

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON ALLEGATI	Allegati
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 1 di 48

Percorso diagnostico assistenziale per la persona con Malattia di Parkinson Allegati

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegati	Allegato
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 2 di 48

ELENCO ALLEGATI

1. AMBULATORIO PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO	3
2. CRITERI DIAGNOSTICI DELL'UK BRAIN BANK PER LA MALATTIA DI PARKINSON.....	4
3. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO.....	5
4. PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA.....	18
5. SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE.....	22
6. CRITERI DI INVIO ALLE VALUTAZIONI CONDOTTE PRESSO I SERVIZI DI RIABILITAZIONE	24
7. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO FISIOTERAPICO	25
8. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO LOGOPEDICO.....	27
9. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO OCCUPAZIONALE.....	28
10. CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA COD 56 MDC1	29
11. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE E INTERVENTI	30
12. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ALLE TERAPIE AVANZATE DEI PAZIENTI CON MP	32
13. VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA, CRITERI DI INVIO E DI ESCLUSIONE.....	34
14. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO	37

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.1 Ambulatorio Parkinson e Disordini del movimento	Allegato n.1
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 3 di 48

AMBULATORIO PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO

Sede, orario e riferimenti

Sede ambulatorio Parkinson	Telefono e mail	Orario per contatto infermieristico
Ambulatorio di Trento	335-5703707 centroparkinson@apss.tn.it	dal lunedì al venerdì, dalle ore 08.00-10.00
Ambulatorio di Rovereto	0464/404659 ambulatorioparkinson.rovereto@apss.tn.it	lunedì, martedì e giovedì, dalle 14 alle ore 15.45
EREMO DI ARCO	0464 588648 (Infermiere coordinatore)	Lunedì, martedì e giovedì dalle 11.00 alle 13.00

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.2 Criteri diagnostici UK Brain Bank per la MP	Allegato n.2
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 4 di 48

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

Fase 1. Diagnosi di sindrome parkinsoniana

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

Fase 2. Criteri di esclusione della malattia di Parkinson

Storia di

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

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

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

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 5 di 48

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Trattamento dei sintomi motori

Il trattamento farmacologico di prima linea comprende:

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 6 di 48

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

•

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 7 di 48

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

INIBITORI MAO-B			
Principio attivo	Classe	Indicazioni terapeutiche	Ev.avversi con frequenza molto comune e comune
Selegilina	A/RR	Malattia di Parkinson e parkinsonismi sintomatici. Nelle fasi iniziali della malattia (parkinsonismo al primo stadio) somministrato in monoterapia è clinicamente efficace nel migliorare l'invalidità dei pazienti e nel rallentare la progressione della malattia, ritardando significativamente la necessità di iniziare la terapia con levodopa. Puo' anche essere somministrato in associazione a levodopa. Il trattamento in associazione a levodopa è particolarmente indicato nei pazienti che durante la terapia con dosaggi elevati di levodopa presentino fenomeni di "on-off", discinesie e acinesia.	Insonnia, capogiro, cefalea, vertigine, bradicardia, nausea, enzima epatico aumentato.
Rasagilina	A/RR con piano terapeutico	E' indicato negli adulti per il trattamento della malattia di Parkinson idiopatica sia in monoterapia (senza levodopa) che in terapia di associazione (con levodopa) nei pazienti con fluttuazioni di fine dose.	Cefalea, influenza, carcinoma cutaneo, leucopenia, reazioni allergiche, depressione, allucinazioni, congiuntivite, vertigine, angina pectoris, rinite, flatulenza, dermatite, dolori muscolari, urgenza della minzione, febbre, malessere.
Safinamide	A/RR con piano terapeutico	E' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da malattia di Parkinson idiopatica in monoterapia o in associazione ad altri medicinali per la malattia di Parkinson in pazienti fluttuanti in fase da intermedia ad avanzata.	Insonnia, discinesia, sonnolenza, capogiro, cefalea, malattia di Parkinson, cataratta, ipotensione ortostatica, nausea, cadute.
Principali avvertenze relative all'uso di MAO-B:	Non devono essere somministrati in combinazione con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina (SNRI, venlafaxina), antidepressivi triciclici, simpaticomimetici, inibitori delle monoammino ossidasi (linezolid) e oppioidi (petidina). Da usare con cautela in pazienti con compromissione epatica ed effettuare controlli periodici della funzionalità epatica. Monitorare il disturbo del controllo degli impulsi. Quando vengono prescritti in associazione a levodopa, le controindicazioni a levodopa devono essere tenute in considerazione. Selegilina non deve essere usata in pazienti con ulcera gastrica o duodenale attiva.		

•

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 8 di 48

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

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

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



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON**
Allegato n.3
Trattamento farmacologico

Allegato n.3

Revisione 01

30 ottobre 2025

Pagina 9 di 48

INIBITORI DELLE COMT

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 10 di 48

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

ALTRI FARMACI PER IL PARKINSONISMO IN FASE AVANZATA			
Principio attivo	Classe	Indicazioni terapeutiche	Ev.avversi con frequenza molto comune e comune
Apomorfina	A/RR	Agonista dopaminergico. Indicato nel trattamento "al bisogno" delle fluttuazioni motorie resistenti alla terapia con levodopa e altri dopamino-agonisti, in pazienti affetti da Malattia di Parkinson (fenomeno "on-off").	Allucinazioni, stato confusionale, aggressioni, agitazione.
	H/RNRL (neurologo)	Agonista dopaminergico. Trattamento per via infusiva sottocutanea delle fluttuazioni motorie non controllate da medicinali antiparkinson uso orale , parzialmente rispondenti alle iniezioni sottocutanee di apomorfina 'al bisogno' o quando si debba ricorrere a frequenti iniezioni giornaliere per controllare la sintomatologia motoria in pazienti affetti da M. di Parkinson avanzato.	
Levodopa + carbidopa (DUODOPA)	H/RRL (neurologo)	Trattamento della malattia di Parkinson in stadio avanzato rispondente a levodopa, con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia o discinesia, quando le combinazioni disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti.	Perdita di peso, ansia, depressione, insonnia, discinesia, parkinson, ipotensione ortostatica, nausea, costipazione, cadute, anemia, aumento di peso, aumento del livello di amminoacidi (aumento dell'acido metilmalonico), aumento dell'omocisteina ematica, diminuzione dell'appetito, carenza di vitamina b6, carenza di vitamina b12, sogni anormali, agitazione, stato confusionale, allucinazioni, comportamento impulsivo, disturbo psicotico, attacchi di sonno, disturbo del sonno, capogiri, distonia, cefalea, ipoestesia, fenomeno on e off, parestesia, polineuropatia, sonnolenza, sincope, tremore, frequenza cardiaca irregolare, ipertensione, ipotensione, dispnea, dolore orofaringeo, polmonite da aspirazione, distensione addominale, diarrea, secchezza delle fauci, disgeusia, dispepsia, disfagia, flatulenza, vomito, dermatite da contatto, iperidrosi, edema periferico, prurito, eruzione cutanea, spasmi muscolari, dolore al collo, incontinenza urinaria, ritenzione urinaria, affaticamento, dolore, astenia.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico		Allegato n.3
			Revisione 01
			30 ottobre 2025
			Pagina 11 di 48

ALTRI FARMACI PER IL PARKINSONISMO IN FASE AVANZATA			
Principio attivo	Classe	Indicazioni terapeutiche	Ev.avversi con frequenza molto comune e comune
Principali avvertenze:	<i>Vedere le controindicazioni degli agonisti dopaminergici e di levodopa. Per apomorfina, la somministrazione è controindicata in pazienti con depressione respiratoria e del sistema nervoso centrale ed in pazienti con ipersensibilità alla morfina. È inoltre raccomandato monitorare l'intervallo QTc con frequenti ECG, in particolare in caso di somministrazione con domperidone.</i>		

ANTICOLINERGICI ADIUVANTI PER IL CONTROLLO DEL TREMORE			
Principio attivo	Classe	Indicazioni terapeutiche	Ev.avversi con frequenza molto comune e comune
Triesifenidile	A/RR	Artane è indicato per il trattamento del parkinsonismo e del malattia di Parkinson postencefalitico. Esso è efficace in un'alta percentuale di pazienti e riduce sia il tremore che la rigidità . Artane diminuisce anche la scialorrea che si accompagna al malattia di Parkinson.	Secchezza delle fauci, midriasi, cicloplegia, stitichezza, tachicardia, ritenzione urinaria e disturbi psichici.
Biperidene	A/RR	Trattamento coadiuvante di tutte le forme di parkinsonismo (malattia di Parkinson, sindrome parkinsoniana post-encefalitica, sindrome parkinsoniana arteriosclerotica, sindrome extrapiramidale da neurolettici)	Non presenta reazioni avverse comuni o molto comuni.
Bornaprina	A/RR	Sindrome di Parkinson, specialmente quando predomina il tremore	Non presenta reazioni avverse comuni o molto comuni.
Principali avvertenze relative agli anticolinergici:	<i>Controindicati in caso di glaucoma acuto, stenosi meccanica del tratto gastrointestinale, megacolon, atonia intestinale e sindromi da ritenzione urinaria. I pazienti trattati devono essere sottoposti ad una valutazione gonioscopica e ad un monitoraggio della frazione intraoculare ad intervalli regolari.</i>		

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 12 di 48

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 13 di 48

Trattamento Farmacologico dei sintomi non motori

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

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

L'utilizzo dei trattamenti farmacologici dei sintomi non motori della malattia di Parkinson richiede di frequente l'utilizzo di medicinali off-label o non commercializzati in Italia. La tabella 1 riporta uno schema delle principali modalità di approvvigionamento per i farmaci utilizzati nel trattamento dei sintomi non motori.

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

	Modalità di approvvigionamento	Esempi di medicinali
Medicinali con indicazione terapeutica specifica rimborsabili SSN	Sono erogabili a carico SSN secondo le modalità previste per le singole specialità medicinali.	<i>Levodopa, agonisti dopaminergici, rotigotina, clozapina, rivastigmina,</i>
Medicinali erogabili ai sensi della L. 648/96	Dispensati direttamente dalle strutture dell'APSS	<i>tossina botulinica A</i>
Medicinali con indicazione terapeutica specifica, classificati in classe C.	Erogabili a carico del paziente oppure, previa valutazione della Commissione specifica, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva a carico del SSP	<i>Midodrina</i>
Medicinali off-label erogati sul territorio	L'impiego "off label" dei medicinali è consentito solo in mancanza di alternative terapeutiche ed avviene sotto la responsabilità del medico previa informazione al paziente/caregiver ed acquisizione del consenso informato (da documentare in cartella clinica). Nel caso di utilizzo territoriale di farmaci "off-label" la prescrizione sarà a carico del paziente, oppure, previa valutazione della Commissione specifica, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva a carico del SSP	<i>Clonazepam, melatonina, quetiapina, inibitori colinesterasi</i>
Medicinali esteri	Per medicinali non commercializzati in Italia si procederà con acquisto di farmaco estero. La procedura per l'acquisto dei farmaci esteri avviene, previa valutazione della Commissione specifica, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva a carico del SSP con richiesta formale, ad opera delle UU.OO. Farmacia.	<i>Fludrocortisone (Florinef), scopolamina transdermica (Scopoderm)</i>

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 14 di 48

Tab. 2 Farmaci raccomandati per i sintomi non motori

Disturbi della fase REM del sonno Considerare il clonazepam e la melatonina
Acinesia notturna Considerare la levodopa o gli agonisti dopaminergici per via orale. <i>[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG].</i> Se inefficaci, considerare la rotigotina. <i>[Raccomandazione basata su evidenze di alta qualità da un unico trial randomizzato controllato].</i>
Ipotensione ortostatica Considerare la midodrina¹ (tenendo conto delle controindicazioni e dei criteri di monitoraggio). <i>[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da due trial randomizzati controllati]</i> Se la midodrina è controindicata, non tollerata o inefficace, considerare il fludrocortisone ², (tenendo conto del suo profilo di sicurezza e delle potenziali interazioni con altri farmaci). <i>[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da un unico trial randomizzato controllato e sull'esperienza e l'opinione del GDG]</i>
Depressione: Identificare e trattare secondo le raccomandazioni delle linee guida sulla depressione negli adulti con un problema di salute fisica cronica.
Allucinazioni e deliri: Non trattare se ben tollerate. <i>[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG].</i> Considerare la quetiapina in pazienti senza deficit cognitivi. <i>[Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata]</i> Se il trattamento standard non è efficace, prescrivere la clozapina³ ai pazienti senza deficit cognitivi. <i>[Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata]</i> Rispetto ad altre indicazioni, nei pazienti con malattia di Parkinson, sono necessarie dosi più basse di quetiapina e clozapina. <i>[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]</i> Non prescrivere olanzapina. <i>[Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 3-8 trial randomizzati controllati di qualità da bassa a moderata]</i>
Demenza: Prescrivere un inibitore della colinesterasi per la demenza lieve o moderata (rivastigmina⁴, donepezil o galantamina capsule o rivastigmina cerotti). <i>[Raccomandazione basata su una network meta-analisi di 7-10 trial randomizzati controllati di alta qualità]</i> Per la demenza grave considerare un inibitore della colinesterasi⁵. <i>[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]</i> Considerare la memantina se gli inibitori della colinesterasi non sono tollerati o sono controindicati. <i>[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a moderata da tre trial randomizzati controllati]</i>
Scialorrea: Per il trattamento della scialorrea considerare farmaci anticolinergici nel caso in cui si ritenga che il paziente abbia un rischio minimo di sviluppare sintomi cognitivi indesiderati <i>[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG].</i> La seconda scelta è rappresentata dal trattamento con la tossina botulinica A⁷, per il quale è necessario un consulto specialistico. <i>[Raccomandazione basate su 10 trial randomizzati controllati di qualità da molto bassa a moderata]</i> Tra i farmaci anticolinergici alternativi in APSS viene utilizzata la <i>scopolamina per uso transdermico</i>⁸.

¹Midodrina presenta l'indicazione per il trattamento dell'ipotensione ortostatica, è classificata in classe C;

² Fludrocortisone è un farmaco estero utilizzato off-label. L'utilizzo di fludrocortisone è associato a numerosi effetti collaterali, che spesso necessitano di una riduzione della dose o sospensione della terapia: ipertensione, ipokaliemia,

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 15 di 48

edema periferico, scompenso cardiaco congestizio. In corso di trattamento con fludrocortisone è richiesto un frequente monitoraggio della pressione arteriosa e dei livelli di potassio.

³ Clozapina rappresenta l'unico medicinale indicato per il trattamento di disturbi psicotici associati alla malattia di Parkinson dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica;

⁴ Rivastigmina, nella formulazione in capsule, è l'unico inibitore delle colinesterasi ad avere l'indicazione nel trattamento sintomatico della demenza da lieve a moderata nei pazienti con malattia di Parkinson; nella formulazione in cerotti è un uso off-label;

⁵ Nessun inibitore delle colinesterasi è indicato nelle forme gravi di demenza;

⁶ In Italia a base di bromuro di glicopirronio, alla data di emissione del PDTA, esiste la specialità medicinale Sialanar indicata esclusivamente per l'uso pediatrico nel trattamento sintomatico della scialorrea severa. All'estero esistono specialità in compresse per adulti, ma non hanno l'indicazione nel trattamento della scialorrea (vedi ad es. UK);

⁷ Il trattamento con tossina botulinica A è rimborsabile dal SSN come previsto dalle liste "farmaci ad uso consolidato" ai sensi della legge 648/96, su prescrizione effettuata da specialista neurologo, nel trattamento delle forme di scialorrea severa e invalidante che non rispondono alle terapie alternative;

⁸ Alla data di emissione del presente PDTA, in Italia la scopolamina per uso transdermico è importabile come farmaco estero ed utilizzabile dalle strutture SSN nel trattamento della nausea e del vomito da movimento secondo indicazioni terapeutiche e nel trattamento della scialorrea nei pazienti in cure palliative e in fin di vita come da lista farmaci ad uso consolidato, ai sensi della legge 648/96.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 16 di 48



Piano terapeutico per la prescrizione a carico SSN dei principi attivi per
Malattia di Parkinson
entacapone/levodopa/carbidopa,opicapone,entacapone,tolcapone,
rasagilina, safinamide

Medico prescrittore _____

Struttura prescrivente _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Sesso M ☐ F ☐

Codice fiscale _____ ASL residenza _____

Medico curante _____

☐ **Malattia di Parkinson** in fase : lieve/non fluttuante ☐ avanzata/fluttuante ☐

TERAPIA CON L-DOPA: NO ☐ SI ☐

FARMACO PRESCRITTO	Posologia giornaliera	PRIMA PRESCRIZIONE Durata della terapia	PROSECUZIONE Durata della terapia
Rasagilina cpr 1 mg			
Safinamide:			
cpr 50 mg			
cpr 100 mg			
Entacapone cpr 200mg			
Entacapone/L-dopa/carbidopa:			
50mg/12,5 mg/200 mg			
75 mg/18,75 mg/200 mg			
100 mg/25 mg/200 mg			
125 mg/31,25 mg/200 mg			
150 mg/37,5 mg/200 mg			
200 mg/50 mg/200 mg			
Opicapone cps 50 mg			
Tolcapone cpr 100 mg			

NOTA BENE(la validità del P.T. non può superare **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e firma

 Inviare copia al medico curante e al Serv. Politiche del farmaco e Ass. farmaceutica di APSS –

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.3 Trattamento farmacologico	Allegato n.3
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 17 di 48



SCHEMA DI PRESCRIZIONE DI RIVASTIGMINA NELLA MALATTIA DI PARKINSON (prestazione aggiuntiva - a carico del SSP)

Medico prescrittore _____

☐ **Rete Parkinson**

☐ **CDSD c/o**

U.O. Cure Primarie: Trento ☐ Riva del Garda ☐ Cles ☐ Ala ☐

Mezzolombardo ☐ Pergine ☐ Predazzo ☐

Ospedale di Trento - U.O. Geriatria ☐ U.O. Neurologia c/o Villa Igea ☐

Ospedale di Rovereto - U.O. Geriatria ☐

Ospedale di Borgo Valsugana - U.O. Psichiatria ☐

Ospedale di Tione - U.O. Medicina ☐

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO _____

SESSO _____ DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ (____)

TESSERA SANITARIA (COD. FISCALE) _____

MEDICO CURANTE _____

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Trattamento sintomatico della demenza da lieve a moderatamente grave in pazienti con malattia di Parkinson idiopatica

☐	RIVASTIGMINA	1, 5 MG CAPSULE
☐	RIVASTIGMINA	3 MG CAPSULE
☐	RIVASTIGMINA	4,5 MG CAPSULE
☐	RIVASTIGMINA	6 MG CAPSULE
☐	RIVASTIGMINA	4,6 MG/24 H CEROTTO (<i>Uso off label</i>) *
☐	RIVASTIGMINA	9,5 MG/24 H CEROTTO (<i>Uso off label</i>) *
☐	RIVASTIGMINA	13,3 MG/24 H CEROTTO (<i>Uso off label</i>) *

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.4 Presa in carico infermieristica	Allegato n.4
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 18 di 48

PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA

OBIETTIVI	INTERVENTI PD-nurse	INTERVENTI rete dei servizi territoriali/IFoC
In tutti i setting della Rete Parkinson: valutare i bisogni assistenziali e educativi attuare la presa in carico continuativa, integrata dell'equipe multidisciplinare sostenere ed accompagnare il paziente ed il familiare a conoscere la malattia promuovere l'empowerment del paziente rispetto a: - corretti stili di vita - controllo dei sintomi non motori e motori - compliance alla terapia - riconoscere quando nuovi sintomi motori e non motori modificano le attività della vita quotidiana e la	Partecipa alla prima visita neurologica al centro parkinson con il medico specialista Informa paziente e famiglia sull'organizzazione della rete parkinson provinciale (di cui fanno parte anche i servizi territoriali) Coinvolge il paziente e il suo caregiver durante tutta la pianificazione del suo percorso Alla luce dell'anamnesi fisiologica, sociale, farmacologica, patologica remota effettua una valutazione globale del paziente mirata all'individuazione delle principali problematiche e al loro monitoraggio ed eventuale approfondimento specifico con scale di valutazione validate: PDQ 8 (qualità di vita) MMSE, NPI (stato cognitivo e comportamentale) ADL/IADL (capacità funzionali semplici e complesse) UPDRS I-II (capacità motorie: deambulazione, alzarsi/sedersi, girarsi nel letto, rischio cadute; capacità funzionali: passatempi/hobby; ritmo sonno/veglia) 3 step-model (screening cadute) MUST stato nutrizionale test dell'acqua (deglutizione)	Presa in carico dei casi segnalati dal PD nurse Valutazione del paziente e della famiglia e attivazione della presa in carico territoriale adeguata Informa paziente e famiglia sull'organizzazione della rete territoriale (di cui fa parte la rete parkinson provinciale) Coinvolge il paziente e il suo caregiver durante tutta la pianificazione del suo percorso Monitoraggio bisogni assistenziali e counselling in telemedicina e/o in presenza segnalati dal PD-nurse Pianificare interventi mirati e personalizzati Identificare peggioramento delle condizioni cliniche o nuovi bisogni assistenziali

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.4 Presa in carico infermieristica	Allegato n.4
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 19 di 48

OBIETTIVI	INTERVENTI PD-nurse	INTERVENTI rete dei servizi territoriali/IFoC
qualità di vita prevenire le complicanze	idratazione, masticazione, salivazione e perdita di saliva, mucosa orale (ROMP) NRS, PAINAD (dolore) MORISKY (compliance terapeutica) CBI burden del caregiver BRADEN lesioni da pressione freezing, discinesia, tremore, wearing OFF ausili, affaticabilità funzione urinaria ed intestinale Effettua un assessment dei bisogni educativi relativamente a: riconoscimento e gestione degli effetti collaterali dei farmaci assunti terapie avanzate proposte dal neurologo utilizzo e gestione device in paz con terapie avanzate Pianificare interventi mirati e personalizzati relativi ai bisogni individuati, avvalendosi anche di materiale educativo Educa ad uno stile di vita sano, promuovendo l'attività fisica, e una dieta sana Educa alla corretta gestione della terapia e riconoscimento degli effetti attesi ed indesiderati	Si confronta con MMG e/o PD-nurse in base al bisogno rilevato

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.4 Presa in carico infermieristica	Allegato n.4
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 20 di 48

OBIETTIVI	INTERVENTI PD-nurse	INTERVENTI rete dei servizi territoriali/IFoC
	Educa alle strategie specifiche per prevenire complicanze Illustra i più comuni sintomi della MP e come riconoscerli Insegna al paziente un vocabolario condiviso per descrivere vari sintomi motori (diario ON-OFF) e non motori Attiva la rete dei servizi territoriali, con il consenso dell'interessato, tramite modulo PDF per cure domiciliari in SIO, in particolare, in presenza di: • riduzione ADL-IADL • riduzione UPDRS I-II • riduzione MMSE • comparsa disturbi comportamentali/psicosi • pazienti in tr avanzata • ridotta /mancata compliance alla terapia • necessità rinforzo terapeutico • bisogno di supporto alla rete assistenziale, aumento CBI • comorbidità che richiedano monitoraggio - Definisce un piano di monitoraggio dei problemi e counselling in presenza e/o in teleassistenza in Trec+, in coerenza con documento COT, finalizzato a: monitoraggio compliance a nuova terapia o a modifiche terapeutiche:	

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.4 Presa in carico infermieristica	Allegato n.4
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 21 di 48

OBIETTIVI	INTERVENTI PD-nurse	INTERVENTI rete dei servizi territoriali/IFoC
	standard a 30 giorni, da personalizzare in base ai problemi rilevati e al farmaco prescritto Si interfaccia con IFoC e servizi territoriali/ altri servizi in modalità: • telefonica • teleconsulenza • incontri in presenza/in meet: riunioni periodiche PD-nurse e territorio/ IFoC	Si Interfaccia con PD-nurse in modalità: • telefonica • teleconsulenza • incontri in presenza/in meet: riunioni periodiche PD-nurse e territorio/ IFoC Attiva il confronto con l’equipe di II livello per - discussione/aggiornamento sui casi - discussione casi clinici complessi con equipe disturbi del movimento

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.5 Servizi di Riabilitazione Territoriale Sedi, riferimenti e orari	Allegato n.5
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 22 di 48

SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE

sedi, riferimenti e orari

Ambito territoriale di residenza del paziente	Servizio di riabilitazione nodo di rete neuroriabilitazione	n° di telefono	orario per contatto telefonico
Val di Sole Val di Non Paganella e Rotaliana	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Cles	0463660269	da lun a ven 7.30 - 12.00 12.30-15.30 teamneuroriab.cles@apss.tn.it
Val di Cembra Val di Fiemme Val di Fassa	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Cavalese	0462242322	da lun a ven 11.00 - 12.00 (sempre attiva la segreteria telefonica) teamneuroriab.cavalese@apss.tn.it
Primiero Bassa Valsugana e Tesino	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Borgo	0461755297	da lun a giov 8.00-10.00 teamneuroriab.borgo@apss.tn.it
Alta Valsugana e Bersntol	Servizio ambulatoriale Villa Rosa Ospedale Riabilitativo	0461501691 (per fisioterapia) 0461501526 (visite fisiatriche)	da lun a ven 10.00 - 12.00 teamneuroriab.pergine@apss.tn.it
Trento e Valle dell'Adige Valle dei Laghi	Servizio di Riabilitazione P.O. Villa Igea ^(*) Centro II livello per MP	0461 904310 (per fisioterapia)	da lun a ven 11.00 - 13.00 teamneuroriab.trentovillaigea@apss.tn.it
Rovereto e Vallagarina Altopiani Cimbri	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Rovereto ^(*) Centro II livello per MP	0464403121	da lun a ven 11.00 - 12.00 13.30 - 15.30 teamneuroriab.rovereto@apss.tn.it
Alto Garda e Ledro	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Arco	0461522648	da lun a ven 10.00 - 12.00 teamneuroriab.arco@apss.tn.it
Giudicarie e Rendena	Servizio di Riabilitazione Ospedale di Tione	0465331159	da lun a ven 13.30 - 15.30 teamneuroriab.tione@apss.tn.it

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

In questi servizi hanno luogo:

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

A tali valutazioni seguono percorsi di:

- fisioterapia individuale e di gruppo;
- logopedia individuale;
- terapia occupazionale individuale;
- valutazione e addestramento all'uso di ausili, sia generali che specifici per la MP;
- valutazioni domiciliari per adattamenti dell'ambiente di vita;

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.5 Servizi di Riabilitazione Territoriale Sedi, riferimenti e orari	Allegato n.5
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 23 di 48

- controlli periodici di monitoraggio (c.d. “appuntamenti funzionali”) con il professionista della riabilitazione che, in relazione ai bisogni prevalenti in quella fase di malattia, viene individuato come referente riabilitativo del caso.

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.6 Servizi di Riabilitazione Territoriale Criteri di invio ai professionisti della riabilitazione	Allegato n.6
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 24 di 48

CRITERI DI INVIO ALLE VALUTAZIONI CONDOTTE PRESSO I SERVIZI DI RIABILITAZIONE

Qualora neurologo, anche su segnalazione dell'infermiere dell'ambulatorio Parkinson, rilevi:	Invia al servizio di riabilitazione di riferimento per ambito territoriale di residenza per:
☐ H&Y stadio 1 o 1,5 o 2 o 2,5 <u>senza comorbidità associate</u>	– impegnativa cod. 93.01.1 del NT per valutazione fisioterapica e – consegna del questionario PIF al paziente con indicazione di riconsegnarlo compilato al fisioterapista
☐ difficoltà nell'eloquio (UPDRS 2.1 ≥ 1) ☐ problemi di salivazione (UPDRS 2.2 ≥ 1) ☐ disturbi nella deglutizione (UPDRS 2.3 ≥ 1 e test dell'acqua positivo)	– impegnativa cod. 93.01.3 del NT per valutazione logopedica e – consegna del questionario ROMP al paziente con indicazione di riconsegnarlo compilato alla logopedista
☐ difficoltà nel mangiare (UPDRS 2.4 ≥ 2) ☐ difficoltà nel vestirsi (UPDRS 2.5 ≥ 2) ☐ difficoltà nell'igiene (UPDRS 2.6 ≥ 2) ☐ difficoltà di scrittura (UPDRS 2.7 ≥ 3) ☐ difficoltà in altre attiv. (UPDRS 2.8 ≥ 3)	– impegnativa cod. 93.01.1 del NT per valutazione occupazionale
☐ H&Y stadio ≥ 3 <i>oppure</i> ☐ H&Y qualsiasi stadio se <u>in presenza di comorbidità associate</u>	– impegnativa cod. 89.7 del NT visita fisiatrice

Criteri di coinvolgimento di professionisti della riabilitazione

Tab. Possibili criteri di coinvolgimento di professionisti della riabilitazione

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.7 Servizi di Riabilitazione Territoriale Valutazione e trattamento Fisioterapico	Allegato n.7
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 25 di 48

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

La valutazione fisioterapica indaga in particolare problematiche nei:

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

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

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

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

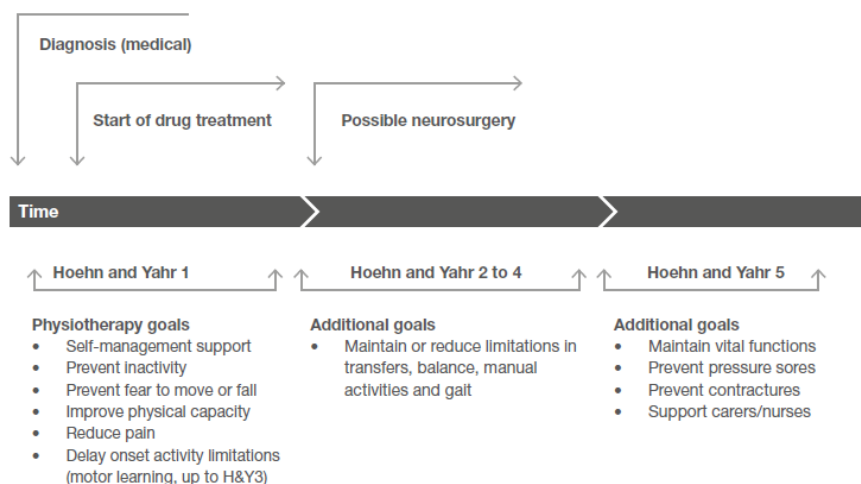
Passaggi posturali	M – PAS Valuta passaggi posturali a letto e sulla sedia oltre che l'acinesia del cammino
Equilibrio	MiniBEST Permette di valutare sei domini specifici dell'equilibrio ABC Questionario che indaga la paura di cadere del paziente
Cammino	10 MWT Permette di valutare velocità del cammino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

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

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

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

Fig. 7.1 Obiettivi e strategie dell'intervento fisioterapico



 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.7 Servizi di Riabilitazione Territoriale Valutazione e trattamento Fisioterapico	Allegato n.7
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 26 di 48

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.8 Servizi di Riabilitazione Territoriale Valutazione e trattamento Logopedico	Allegato n.8
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 27 di 48

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO LOGOPEDICO

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

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

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

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

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

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

Come **indicatori di esito** sono consigliati:

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

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

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

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

Come **Indicatori di esito** sono consigliati:

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

Rispetto alla **SCIALORREA** è raccomandabile:

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

Come **Indicatore di esito** è consigliato:

- scala DSFS – P per quantificare la gravità della scialorrea

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.9 Servizi di Riabilitazione Territoriale Valutazione e trattamento Occupazionale	Allegato n.9
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 28 di 48

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO OCCUPAZIONALE

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

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

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

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

- Ciclo breve individuale
- Ciclo lungo individuale
- Intervento domiciliare

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.10 Criteri di invio a degenza riabilitativa cod 56 MDC 1	Allegato n.10
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 29 di 48

CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA COD 56 MDC1

Tab. Criteri di invio a degenza riabilitativa cod 56 MDC1

CRITERI DI INVIO A DEGENZA RIABILITATIVA cod. 56 MDC 1	☐ potenziale di modificabilità impairment attraverso esercizi terapeutici specifici che richiedano un percorso articolato e intensivo di tre-quattro settimane e monitoraggio h24 <u>E</u> almeno uno dei seguenti criteri: ☐ aggravamento funzionale (documentato da scale) conseguente alla patologia non modificabile solo dal punto di vista farmacologico ☐ aggravamento funzionale (documentato da scale) a seguito di comorbidità associate (es. fratture, ...) ☐ difficoltà di seguire un percorso ambulatoriale per criticità socio-assistenziali
---	---

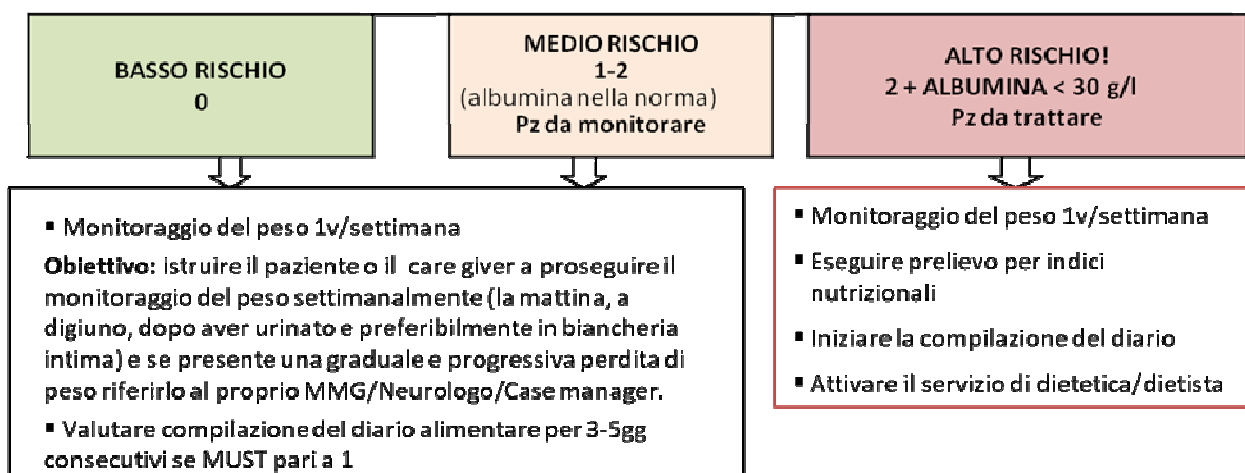
 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.11 Valutazione nutrizionale e interventi	Allegato n.11
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 30 di 48

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE E INTERVENTI

MUST (Malnutrition universal screening tool)

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

Rischio di malnutrizione = somma steps 1 + 2 + 3



Indici nutrizionali:

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.11 Valutazione nutrizionale e interventi			Allegato n.11
				Revisione 01
				30 ottobre 2025
				Pagina 31 di 48

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

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

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.12 Criteri di eleggibilità alle terapie avanzate dei pazienti con MP	Allegato n.12
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 32 di 48

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ALLE TERAPIE AVANZATE DEI PAZIENTI CON MP

Terapia Avanzata	Indicazioni	Controindicazioni relative	Controindicazioni assolute
Infusione sottocutanea di apomorfina	Diagnosi di MP definitiva Nessun limite di età Buona risposta alla levodopa PEN: - off motori o non motori non prevedibili (<i>rescue Therapy</i>) - Off postprandiale - Ritardato on - Acinesia o distonia al risveglio POMPA: - Dosi “rescue” con la penna troppo frequenti - Fluttuazioni motorie e non motorie - Assorbimento intestinale della LD ritardato o importante gastroparesi	- Decadimento cognitivo lieve moderato - Discinesie di grado lieve moderato - Assenza di caregiver - FOG in fase on - Comorbilità renali, cardiovascolari, polmonari, - Ipotensione ortostatica, - Trattamento con farmaci vasoattivi	- Demenza - Discinesie molto severe - Gravi disturbi neuropsichiatrici
DBS	- Diagnosi di MP definitiva - Storia di malattia da almeno 5 anni - Età <70 - Complicanze motorie (fluttuazioni motorie o discinesie) - Buona risposta clinica alla levodopa	Generali • Gravi patologie internistiche che aumentino il rischio chirurgico • Coagulopatie • Trattamento anticoagulante che non può essere interrotto • Pacemaker cardiaco • Immunosoppressione Neurochirurgiche • Grave atrofia cerebrale • Lesioni cerebrali determinanti distorsioni anatomiche	



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON**
Allegato n.12
Criteri di eleggibilità alle terapie avanzate dei pazienti con MP

Allegato n.12

Revisione 01

30 ottobre 2025

Pagina 33 di 48

Terapia Avanzata	Indicazioni	Controindicazioni relative	Controindicazioni assolute
		Neuropsicologiche • Demenza Psichiatriche • Disturbi psicotici non controllati • Disturbi di personalità tali da compromettere la compliance • Depressione maggiore con ideazione suicidaria	
Levodopa carbidopa gel per infusione intestinale /Foslevodopa- Foscabidopa soluzione per infusione sc	- Malattia di Parkinson confermata - Storia di malattia da almeno 5 anni - Fluttuazioni motorie severe e/o discinesie severe nonostante BMT - Nessun limite di età - Documentata efficacia motoria alla terapia cronica con levodopa - Presenza di caregiver e/o ottima compliance del paziente	- Deficit cognitivo grave (MMSE < 20) - Gravi malattie psichiatriche o disturbi del comportamento che mettano a rischio il mantenimento del device nella posizione corretta - Controindicazioni gastroenterologia e alla chirurgia addominale (Gastrectomia, gastroanastomosi, etc) ☐ - valutazione gastroenterologica	- Aritmie cardiache (valutazione cardiologica). - Coagulopatie (valutazione internistica) - Pregressa severa polineuropatia - Indisponibilità del caregiver

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.13 Valutazione neuropsicologica, criteri di invio e di esclusione	Allegato n.13
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 34 di 48

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA, CRITERI DI INVIO E DI ESCLUSIONE

La Malattia di Parkinson (MdP) è tradizionalmente considerata una patologia motoria, ma la rilevanza dei sintomi non motori è sempre più riconosciuta nella pratica clinica (Shapira et al., 2017). Tra questi, i disturbi cognitivi e comportamentali emergono come aspetti critici della malattia, con un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti. Le evidenze attuali indicano che i soggetti affetti da MdP hanno una probabilità sei volte superiore di sviluppare alterazioni cognitive rispetto alla popolazione sana, con manifestazioni che possono comparire già nelle fasi iniziali della malattia (Shapira et al., 2017; Baiano et al., 2020).

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha sottolineato l'importanza della valutazione neuropsicologica nella presa in carico dei pazienti con MdP. Questa valutazione risulta essenziale non solo per l'inquadramento delle capacità cognitive di base e il monitoraggio della progressione della malattia, ma anche per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici. L'identificazione precoce dei disturbi cognitivi è cruciale non solo per migliorare la qualità della vita del paziente e del caregiver, ma anche per ottimizzare l'impatto economico-assistenziale e personalizzare le strategie terapeutiche. La presenza di declino cognitivo può infatti influenzare l'evoluzione della malattia, la prognosi e il rischio di istituzionalizzazione (Shapira et al., 2017).

La gestione terapeutica della MdP deve tenere conto della presenza di disturbi cognitivi, sia nell'impostazione della terapia farmacologica, sia nella valutazione dell'idoneità a terapie avanzate complesse come la Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS). Un monitoraggio attento delle funzioni cognitive attraverso valutazioni neuropsicologiche permette di rilevare precocemente eventuali compromissioni e attivare percorsi diagnostico-terapeutici adeguati.

In accordo con i criteri di invio (Tabella 1), il neurologo può prescrivere una valutazione neuropsicologica in diverse situazioni cliniche: durante la prima visita per la diagnostica differenziale, in presenza di difficoltà cognitive soggettive riportate dal paziente stesso, per il monitoraggio clinico della malattia, per valutare l'idoneità a terapie avanzate come la DBS e per il monitoraggio clinico dopo l'avvio di terapie avanzate infusionali.

La valutazione neuropsicologica comprende diverse fasi: l'anamnesi cognitivo-comportamentale, il colloquio clinico, la somministrazione di test cognitivi psicometrici, la stesura del referto con l'interpretazione dei dati raccolti e la restituzione dei risultati al paziente e al caregiver.

Nel contesto della MdP, questa valutazione esplora i domini cognitivi maggiormente coinvolti dalla malattia, permettendo di definire un profilo cognitivo-comportamentale completo del paziente (Litvan et al., 2012).

Secondo i criteri diagnostici stabiliti dalla Società dei Disordini del Movimento (MDS; Litvan et al., 2012), la valutazione cognitiva si articola in due livelli. Il primo livello prevede l'utilizzo di una scala globale come il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e/o un test per ciascun dominio cognitivo, mentre il secondo livello approfondisce il funzionamento cognitivo mediante almeno due test per ciascun dominio (si veda Tabella 2 per alcuni esempi di test cognitivi). I domini indagati includono attenzione e memoria di lavoro, linguaggio, funzioni esecutive, memoria e capacità visuo-spaziali (Litvan et al., 2012). La scelta dei test viene effettuata dal neurologo sulla base degli attuali criteri diagnostici e delle risorse del paziente.

I risultati ottenuti durante la valutazione vengono integrati con le informazioni raccolte dal colloquio e

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.13 Valutazione neuropsicologica, criteri di invio e di esclusione	Allegato n.13
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 35 di 48

dall'anamnesi, permettendo al neuropsicologo di classificare il funzionamento cognitivo del paziente come integro (PD-CI), caratterizzato da decadimento cognitivo lieve (PD-MCI) o associato a demenza (PD-D). Il termine PD-MCI si riferisce a un declino insidioso delle funzioni cognitive che non compromette significativamente l'indipendenza funzionale del paziente, mentre il concetto di PD-D implica una compromissione severa in più domini cognitivi spesso accompagnata da alterazioni comportamentali, rendendo il paziente dipendente dal caregiver per molte delle attività quotidiane.

In situazioni specifiche, come la diagnosi differenziale tra parkinsonismi o la valutazione dell'eleggibilità per DBS, possono essere impiegate ulteriori scale per valutare lo stato emotivo e comportamentale dei pazienti.

La fase di restituzione con il paziente e il caregiver prevede la comunicazione dei risultati, con eventuali suggerimenti per la gestione a domicilio delle difficoltà cognitive emerse o, in casi selezionati, la proposta di un percorso di stimolazione cognitiva.

Tranne nei casi in cui il profilo cognitivo evidenzia un decadimento severo, il paziente viene solitamente rivisto a distanza per monitorare l'andamento delle funzioni cognitive e proseguire il percorso assistenziale. Le tempistiche del follow-up vengono definite dal neuropsicologo in base agli esiti della valutazione e agli interventi diagnostico-assistenziali necessari.

Bibliografia

- Baiano C, Barone P, Trojano L, Santangelo G. Prevalence and clinical aspects of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Mov Disord.* 2020 Jan;35(1):45-54. doi: 10.1002/mds.27902. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31743500.
- Litvan I, Goldman JG, Tröster AI, Schmand BA, Weintraub D, Petersen RC, Mollenhauer B, Adler CH, Marder K, Williams-Gray CH, Aarsland D, Kulisevsky J, Rodriguez-Oroz MC, Burn DJ, Barker RA, Emre M. Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Mov Disord.* 2012 Mar;27(3):349-56. doi: 10.1002/mds.24893. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22275317; PMCID: PMC3641655.
- Schapira AHV, Chaudhuri KR, Jenner P. Non-motor features of Parkinson disease. *Nat Rev Neurosci.* 2017 Jul;18(7):435-450. doi: 10.1038/nrn.

Tabella 1. Criteri di invio per la valutazione neuropsicologica.

Età ≤ 75 anni: tutti se necessità clinica	Paziente informato e motivato rispetto alla valutazione neuropsicologica; Assenza di psicosi o gravi psicopatologie.
Età > 75 anni: solo se MMSE > 26	

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.13 Valutazione neuropsicologica, criteri di invio e di esclusione	Allegato n.13
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 36 di 48

Tabella 2. Esempi di test cognitivi per ogni dominio cognitivo.

Screening cognitivo
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (0-30) (Conti et al., 2015)
Memoria
Digit Span (Monaco et al., 2013)
Test di Corsi (0-9) (Monaco et al., 2013)
15 Parole di Rey (Carlesimo et al., 1996)
Test della Figura di Taylor: Riproduzione Differita (0-36) (Casarotti et al., 2014)
Funzioni attentivo-esecutive
Matrici Attentive (0-60) (Spinnler & Tognoni, 1987)
Trail Making Test (Giovagnoli et al., 1996)
Fluenza Verbale Fonemica (Carlesimo et al., 1995)
Test di Stroop (Caffarra et al., 2002)
Abilità visuo-spaziali, visuo-percettive, visuo-costruttive
Giudizio di Orientamento di Linee (0-30) (Benton et al., 1983)
Test di Riconoscimento di Volti Ignoti (0-54) (Benton et al., 1983)
Test della Figura di Taylor: Copia (0-36) (Casarotti et al., 2014)
Linguaggio
Denominazione di Nomi (0-48) (Catricalà et al., 2012)
Fluenza Verbale Semantica (Zarino et al., 2014)

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 37 di 48

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Data UVM:

Paziente:

Luogo e data di nascita:

MMG:

Diagnosi	Tipo di diagnosi ²	Orizzonte temporale ³	Data diagnosi	Note

² Principale, Complicanza, Comorbidità

³ Attiva, Recente, Remota

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 38 di 48

Obiettivi e azioni degli interventi sanitari per la riduzione del rischio e la prevenzione di eventi non desiderati

Rischio di problema di salute	Obiettivo	Azione ed operatore	Verifica
Broncopolmonite ab ingestis	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio Intercettazione tempestiva	Medico ed infermieri: Educare paziente e familiari a seguire le indicazioni riportate per la disfagia	
Disfagia	Protezione delle vie aeree	Medico ed infermieri: - Eseguire il test di Guss - Attivare consulenza logopedistica - Informare la paziente e i familiari sui rischi per la salute - Addestrare i familiari a riferire sulla comparsa di sintomi suggestivi per aspirazione di cibo in laringe (tosse intra-peripasto) - Garantire aiuto e supervisione nella preparazione e nell'assunzione dei pasti. - Utilizzare la dieta per disfagici	
Disidratazione	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio	Infermieri: - Educazione del paziente a comunicare sintomi correlabili a disidratazione (arsura, contrazione della diuresi) - Screening segni e sintomi di disidratazione, - Bilancio idrico entrate-uscite - Educazione del paziente e del caregiver a comunicare tempestivamente variazioni di peso e della diuresi, sintomi specifici Medico: - Prescrizione esami ematochimici: Na, K, Ca, azotemia, creatininemia - Ottimizzazione della terapia diuretica	

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 39 di 48

Rischio di problema di salute	Obiettivo	Azione ed operatore	Verifica
Infezioni	Prevenzione primaria e secondaria	Medico e infermiere: Indagine sullo stato vaccinale ed eventuali vaccinazioni: • Vaccinazione antinfluenzale • Vaccinazione antipneumococcica • Vaccinazione anti SARS-Cov-2 • Vaccinazione anti Varicella-Zooster Il paziente/care giver deve essere educato a comunicare la presenza di febbre e/o segni e sintomi di infezione (respiratoria ed urinaria, principalmente)	
Insufficienza renale prerenale	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio	Medico e infermiere: • Valutazione del bilancio idrico • Screening segni e sintomi insufficienza renale nell'anziano (cute e mucose aride, contrazione urinaria, inquietudine, agitazione, sopore)	
Dolore	Intercettazione tempestiva	Medico e infermiere: • Valutazione con scale validate, ad ogni accesso	
Malnutrizione	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio	Medico e infermiere: • Valutazione con scale validate, ad ogni accesso • Controllo del peso • Controllo dell'introito di cibo-diario alimentare • Esecuzione esami ematochimici specifici • Attivazione consulenza nutrizionistica	

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 40 di 48

Rischio di problema di salute	Obiettivo	Azione ed operatore	Verifica
Sindrome neurolettica maligna	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio Intercettazione tempestiva	Medico e infermiere: • Informare il care-giver sui rischi della brusca sospensione dei farmaci dopaminergici • Educare il care-giver a riferire tempestivamente se insorgono sintomi compatibili con sindrome neurolettica maligna (alterazione dello stato mentale, rigidità muscolare, ipertermia, iperattività autonoma) • Monitoraggio clinico in caso di prescrizione di farmaci potenzialmente causa di sindrome neurolettica maligna (tutti gli antipsicotici, antiemetici)	
Stipsi	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio	Medico e infermiere: • Identificazione dei farmaci provocanti stipsi e ottimizzazione della terapia • Educazione alimentare (corretta alimentazione e idratazione) • Educazione alla corretta assunzione della terapia antistipsi • Sostegno alla motricità spontanea	
Ulcere da pressione	Riduzione-eliminazione dei fattori di rischio	Infermiere: • Valutazione della cute • Valutazione dello stato nutrizionale • Valutazione della capacità del paziente di girarsi da solo nel letto • Educazione del care-giver alla posturazione del paziente • Prescrizione di presidi antidecubito	

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 41 di 48

Obiettivi e azioni degli interventi sanitari per il trattamento dei problemi di salute potenziali ed attivi

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Ansia	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico: • Prescrivere un SSRI N.B.: le benzodiazepine sono controindicate per rischio di caduta, atassia e peggioramento della performance cognitiva
Broncopolmonite ab ingestis	Intercettazione e trattamento tempestivo	Medico e infermieri: • Esecuzione di coltura escreato in caso di sintomi specifici Medico: • Esecuzione di ecografia torace di conferma diagnostica • Prescrizione di terapia antibiotica ex juvantibus secondo linee guida aziendali ed eventuale sostituzione con altra molecola dopo referto ABG • Ossigenoterapia: regolare il flusso di ossigeno per mantenere livelli di SatO2 fra 90 e 94 mmHg
Comunicazione	Favorire l'espressione delle volontà del paziente	Medico e infermieri: • Intercettare tempestivamente peggioramenti nella capacità di comunicare • Attivare specifica consulenza per comunicazione aumentativa-alternativa • Supportare il paziente all'utilizzo degli strumenti di comunicazione aumentativa-alternativa • Sostenere il care-giver affinché supporti il paziente nell'utilizzo degli strumenti di comunicazione aumentativa-alternativa

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 42 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Contaminazione batterica del tenue (SIBO – Small Intestinal bacterial Overgrowth)	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: la SIBO influenza l'assorbimento della L-DOPA. Le fluttuazioni motorie migliorano con l'eradicazione batterica. - La diagnosi è clinica. Oltre ai sintomi gastrointestinali, il sospetto può derivare dal peggioramento del controllo sulla m. di Parkinson - Il trattamento si basa su cicli di terapia antibiotica specifica intestinale, alternata all'uso di probiotici
Depressione	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico: prescrivere un farmaco antidepressivo - SSRI maggiormente tollerati (sertralina, citalopram, paroxetina. - Triciclici gravati da maggiori effetti collaterali (aritmie, ipotensione ortostatica e conseguenti cadute, ritenzione urinaria, peggioramento della performance cognitiva) - In caso di fallimento, considerare farmaci dopamino agonisti (pramipexolo etc), previa consulto con il neurologo N.B.: considerare il raro rischio di sindrome serotoninergica da interazione fra SSRI e anti MAO-B
Delirium iperattivo	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Unici farmaci antipsicotici che non danno peggioramento motorio sono quetiapina (in questo caso controindicata per pregresso effetto paradossale) e clozapina (molto efficace, con l'accortezza di eseguire emocromo settimanale per rischio leucopenia) - Utili sempre valutare strategie comportamentali N.B.: non prescrivere Olanzapina
Delirium ipoattivo	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: Valutare il trattamento se il paziente appare disturbato dal sintomo

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 43 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
		Trattamento: vedi delirium iperattivo
Disfagia	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Garantire aiuto e supervisione nella preparazione e nell'assunzione dei pasti. - Utilizzare la dieta per disfagici - Considerare la possibilità iniziare nutrizione artificiale, possibilmente per via enterale posizionando PEG, valutando l'aspettativa di vita e tenendo conto delle volontà del paziente
Disturbi assiali	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - identificare tempestivamente se sintomi assiali fluttuano in relazione alla terapia dopaminergica - Le azioni variano a seconda dello stadio H&Y della malattia - In caso di paziente allettato, sono da svolgersi azioni di prevenzione delle complicanze della sindrome da allettamento
Disturbi cognitivi	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Eseguire esami ematochimici nel sospetto di peggioramento pregressa insufficienza d'organo - Eseguire esami ematochimici nel sospetto di infezione paucisintomatica - Impostare terapia eziologica, se possibile - Successivo consulto con il neurologo, in caso di fallimento terapeutico
Disturbi impulsivo-compulsivi	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: Segnalazione al neurologo del sospetto clinico per la presa in carico

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 44 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Disturbi motori	Intercettazione tempestiva e trattamento della fase instabile di malattia	Medico e infermiere: identificare tempestivamente le complicanze motorie e segnalare al neurologo, per le opportune modificazioni della terapia • Fluttuazioni motorie • Deterioramento prevenibile di fine dose • “OFF” imprevedibile o improvviso • Fallimento della dose, peggioramento ad inizio dose, rimbalzo di fine dose (peggioramento a fine dose) • Fluttuazioni “ON-OFF” • Discinesie L-DOPA indotte
Disturbo del sonno	Intercettazione tempestiva e trattamento Permettere alla paziente e ai familiari di godere di un riposo efficace	Medico e infermiere: • Valutare se fenomeno RBD (disturbo comportamentale del sonno REM con incubi e urla notturne) e trattare con rivotril e/o melatonina • Considerare la riduzione/sospensione dei farmaci che possono peggiorare RBD: beta bloccanti, antidepressivi triciclici, oppioidi, alfa agonisti centrali • Valutare se risvegli per ipertensione da supino con diuresi pressoria, e successivo trattamento (vedi) • Valutare se allucinazioni visive e /illusioni visive angosianti, insonnia primaria o secondaria
Disturbo della termoregolazione	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: • Considerare revisione della terapia con L-DOPA, previa consulto con neurologo • Considerare revisione della terapia con SNRI, se utilizzati

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 45 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Dolore	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: • Diagnosi differenziale e terapia specifica • verificare se il dolore compie come sintomo da deterioramento di fine dose della levodopa. In tal caso rimodulare terapia dopaminergica • Monitoraggio con strumento validato • Screening, monitoraggio e terapia degli effetti collaterali dei farmaci antalgici (particolare attenzione alla stipsi) • In caso di terapia oppioide, preferire l'associazione ossicodone/naloxone (Lancet neurology)
Gastroparesi	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: la gastroparesi, causata dalla compromissione del sistema autonomo gastrointestinale secondario alla m. di Parkinson può essere causa di ritardato svuotamento gastrico, cui deriva il fallimento della dose di L-DOPA e conseguente acinesia • Educazione all'uso di norme comportamentali:fasti piccoli, frazionati, poveri di grassi e di fibre non digeribili • Considerare revisione della terapia con farmaci promuoventi ritardo dello svuotamento gastrico, se utilizzati • Considerare l'utilizzo di domperidone (dopamino-antagonista periferico) • Considerare consulto con neurologo in caso di fallimento N.B.: non utilizzare dopamino-antagonisti centrali (esempio: metoclopramide)

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 46 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Infezioni	Intercettazione tempestiva e trattamento	Nel caso di infezione severa (polmonare, urinaria, altro), la condotta terapeutica domiciliare o l'eventuale ricovero ospedaliero è decisa dal medico del territorio.
Insufficienza renale prerenale	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: • Valutazione del bilancio idrico • Screening segni e sintomi insufficienza renale nell'anziano (cute e mucose aride, contrazione urinaria, inquietudine, agitazione, sopore) • Reidratazione parenterale
Ipertensione supina	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: • Valutazione pressoria notturna e stima della diuresi notturna (possibile diuresi pressoria se ipertensione notturna) • Educazione all'uso di norme comportamentali: evitare la posizione supina nelle ore diurne, dormire con capo sollevato di 30°, evitare-ridurre l'abitudine a bere prima di coricarsi alla sera, assumere uno snack a base di carboidrati-piccola quantità di alcoolico prima di coricarsi • Se concomitante ipotensione ortostatica, evitare di assumere i farmaci ipertensivanti prima di coricarsi • Considerare farmaci antipertensivi a breve durata d'azione, da assumere la sera prima di coricarsi: clonidina cerotto, nitroglicerina cerotto (da applicare la sera e togliere la mattina), nebivololo, captopril, losartan
Ipotensione ortostatica	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: • Esecuzione del test di Schellong (diagnostico) • Considerare riduzione-sospensione di farmaci causanti o aggravanti: diuretici, alfa bloccanti, alfa 2 agonisti centrali, antidepressivi triciclici

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 47 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
		- Considerare rimodulazione terapia antiparkinson specifica, previa confronto con neurologo - Educazione all'uso di norme comportamentali: considerare aumento assunzione idrica e sale, calze elastocompressive quando stazione non clinostatica, dormire con capo sollevato di 30°, pasti frazionati e poveri di carboidrati, - Considerare terapia farmacologica specifica: midodrina, droxidopafludrocortisone, piridostigmina, previa consulto con neurologo
Ipotensione postprandiale	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Valutazione della PAO postprandiale (diagnostico: < 20 mmHg entro 2 ore dal pasto) - Educazione all'uso di norme comportamentali: consumare pasti frazionati, ridurre l'assunzione di carboidrati ed alcoolici, aumentare l'introito liquido, assumere caffeina fra i pasti (non prima dei pasti principali) - Considerare terapia farmacologica specifica: octreotide, acarbosio
Scialorrea	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Prescrivere scopolamina transdermica - In caso di fallimento, valutare l'impiego di tossina botulinica
Stipsi-Rallentato transito intestinale	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: - Prescrizione di farmaci lassativi - Monitoraggio della frequenza di scarica dell'alvo e ottimizzazione della terapia

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PERSONA CON M. PARKINSON Allegato n.14 Piano Assistenziale Individualizzato	Allegato n.14
		Revisione 01
		30 ottobre 2025
		Pagina 48 di 48

Problema di salute attivo	Obiettivo	Azioni ed operatori
Stipsi-Disfunzione muscolatura puborettale e anale	Intercettazione tempestiva e trattamento	Medico e infermiere: Considerare iniezione di tossina botulinica nel muscolo pubo-rettale-nello sfintere anale esterno, previa consulto con il neurologo
Temi etici	Tutelare la volontà del paziente	Discussione col paziente (se possibile) e con i familiari sui principali temi del fine vita: - Raccolta delle volontà del paziente e sostegno alla loro esecuzione - Deprescrizione farmacologica - Bisogno di sedazione - Luogo dove continuare le cure - Luogo dove morire