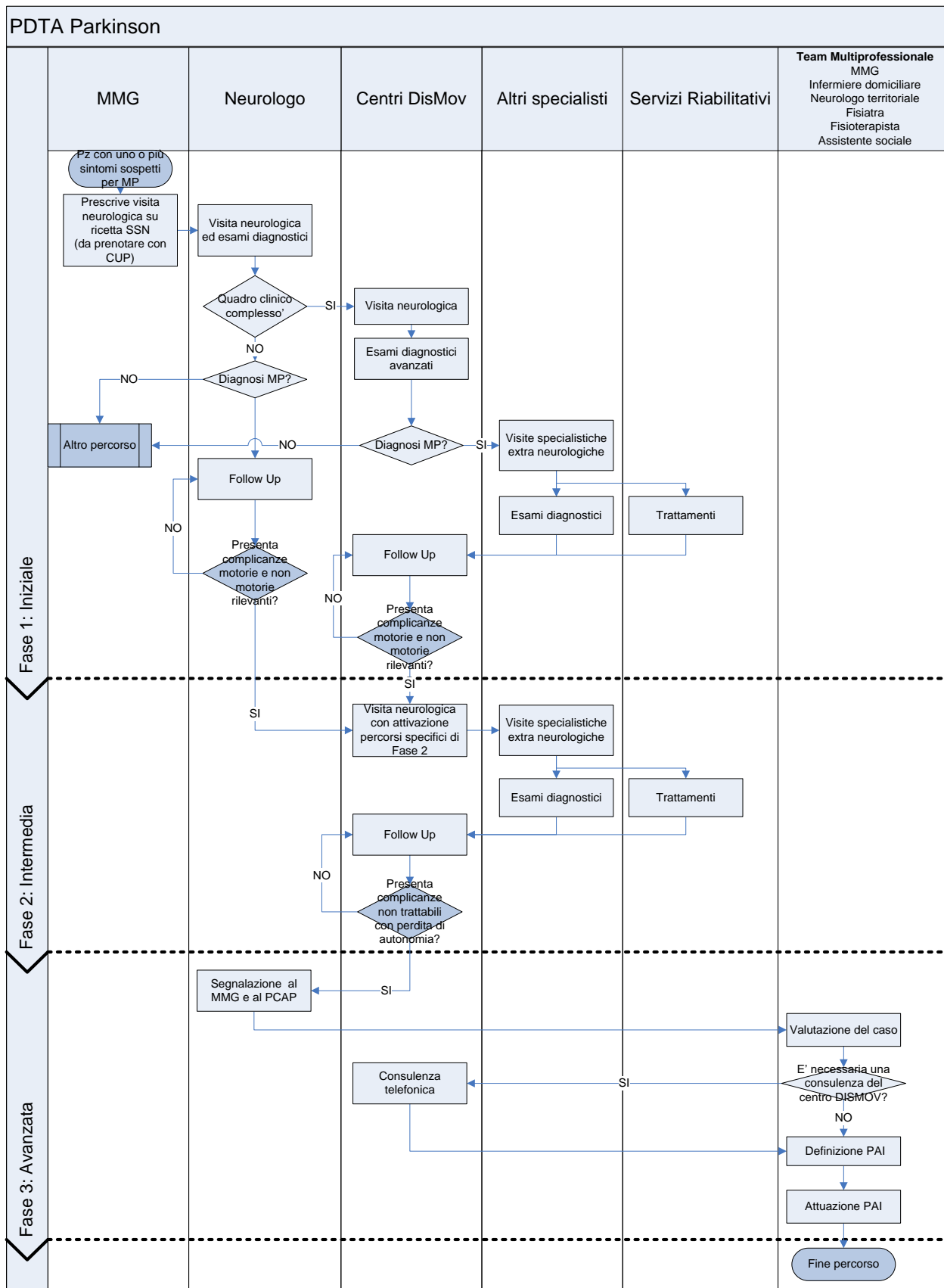


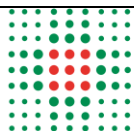
**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
del Paziente affetto da malattia di Parkinson**

**Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale**

PDTA-006 AUSLBO

5. Flow chart Sintesi del percorso





5. Diffusione

Responsabili della diffusione: Cortelli, Azzoni

Destinatari

- AUSL Bologna, Comitati Consultivi Misti, Dipartimento Cure Primarie, Privato Accreditato.
- Associazioni pazienti (Comitato "ParkLink"- Bologna)
 - I.P. INIZIATIVA PARKINSONIANI ODV
 - ASSOCIAZIONE PARKINSONIANI PIANURA EST ONLUS
 - INIZIATIVE PARKINSONIANE IMOLESI ODV
 - AMIKO PARKINSON ODV

Modalità di diffusione in Azienda AUSL di Bologna

- Invio del PDTA a tutte le unità operative coinvolte, via mail
- Inserimento del PDTA nella pagina Intranet dedicata
<https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/area-governo-clinico/percorsi-diagnostico-terapeutici/>

Modalità di diffusione fuori dall'Azienda

Invio del PDTA via mail

6. Implementazione

INTERVENTO	AZIONE	RESPONSABILE
implementazione di modalità dirette di segnalazione del paziente, inserito nel PDTA (in fase avanzata), al PCAP di riferimento per residenza	Attivazione di strumenti informatici che consentano la interoperabilità tra applicativi aziendali in uso (ambulatorio DISMOV e PCAP)	Cortelli, Azzoni
documentazione dell'attività del Team multidisciplinare che ha in carico il paziente, inserito nel PDTA (in fase avanzata)	Valutazione annuale del numero di PAI elaborati, in rapporto al numero di nuovi pazienti segnalati	Cortelli, Azzoni

7. Monitoraggio

Rilevazione e monitoraggio degli indicatori: periodicità annuale
Responsabile monitoraggio: Cortelli, Azzoni

8. Pianificazione delle revisioni

Il PDTA sarà revisionato in caso di modifiche organizzative importanti, a partire da un anno dall'implementazione

Responsabili della revisione: Cortelli, Azzoni