

"PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DELLA MALATTIA DI PARKINSON E DELLE SINDROMI CORRELATE".

Indice

- Premessa
 - Obiettivo generale
 - Obiettivi specifici
 - Metodologia
- Diagnosi della malattia
- Percorso diagnostico terapeutico della persona con sintomi parkinsoniani
- Sorveglianza del decorso della malattia di Parkinson e della sua terapia
 - Decorso della malattia
 - Sorveglianza della terapia
- Il trattamento riabilitativo nella malattia di Parkinson e nelle sindromi correlate
 - Trattamenti ed obiettivi della riabilitazione neuromotoria
 - Riabilitazione delle funzioni vegetative e cognitive
- Criteri di appropriatezza per la scelta del regime di erogazione delle prestazioni
 - Premessa
 - Trattamento ambulatoriale
 - Day hospital
 - Trattamento in regime di degenza presso reparto di riabilitazione intensiva
 - ADI
 - Trattamento presso IDR
- Allegato 1 – Malattia di Parkinson e depressione
- Allegato 2 – Tremore essenziale e tremore parkinsoniano
- Allegato 3 – Sintomi e criteri per la diagnosi di atrofia multisistemica
- Allegato 4 – Parkinsonismo vascolare
- Allegato 5 – Demenza con corpi di Lewy
- Allegato 6 – Paralisi sopranucleare progressiva
- Allegato 7 – Parkinsonismo iatrogeno
- Allegato 8 – Scale di valutazione standard del morbo di Parkinson
 - PDT paziente affetto da malattia di Parkinson
 - PDT
 - Follow up
 - Sorveglianza della malattia
 - PDT riabilitativo
 - Criteri di accesso al trattamento riabilitativo

Premessa:

La malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa ad eziologia sconosciuta, caratterizzata dalla progressiva perdita di selettive ma eterogenee popolazioni neuronali. Le sedi di danno neuronale sono i neuroni dopaminergici della pars compacta della sostanza nera, nuclei del tronco-encefalo, nuclei ipotalamici, aree corticali (giro cingolato e corteccia entorinale), bulbo olfattorio, gangli simpatici e parasimpatici. Il pattern di perdita neuronale è relativamente specifico per la malattia di Parkinson. A livello delle sedi danneggiate si rileva, all'analisi istopatologica, la presenza di corpi di Lewy. Tale rilievo non è tuttavia specifico per la malattia di Parkinson.

Si tratta di patologia ubiquitaria, con analoga ripartizione tra i sessi e i differenti gruppi etnici. Il 5-10% ha un esordio di malattia prima dei 40 anni.

La prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne è di circa 1,5%: 742 persone circa in provincia di Pavia.

L'incidenza annuale è del 3‰:148 persone in provincia di Pavia.

Rappresenta la seconda patologia neurologica che produce disabilità con una prevalenza stimata di circa 180 casi su 100.000 abitanti, circa 895 persone in provincia di Pavia. Secondo dati anglosassoni, il 22% dei pazienti, 197 persone, presenta livello severo di disabilità, il 48,3%, 432 persone, presenta livello medio di disabilità, il 29,7%, 265 persone, ha disabilità lieve. Il decorso evolutivo della malattia coincide generalmente con l'aggravamento della disabilità.

La rilevanza clinica epidemiologica e sociale della patologia nella nostra asl, insieme alla considerazione che la diagnosi precoce e la sorveglianza del decorso della malattia garantiscono una migliore qualità di vita ai malati, ci ha motivati alla elaborazione del percorso diagnostico terapeutico per il paziente affetto da malattia di Parkinson.

Obiettivo generale:

Miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente affetto da malattia di Parkinson

Obiettivi specifici:

- diagnosi precoce della malattia con conseguente corretto e tempestivo trattamento
- prevenzione delle complicanze
- definizione dei criteri di appropriatezza delle procedure diagnostico terapeutiche
- arricchimento professionale degli operatori
- sperimentazione di processi collaborativi fra operatori di strutture diverse

Metodologia

- Costituzione di un gruppo di lavoro formato da:
 - un medico di Medicina Generale
 - neurologi e fisiatri appartenenti alla Fondazione C. Mondino ed alla Fondazione S. Maugeri individuati come partners scientifici rispettivamente per quanto concerne la disciplina neurologica e riabilitativa.
 - neurologi e fisiatri delle Unità operative di neurologia e riabilitazione delle strutture aziendali
- Analisi della situazione esistente
- Definizione e condivisione del PDT e sua rappresentazione in flow chart
- Sperimentazione del PDT con un numero limitato di medici
- Analisi dei risultati della sperimentazione e individuazione di criticità e di indicatori da monitorare
- Eventuali aggiustamenti del PDT

- Allargamento della sperimentazione

Diagnosi della malattia

La diagnosi di malattia di Parkinson è clinica e si basa sulla **presenza** di **segni e sintomi** caratteristici della malattia (**gruppo A**)

- Bradicinesia (ipomimia, ipofonia, rallentamento nell'inizio e nella prosecuzione del movimento, micrografia, marcia a piccoli passi, difficoltà nel riprogrammare il movimento passando da uno schema all'altro) (vedi anche all.1)
- Rigidità muscolare di tipo plastico
- Tremore generalmente a riposo (può essere presente anche tremore posturale, cinetico) (vedi anche all.2)
- Esordio unilaterale dei sintomi.
- La risposta alla terapia con levodopa aumenta la probabilità di una diagnosi corretta.

Esclude la malattia di Parkinson idiopatica la presenza all'esordio o entro i primi tre anni di sintomi (**gruppo B**) quali:

- importante instabilità posturale con cadute (vedi anche all.3 e 4)
- freezing della marcia (vedi anche all.4)
- allucinazioni non correlate ai farmaci (vedi anche all.5)
- deterioramento cognitivo prima dei sintomi motori o entro il primo anno di malattia (vedi anche all.5)
- disturbo sopranucleare dell' oculomozione (eccetto i movimenti coniugati di verticalità) (vedi anche all.6)
- disautonomia severa, sintomatica, non correlata ai farmaci (ipotensione ortostatica, disturbi genitourinari) (vedi anche all.3).

L'esistenza di una causa documentata di parkinsonismo secondario (iatrogeno [all.7], vascolare [all.4], tossico, traumatico, infettivo, neoplastico) esclude la malattia di Parkinson idiopatica.

La familiarità per parkinsonismo esclude la diagnosi di malattia di Parkinson idiopatica.

Sono considerati **criteri** per una diagnosi **POSSIBILE** di malattia di Parkinson

1. La presenza di almeno 2 dei 4 sintomi del gruppo A (almeno uno deve essere bradicinesia o tremore)
2. L'assenza assoluta o almeno entro i primi tre anni di malattia dei sintomi del gruppo B

Una sostanziale, protratta risposta alla terapia con levodopa o con dopaminoagonisti è di supporto alla diagnosi.

Sono considerati **criteri** per una diagnosi **PROBABILE** di malattia di Parkinson

1. La presenza di almeno 3 dei 4 sintomi del gruppo A (almeno uno deve essere bradicinesia o tremore)
2. Una sostanziale, protratta risposta alla terapia con levodopa o con dopaminoagonisti.
3. L'assenza dei sintomi del gruppo B in una malattia di durata inferiore a tre anni

Sono considerati **criteri** per una diagnosi **DEFINITA** di malattia di Parkinson

1. Tutti i criteri per una diagnosi di probabilità
2. La conferma istopatologica ottenuta con l'autopsia.

La conferma istopatologica è basata su:

- sostanziale deplezione cellulare con gliosi della sostanza nera
- almeno 1 corpo di Lewy nella sostanza nera o nel locus coeruleus
- assenza di evidenza istopatologica di altre malattie che causano parkinsonismo.

PERCORSO DIAGNOSTICO DELLA PERSONA CON SINTOMI PARKINSONIANI

1. La presenza di **due o più sintomi** del **gruppo A**, rende necessaria una **visita neurologica**, per un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico.

2. La presenza di **sintomi isolati** segue le seguenti procedure:

- la presenza di **tremore**, di cui sia esclusa una causa internistica (p.e. tireotossicosi), rende **necessaria** una **visita neurologica** per una diagnosi differenziale corretta.

Tremore: (all.2) movimento involontario, ritmico e oscillatorio di una parte del corpo.

Tremore a riposo: insorge quando i muscoli non sono attivati volontariamente. La parte del corpo che trema è completamente sorretta contro la forza di gravità.

Tremore d'azione: insorge quando i muscoli vengono contratti volontariamente. Comprende il *tremore posturale, cinetico e isometrico*.

Va posta la diagnosi differenziale tra tremore parkinsoniano e tremore essenziale.

Tremore parkinsoniano: tipicamente a riposo e asimmetrico (inizialmente unilaterale) può riguardare sia l'arto superiore che inferiore. Raramente compare anche al mento. Distale, ampio e a bassa frequenza, mima l'azione del "contar pillole". Se compare anche in postura, mantiene le stesse caratteristiche di ampiezza e frequenza e insorge con una certa latenza dal raggiungimento della postura. Fluttua ampiamente in relazione agli stati d'animo (prova del calcolo mentale) e ai momenti della giornata.

Tremore essenziale: tremore posturale bilaterale con o senza tremore cinetico, che coinvolge le mani o gli arti superiori, visibile e persistente anche se può essere di intensità fluttuante. Può essere presente tremore di altre parti del corpo. La bilateralità può essere asimmetrica. Tipicamente è ad alta frequenza e di ridotta ampiezza. Spesso è familiare.

- In presenza di **bradicinesia**, il Medico di Famiglia deve eseguire indagine anamnestica per:

Valutare la possibile assunzione di **farmaci parkinsonizzanti** (all.7). Procedere, se possibile, a sospensione e rivalutazione dopo un congruo periodo di astinenza (6 mesi). Se persistono i sintomi extrapiramidali, inviare a **visita neurologica**

Valutare la presenza di **sintomi depressivi**, ponendo eventualmente in atto le opportune procedure. Se non si rilevano sintomi depressivi, inviare a **visita neurologica**.

3. In presenza di **sintomi del gruppo B associati a sintomi del gruppo A**, inviare a **visita neurologica**.

Dopo la visita neurologica, possono essere proposti:

- ricovero per approfondimenti diagnostici o approccio terapeutico, in caso di malattia grave o complessa, comorbidità, problemi socio-familiari
- esecuzione di esami ambulatoriali.

Sono adeguati ad un corretto iter diagnostico i seguenti esami:

- accelerometria (studio e corretta classificazione del tremore)
- TC cerebrale (m. Parkinson idiopatica e parkinsonismo vascolare)
- RM encefalo (parkinsonismi quali PSP, MSA, lower body parkinsonism)
- tilt table test (MSA)
- test clinico all'apomorfina (MSA)
- test neuropsicologico (m. corpi di Lewy)
- blink reflex (parkinsonismo iatrogeno)
- esame urodinamico (MSA)
- laringoscopia (MSA)
- movimenti oculari (PSP)

1. Decorso della malattia

La persona con malattia di Parkinson o parkinsonismo deve essere sottoposta a **visita neurologica** con cadenza almeno **semestrale**. Intervalli più lunghi possono essere considerati inopportuni dal momento che la comparsa di sintomi invalidanti non è prevedibile e ritardare l'intervento terapeutico può significare la perdita di abilità e lo scadimento della qualità della vita.

Visite supplementari, con carattere di sollecitudine, se non di urgenza, dovranno essere chieste dal Medico di famiglia quando, ai controlli periodici, rileva direttamente o su inchiesta anamnestica:

- movimenti involontari (discinesie)
- distonie (posture anomale focali o generalizzate, spesso dolorose)
- fasi on-off (fluttuazioni motorie, scadimento della qualità del movimento correlato all'assunzione dei farmaci)
- disturbi dell'equilibrio e della postura (freezing, cadute)
- disfagia, dispnea
- sintomi psichici (agitazione psicomotoria, allucinazioni visive/uditive/tattili, disturbi del sonno)
- sintomi vegetativi (ipotensione ortostatica, disturbi urinari stipsi severa).
- effetti collaterali dei farmaci (v. sotto)

Costituiscono vere **urgenze internistiche o chirurgiche**, per le quali procedere secondo le regole generali:

- l'oclusione intestinale per cause meccaniche (invio al pronto soccorso chirurgico)
- lo stridore laringeo con sintomi di soffocamento (invio al pronto soccorso ORL)
- la ritenzione urinaria (cateterizzazione).

Costituisce **un'urgenza neurologica** la comparsa di fasi off severe (blocco acinetico grave).

2. Sorveglianza della terapia

I farmaci impiegati nella malattia di Parkinson possono determinare effetti collaterali che necessitano di essere adeguatamente monitorati e sorvegliati dal medico di famiglia per decidere la strategia più adeguata.

Levo-DOPA

Effetti collaterali: nausea, vomito.

Provvedimenti: assunzione a stomaco pieno. Eventualmente Domperidone prima dei pasti.

Se persiste, invio al neurologo per reimpostare la terapia.

Dopaminoagonisti

Effetti collaterali:

precoci

- gastrointestinali. Stessi provvedimenti, come per la Levo-DOPA

- ipotensione ortostatica. Provvedimenti: sospensione del farmaco e invio al neurologo.
- diplopia, discromatopsia (visione colorata). Provvedimenti: invio al neurologo per reimpostare la terapia)

tardivi

- edemi declivi arti inferiori. Provvedimenti: invio al neurologo per reimpostare la terapia.

Anticolinergici (compresa amantadina)

Effetti collaterali: stipsi fino a subocclusione intestinale, ritenzione urinaria, xerostomia, difficoltà di accomodazione, edemi declivi, confusione mentale, allucinazioni, deficit della memoria.

Provvedimenti: sospensione del farmaco, eventuali provvedimenti urgenti, invio al neurologo per reimpostare la terapia.

Tutti questi farmaci possono indurre disturbi psichici (allucinazioni, dispercezioni, episodi psicotici).

Antipsicotici atipici (clozapina)

Effetti collaterali: scialorrea, ritenzione urinaria, diabete mellito, tossicità idiosincrasica midollare (fino all'aplasia midollare).

Provvedimenti: gestire le eventuali urgenze. Rinviare al neurologo per una rivalutazione della terapia.

Il trattamento riabilitativo nella malattia di Parkinson e nelle sindromi correlate

La malattia di Parkinson è caratterizzata da un decorso evolutivo che coincide con un progressivo aggravamento della disabilità, di conseguenza le strategie terapeutiche riabilitative andranno definite in funzione della disabilità/handicap del paziente tenendo conto non solo della stadiazione della malattia, ma anche della situazione socio-familiare e lavorativa che è in grado di condizionare tali scelte.

Le tendenze attuali tendono a dare rilievo alla precocità dell'intervento riabilitativo, che implicherà, inizialmente, in modo principale un addestramento del paziente e dei suoi familiari.

La malattia di Parkinson è caratterizzata, specie nelle fasi più avanzate e in alcune particolari sottoforme o patologie di confine (ad es. MSA), da un coinvolgimento di altre funzioni, oltre a quella neuromotoria, che pur rappresenta l'aspetto preminente.

Andranno pertanto previsti interventi terapeutici mirati per i disturbi autonomici e per i disturbi cognitivi (vedi oltre).

Si è ritenuto opportuno nel definire i criteri di appropriatezza di ricovero, nonché del regime di erogazione delle prestazioni, far riferimento alla Scala di stadiazione clinica di Hoen & Yahr (1967), la quale considera di per sé le problematiche connesse alla disabilità. Si riporta pertanto in allegato detta scala (all.8).

Il ruolo del Medico di famiglia è importante in tutti gli stadi della malattia, in particolare nell'indirizzare il paziente sin dalle fasi precoci presso idonee strutture competenti al suo trattamento farmacologico e riabilitativo, e nell'essere di supporto al paziente e alla sua famiglia con un idoneo "counselling".

Di primaria importanza appare la creazione, ove esso non esista o sia insufficiente, di un adeguato interscambio informativo non solo tra Medico di famiglia e Specialista, ma tra tutti i soggetti che hanno o possono avere un ruolo nell'erogare le prestazioni assistenziali al paziente parkinsoniano.

Nella pratica clinica è comune esperienza come la scelta della struttura a cui indirizzare il paziente sia spesso dettata più da motivi contingenti (recettività, tempi di attesa, etc.) che non da criteri di appropriatezza di tipo clinico. Una fase di validazione/implementazione dei PDT potrebbe fornire in tal senso un contributo importante a migliorare l'efficienza del sistema.

Nei vari momenti assistenziali di crescente rilevanza appare il ruolo svolto dalle Associazioni dei pazienti.

Esse possono contribuire a migliorare il rapporto medico/paziente e, quindi, indirettamente quelli tra utente e struttura assistenziale e favorire lo sviluppo di programmi educazionali che paiono di grande importanza specie nelle fasi precoci. Il coordinamento tra pazienti che esse possono assicurare consente, inoltre, un'applicazione più estesa delle terapie di gruppo il cui vantaggio in termini di costo/beneficio non hanno bisogno di essere enfatizzati.

Trattamenti ed obiettivi della riabilitazione neuromotoria

Sulla base della stadiazione e condizioni cliniche del paziente gli obiettivi dell'intervento riabilitativo si modificano.

Il trattamento riabilitativo del paziente parkinsoniano dovrà basarsi su alcuni principi di carattere generale:

- 1) esso andrà personalizzato sul singolo paziente (pazienti nella stessa fase di malattia possono presentare problematiche differenziate).
- 2) la valutazione del paziente dovrà essere il risultato di un approccio multidisciplinare che tenga nel dovuto conto le problematiche multispecialistiche che il paziente può presentare
- 3) il programma andrà definito per obiettivi, secondo una valutazione d'équipe che tenga presente le specifiche competenze di ciascuno
- 4) gli obiettivi saranno definiti secondo un programma a gradini (step-by-step), che implichi delle valutazioni periodiche in merito al raggiungimento degli obiettivi. Il mancato raggiungimento di un obiettivo dovrebbe portare non solo a una discussione del programma, ma anche ad una rivalutazione dell'appropriatezza del regime in cui viene erogata la prestazione assistenziale.
- 5) i risultati ottenuti andranno non solo riportati nel diario clinico del paziente, ma quantificati attraverso idonee scale di "outcome"
- 6) il paziente andrà inserito in un follow-up che verifichi l'evoluzione clinica, con un conseguente adeguamento della strategia terapeutica
- 7) il trattamento riabilitativo deve avere, pur nelle differenti condizioni e nella diversa intensità con cui viene erogato, una continuità dato che è dimostrato che la sua interruzione può comportare una perdita del miglioramento ottenuto.

Il programma riabilitativo si pone i seguenti obiettivi:

FASE I → II

- fornire al paziente e ai familiari idonei consigli sull'attività e gli esercizi da svolgere e stile di vita
- incoraggiare l'attività fisica in particolare contesto-dipendente (ad es. sport, danza, etc.)
- fornire sostegno psicologico

FASE II → III

- insegnare a mantenere una posizione corretta
- rinforzare la muscolatura e mantenere l'articolari anche con esercizi non contesto-dipendenti (esercizi ripetitivi non finalistici)
- proporre movimenti globali
- persistere con attività fisica contesto-dipendente

FASE III → IV

- praticare la mobilizzazione passiva e attiva anche con la finalità di prevenire possibili complicanze osteo articolari in particolare

- aiutare il cammino anche con eventuali ausili
- praticare ginnastica respiratoria
- migliorare l'eloquio
- praticare ergoterapia

FASE IV → V

- ritardare il deterioramento delle condizioni generali legate all'allettamento
- prevenire complicanze cutanee, osteoarticolari e viscerali
- mantenere mobilizzazioni passive quotidiane
- tentare la mobilizzazione attiva
- praticare ginnastica respiratoria

Nota: il passaggio da una fase all'altra non implica necessariamente, salvo la loro inattuabilità, l'abbandono delle procedure suggerite per lo stadio precedente.

Riabilitazione delle funzioni vegetative e cognitive

Come detto il paziente parkinsoniano, specie negli stadi più avanzati della malattia, può presentare importanti disturbi di tipo autonomico.

La maggior parte di tali disturbi richiedono un intervento misto farmacologico/riabilitativo.

Ad esempio l'ipotensione posturale potrà risentire positivamente, oltre che dell'uso di trattamenti farmacologici, di idoneo trattamento riabilitativo (ad es. esercizi di stabilizzazione) e di impiego di presidi (ad es. calze elastiche).

I disturbi a livello sfinterico potranno richiedere una valutazione neurologica per un corretto inquadramento propedeutico alla riabilitazione del piano perineale.

Anche in questo caso le scelte terapeutico / farmacologiche dovranno tenere conto della presenza di tali disordini sia per l'impiego di farmaci di trattamento del disturbo stesso, sia per evitare l'uso di farmaci (ad es. con attività colinergica) che li possano peggiorare.

Alcuni disturbi, quali la disfagia, per la loro severità e complessità potranno richiedere l'invio dei pazienti a strutture specializzate in tale tipo di trattamento.

Analogamente la riabilitazione cognitiva potrà richiedere l'invio dei pazienti a strutture idonee, anche se andrà attentamente valutata l'opportunità di erogare tali tipi di prestazioni in funzione dell'evoluitività e severità della malattia.

La presenza di risposta clinica inadeguata o non stabilizzata ai trattamenti farmacologici, la presenza di severi effetti collaterali legati alla terapia (ad es. allucinazioni, ipotensione, etc.) rappresenta titolo preferenziale per il ricovero presso struttura con elevata specializzazione nel trattamento delle malattie extrapiramidali, e il ricovero riabilitativo potrà in tal caso far seguito al ricovero presso reparto neurologico specializzato.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA SCELTA DEL REGIME DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Premessa

I criteri sono stati suddivisi in criteri di carattere clinico (A) e criteri di carattere socio-familiare (B). Per l'appropriatezza del ricovero devono essere presenti almeno un criterio per gruppo.

1. Trattamento ambulatoriale

E' indicato in:

A) pazienti in fase iniziale di malattia

B) pazienti con elevato livello di autonomia o in cui i familiari o i prestatori di assistenza siano in grado di garantire al paziente gli spostamenti necessari con un contenuto livello di disagio.

2. Day Hospital

E' indicato in:

A1) pazienti che richiedono un trattamento riabilitativo integrato con discreta intensità di cura e con aspettative di miglioramento;

A2) pazienti che abbiano eseguito un ciclo intensivo in regime di ricovero ed in cui sia necessaria una terapia riabilitativa di mantenimento

B1) pazienti i cui familiari o i prestatori di assistenza possano garantire il trasporto presso la struttura riabilitativa;

3. Trattamento in regime di degenza presso reparto di riabilitazione intensiva

A1) paziente con prognosi della disabilità riabilitativa favorevole, nel quale, cioè, sia prevedibile il miglioramento di una o più delle funzioni compromesse (e quindi una riduzione e un complessivo miglioramento della qualità della vita), attraverso valutazione del trattamento riabilitativo integrato ed intensivo, in ragionevole lasso di tempo;

A2) paziente in condizioni generali e psichiche compatibili con l'attuazione di trattamento riabilitativo intensivo;

A3) paziente che necessiti di nursing intensivo ed approccio terapeutico polispecialistico;

B1) paziente che presenti impossibilità di agevole trasporto oppure rischio di peggioramento del quadro clinico-funzionale in caso di trasporti ripetuti;

B2) paziente con complicanze cui non si riesca ad assicurare un trattamento domiciliare anche solo con finalità conservative, idoneo.

4. ADI

A1) pazienti che necessitino di una terapia di mantenimento e prevenzione continuativa per un arco di tempo determinato;

A2) pazienti in cui si renda necessario una fase di osservazione e mantenimento nell'attesa di un ricovero presso RSA;

B1) pazienti che non possono accedere ad altri regimi di trattamento (vedi punto 1 e 2);

B2) pazienti che in ogni caso dispongano di un sufficiente livello di assistenza a domicilio da parte dei familiari e/o di altre figure.

4. Trattamento presso IDR

5. E' indicato in:

A1) pazienti che necessitino di assistenza medica ed infermieristica continuativa, trattamento riabilitativo non intensivo;

A2) pazienti in cui vi siano ancora aspettative di miglioramenti sul piano clinico in risposta al trattamento riabilitativo;

B1) pazienti in cui i familiari e/o struttura di supporto non siano in grado di garantire un livello di assistenza adeguata a domicilio.

Si ritiene opportuno riassumere in flow-chart quanto precedentemente esposto.

MALATTIA DI PARKINSON E DEPRESSIONE

Le caratteristiche cliniche della malattia di Parkinson spesso presentano delle sovrapposizioni con le manifestazioni tipiche dei disordini affettivi maggiori. Difficoltà cognitive, rallentamento dell'eloquio, modificazioni nell'espressione delle emozioni e nella rapidità di processazione delle informazioni possono essere presenti in entrambe le patologie (1).

La depressione è un disturbo molto frequente nei malati di Parkinson. Sulla base di numerosa letteratura nel settore si è stimato che il disturbo occorre in circa il 40% dei pazienti.

I sintomi depressivi o gli attacchi di panico possono inoltre precedere l'esordio della sintomatologia motoria in almeno il 30% dei casi (2) rappresentando un continuum sintomatologico. Queste sovrapposizioni, spesso conducono il clinico ad interpretare nei malati di Parkinson il quadro sintomatologico come una depressione, e considerare il rallentamento psico-motorio che ne consegue come un'espressione della malattia psichiatrica. **La depressione tra l'altro è più comunemente correlata alle forme bradicinetico-rigide di malattia** (3) rispetto a quelle tremorigene che pongono più facilmente il sospetto di malattia di Parkinson con un conseguente maggior rischio di ritardo nella diagnosi.

I sintomi depressivi più comuni nei malati di Parkinson sono la perdita di iniziativa, dell'autostima, l'ideazione suicidaria, anche se il tasso di suicidi in questi malati resta basso.

Il coinvolgimento cognitivo è spesso comune nelle due patologie con difficoltà mnesiche, di concentrazione e di giudizio.

Il rallentamento psicomotorio che ne risulta può essere espressione sia del disordine del movimento, sia della depressione che del deficit cognitivo molto simile nei due disordini(4). E' evidente quindi che la diagnosi differenziale tra queste due entità può essere difficoltosa.

La presenza di depressione nel malato di Parkinson è stata recentemente considerata essere un fattore di rischio per una più rapida progressione della malattia.

Venendo alle cause della depressione nella malattia di Parkinson esistono due scuole di pensiero che formulano due ipotesi eziologiche: una "reattiva" alla diagnosi di malattia ed alla conseguente disabilità e l'altra definita "endogena biochimica" basata sulle modificazioni che investono il sistema dopaminergico e serotoninergico nelle due patologie.

Per quanto riguarda l'ipotesi reattiva vengono descritti due picchi di incidenza della depressione in relazione alla gravità di malattia uno precoce alla comunicazione della diagnosi ed il secondo allo stadio IV della scala di Hoehn and Yahr che corrisponde al passaggio dall'indipendenza del soggetto alla necessità di aiuto.

La presenza di depressione nei malati di Parkinson è spesso sottostimata e quindi non trattata (5) mentre il suo trattamento può condizionare anche un miglioramento dei sintomi motori.

La diagnosi differenziale tra depressione e malattia di Parkinson è quindi non sempre agevole e può richiedere l'utilizzo di metodiche che vanno al di là della semplice visita neurologica con la valutazione del tono muscolare, della presenza di bradicinesia e di tremore.

L'utilizzo di "rating scales" che misurano e quantificano l'entità della depressione possono essere utili nel differenziare le due patologie. Inoltre le moderne tecniche di diagnostica standardizzata SCID consentono l'inquadramento dei disturbi psichiatrici secondo le classificazioni internazionali del DSM-III-R.

(1) Poewe W, Luginger E, Depression in Parkinson's disease. Impediments to recognition and treatment options. Neurology 1999;52 (Suppl 3):S2-S6

(2) Mayeux R, Stern Y, Rosen J, et al. Depression, intellectual impairment and Parkinson's disease. Neurology 1981;31:645-650.

(3) Huber SJ, Paulson GW, Shuttleworth E C. Depression in Parkinson's disease. Neuropsychiatry Neuropsychol, Beave Neurol 1988;1:47-51

(4) Derix MMA, Gilhuis HJ, Hoogendijk W. Depressive syndrome in Parkinson's disease: diagnostic pitfalls.

In: Wolters EC, Schelten P, eds. Mental dysfunction in Parkinson's disease. Amsterdam: Krijek universiteit Amsterdam, 1993:325-333.

(5) Cummings JL,Masterman DL, Depression in patients with Parkinson's disease. Int J Geriatr Psychiatry 1999; 14:711-8

TREMORE ESSENZIALE E TREMORE PARKINSONIANO

Tremore: movimento involontario, ritmico e oscillatorio di una parte del corpo

Tremore a riposo: insorge quando i muscoli non sono attivati volontariamente. La parte del corpo che trema è completamente sorretta contro la forza di gravità.

Tremore d'azione: insorge quando i muscoli vengono contratti volontariamente. Comprende il tremore posturale, cinetico e isometrico.

Tremore posturale: insorge durante il mantenimento volontario di una posizione contro la forza di gravità.

Tremore posturale posizione specifico: tremore posturale che insorge o è esacerbato dal mantenimento di una posizione specifica, visuo-guidata.

Tremore cinetico: insorge durante qualunque tipo di movimento.

Tremore cinetico azione specifico: tremore cinetico che insorge o è esacerbato dall'esecuzione di un'azione specifica, include il tremore occupazionale e il tremore primario da scrittura.

Tremore isometrico: insorge durante la contrazione muscolare prodotta contro un oggetto rigido e fisso.

Tremore Essenziale definito: tremore posturale bilaterale, con o senza tremore cinetico, che coinvolge le mani o gli arti superiori, visibile e persistente, anche se può essere di intensità fluttuante. Può essere presente tremore di altre parti del corpo. La bilateralità può essere asimmetrica. Tipicamente è ad alta frequenza e di ridotta ampiezza. Spesso è familiare.

Esistono, poi, una serie di varianti che vengono comunque riferite al Tremore Essenziale, seppure in modo probabile o possibile. Ad esempio, il tremore posizione specifico o occupazionale, il tremore vocale isolato, il tremore ortostatico o un tremore posturale di recente insorgenza associato ad altri segni e/o sintomi neurologici.

Tremore Parkinsoniano: tipicamente a riposo e asimmetrico (inizialmente unilaterale) può riguardare sia l'arto superiore che inferiore. Raramente compare anche al mento. Distale, ampio e a bassa frequenza, mima l'azione del "contar pillole". Se compare anche in postura, mantiene le stesse caratteristiche di ampiezza e frequenza e ampiezza ed insorge con una certa latenza dal raggiungimento della postura. Fluttua ampiamente in relazione agli stati d'animo (prova del calcolo mentale) e ai momenti della giornata.

Nella Malattia di Parkinson, il tremore a riposo è associato a rigidità e bradicinesia.

Nella Malattia di Parkinson, il tremore può essere anche posturale con le caratteristiche del Tremore Essenziale, oppure cinetico. La Malattia di Parkinson e il tremore Essenziale possono coesistere in un paziente come comorbidità.

In caso di tremore a riposo monosintomatico, depongono a favore della Malattia di Parkinson: la presenza all'arto inferiore, l'asimmetria e la risposta alla levodopa. Depongono a favore del Tremore Essenziale, la familiarità, la presenza di tremore vocale o al capo e la riduzione del sintomo in seguito all'assunzione di alcol.

- G. Deuschl. Differential diagnosis of tremor. J Neural Trasm 1999 (Suppl) 56:211-220
- LJ Findley, WC Koller. Handbook of tremor disorders. Marcel Dekker, New York 1995.

SINTOMI E CRITERI PER LA DIAGNOSI DI ATROFIA MULTISISTEMICA

L'Atrofia Multisistemica (MSA) è una patologia neurodegenerativa di etiologia indeterminata, sporadica, caratterizzata da parkinsonismo, disturbi cerebellari, autonomici e piramidali in varie combinazioni.

I. Disturbi autonomici e disfunzione urinaria

A. Disturbi autonomici e urinari (sintomi)

1. Ipotensione ortostatica (riduzione di 20 mmHg della PA sistolica o di 10 mmHg di diastolica)
2. Incontinenza urinaria o incompleto svuotamento vescicale

B. Disturbi autonomici e urinari (criteri diagnostici)

1. Caduta della PA in ortostatismo (di 30 mmHg della PA sistolica o di 15 mmHg di diastolica)
2. Incontinenza urinaria (persistente, involontario parziale o totale svuotamento vescicale, accompagnato da disfunzione erettile nell'uomo)
3. Entrambi

II. Parkinsonismo

A. Parkinsonismo (sintomi)

1. Bradicinesia (lentezza dei movimenti volontari con progressiva riduzione dell'ampiezza e della velocità dei movimenti ripetuti)
2. Rigidità
3. Instabilità posturale (non causata da deficit primitivo della funzione visiva, vestibolare, cerebellare o propriocettiva)
4. Tremore (posturale, a riposo o entrambi)

B. Parkinsonismo nella MSA (criteri diagnostici)

1. Bradicinesia associata ad almeno 1 dei sintomi sopra citati

III. Sindrome cerebellare

A. Sindrome cerebellare (sintomi)

1. Atassia della marcia (base allargata con passi di lunghezza e direzione irregolare)
2. Disartria atassica
3. Atassia degli arti
4. Nistagmo sostenuto evocato dallo sguardo

B. Sindrome cerebellare (criteri diagnostici)

1. Atassia della marcia associata ad almeno 1 dei sintomi sopra citati

IV. Disfunzione del tratto corticospinale

A. Disfunzione del tratto corticospinale (sintomi)

1. Risposta in estensione del riflesso plantare con iperreflessia

B. Disfunzione del tratto corticospinale (criteri diagnostici) : non previsti

CATEGORIE DIAGNOSTICHE DI MSA

- I. MSA Possibile : 1 criterio (B) + 2 sintomi (A) appartenenti ad altri e diversi gruppi sindromici. Quando il criterio riguarda il Parkinsonismo, la ridotta risposta alla levodopa rappresenta un sintomo (quindi è richiesto solo un altro sintomo)
- II. MSA Probabile : criteri per disfunzione autonoma o urinaria + ridotta alla risposta alla levodopa o sintomi cerebellari
- III. MSA Definita : reperto autoptico di inclusioni gliali citoplasmatiche ad alta densità associate ad una combinazione di alterazioni degenerative della Sostanza Nigra e nel sistema Olivopontocerebellare.

CRITERI DI ESCLUSIONE DI MSA

- I. *Anamnesi*
 1. Esordio dei sintomi prima dei 30 anni
 2. Familiarità per sintomi simili
 3. Patologie sistemiche o altre cause identificabili per i sintomi descritti sopra
 4. Allucinazioni non relate ai farmaci
- II. *Esame neurologico*
 1. Reperto di criteri validi per diagnosi di demenza come da DSM
 2. Rallentamento predominante delle saccadi verticali o paralisi di guardo sopranucleare
 3. Evidenza di alterazioni corticali focali come afasia, sindrome dell'arto alieno, sindrome parietale
- III. *Esami di laboratorio*
 1. Evidenza metabolica, molecolare genetica o radiologica di un'altra causa dei sintomi sopra descritti

PARKINSONISMO VASCOLARE

Questa entità nosografica la cui descrizione risale al 1929 con Critchley come parkinsonismo arteriosclerotico è particolarmente frequente nell'anziano e si esprime principalmente con un disordine della marcia (parkinsonismo degli arti inferiori (Fitzgerald 1989), atteggiamento in flessione, bradicinesia e tendenza alla festinazione, instabilità posturale, facilità alle cadute

Il disturbo può esordire insidiosamente ed evolvere a gradini con una simmetria dei sintomi extrapiramidali.

L'associazione con altri disturbi tipici dell'encefalopatia vascolare cronica è frequente: labilità emotiva, demenza, segni piramidali e cerebellari, sindrome pseudobulbare, incontinenza urinaria (Winikates 1999).

Il tremore è invece un sintomo inusuale.

Il disturbo spesso viene interpretato come un rallentamento della deambulazione tipico dell'anziano frutto dell'invecchiamento.

Il parkinsonismo degli arti inferiori (lower body parkinsonism), nel quale l'immagine NMR evidenzia anomalie sottocorticali multiple di genesi vascolare, si presenta con deambulazione a piccoli passi, "freezing della marcia". Molti di questi pazienti sono ipertesi e sono scarsamente responsivi alla levodopa.

Parkinsonismo vascolare

Criteri di inclusione	Criteri suggestivi	Criteri di esclusione
Parkinsonismo degli arti inferiori (della marcia)	Freezing della marcia	Parkinsonismo marcatamente asimmetrico
Sintomi extrapiramidali simmetrici	Instabilità posturale, facilità alle cadute	Tremore
Assenza di altre malattie che possono spiegare il quadro clinico	Presenza di fattori di rischio vascolare: ipertensione, ecc.	
	Sindrome pseudobulbare, labilità emotiva	
	Demenza vascolare	
	Segni neuroradiologici di lesioni vascolari multiple sottocorticali	

DEMENZA CON CORPI DI LEWY

Studi neuropatologici (Dickson DW 1991, Hansen LA 1990) hanno recentemente individuato che il 15-25% degli anziani affetti da demenza presentavano corpi di Lewy nella corteccia cerebrale e nel tronco encefalico.

La demenza con corpi di Lewy, la cui diagnosi definitiva può essere solo anatomo-patologica, rappresenta quindi un sottogruppo molto comune dopo la malattia di Alzheimer.

La diagnosi in vita della malattia è di fondamentale importanza per i risvolti decisionali a livello terapeutico: sensibilità ai neurolettici, risposta agli inibitori delle colinesterasi.

Questi pazienti spesso presentano sintomi caratteristici di parkinsonismo con rigidità e bradicinesia (Galasko D 1992). Altri sintomi comuni sono ipofonia, facies ipomimica, camptocormia e deambulazione lenta con passo trascinato. Il tremore è assente.

La sequenza temporale tra insorgenza dei sintomi extrapiramidali e quelli cognitivi occorre in genere nell'arco di 1 anno. Nel caso infatti di insorgenza più tardiva si considera più appropriata la diagnosi di malattia di Parkinson e demenza.

CRITERI PER LA DIAGNOSI CLINICA DI DEMENZA CON CORPI DI LEWY (Mc Keith IG 1996)

1. Declino cognitivo sufficiente ad interferire con le normali funzioni sociali o lavorative. Il disturbo di memoria può essere lieve, mentre sono più evidenti i disturbi di attenzione.
2. Due o più dei seguenti criteri sono indispensabili per una **diagnosi probabile**
 - a) deficit cognitivo fluttuante con variazioni nell'attenzione e nel livello di vigilanza
 - b) allucinazioni visive ricorrenti ben dettagliate
 - c) parkinsonismo
3. Caratteristiche che supportano la diagnosi
 - a) cadute ripetute
 - b) sincope
 - c) perdite di coscienza transitorie
 - d) ipersensibilità ai neurolettici tipici (antidopaminergici) con aggravamento dei sintomi cognitivi e motori
 - e) delirio sistematizzato
 - f) allucinazioni non visive
4. Diagnosi improbabile in presenza di:
 - a) malattia cerebrovascolare, evidenziata da segni di lato o da neuroimmagini
 - b) evidenza all'esame fisico ed alle indagini strumentali di altre malattie sistemiche o encefaliche compatibili con altre diagnosi.

Paralisi Sopranucleare Progressiva

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione	Criteri suggestivi
Parkinsonismo progressivo	Anamnesi recente di encefalite	Rigidità ed acinesia simmetrica prevalentemente prossimale
Esordio dopo i 40 anni	Allucinazioni o deliri	Anomala postura del collo in particolare retrocollo
Paralisi dello sguardo verticale	Demenza ad espressione corticale suggestiva per malattia di Alzheimer	Scarsa o assente risposta del parkinsonismo alla levodopa
Prominente instabilità posturale con cadute nel primo anno di malattia	Precoci e preponderanti segni cerebellari o disautonomici	Esordio precoce di deficit cognitivo di tipo sottocorticale
Assenza di altre malattie che possono spiegare il quadro clinico	Parkinsonismo marcatamente asimmetrico	
	Rilievo neuro-radiologico di importanti lesioni vascolari nei nuclei della base o nel tronco encefalico	

Litvan I, Agid Y, Calne D et al. Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-SPSP International Workshop. *Neurology* 1996;47:1-9.

PARKINSONISMO IATROGENO

Il parkinsonismo iatrogeno è la seconda più comune causa di parkinsonismo con una frequenza relativa del 10-30% di tutte le forme.

La causa viene spesso identificata nell'assunzione di farmaci che interferiscono con il sistema dopaminergico in senso antagonista:

- a) neurolettici (blocco dei recettori dopaminergici post-sinaptici)
- b) cinnarizina, flunarizina, altri calcioantagonisti
- c) metoclopramide
- d) benzamidi (amisulpiride, levosulpiride)
- e) reserpina (deplezione presinaptica della dopamina)
- f) valproato
- g) amiodarone
- h) litio
- i) meperidina
- j) anfotericina B

Le caratteristiche cliniche sono molto simili a quelle della malattia di Parkinson con tremore, rigidità e lieve bradicinesia che però assumono una distribuzione simmetrica ed hanno una più rapida evoluzione rispetto alla malattia di Parkinson. L'acatisia e crisi neurodislettiche sono presente in questi pazienti e assenti nella forma idiopatica .

I pazienti generalmente presentano una riduzione dei sintomi extrapiramidali entro 6 mesi dalla sospensione del farmaco.

In alcuni casi la comparsa di sintomi extrapiramidali dopo somministrazione di farmaci identificati come parkinsonizzanti può condizionare una slatentizzazione della malattia di Parkinson fino a quel momento in fase preclinica di malattia (Koller 1997).

Scale di valutazione standard nel morbo di Parkinson

Stadiazione (Hoen & Yahr, 1967)

- I) coinvolgimento unilaterale: disabilità funzionale minima o assente;
- II) coinvolgimento bilaterale o assiale senza risentimento funzionale;
- III) primi segni di alterazione dei riflessi posturali: alcune limitazioni funzionali, ma il soggetto è in grado di vivere indipendentemente ed eventualmente di lavorare;
- IV) malattia conclamata, severamente disabilitante;
- V) confinato su carrozzina o a letto

PDT paziente affetto da malattia di Parkinson

Malattia di Parkinson: prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne circa 1,5%
incidenza annuale nella popolazione ultrasessantacinquenne circa 3‰
Disabilità grave: 22% dei pazienti
Disabilità di livello medio: 48.3% dei pazienti
Disabilità lieve: 29,7% dei pazienti

OBIETTIVI :

- diagnosi precoce che consente corretto trattamento dei sintomi per una migliore qualità di vita e prevenzione di complicanze tardive per evitare procedure e terapie improprie legate alla mancata diagnosi della patologia sottostante
- sorveglianza del decorso della malattia e della sua terapia per evitare procedure improprie dovute al mancato riconoscimento dei sintomi tardivi della malattia o degli effetti indotti dal trattamento cronico con farmaci antiparkinsoniani

CRITERI DI INGRESSO AL PERCORSO:

CRITERI CLINICI:

• diagnosi di possibile malattia di Parkinson:

- presenza di almeno 2 dei 4 sintomi del gruppo A *(almeno 1 deve essere bradicinesia o tremore)
- assenza assoluta o almeno entro i primi 3 anni di malattia dei sintomi del gruppo B* (una sostanziale protratta risposta alla terapia con levodopa o con dopamino agonisti è di supporto alla diagnosi)

• diagnosi di probabile malattia di Parkinson:

- presenza di almeno 3 dei 4 sintomi del gruppo A* (almeno 1 deve essere bradicinesia o tremore)
- sostanziale protratta risposta alla terapia con levodopa o con dopaminoagonisti
- assenza dei sintomi di gruppo B in una malattia di durata inferiore a 3 anni

CRITERI ORGANIZZATIVI:

- formulazione di protocolli di intesa fra MMG e specialisti per la diagnosi e cura della patologia

*Segni e sintomi di gruppo A:

- Bradicinesia (ipomimia, ipofonia, rallentamento all'inizio e alla fine di un movimento,...)
- rigidità muscolare di tipo plastico
- tremore generalmente a riposo (può essere presente anche tremore posturale cinetico)
- esordio unilaterale dei sintomi

Segni e sintomi di gruppo B:

- importante instabilità posturale con caduta
- freezing della marcia
- allucinazioni non correlate ai farmaci
- deterioramento cognitivo prima dei sintomi motori o entro il primo anno della malattia
- disturbo sopranucleare dell' oculomozione (eccetto i movimenti coniugati di verticalità)
- disautonomia severa, sintomatica, non correlata ai farmaci (ipotensione ortostatica, disturbi genito urinari)

Percorso diagnostico-terapeutico

MMG identifica pazienti affetti da:

- 2 o più sintomi del gruppo A
- Tremore isolato (di cui sia esclusa causa internistica)
- Bradicinesia isolata e persistente dopo valutazione
 - assunzione farmaci parkinsonizzanti* e loro sospensione per 6 mesi
 - assenza di sintomi depressivi
- Presenza di un sintomo del gruppo B associato a tremore o bradicinesia



MMG redige impegnativa con richiesta di visita neurologica per sospetta malattia di Parkinson



Paziente prenota visita neurologica ambulatoriale



Il sospetto diagnostico è confermato?

No



Sì

La malattia è grave, complessa, sono presenti comorbidità o problemi familiari?

No

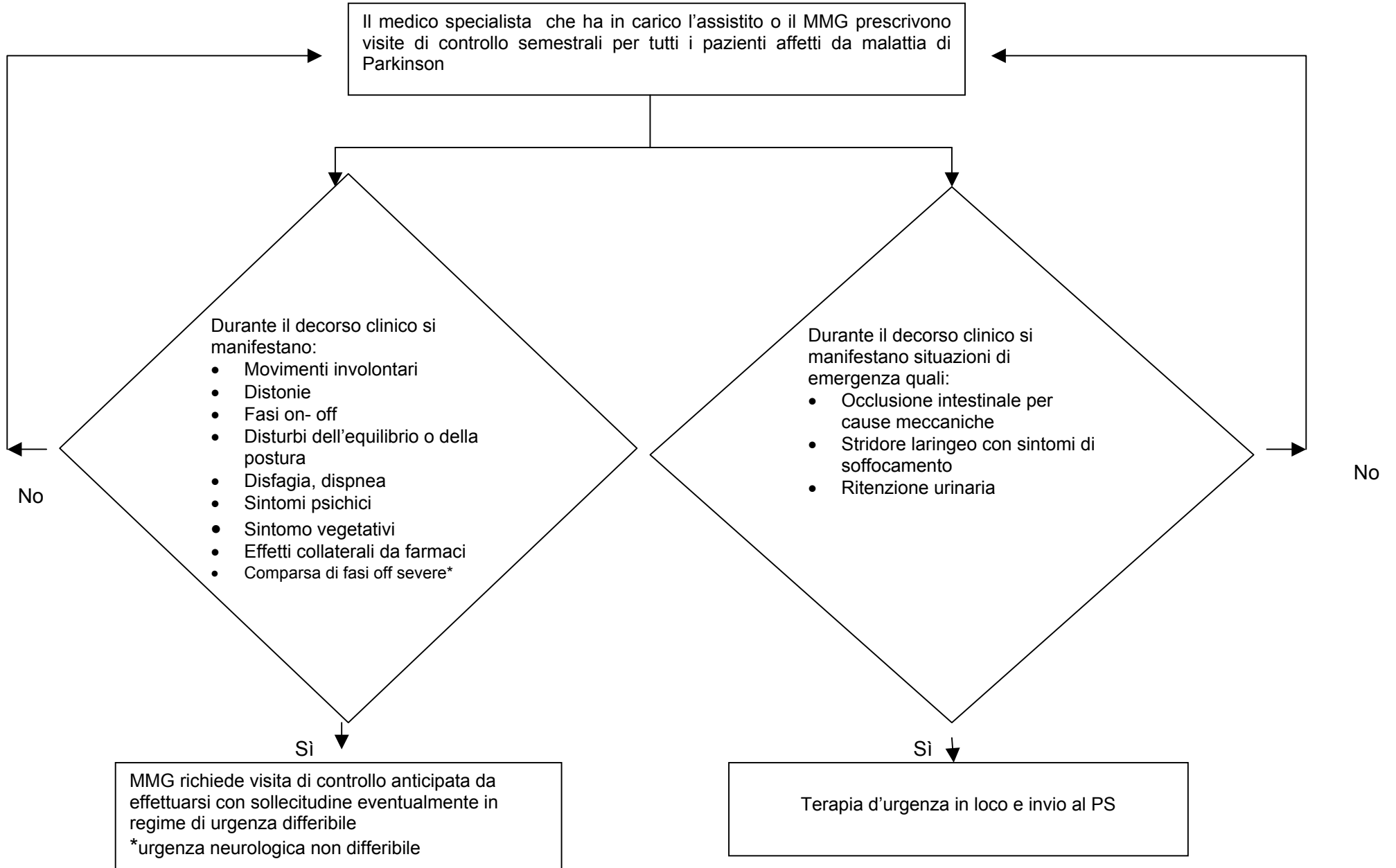
Trattamento ambulatoriale

Sì

Ricovero ospedaliero

*neurolettici, cinnarizina, flunarizina, metoclopramide, benzamidi, reserpina, valproato, amiodarone, litio, meperidina, amfotericina B

FOLLOW UP



SORVEGLIANZA DELLA TERAPIA

MMG effettua monitoraggio dei possibili effetti collaterali da farmaci



Disturbi gastrointestinali:
(levodopa, dopaminoagonisti, anticolinergici)



In presenza di sintomi gastrointestinali si consiglia:

- assunzione dei farmaci a stomaco pieno
- domperidone prima dei pasti

Ipotensione ortostatica (dopaminoagonisti)

Disturbi oftalmici

Diplopia, discromatopsia (dopaminoagonisti)
Difficoltà di accomodazione (anticolinergici)

Ritenzione urinaria (anticolinergici, antipsicotici atipici)

Edemi declivi, confusione mentale, allucinazioni, deficit di memoria (anticolinergici, levodopa, dopaminoagonisti)

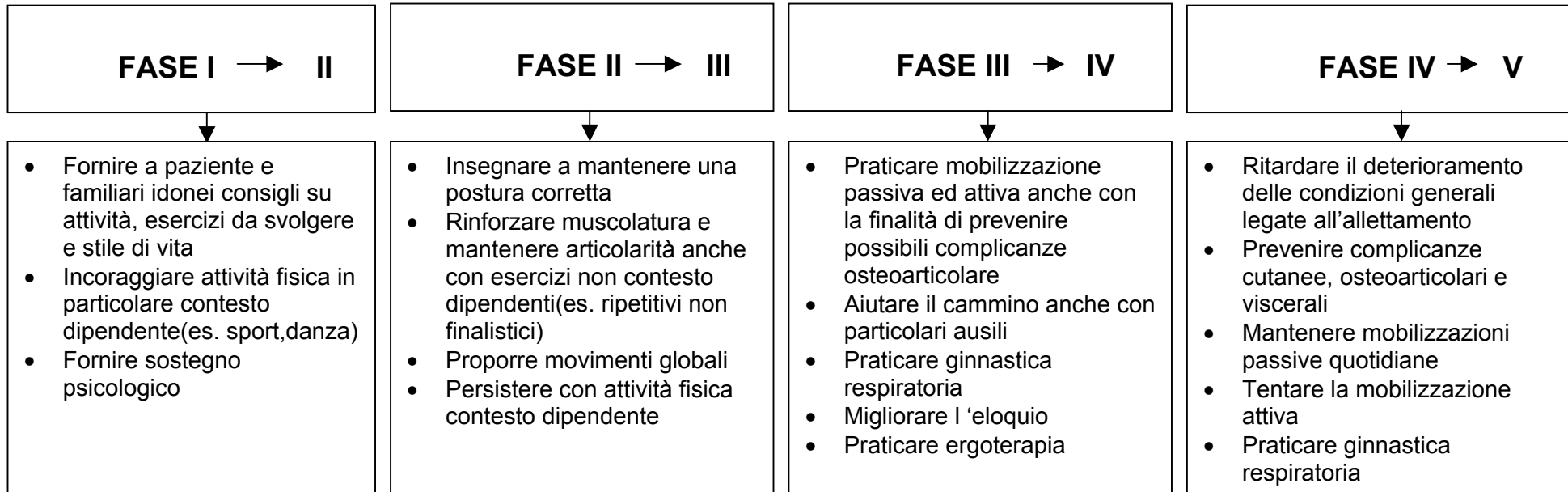
Scialorrea, diabete mellito, tossicità midollare (antipsicotici atipici)



Trattamento eventuali urgenze ed invio al neurologo per reimpostazione della terapia

PDT riabilitativo

Obiettivi del trattamento riabilitativo:



Stadiazione della malattia:

- Fase I** Coinvolgimento unilaterale: disabilità funzionale minima o assente
- Fase II** Coinvolgimento bilaterale o assiale senza risentimento funzionale
- Fase III** Primi segni di alterazione dei riflessi posturali: alcune limitazioni funzionali ma il soggetto è in grado di vivere indipendentemente ed eventualmente di lavorare
- Fase IV** Malattia conclamata severamente debilitante
- Fase V** Confinato su carrozzina o a letto

CRITERI DI ACCESSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO:

Il trattamento viene definito in seguito a visita specialistica(neurologica o fisiatrice)

Trattamento ambulatoriale:	Day Hospital:	Ricovero presso UO di riabilitazione intensiva:	IDR:	ADI
<p>A1 Pazienti in fase iniziale di malattia</p> <p>B1 Pazienti con elevato livello di autonomia o in cui i familiari o i prestatori di assistenza siano in grado di garantire al paziente gli spostamenti necessari con un contenuto livello di disagio</p>	<p>A1 Pazienti che richiedono un trattamento riabilitativo integrato con discreta intensità di cura e con aspettative di miglioramento</p> <p>A2 Pazienti che abbiano eseguito un ciclo intensivo in regime di ricovero ordinario ed in cui sia necessaria terapia di mantenimento</p> <p>B1 Pazienti i cui familiari o prestatori di assistenza possano garantire il trasporto presso la struttura riabilitativa</p>	<p>A1 Pazienti con prognosi riabilitativa favorevole per i quali sia prevedibile miglioramento in lasso di tempo ragionevole di una o più funzioni compromesse</p> <p>A2 Pazienti in condizioni generali e psichiche compatibili con l'attuazione di un trattamento riabilitativo intensivo</p> <p>A3 Pazienti che necessitano di nursing intensivo ed approccio terapeutico multispecialistico</p> <p>B1 Pazienti che presentino impossibilità di agevole trasporto o rischio di peggioramento del quadro clinico e funzionale in caso di trasporti ripetuti</p> <p>B2 Pazienti cui non si riesce ad assicurare un idoneo anche solo conservativo</p>	<p>A1 Pazienti che necessitano assistenza medica e infermieristica continua e di trattamento riabilitativo non intensivo</p> <p>A2 Pazienti in cui ci siano ancora aspettative di significativi miglioramenti sul piano clinico in risposta al trattamento riabilitativo</p> <p>B1 Pazienti i cui familiari e/o struttura di supporto non siano in grado di garantire un livello di assistenza adeguata al domicilio</p>	<p>A1 Pazienti che necessitano di terapia di mantenimento e prevenzione continuativa per un arco di tempo determinato</p> <p>A2 Pazienti in cui si renda necessaria una fase di osservazione e mantenimento in attesa di un ricovero presso RSA</p> <p>B1 Pazienti che non possono accedere ad altri regimi di trattamento</p> <p>B2 Pazienti che in ogni caso dispongano di un sufficiente livello di assistenza a domicilio da parte di familiari o altre persone</p>

A) Criteri clinici

B) Criteri socio-familiari

