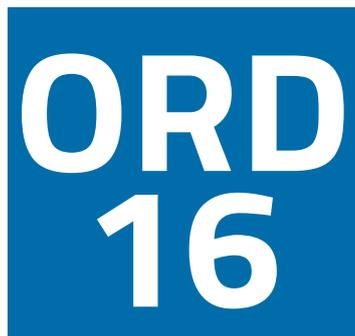


REPUBBLICA ITALIANA



Bollettino Ufficiale

Regione Abruzzo

ORDINARIO N. 16 - 19 APRILE 2023

Sommario

Atti parte 2

GIUNTA REGIONALE

Atti della Giunta Regionale

Deliberazione n. 11 del 17.01.2023

GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. AREA OSPEDALIERA: INDICATORE SULLA TEMPESTIVITA' DELL'INTERVENTO CHIRURGICO SUL PAZIENTE DI ETA' SUPERIORE A 65 ANNI CON FRATTURA PROSSIMALE DEL FEMORE.

Deliberazione n. 99 del 28.02.2023

LEGGE REGIONALE 08/10/2022, N. 28 - ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DI BASE ED ULTERIORI DISPOSIZIONI. COSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE ART. 6 LR N. 28/2022.

Deliberazione n. 111 del 03.03.2023

PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' - RETE MEDICINE SPECIALISTICHE: RETE INFETTIVOLOGICA. PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE OSPEDALIERA DELLA SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO DELL'ADULTO"

Deliberazione n. 112 del 03.03.2023

PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' - RETI DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE - PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI".

Deliberazione n. 169 del 24.03.2023

DGR 802/2022- DISPOSIZIONI ATTUATIVE

Deliberazione n. 171 del 24.03.2023

DGR 807/2022. INTEGRAZIONE

REGIONE ABRUZZO - DPF - DIPARTIMENTO SANITÀ

Determinazioni

Determinazione n. DPF003/08 del 15.02.2023

D.G.R. n. 775/2012 - Concorso straordinario per titoli per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato

esercizio presso la Regione Abruzzo – Presa d’atto risultanze a seguito del 4° (quarto) interpello - Rettifica determinazione dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023.

Determinazione n. DPF011/19 del 29.03.2023

ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEGLI AUDITOR DELLA REGIONE ABRUZZO

Determinazione n. DPF011/20 del 31.03.2023

ISCRIZIONE DEI RICHIEDENTI NELL’ELENCO REGIONALE DEI CONSULENTI SULL’IMPIEGO DEI PRODOTTI FITOSANITARI

CITTÀ DI AVEZZANO

Atti degli Enti locali

Graduatoria

Graduatoria definitiva assegnazione alloggi E.R.P - Bando 2017.

COMUNE DI BASCIANO

Atti degli Enti locali

Estratto Determinazione N. 30 del 30.01.2023 REG. GEN. N.62

ACQUISIZIONE SANANTE ART. 42-BIS D.P.R. 327/2001. DISTINTE IN N.C.T. FG N. 9, P.LLE 530, 531, 533 E 534. COSTITUZIONE DEPOSITO C/O RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO DI L’AQUILA. (ART.26 D.P.R. 327/2001). PROVVEDIMENTI.

COMUNE DI FILETTO

Atti degli Enti locali

Avviso

AVVISO PER LA CONSULTAZIONE DELL’ASSOGGETTABILITA’ A VAS

CITTÀ DI PIANELLA

Atti degli Enti locali

Avviso

PROVVEDIMENTO AUTORIZZATIVO UNICO n. 07/2023 del 04/aprile/2023, ai sensi del D.P.R. 160/2010 – ditta DPR PARQUET di DE PETRA RAFAFELE – PRATICA SUAP N. 150/2016

E-DISTRIBUZIONE S.P.A.

Avvisi

Avviso e-distribuzione S.p.A. (128)

RIF: AUT_2386972. Lavori di resilienza e potenziamento linea MT20KV “CANISTRO B. DJ20 33563” tramite sostituzione conduttore a cavi nudi linea aerea esistente con elicord 3x95+50Y nel comune di Canistro (AQ). Prot. Atlante: DJ2B220071

Avviso e-distribuzione S.p.A. (128)

RIF: AUT_2561224. Costruzione ed esercizio nuova cabina di trasformazione MT/BT del tipo Minibox e realizzazione di una linea elettrica MT 20Kv in cavo interrato per circa 400 m in Strada Regionale n. 579 e Strada Privata nei COMUNI DI CAPISTRELLO E TAGLIACOZZO (Aq) per nuovo allaccio “Alexia Tzoitis”. (SGQ:LF0000183332961).

Avviso E-distribuzione S.p.A.

RIF: AUT_2621524. Lavori di resilienza e potenziamento linea MT20KV “MONTE SALVIANO DJ2047310” tramite sostituzione conduttore a cavi nudi linea aerea esistente con elicord 3x150+50Y, nel Comune di Capistrello (AQ).COD. ATLANTE DJ2B220078

Avviso E-distribuzione S.p.A.

RIF: AUT_2647896. Costruzione di linea elettrica MT 20Kv in cavo interrato per circa 130 m in Via Stazione nel Comune di Capistrello (AQ) per l'allaccio e l'esercizio della cabina "RFI BISCEGLIE DJ20-2-749807". PROLAV: DJ2B220172.

Avviso E-distribuzione S.p.A.

RIF: AUT_2653384. Costruzione elettrodotto MT 20 kV in cavo interrato Al 3x185 tratto tra il sostegno esistente in Strada Vicinale nel Comune di Pollutri e cabina secondaria di nuova posa per allaccio cliente Mt Cobat Ecofactory Srl nel Comune di Pollutri (CH) lungo la Strada Provinciale SP154. SGQ: DF0000195237156

AVVISO E-DISTRIBUZIONE S.P.A.

Avvisi

Avviso e-distribuzione S.p.A. (128)

RIF: AUT_2415684. PIANO RESILIENZA REGIONE ABRUZZO 2022-2023 RICOSTRUZIONE DI LINEA MT A 20 KV IN CAVO AEREO DENOMINATA "CAMPOTOSTO – LOTTO 1" DELLA LUNGHEZZA COMPLESSIVA DI 9420,00 MT SITA NEI COMUNI DI CAMPOTOSTO (AQ) E L'AQUILA. RIF. PROLAV: DJ2B210176

REGIONE ABRUZZO - DPH - DIPARTIMENTO SVILUPPO ECONOMICO

Verbali

Verbale n. 84/8 del 28.02.2023 del Consiglio Regionale dell'Abruzzo

Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

DRG. n. 11 del 17/01/2023

OGGETTO: GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. AREA OSPEDALIERA: INDICATORE SULLA TEMPESTIVITA' DELL'INTERVENTO CHIRURGICO SUL PAZIENTE DI ETA' SUPERIORE A 65 ANNI CON FRATTURA PROSSIMALE DEL FEMORE.



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del:	17/01/2023	
Presidente:	MARCO MARSILIO	
Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	PRESENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA****DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA****DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)
NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. AREA

OGGETTO: OSPEDALIERA: INDICATORE SULLA TEMPESTIVITA' DELL'INTERVENTO
CHIRURGICO SUL PAZIENTE DI ETA' SUPERIORE A 65 ANNI CON
FRATTURA PROSSIMALE DEL FEMORE.

PREMESSO CHE:

- DM Salute 12 marzo 2019 recante *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria* (G.U. Serie Generale n. 138 del 14 giugno 2019) sono stati definiti gli strumenti per il monitoraggio della erogazione dell'assistenza sanitaria secondo condizioni di equità, appropriatezza efficacia e sicurezza, attraverso l'uso di un sistema di indicatori distinti per aree di intervento;
- nell'area ospedaliera, tra gli indicatori cc.dd. "core" che contribuiscono come tali alla valutazione di ciascun sistema sanitario regionale per la verifica degli adempimenti in materia, di competenza del Ministero della Salute, è compresa anche la percentuale di pazienti di età superiore a 65 anni operati entro 2 giorni dal ricovero per frattura di femore;
- detto indicatore era già parte del precedente sistema di garanzia DM 12 dicembre 2001, come tale oggetto di costante monitoraggio ed osservazione nella c.d. "griglia LEA";
- la misurazione dell'indicatore, analogamente a quella degli altri indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, si basa su dati rilevabili dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS, da calcolare secondo criteri determinati nel medesimo DM 12 marzo 2019 e relative circolari esplicative;

RICHIAMATA la DGR 807 del 22 dicembre 2017, con la quale è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente con frattura prossimale del femore, il cui scopo principale è quello di fornire agli operatori sanitari e alle Direzioni Aziendali linee guida regionali vincolanti e standard da perseguire, in conformità alle indicazioni della letteratura scientifica, delle disposizioni nazionali e di esperienze positive di altre realtà regionali, con il fine di garantire alle persone anziane affette da frattura di femore prossimale un approccio assistenziale uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale;

DATO ATTO che il richiamato provvedimento descrive il percorso clinico terapeutico assistenziale, inteso come sequenza spazio-temporale, da considerarsi ottimale per l'assistenza al paziente, identificando le competenze e le specifiche responsabilità coinvolte nel percorso, dalla presa in carico da parte del sistema di emergenza territoriale, fino alla dimissione e affidamento alle cure riabilitative extra ospedaliere, in modo da garantire il più ampio e tempestivo recupero funzionale possibile, considerate le condizioni preesistenti del paziente, nonché una efficace continuità delle cure;

EVIDENZIATO che, ai sensi della medesima DGR 807/2017, la qualità del percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore dipende dal raggiungimento di specifici obiettivi e relativi standard, di seguito indicati:

- Tempo di permanenza in pronto soccorso (PS) - Valore atteso: < 3 ore;
- Tempo della diagnostica strumentale - Valore atteso: Adozione di un protocollo organizzativo aziendale per un canale differenziato del percorso femore;
- Tempestività dell'intervento - Valore atteso Percentuale di pazienti operati entro le 48 ore \geq 60 %;
- Garanzia di trattamento chirurgico a tutti i pazienti \geq 65 aa con frattura di femore - Valore atteso: trattamento conservativo \leq 10% dei ricoveri per frattura di femore;
- Efficace assistenza nella fase acuta - Valore atteso:

Approvazione e formalizzazione di un protocollo aziendale in applicazione delle linee guida e del PDTA regionale;

Audit clinico organizzativi con gli operatori sanitari coinvolti nel percorso femore a cadenza trimestrale;

- Efficace intervento di riabilitazione - Valore atteso: Percentuale di Programmi Riabilitativi Individuali alla dimissione del paziente;
- Pianificazione di dimissione precoce fin dalla ammissione in ospedale - Valore atteso Controllo analitico da parte delle Direzioni Sanitarie della scheda di programmazione delle modalità di dimissione;
- Volumi di attività: numero interventi annui per struttura complessa (Soglia minima di volume di attività) Valore atteso: 75 interventi/annui;

EVIDENZIATO inoltre che ai sensi della medesima DGR 807/2017 il modello organizzativo ospedaliero, da predisporre a cura della Direzione della Azienda USL in accordo con il team clinico multidisciplinare deputato alla gestione del paziente nell'ambito del PDTA, deve essere finalizzato a minimizzare i casi di ritardo dell'intervento per ragioni non cliniche: in particolare, in base al contesto e alle risorse disponibili dei singoli presidi ospedalieri, devono essere assicurati i diversi possibili interventi riorganizzativi, finalizzati a:

- a) gestione multidisciplinare del percorso femore;
- b) estensione dell'apertura settimanale diurna delle sale operatorie;
- c) separazione tra i flussi dei pazienti in urgenza ed in elezione con fasce orarie dedicate;
- d) creazione di percorsi facilitati per l'accesso alla diagnostica;

DATO ATTO inoltre della previsione di specifici indicatori, elencati nel medesimo PDTA DGR 807/2017, utili per il monitoraggio della attuazione del percorso clinico in parola, e che di seguito si riportano:

1. Tempo max dall'arrivo in DEA al ricovero in reparto ≤ 3 ore
2. Pazienti >65aa con frattura di femore operati con corretta effettuazione di profilassi anti-tromboembolica/Pazienti >65aa con frattura femore operati $\geq 95\%$
3. Pazienti >65aa con frattura femore operati entro 48h dal ricovero/pazienti >65aa con frattura femore ricoverati $\geq 60\%$
4. Pazienti >65aa con frattura femore mobilizzati precocemente (48h) dopo intervento/Pazienti >65aa con frattura femore operati $\geq 80\%$
5. Pazienti >65aa con frattura di femore valutati per riabilitazione (dal Fisiatra ove presente o dall'Ortopedico) entro 48h dall'intervento/Pazienti >65aa con frattura femore operati $\geq 60\%$
6. Percentuale delle strutture della ASL per le quali si sono tenuti gli incontri formativi - informativi sul PDTA della FFP/totale delle strutture della ASL che trattano la frattura di femore prossimale 100%

ATTESO che l'indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia in parola è oggetto di costante attenzione ai fini della verifica del mantenimento dei LEA, come rilevabile dai verbali di riunione congiunta dei Ministeri affiancanti il piano di rientro con il Comitato permanente dei Livelli essenziali di assistenza;

TENUTO CONTO delle ultime rilevazioni riportate nei verbali del tavolo di monitoraggio ministeriale, che riportano una netta regressione dell'indicatore in parola, già nel periodo pre-covid e poi confermata nell'anno 2020, soprattutto nei presidi principali della ASL Lanciano – Vasto – Chieti e della ASL di Pescara;

CONSIDERATA la generale riduzione dell'indicatore anche nei presidi delle altre Aziende USSL che, sebbene siano riusciti a garantire la percentuale minima prevista, registrano un trend in diminuzione rispetto agli anni 2017- 2018 di prima applicazione del PDTA in argomento;

EVIDENZIATO che detto trend in discesa, seppure dovuto in gran parte per l'anno 2020 agli effetti della gestione del covid – 19, deve comunque essere oggetto di attenzione, al fine di evitare carenze strutturali nell'ambito assistenziale in parola, che non sarebbero giustificabili, né facilmente recuperabili, nel lungo periodo;

RITENUTO quindi necessario implementare delle azioni di rafforzamento della applicazione, da parte delle Direzioni e di tutte le Strutture aziendali deputate alla partecipazione al PDTA in parola, delle misure ivi previste per il raggiungimento degli obiettivi soprarichiamati;

RITENUTO per il fine suddetto di dover fornire delle disposizioni di dettaglio nei confronti delle Aziende UUSSLL, da adottarsi sulla base del PDTA di cui alla menzionata DGR 807/2017 e nell'ambito della vigente programmazione regionale;

STABILITO quindi che le Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo:

- procedano alla costituzione e/o all'aggiornamento, nel caso vi abbiano già provveduto, di un gruppo di lavoro coordinato dalla Direzione sanitaria aziendale, che individui le UUOO e gli operatori sanitari aventi responsabilità esecutiva per l'attuazione del PDTA regionale, per ciascuna delle varie fasi ivi individuate (fase pre-ospedaliera, fase in PS/DEA, fase pre-operatoria, fase operatoria, fase post-operatoria);
- pianifichino una ottimizzazione delle risorse disponibili, attraverso selettivi interventi organizzativi sul personale e sulle apparecchiature/strutture finalizzati al:

-prolungamento dell'orario complessivo di apertura e delle attività delle sale operatorie;

-prolungamento dell'orario complessivo di apertura di servizi diagnostici;

-utilizzo più efficiente ed efficace delle tecnologie presenti;

- conducano audit a cadenza bimestrale, sugli aspetti clinici ed organizzativi, che abbiano come finalità l'identificazione delle componenti strutturali ed operative coinvolte nella generazione delle criticità rilevate;
- monitorino e producano relativa reportistica trimestrale sugli indicatori e sui valori attesi soprarichiamati;
- adottino le misure organizzative urgenti per la risoluzione di criticità evidenti, e ne trasmettano i relativi atti al Dipartimento Sanità, che ne terrà conto ai fini della verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori generali;

RITENUTO di affidare alla Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo la proposta delle azioni correttive strutturali di sistema in merito alle criticità eventualmente rilevabili dalla suddetta reportistica, da stabilirsi all'esito degli opportuni approfondimenti con le Aziende sanitarie interessate dalle maggiori criticità in materia;

STABILITO, ai fini dei lavori affidati alla Agenzia sanitaria regionale, che le Direzioni aziendali trasmettano con regolarità alla stessa ASR Abruzzo gli esiti degli audit e la reportistica sopradetta;

RITENUTO di dover richiamare e confermare quanto previsto nella suddetta DGR 807/2017 e non in contrasto con il presente provvedimento;

DATO ATTO che, ai fini della pubblicazione del presente provvedimento in applicazione degli adempimenti a garanzia della trasparenza di cui al D lgs 33/2013 e ss.mm.ii. non ci sono parti da omettere né sul deliberato né sull'allegato parte integrante, e che pertanto la pubblicazione può essere effettuata in forma integrale;

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore regionale del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che il Direttore regionale esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, e ne attesta la conformità agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento Sanità;

VISTI:

-l'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, che all'art. 4, comma 1, lettera g) prevede lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;

-il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*;

-il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui *all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

Udito il relatore

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

-DI STABILIRE, ai fini del rispetto dell'indicatore LEA sulla tempestività dell'intervento chirurgico su paziente di età superiore a 65 anni con frattura prossimale del femore, ed a garanzia della attuazione del relativo percorso diagnostico terapeutico assistenziale approvato con la DGR 807/2017, che le Aziende Sanitarie Locali:

- procedano alla costituzione e/o all'aggiornamento, nel caso vi abbiano già provveduto, di un gruppo di lavoro coordinato dalla Direzione sanitaria aziendale, che individui le UUOO e gli operatori sanitari aventi responsabilità esecutiva per l'attuazione del PDTA regionale, per ciascuna delle varie fasi ivi individuate (fase pre-ospedaliera, fase in PS/DEA, fase pre-operatoria, fase operatoria, fase post-operatoria);

- pianifichino una ottimizzazione delle risorse disponibili, attraverso selettivi interventi organizzativi sul personale e sulle apparecchiature/strutture finalizzati al:

- prolungamento dell'orario complessivo di apertura e delle attività delle sale operatorie;

- prolungamento dell'orario complessivo di apertura di servizi diagnostici;

- utilizzo più efficiente ed efficace delle tecnologie presenti;

- conducano audit a cadenza bimestrale, sugli aspetti clinici ed organizzativi, che abbiano come finalità l'identificazione delle componenti strutturali ed operative coinvolte nella generazione delle criticità rilevate;

- monitorino e producano relativa reportistica trimestrale sugli indicatori e sui valori attesi soprarichiamati;

- adottino le misure organizzative urgenti per la risoluzione di criticità evidenti, e ne trasmettano i relativi atti al Dipartimento Sanità, che ne terrà conto ai fini della verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori generali;

-DI AFFIDARE alla Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo la proposta delle azioni correttive strutturali di sistema in merito alle criticità eventualmente rilevabili dalla suddetta reportistica, da stabilirsi all'esito degli opportuni approfondimenti con le Aziende sanitarie interessate dalle maggiori criticità in materia;

-DI STABILIRE, ai fini dei lavori affidati alla Agenzia sanitaria regionale, che le Direzioni aziendali trasmettano con regolarità alla stessa ASR Abruzzo gli esiti degli audit e la reportistica sopradetta;

-DI RICHIAMARE E CONFERMARE quanto previsto nella DGR 807 del 22 dicembre 2017 e non in contrasto con il presente provvedimento;

-DI DARE ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che lo stesso non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

-DI DISPORRE l'invio del presente provvedimento alla Agenzia Sanitaria regionale ASR Abruzzo e alle Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. per quanto di rispettiva competenza.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

RESPONSABILE UFFICIO
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

(Firmato digitalmente da)
MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 17/01/2023 17:27:36
Nr. di serie certificato: 7164037438631404643

(Firmato digitalmente da)
DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 18/01/2023 11:24:44
Nr. di serie certificato: 7714802313482283681



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA**

DGR n. 99 del 28/02/2023

OGGETTO: LEGGE REGIONALE 08/10/2022, N. 28 - ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DI BASE ED ULTERIORI DISPOSIZIONI. COSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE ART. 6 LR N. 28/2022.



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del:	28/02/2023	
Presidente:	MARCO MARSILIO	
Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	PRESENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE



DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA

DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

OGGETTO: LEGGE REGIONALE 08/10/2022, N. 28 - ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DI BASE ED ULTERIORI DISPOSIZIONI. COSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE ART. 6 LR N. 28/2022.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* che prevede:

-art 4 Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;

-artt 24- 31 Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie, alle famiglie, alle persone con disabilità, alle persone con dipendenze patologiche ed alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, anche prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche;

CONSIDERATO CHE:

➤ l'accesso alle prestazioni di psicologia clinica, sebbene previste come detto nei livelli essenziali di assistenza, è ancor oggi sostanzialmente destinato ad alcune tipologie di utenza specifica, rappresentate di solito dalle persone con "sintomi" o disadattamento reattivo già avanzato, ed è comunque ancora soggetto ad un generale pregiudizio;

➤ in effetti i servizi disponibili sono solitamente destinati con priorità a fasce specifiche di disagio (servizi per le tossicodipendenze, centri di salute mentale, tutela minori, ecc..), e l'intervento sulla popolazione generale, che pure sarebbe importante per prevenire situazioni più complesse, è molto spesso tardivo;

- invero le ricerche hanno dimostrato che, accanto a bisogni di salute di carattere organico, la presenza e la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti e fondamentali per il benessere neuro - psico-fisico degli individui;
- d'altra parte l'accesso volontario e diretto ad uno psicologo, in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica, è reso estremamente difficile dal perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli operatori operanti a vario titolo nel campo della salute mentale;
- la letteratura però ci dimostra che la maggior parte delle persone, nella fase iniziale di un disagio psicologico, chiede aiuto al proprio medico di famiglia, il quale, laddove riscontri l'importanza di un intervento psicologico e ne offra la possibilità, può efficacemente consentire che quello stesso disagio sia preso in carico efficacemente nei tempi utili, allontanando il rischio di una cronicizzazione o di un aggravamento dei sintomi;
- è inoltre da considerarsi che gli effetti della pandemia da covid-19, che ha portato riflessi economici e sociali importanti anche sulle fasce giovanili e fragili della popolazione, ha reso evidente la necessità di strutturare un sistema in cui l'ascolto psicologico risulti alla portata di tutti coloro che ne avvertano la necessità;

VISTA la L.R. 08/10/2022, n. 28 - *Istituzione del servizio di psicologia di base ed ulteriori disposizioni*, che prevede il servizio di psicologia delle cure primarie realizzato da ciascuna azienda USL a livello dei distretti sanitari di base, quale servizio da espletarsi ad integrazione e sostegno dell'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini abruzzesi;

ATTESO che ai sensi della suddetta normativa, lo psicologo di base è inserito nel distretto socio-sanitario per l'attività di assistenza psicologica primaria ed opera in collaborazione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali; esso è chiamato a garantire il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base ed opera in rapporto con i distretti sanitari e le loro articolazioni funzionali;

VISTO l'art. 6 della LR n. 28/2022, che istituisce il Tavolo tecnico regionale quale organismo di controllo, programmazione ed indirizzo sulle attività correlate alla attuazione della medesima normativa;

DATO ATTO che per la composizione del Tavolo, sono previsti rappresentanti dell'Ordine degli psicologi dell'Abruzzo, di società scientifiche di psicologia accreditate presso il Ministero della Salute, di organizzazioni sindacali rappresentative della categoria, di organizzazioni di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, oltre a docenti universitari ordinari di psicologia clinica, ed al direttore o ad un dirigente del Dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute;

ATTESO che con nota prot RA/482148/22 del 10 novembre 2022 il Dipartimento Sanità ha richiesto agli Enti coinvolti la proposta di nominativi da designare quali propri rappresentanti per la composizione del suddetto Tavolo;

RILEVATO che con comunicazioni acclarate al protocollo regionale, nn. 486641/22, 486786/22, 487413/22, 487557/22, 487956/22, 490376/22, 533578/22, 537521/22, 23129/23 e 23223/23 sono

stati proposti i seguenti professionisti:

- Dott. Fernando Zucconi – Dirigente psicologo ASL Pescara;
- Dott. Marcello Marcellini – Dirigente psicologo ASL Teramo;
- Prof. Piero Porcelli – docente Università Chieti- Pescara;
- Dott.ssa Giuseppina Ciampini – Dirigente psicologa ASL Lanciano Vasto Chieti;
- Prof.ssa Dina Di Giacomo – docente Università L’Aquila;
- Prof. Enrico Perilli – Presidente Ordine psicologi Abruzzo;
- Dott.ssa Maria Rosita Cecilia, rappresentante della società scientifica accreditata presso il Ministero della Salute AIAMC;
- Dott.ssa Floriana De Michele, rappresentante sindacale degli psicologi;
- Dott.ssa Tiziana Di Giampietro – rappresentante per la pediatria di libera scelta;
- Dott.ssa Mariantonella Simone – rappresentante per la Medicina Generale;
- Dott. Emanuele Legge - dirigente psicologo ASL Avezzano Sulmona L’Aquila;
- Dott.ssa Antonia Trenta - rappresentante organizzazione sindacale AUPI;

RITENUTO di poter assentire alle predette proposte e, conseguentemente, di individuare i predetti nominativi per la composizione del Tavolo di Lavoro ex art 6 della LR 28/2022;

EVIDENZIATO che, ai sensi del menzionato art. 6,

-la Giunta regionale disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione che collaborano all'esercizio della funzione del Tavolo tecnico regionale;

-la partecipazione ai lavori del Tavolo tecnico non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza nè rimborsi spese;

STABILITO di affidare la segreteria del Tavolo all’Ufficio Medicina convenzionata del Dipartimento Sanità;

PRECISATO CHE:

-per la trattazione degli argomenti dei lavori del predetto Tavolo, la segreteria si avvarrà della collaborazione dell’ufficio competente in materia di programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria da coinvolgere all’occorrenza in ragione di specifiche esigenze;

-le riunioni del Tavolo possano essere integrate con l’intervento di professionisti ed operatori di volta in volta individuati per specifiche tematiche;

-la partecipazione al Tavolo non comporta alcun onere a carico dell'Amministrazione Regionale, neanche a titolo di rimborso spese;

DATO ATTO che, ai fini della pubblicazione del presente provvedimento in applicazione degli adempimenti a garanzia della trasparenza di cui al D lgs 33/2013 e ss.mm.ii. non ci sono parti da omettere, e che pertanto la pubblicazione può essere effettuata in forma integrale;

DATO ATTO della non ricorrenza dei presupposti applicativi sulle cause di inconferibilità/incompatibilità come attuazione delle misure MG/7 e MG/9 del vigente P.I.A.O., come attestato dal Direttore del Dipartimento Sanità con la sottoscrizione del modello allegato 1 della nota circolare della Direzione Generale della Regione prot RA 479434/22 del 08/11/2022

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che il Direttore del Dipartimento Sanità esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, ed attesta che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo

Udito il relatore

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

1. **DI INDIVIDUARE** i seguenti componenti del Tavolo di Lavoro ex art. 6 della Legge regionale 08/10/2022, n. 28 - *Istituzione del servizio di psicologia di base ed ulteriori disposizioni*:

- Direttore regionale Dipartimento sanità o suo delegato;
- Dott. Fernando Zucconi – Dirigente psicologo ASL Pescara;
- Dott. Marcello Marcellini – Dirigente psicologo ASL Teramo;
- Prof. Piero Porcelli – docente Università Chieti- Pescara;
- Dott.ssa Giuseppina Ciampini – Dirigente psicologa ASL Lanciano Vasto Chieti;

- Prof.ssa Dina Di Giacomo – docente Università L’Aquila;
- Prof. Enrico Perilli – Presidente Ordine psicologi Abruzzo;
- Dott.ssa Maria Rosita Cecilia, rappresentante della società scientifica accreditata presso il Ministero della Salute AIAMC;
- Dott.ssa Floriana De Michele, rappresentante sindacale degli psicologi;
- Dott.ssa Tiziana Di Giampietro – rappresentante per la pediatria di libera scelta;
- Dott.ssa Marianonella Simone – rappresentante per la Medicina Generale;
- Dott. Emanuele Legge – dirigente psicologo ASL Avezzano Sulmona L’Aquila;
- Dott.ssa Antonia Trenta – rappresentante organizzazione sindacale AUPI;

1. **DI AFFIDARE** la segreteria del Tavolo all’Ufficio Medicina convenzionata del Dipartimento Sanità;
2. **DI PRECISARE CHE:**

-per la trattazione degli argomenti dei lavori del predetto Tavolo, la segreteria si avvarrà della collaborazione dell’ufficio competente in materia di programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria, da coinvolgere all’occorrenza in ragione di specifiche esigenze;

-le riunioni del Tavolo possano essere integrate con l’intervento di professionisti ed operatori di volta in volta individuati per specifiche tematiche;

-la partecipazione al Tavolo non comporta alcun onere a carico dell’Amministrazione Regionale, neanche a titolo di rimborso spese;

DI DARE ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA**

(Firmato digitalmente da)

MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 28/02/2023 16:39:33

Nr. di serie certificato: 5268348803568529325

(Firmato digitalmente da)

DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 28/02/2023 17:08:09

Nr. di serie certificato: 7714802313482283681



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

DGR n. 111 del 03/03/2023

OGGETTO: PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' – RETE MEDICINE SPECIALISTICHE: RETE INFETTIVOLOGICA. PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE OSPEDALIERA DELLA SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO DELL'ADULTO"



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del:	03/03/2023	
Presidente:	MARCO MARSILIO	
Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	PRESENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE



DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' – RETE MEDICINE
SPECIALISTICHE: RETE INFETTIVOLOGICA. PRESA D'ATTO ED
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO “PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE OSPEDALIERA DELLA
SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO DELL'ADULTO”

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'art. 4, comma 1, lett. g) dell'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, che impone alle Regioni lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017;

DATO ATTO che con il citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ovvero il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche e l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 26 settembre 2017 n. 521 di recepimento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

RICHIAMATA la DGR n. 14 del 17 gennaio 2023 recante “*Presenza d'atto e approvazione del “Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo”*”;

EVIDENZIATO che tra le azioni del predetto Programma operativo del SSR abruzzese è prevista, l'elaborazione di documenti tecnici di definizione di linee guida e/o di percorsi clinici in materia infettivologica, con il monitoraggio della relativa attuazione, a supporto della implementazione e del rafforzamento della rete clinico – assistenziale di riferimento;

VISTO il Documento tecnico “**Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione ospedaliera della sepsi e dello shock settico dell'adulto**”, (di seguito PDTA) che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante, trasmesso dall'A.S.R. Abruzzo con nota prot.1030 del 29 settembre

2022, assunta al prot. RA/366690/22 del Dipartimento Sanità;

RILEVATO che il Documento tecnico allegato, in attuazione della vigente normativa sanitaria, ha per obiettivo la definizione di un modello organizzativo di presa in carico e di gestione del paziente adulto con sepsi o shock settico, quale strumento organizzativo clinico ed assistenziale che permetta il riconoscimento e la corretta gestione delle sepsi, sia quando un caso sospetto giunge in Pronto soccorso, sia quando il sospetto emerga nei vari ambiti di degenza;

EVIDENZIATO che il Documento tecnico si pone inoltre nell'ottica di:

- stabilire una univoca e standardizzata definizione, non operatore-dipendente, del livello di gravità clinica del singolo paziente con sospetto di sepsi;
- stabilire un uniforme approccio diagnostico e terapeutico a livello regionale;
- individuare i setting assistenziali più adeguati in relazione al grado di instabilità clinica del paziente in tutti gli ambiti di cura;
- definire le linee attuative ed i percorsi formativi necessari per il raggiungimento degli obiettivi sia nei presidi ospedalieri DEA I livello che nei Presidi di base sede di Pronto soccorso;

RILEVATO inoltre che, ai sensi del PDTA allegato, le Aziende UUSSLL sono tenute tra l'altro alla adozione del protocollo clinico organizzativo aziendale di contestualizzazione del medesimo Documento regionale;

EVIDENZIATO che l'adozione del suddetto protocollo clinico organizzativo aziendale costituisce uno degli indicatori di monitoraggio dell'attuazione del PDTA da parte delle Aziende UU.SS.LL. regionali, la cui verifica è demandata all'ASR Abruzzo;

DATO ATTO che quanto previsto nel Documento tecnico si pone in funzione degli adempimenti richiamati nel sopracitato Programma operativo 2022-2024, ad implementazione e rafforzamento della rete clinica di riferimento;

RITENUTO, per tutto quanto sopra detto, di approvare il Documento Tecnico Regionale "*Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione ospedaliera della sepsi e dello shock settico dell'adulto*", parte integrante e sostanziale del presente atto, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dell'uso corretto ed efficace delle risorse dedicate;

DATO ATTO che, ai fini della pubblicazione del presente provvedimento in applicazione degli adempimenti a garanzia della trasparenza di cui al D lgs 33/2013 e ss.mm.ii. non ci sono parti da omettere, e che pertanto la pubblicazione può essere effettuata in forma integrale;

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore regionale del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che il Direttore regionale esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, e ne attesta la conformità agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento Sanità;

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

- **DI PRENDERE ATTO E DI APPROVARE** il Documento Tecnico *“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione ospedaliera della sepsi e dello shock settico dell’adulto”*, parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- **DI STABILIRE** che le Aziende UU.SS.LL. provvedano alla attuazione formale e sostanziale del Documento tecnico in parola secondo le indicazioni contenute nel medesimo, nell’ambito della vigente programmazione socio-sanitaria e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- **DI PRECISARE** in particolare che le AASSLL regionali sono tenute a declinare con proprio atto deliberativo il protocollo clinico organizzativo aziendale quale atto di esplicitazione e di contestualizzazione del medesimo PDTA regionale;
- **DI RINVIARE** espressamente al Documento tecnico in ordine a quant’altro nello stesso stabilito;
- **DI AFFIDARE** il monitoraggio dell’attuazione del PDTA per la gestione ospedaliera della sepsi e dello shock settico dell’adulto all’Agenzia Sanitaria Regionale A.S.R. Abruzzo, secondo gli indicatori ivi stabiliti, tra i quali è ricompresa anche l’adozione del suddetto protocollo clinico organizzativo aziendale;
- **DI DARE ATTO** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che il medesimo atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Servizio *“Programmazione Socio-Sanitaria”* del Dipartimento Sanità, il quale è tenuto, a sua volta, a notificarlo all’Agenzia Sanitaria Regionale e alle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo per quanto di rispettiva competenza;
- **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

RESPONSABILE UFFICIO
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO ALLEGATI PARTE INTEGRANTE OMISSIS

Nome allegato: PDTA Sepsi.pdf

Impronta 3003458FDB9CD78BC0E7BCBB95F4567E5CD3DD4A6E2C97CAF49CE24E16B10609



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

(Firmato digitalmente da)
MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 06/03/2023 13:14:51
Nr. di serie certificato: 5268348803568529325

(Firmato digitalmente da)
DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 06/03/2023 13:33:57
Nr. di serie certificato: 7714802313482283681



**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE
PER LA GESTIONE OSPEDALIERA
DELLA
SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO DELL'ADULTO**

REGIONE ABRUZZO





Direttore ASR Abruzzo
Dott. Pierluigi Cosenza

ASR Abruzzo

Dott.ssa Anita Saponari

Dott.ssa Giorgia Fragassi

Dott. Vito Di Candia

Gruppo Tecnico di Lavoro

Dott. Alessandro Grimaldi - ASL 201

Dott. Antonello Ciccone – ASL 201

Prof. Salvatore Maggiore - ASL 202

Prof. Jacopo Vecchiet – ASL 202

Dott. Giustino Parruti - ASL 203

Dott.ssa Antonella Frattari – ASL 203

Dott.ssa Antonella D’Alonzo – ASL 204

Dott.ssa Federica Venturoni – ASL 204



INDICE

INTRODUZIONE	3
1. EPIDEMIOLOGIA	3
2. NUOVE DEFINIZIONI DI SEPSI E SHOCK SETTICO	4
3. FASI DEL PERCORSO SEPSI.....	5
4. IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO SEPSI/SHOCK SETTICO	6
5. DIAGNOSI E INQUADRAMENTO.....	9
5.1 Diagnosi biochimica	9
5.2 Esami microbiologici	11
6. RICERCA DELLA FONTE SEPSIGENA.....	13
7. MONITORAGGIO DEL PAZIENTE CON SEPSI/SHOCK SETTICO.....	18
8. TRATTAMENTO.....	19
8.1 La terapia empirica della sepsi	19
8.2 Definizioni e fattori di rischio delle Resistenze antimicrobiche	21
8.3 Durata della terapia antibiotica e monitoraggio dei livelli plasmatici degli antibiotici	22
8.4 La terapia di supporto del paziente settico.....	23
9. IL SETTING ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SEPSI/SHOCK SETTICO.....	25
10. LINEE DI INDIRIZZO ATTUATIVE DEL PDTA REGIONALE	27
11. INDICATORI.....	28

ALLEGATO A – Percorsi standardizzati per fonte sepsigena

ALLEGATO B – Tabelle di antibioticoterapia empirica



INTRODUZIONE

La sepsi e lo shock settico sono patologie ad alta prevalenza e ad alto impatto assistenziale, il cui esito in termini di sopravvivenza è in larga misura dipendente dal sospetto tempestivo, dalla rapida diagnosi, dal rapido avvio della terapia antibiotica e di supporto, nonché dalla caratterizzazione e dal controllo efficace della fonte infettiva. Si tratta, in altri termini, di una patologia tempo-dipendente la cui gestione va collocata in appropriati setting assistenziali.

Gli interventi per ridurre la mortalità e la morbilità secondarie alla sepsi ed allo shock settico hanno raggiunto un importante livello di evidenza ed una sufficiente standardizzazione, tali da poter essere raccomandati sottoforma di "bundles", ovvero raggruppamenti di azioni da assumere tempestivamente in caso di sospetto di sepsi.

La tempestiva identificazione della sepsi e dello shock settico, con particolare attenzione allo shock settico con segni di ipoperfusione con parametri vitali normali (shock criptico), e la conseguenziale terapia possono ridurre significativamente la mortalità intraospedaliera, in una modalità strettamente tempo-dipendente.

Lo scopo del presente documento è quello di fornire un modello organizzativo adeguato alla presa in carico e alla gestione del paziente adulto con sepsi o shock settico, mediante la condivisione di uno strumento omogeneo, organizzativo, clinico ed assistenziale che permetta il riconoscimento e la corretta gestione della sepsi, sia quando un caso sospetto giunge in Pronto soccorso sia quando un caso sospetto si manifesti nei vari ambiti di degenza.

Inoltre, il PDTA regionale intende perseguire i seguenti obiettivi:

- 1) univoca e standardizzata definizione, non operatore-dipendente, del livello di gravità clinica del singolo paziente con sospetto di sepsi;
- 2) uniforme approccio diagnostico e terapeutico su tutto il territorio regionale;
- 3) individuazione del setting assistenziale più adeguato al grado di instabilità clinica del paziente in tutti gli ambiti di cura;
- 4) definizione delle linee attuative e dei percorsi formativi necessari per il raggiungimento degli obiettivi sia nei Presidi Ospedalieri sede di DEA di I livello che nei Presidi Ospedalieri di Base sede di Pronto Soccorso.

Per la realizzazione del PDTA sono state prese a riferimento le più recenti evidenze scientifiche, le linee guida nazionali ed internazionali e le revisioni sistematiche.

1. EPIDEMIOLOGIA

La sepsi rappresenta la più comune causa di morte per infezione ed ogni anno reclama quasi sei milioni di vite in tutto il mondo, una stima destinata a crescere nei prossimi anni, anche in relazione al miglioramento della diagnosi e della codifica. Nei paesi a basso e medio reddito molti decessi avvengono nei bambini, mentre nei paesi ad alto reddito la mortalità è molto maggiore negli anziani e nei pazienti con ridotta riserva immune. In Europa si stimano 1,4 milioni di casi di sepsi all'anno con una mortalità variabile fra il 28% e il 50%. La



mortalità è molto elevata se si accompagna a insufficienza d'organo (20-25%) o a uno stato di shock (shock settico, 40-70%). Le stime Italiane sono sostanzialmente in linea con quelle Europee.

In Abruzzo, sulla base delle stime di incidenza disponibili in letteratura, pari a circa 300-400 casi per 100.000 abitanti, si stimano circa 5.000 casi attesi di sepsi o shock settico.

Dall'analisi del database regionale delle SDO, per l'annualità 2021, le dimissioni dei pazienti adulti residenti in Abruzzo in regime di ricovero ordinario per setticemia con e senza ventilazione meccanica (DRG 575 e 576) sono pari a 2.794. Di questi oltre il 92% è stato ricoverato in urgenza, con una degenza media di circa 14 giorni, ed un'età media di 77 anni. La percentuale di dimessi deceduti (mortalità intra-ospedaliera) è pari al 38,9% a livello regionale.

2. NUOVE DEFINIZIONI DI SEPSI E SHOCK SETTICO

Nel 2016 la terza "International Consensus Definitions for Sepsis and Septic shock" (Tabella 1) ha elaborato nuove definizioni e criteri per l'identificazione di sepsi e shock settico dal momento che i criteri precedenti avevano scarsa specificità e sensibilità.

Tabella 1. Definizione di Sepsis, Sepsis III 2016

SEPSI	<p>Disfunzione d'organo con pericolo per la vita causata da una inappropriata risposta dell'ospite all'infezione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La disfunzione d'organo può essere identificata come cambiamento acuto nel punteggio totale del SOFA score di 2 punti conseguente all'infezione. - Lo score basale del SOFA può essere ipotizzato pari a 0 nei pazienti per i quali non era nota una preesistente disfunzione d'organo. - Un SOFA score di 2 si associa ad un rischio di mortalità di circa il 10% nella popolazione generale ospedalizzata con sospetta infezione. Anche pazienti che si presentano con modesti segni di disfunzione possono deteriorarsi successivamente, enfatizzando la gravità della loro condizione e la necessità di un intervento rapido ed appropriato, se ancora non intrapreso. - Il quick SOFA (qSOFA) permette di riconoscere prontamente i pazienti con sospetta infezione per i quali è possibile prevedere un prolungato periodo di permanenza in TI o la morte.
SHOCK SETTICO	<p>Un sottogruppo dei pazienti con sepsi nel quale le alterazioni circolatorie e cellulari/metaboliche sono sufficientemente importanti da determinare un sostanziale aumento della mortalità.</p> <ul style="list-style-type: none"> - I pazienti con shock settico possono essere identificati mediante l'associazione del quadro clinico di sepsi con ipotensione persistente che necessita di vasopressori per mantenere una Pressione arteriosa Media (PAM) di 65 mmHg e che presentano livelli di lattato sierico >18 mg/dl nonostante adeguata rianimazione volemica. - La mortalità in ospedale di questi pazienti supera il 40%.

Nella nuova definizione, la sepsi è una disfunzione d'organo potenzialmente mortale causata da una risposta non adeguatamente regolata dell'ospite ad un'infezione.

La disfunzione d'organo viene definita alla presentazione da un punteggio del SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) score superiore a 2 (Tabella 2), che si associa, in base ad evidenze consolidate, ad una mortalità

ospedaliera >10%. Il SOFA score è utilizzato nelle Terapie Intensive (TI) per quantificare il grado di disfunzione d'organo di 6 apparati (SNC, apparato respiratorio, apparato cardiovascolare, coagulazione, funzione epatica e funzione renale). Il SOFA score si basa su parametri clinici e/o esami di laboratorio che definiscono, sulla base della variazione dai valori normali o basali del paziente, il grado di disfunzione d'organo con un punteggio da 0 (normale) a 4 (disfunzione grave). Più alto è il valore ottenuto, maggiore sarà il rischio di morte per il paziente. All'interno delle Terapie Intensive questo score ha dimostrato una predittività superiore ai criteri SIRS ed è pertanto raccomandato.

La nuova definizione di shock settico sottolinea sia l'importanza della disfunzione circolatoria che delle alterazioni metaboliche cellulari, definendo lo shock settico come una sepsi aggravata da anomalie circolatorie, cellulari e metaboliche, con un rischio di morte più elevato. I criteri per la diagnosi sono: 1) necessità di utilizzare vasopressori per mantenere una PAM ≥ 65 mmHg; 2) livelli sierici di lattato >2 mmol/l persistenti nonostante un'adeguata rianimazione fluidica.

Tabella 2. SOFA Score

Variables	SOFA Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory PaO ₂ /FiO ₂ , mm Hg	>400	≤ 400	≤ 300	≤ 200 †	≤ 100 †
Coagulation Platelets $\times 10^3/\mu\text{L}$ ‡	>150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Liver Bilirubin, mg/dL‡	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Cardiovascular Hypotension	No hypotension	Mean arterial pressure <70 mm Hg	Dop ≤ 5 or Dob (any dose)§	Dop >5, Epi ≤ 0.1 , or Norepi ≤ 0.1 §	Dop >15, Epi >0.1, or Norepi >0.1§
Central nervous system Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinine, mg/dL or urine output, mL/dl	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or <500	>5.0 or <200

*Norepi indicates norepinephrine; Dob, dobutamine; Dop, dopamine; Epi, epinephrine; and FiO₂, fraction of inspired oxygen.
†Values are with respiratory support.
‡To convert bilirubin from mg/dL to $\mu\text{mol/L}$, multiply by 17.1.
§Adrenergic agents administered for at least 1 hour (doses given are in $\mu\text{g/kg}$ per minute).
||To convert creatinine from mg/dL to $\mu\text{mol/L}$, multiply by 88.4.

3. FASI DEL PERCORSO SEPSI

Il presente percorso è applicabile ogni qualvolta si sospetti un caso di sepsi o shock settico in ospedale, ad eccezione del paziente pediatrico e delle donne in gravidanza.

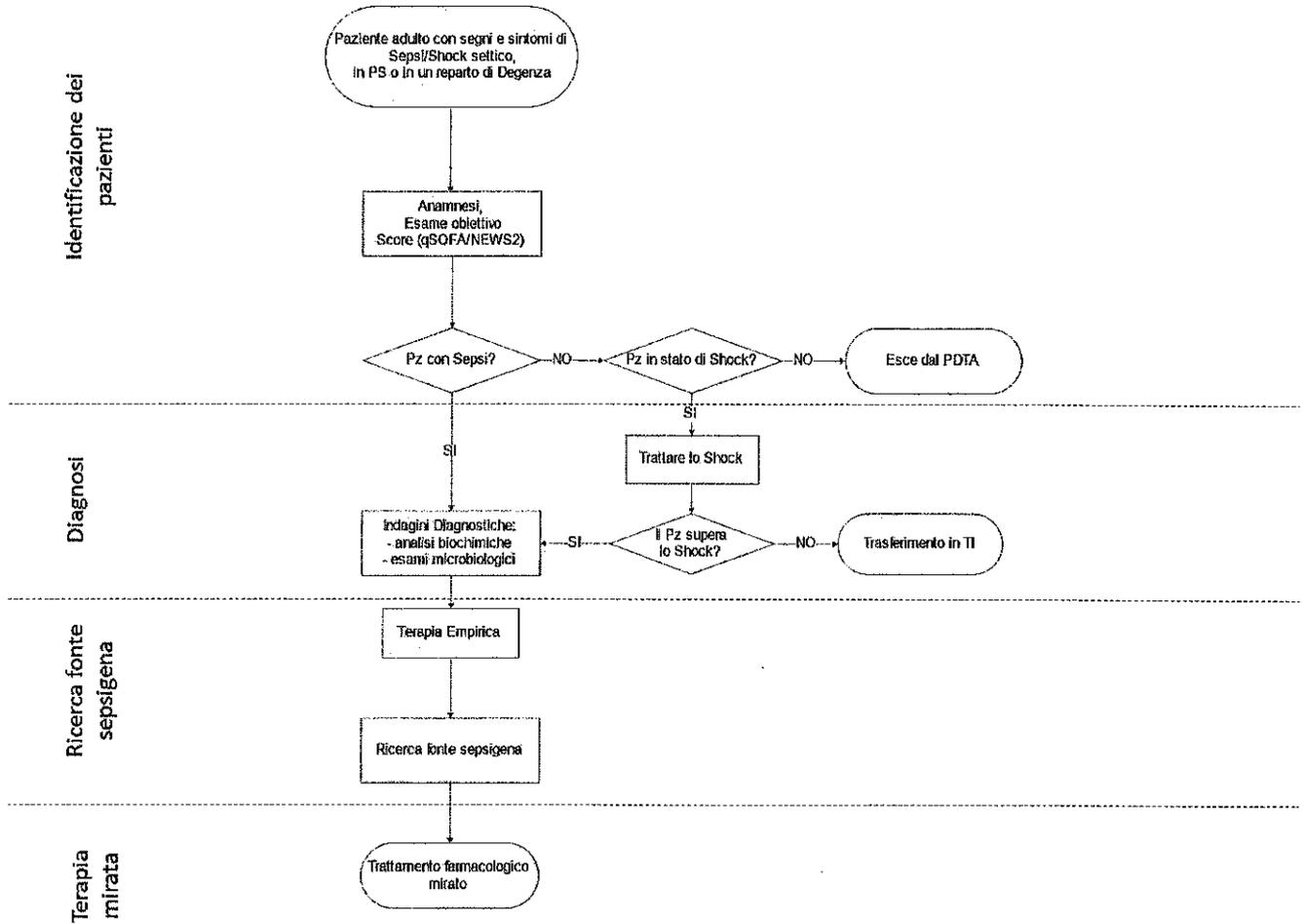
La gestione del paziente adulto con sepsi o shock settico è caratterizzata dalle seguenti fasi:

- Identificazione dei pazienti a rischio sepsi/shock settico;
- Diagnosi ed inquadramento;
- Ricerca della fonte sepsigena;
- Monitoraggio del paziente con sepsi;
- Trattamento.



La flow chart che segue riporta graficamente il percorso del paziente, che viene sviluppato in dettaglio nei capitoli successivi.

Flow chart. Percorso del paziente con sepsi/shock settico.



4. IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO SEPSI/SHOCK SETTICO

Di fondamentale importanza è la capacità di diagnosticare precocemente una condizione di sepsi in quanto permette di anticiparne il trattamento e di migliorarne la sopravvivenza.

Il personale sanitario di tutte le unità di ricovero e di Pronto Soccorso deve essere in grado di conoscere le principali caratteristiche cliniche della sepsi, riconoscendone ed identificandone le manifestazioni iniziali (Tabella 3).



Tabella 3. Criteri per l'individuazione dei pazienti con Sepsis.

- Iperperfusione indotta dalla Sepsis
- Aumento dei lattati oltre i limiti normali di laboratorio
- Diuresi < 0.5 mL/kg/ora per più di 2 ore nonostante adeguata rianimazione con fluidi
- Danno polmonare acuto $Pao_2/FiO_2 < 250$ in assenza di polmonite
- Danno polmonare acuto $Pao_2/FiO_2 < 200$ in presenza di polmonite
- Creatinina > 2.0 mg/dL (176.8 μ mol/L)
- Bilirubina > 2mg/dL (34.2 μ mol/L)
- Conta piastrinica < 100.000/ μ L
- Coagulopatia (INR > 1.5)

E' importante ricordare che per fare diagnosi di Sepsis il danno d'organo:

- a. Non deve essere sede del focolaio infettivo (unica eccezione il polmonare)
- b. Né essere imputabile ad altre condizioni cliniche (es. Patologie croniche) ma "presumibilmente correlabile" all'evento settico

Per l'identificazione dello shock settico, gli attuali criteri sono l'ipotensione refrattaria ai fluidi con necessità di somministrare vasopressori per mantenere una pressione media ≥ 65 mmHg e il riscontro di livelli di lattato sierici > 2 mmol/l. Questo cut-off rappresenta il più basso livello di lattato a risultare associato, nei pazienti con sepsi o shock settico, ad un aumentato rischio di morte.

Allo scopo di una rapida identificazione dei pazienti a rischio è essenziale che i vari ambiti di assistenza coinvolti nella sepsi e nello shock settico "parlino" con un alfabeto univoco, usino cioè dei punteggi oggettivi e condivisi, le cui risultanze meritino un'attenzione operatore-indipendente in termini di conseguenze operative.

Per tali ragioni è indicato l'utilizzo di uno **score** strutturato per l'identificazione tempestiva della progressione della gravità clinica e del danno d'organo, con necessità di valutazione rianimatoria, presa in carico rianimatoria e/o ricovero in Terapia Intensiva. Il riconoscimento precoce richiede un impegno organizzativo e strumentale che può essere rilevante anche sotto il profilo logistico e gestionale, ma gioca un ruolo chiave ineludibile nel consentire un trattamento tempestivo che, come dimostrato dai dati di letteratura, può ridurre la mortalità.

Nei pazienti valutati in PS o altri ambiti del Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEU) potrebbe essere utilizzato il quick SOFA (qSOFA) in prima battuta. Tuttavia, diversi studi ne hanno sottolineato di recente l'alta specificità a fronte di una relativamente bassa sensibilità.

Il qSOFA è basato sulla valutazione di sole 3 variabili cliniche: stato mentale; pressione arteriosa sistolica; frequenza respiratoria (Tabella 4).

Tabella 4. Punteggio qSOFA.

Parametro	Punteggio
Alterazione della coscienza	1
PAS ≤ 100 mmHg	1
FR ≥ 22	1

Un paziente con una sospetta o certa infezione, che presenti un qSOFA ≥ 2 (almeno 2 variabili tra stato mentale alterato, PAS ≤ 100 mmHg e frequenza respiratoria ≥ 22 atti/min) dovrebbe essere sottoposto ad ulteriori indagini per valutare la presenza di disfunzione d'organo e quindi di sepsi.

Il qSOFA è di facile esecuzione al letto del paziente anche in aree a risorse limitate e, a differenza del SOFA score, non richiede esami di laboratorio. I dati di letteratura sembrano dimostrare che il qSOFA abbia un potere predittivo per la mortalità ospedaliera e per la necessità di ricovero in TI superiore sia ai criteri di SIRS sia al SOFA score.

Allo scopo di identificare precocemente e facilmente pazienti a rischio di sviluppare una sepsi nelle aree di degenza diverse dal DEU, ovvero nei reparti di degenza di Medicina, Geriatria, Malattie Infettive, Chirurgia e altre branche specialistiche, lo score meglio validato ed accessibile è il NEWS2 (Tabella 5).

Tabella 5. NEWS2 Score.

PARAMETRI	Puntaggio						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza Respiratoria / min	≤ 0		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ scala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ scala 2 (%)	≤ 03	04-05	06-07	00-92 ≥ 93 33	93-94 con O ₂	95-96 con O ₂	≥ 97 con O ₂
Ossigeno		Ossigeno		Aria			
PA sistolica	≤ 90	91-100	101-110	11-219			≥ 220
FC	≤ 40		41-50	51-90	91-110	11-130	≥ 131
Coscienza				Allert			CVPU
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Lo score NEWS2 prevede la misurazione di un numero maggiore di parametri rispetto al qSOFA: frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno, supplementazione di ossigeno al paziente, temperatura corporea, pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca e livello di coscienza. A ciascuno di tali parametri vengono assegnati punteggi compresi tra 0 e 3, in misura della deviazione per parametro dalla sua normale fisiologia. All'alterato stato mentale è assegnato comunque uno score di 3 se il paziente non è lucido e collaborante; all'utilizzo di una supplementazione d'ossigeno di qualsiasi entità è assegnato un punteggio di 2.

Lo score NEWS2 è stato validato su casistiche molto ampie ed un suo aumento è predittivo di eventi avversi quali la necessità di ricovero in TI e la morte. Il suo uso è supportato da una modulistica e da applicazioni facilmente ed universalmente disponibili che lo rende praticabile e valutabile in modo semplice da parte dell'infermiere responsabile dell'assistenza ad un gruppo di pazienti.

Inoltre, l'utilizzo sistematico dello score NEWS2 in reparto di degenza, ma anche all'ingresso in PS permette di stratificare il rischio nei pazienti (Tabella 6).



Tabella 6. Stratificazione del rischio dei pazienti sulla base del punteggio NEWS2.

Punteggio NEWS2	Rischio clinico	Risposta
Punteggio aggregato 0 - 4	Basso	Normale gestione
Punteggio di 3 in un singolo parametro (rosso)	Medio - basso	Gestione dell'urgenza con risorse del reparto
Punteggio aggregato 5 - 6	Medio	Risposta dell'urgenza con risorse aggiuntive*
Punteggio aggregato ≥ 7	Alto	Attivazione team avanzato**

* Risposta da parte di un clinico o un team con competenza nella valutazione e trattamento del paziente acuto e riconoscimento della necessità di un innalzamento del livello di cura se appropriato

** Attivazione di Team in grado di gestire il paziente critico, inclusa gestione delle vie aeree

Tutti i pazienti con un punteggio NEWS2 ≥ 7 dovrebbero essere valutati dall'Anestesista Rianimatore per definire collegialmente i provvedimenti opportuni, il setting assistenziale appropriato e la frequenza di rivalutazione del paziente stesso.

Lo score NEWS2 detta anche la frequenza di monitoraggio: in coloro che hanno uno score < 2 ci può essere una rivalutazione a 12-24 ore; quando lo score sale, la frequenza di rivalutazione diviene maggiore e quindi più impegnativa. Un punteggio NEWS2 ≥ 5 detta il coinvolgimento diretto del medico di reparto o di guardia, ed uno score di 7 o maggiore identifica chiaramente il paziente quale eleggibile per un setting assistenziale a più elevata intensità assistenziale.

5. DIAGNOSI E INQUADRAMENTO

In tutti i casi di sepsi/shock settico è indicato iniziare le indagini diagnostiche volte ad identificare rapidamente la fonte settica, per permetterne il controllo e/o l'eradicazione il più precocemente possibile.

L'identificazione precoce della fonte settica e l'eventuale suo controllo/bonifica è indispensabile per il successo del trattamento della sepsi e dello shock settico. L'avvio della ricerca della fonte sepsigena deve essere effettuato entro 6-12 ore dalla diagnosi, in modo da poter renderne prioritario il controllo.

5.1 Diagnosi biochimica

I segni clinici devono essere integrati da esami di laboratorio utili anche a definire il quadro (sepsi/shock settico) e indirizzare il trattamento.

Pertanto, si raccomanda che ogni ASL garantisca l'esecuzione in urgenza, 7 giorni su 7, degli esami del Pannello Sepsis, in ogni Presidio Ospedaliero di base e sede di DEA di I livello.

Tabella 7. Pannello Sepsi.

Emogas con lattati
Emocromo con formula
Coagulazione (pT, pTT, fibrinogeno, d-dimero)
Creatinina
Urea
Glicemia
Elettroliti sierici
Bilirubina totale e diretta
Protidemia totale
AST
ALT
LDH
PCR
Procalcitonina
Endotossinemia (laddove possibile)

Biomarcatori

I biomarcatori, come la procalcitonina, presepsina, proadrenomedullina ed il b-Dglucano possono essere utilizzati nel processo valutativo iniziale dei pazienti con sepsi e shock settico da sospetta infezione batterica o fungina.

Procalcitonina

La procalcitonina è un biomarcatore di infezione batterica largamente utilizzato nella pratica clinica come strumento di diagnosi differenziale nell'ambito delle patologie infiammatorie acute. Una recente meta-analisi Cochrane, condotta su 14 trial randomizzati controllati ove si applicavano algoritmi di gestione della terapia antibiotica basati sulla procalcitonina, ha dimostrato che l'utilizzo di questo biomarcatore, utilizzando un valore soglia di 0.25-0.5 ng/ml, può essere associato ad una significativa riduzione della durata di terapia antibiotica in pazienti con infezioni respiratorie gravi. In pazienti con grave insufficienza respiratoria, una terapia antibiotica guidata dai valori di procalcitonina è risultata efficace nel differenziare i processi infettivi da quadri di scompenso cardiaco senza coinvolgimento batterico.

Inoltre, una meta-analisi di 56 studi ha dimostrato come un valore soglia di procalcitonina di 0.5 ng/ml abbia una sensibilità del 76% and una specificità del 69% nell'individuare i pazienti con emocolture positive. Tuttavia, è noto allo stesso modo che l'accuratezza diagnostica di tale marcatore sia inferiore nei pazienti immunosoppressi e neutropenici. È stato, infine, osservato che i valori di procalcitonina possano essere utili nello stratificare il rischio di fallimento terapeutico in pazienti settici con insufficienza respiratoria, mentre tale predizione è meno rilevante nei malati in Terapia Intensiva. Vi è inoltre una crescente evidenza in letteratura che gli algoritmi basati sull'utilizzo della procalcitonina possano essere molto utili nel ridurre la durata della terapia antibiotica. Tali approcci, su larga scala, sono risultati sicuri, efficaci e significativamente associati a riduzione dell'utilizzo degli antimicrobici. Lo studio PRORATA rappresenta un riferimento nella letteratura scientifica a tale riguardo. In questo studio i pazienti assegnati al trattamento guidato dalla procalcitonina hanno presentato una marcata riduzione dei giorni di terapia antibiotica rispetto all'approccio tradizionale. Questi risultati sono stati replicati dallo studio SAPS in una popolazione ancora più vasta. Le evidenze sui benefici di tali algoritmi nella prevenzione dell'emergenza di infezioni da germi multiresistenti e/o da Clostridium difficile sono ancora preliminari.

MDW (monocyte distribution width)

L'MDW è una misura dello stato di attivazione monocitaria derivato dalla lettura dell'emocromo senza costi aggiuntivi, per la predizione ed il monitoraggio della sepsi. Recenti studi hanno dimostrato che un valore di MDW >22 è fortemente predittivo di uno stato settico nei pazienti che non abbiano uno stato di attivazione sistemica (leucemica) o virale. In particolare, appare molto interessante il valore predittivo negativo dell'MDW. Quando questo parametro presenta un valore <18 la probabilità di una batteriemia è praticamente trascurabile. In combinazione con la procalcitonina l'uso dell'MDW è uno strumento molto promettente per l'individuazione di una sepsi all'esordio. Inoltre, la riduzione del valore dell'MDW predice in modo molto sensibile la risposta alla terapia antibatterica.

Beta-D-Glucano

L'(1-3)-b-D-Glucano è un componente della parete di *Candida* spp. e di altre specie fungine. Sebbene alcuni elementi di confondimento possano ridurre la sua accuratezza diagnostica, la sua utilità come strumento diagnostico precoce è stata ampiamente dimostrata in numerosi studi, in particolare nel paziente ematologico. Comunque, vi è crescente evidenza che tale biomarcatore sia affidabile anche nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva. In uno studio osservazionale condotto su 377 pazienti settici ricoverati in Terapia Intensiva, la determinazione puntuale del Beta -D- Glucano ha mostrato sia valore predittivo positivo che negativo (72.2% e 98.7% rispettivamente), maggiore del Candida Score e degli indici di colonizzazione. Allo stesso modo, in una popolazione selezionata di pazienti chirurgici, tale test è risultato molto accurato nell'anticipare la diagnosi delle candidiasi intra-addominale e in alcuni casi la cinetica del Beta -D- Glucano è risultata utile nel predire la risposta al trattamento, riflettendo la gravità dell'infezione. Infine, alla luce del suo elevato valore predittivo negativo tale test è stato proposto come strumento di interruzione precoce della terapia antifungina empirica.

5.2 Esami microbiologici

In caso di sospetta sepsi/shock settico è indicata l'esecuzione di colture microbiologiche il più precocemente possibile e non oltre la 1° ora dall'inizio della valutazione, comunque prima di iniziare la terapia antimicrobica. Effettuare il prelievo di campioni biologici prima della somministrazione di antibiotici aumenta significativamente la possibilità di identificare l'agente patogeno e di ottimizzare la terapia antibiotica da empirica a mirata con successiva de-escalation (passaggio da terapia antibiotica a largo spettro ad una a spettro più ristretto e/o riduzione del numero di antibiotici). La de-escalation è, infatti, associata alla riduzione delle resistenze batteriche e ad un miglioramento della sopravvivenza.

È indicata l'esecuzione di almeno 2-3 coppie di emocolture (ovvero 4-6 flaconi). Una coppia di flaconi dovrebbe essere prelevata da un sito periferico, un'altra da dispositivi intravascolari eventualmente presenti. Non ci sono però indicazioni di letteratura strettamente vincolanti in senso di variazione della probabilità di corretta diagnosi.

In letteratura non ci sono studi definitivi riguardanti il tempo entro cui è raccomandato effettuare le emocolture, ma le linee guida più recenti consigliano un tempo massimo di 45 min. Prelievi sequenziali dell'emocoltura o effettuati durante i picchi di temperatura non hanno dimostrato di migliorare la diagnosi.



Nei pazienti in terapia antimicrobica, si suggerisce di raccogliere le emocolture immediatamente prima della somministrazione della dose successiva.

In caso di certa sepsi/shock settico è ritenuta costo-efficace, ove possibile, l'identificazione dell'agente patogeno mediante l'utilizzo delle moderne tecniche microbiologiche rapide per l'identificazione del germe e del suo antibiogramma. I più recenti metodi di identificazione rapida dei microrganismi e le più moderne tecniche molecolari o fenotipiche di diagnosi dell'agente patogeno permettono di ottenere i risultati entro 5-24 ore, a differenza dei tradizionali test colturali. La spettrometria MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization Time-of-Flight) e multiplex Real-time PCR (RT-PCR) hanno accelerato l'identificazione del patogeno per cui se ne consiglia l'utilizzo in associazione ai convenzionali sistemi, laddove possibile. Altrettanto importante è mantenere la precoce comunicazione diretta del germe isolato al clinico che ha in carico il paziente.

I siti da campionare e da gestire eventualmente con tecniche molecolari avanzate per la precoce definizione diagnostica oltre al sangue sono: fluido cerebrospinale (se appropriato); urina; ferite/lesioni da decubito; secrezioni tracheobronchiali ed altri fluidi corporei.

Nei pazienti con sospetta meningite batterica, in assenza di controindicazioni, sono indicati il prelievo di campioni di liquor e di emocolture il più precocemente possibile, e prima dell'inizio della terapia antimicrobica. Il prelievo di liquor non deve comunque ritardare l'inizio della terapia antibiotica. Le Linee Guida dell'European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) raccomandano di effettuare il prelievo di liquor cefalorachidiano (CSF) e di emocolture il più precocemente possibile per gestire al meglio il trattamento antibiotico. Nei casi di meningite un ritardo nel trattamento antibiotico è fortemente associato ad una bassa sopravvivenza. La coltura del liquor è il gold standard per la diagnosi delle meningiti batteriche; è suggerita l'esecuzione dei test rapidi di diagnostica molecolare dotati di un'alta sensibilità e specificità e capaci di precedere di molti giorni l'esito definitivo delle valutazioni colturali. La puntura lombare con il prelievo di liquor è fondamentale nella diagnosi di una meningite batterica per identificare il patogeno e determinare eventuali resistenze. È indicato eseguire una TAC cranio prima della puntura lombare nei seguenti casi: deficit neurologici focali, escluse le paralisi dei nervi cranici; crisi epilettiche di recente insorgenza; stato mentale severamente alterato (GCS score <10); stato di severa immunocompromissione. La puntura lombare, infatti, può essere rischiosa nei casi di shift cerebrale da lesioni intracraniche occupanti spazio. In assenza dei segni clinici sopra menzionati non è opportuna una TAC prima della puntura lombare nei pazienti con sospetta meningite batterica. Altre controindicazioni alla puntura lombare sono i disturbi della coagulazione, le infezioni locali della pelle e l'instabilità emodinamica. Qualora non fosse possibile il prelievo del CSF, i marker sierici di infezione (PCR e PCT) possono aiutare nella diagnosi differenziale tra meningite batterica e di altre eziologie. Il trattamento empirico con desametasone è indicato nei pazienti con sospetta meningite batterica e deve essere iniziato il prima possibile, contestualmente alla terapia antibiotica.

6. RICERCA DELLA FONTE SEPSIGENA

E' essenziale che tutte le figure professionali che si trovino a gestire pazienti con sepsi seguano percorsi diagnostico terapeutici omogenei di controllo/eradicazione per le principali fonti settiche, volti ad ottimizzare nei tempi e nei modi il percorso di cura del paziente settico.

Per favorire la standardizzazione di tali procedure e l'eventuale oggettiva necessità di centralizzazione dei pazienti per la ricerca della fonte sepsigena vengono di seguito esplicitati specifici percorsi. Tali percorsi vengono, inoltre, riassunti nella tabella riepilogativa **Allegato A** al presente documento.

Sepsi a sospetta partenza polmonare

Nei pazienti con sindrome settica contestuale a polmonite è indicato effettuare i test di ricerca degli antigeni urinari per lo pneumococco e la legionella. Le linee guida della British Thoracic Society sul management delle polmoniti acquisite in comunità (CAP) del 2009 e quelle del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del 2014 raccomandano, infatti, la ricerca dell'antigene dello *Streptococcus pneumoniae* nelle urine nei pazienti con polmonite moderata e severa secondo gli score CURB-6 (confusione, uremia, frequenza respiratoria, ipotensione, età ≥ 65) e PSI (Pneumonia Severity Index).

Il test per la ricerca dell'antigene dello *Streptococcus pneumoniae* è infatti rapido (15 min) ed ha un'alta specificità e sensibilità. Nei pazienti con sepsi e shock settico, i test di ricerca degli antigeni urinari per lo pneumococco hanno una sensibilità del 50-70% ed una specificità dell'85-90%. Il test per la ricerca dell'antigene della legionella è analogamente rapido ed è ha un'alta sensibilità e specificità per la diagnosi della *L. Pneumophila* sierogruppo 1.

In caso di empiema pleurico post-pneumonectomia, si raccomanda la valutazione della presenza di una fistola broncopleurica e il drenaggio del materiale purulento. In caso di presenza di fistola broncopleurica in paziente con empiema pleurico post-pneumonectomia è indicato un approccio chirurgico.

Sepsi a sospetta partenza addominale

La ricerca della fonte infetta addominale può essere effettuata con un'ecografia o TAC con mezzo di contrasto, ove necessario. Tuttavia, se la diagnosi è incerta, nonostante gli esami strumentali, è indicata la misura di controllo chirurgica. Questa può essere indicata anche quando altri approcci interventistici siano risultati insufficienti o non possano essere effettuati in modo tempestivo o quando la probabilità di successo di una procedura percutanea sia incerta o ad alto rischio di mortalità. Si suggerisce di controllare prima possibile la fonte infetta nei pazienti emodinamicamente instabili in shock settico e di continuare il trattamento rianimatorio durante la procedura chirurgica. I pazienti settici/shock settico con peritonite diffusa dovrebbero essere repentinamente sottoposti a procedure di controllo della fonte infettiva; queste possono essere ritardate in pazienti meno gravi. In casi strettamente selezionati, i pazienti affetti da diverticolite perforata (inclusi quelli con ascessi <4cm di diametro), da massa peri-appendicolare o da ulcera peptica perforata possono essere gestiti senza un controllo della fonte di infezione, nel caso rispondano in maniera soddisfacente alla terapia antibiotica o ad altre misure di supporto terapeutico.



Si raccomanda di ottenere campioni intra-peritoneali (fluido/tessuto) ad ogni eventuale re-intervento, per effettuare indagini microbiologiche seriate e mirate nei pazienti settici per infezione intra-addominale.

La colangite acuta

La colangite acuta è una condizione clinica causata da infezione secondaria ad un'ostruzione della via biliare. Il quadro clinico varia da forme lievi a forme gravi con associato stato settico e per tale motivo la mortalità può raggiungere il 10%. Le cause di colangite sono molteplici ma, tuttavia, nei paesi occidentali la causa principale è la coledocolitiasi. La colangite può anche essere secondaria ad un'ostruzione neoplastica della via biliare (colangiocarcinoma, ampulloma o tumori pancreatici), a manipolazione delle vie biliari in corso di colangiopacreatografia retrograda endoscopica (ERCP) o secondaria a stenosi benigne o ad agenti infettivi.

Il trattamento della colangite deve essere necessariamente multidisciplinare e prevede la stabilizzazione emodinamica del paziente, la somministrazione di antibiotici e il drenaggio della via biliare.

La fase operativa prevede una fase diagnostica basata su esami di laboratorio e radiologici in modo da confermare la diagnosi e stadiare la gravità del quadro clinico e quindi indirizzare la fase terapeutica con il relativo timing.

Fase Diagnostica

Valutazione clinica: dolore addominale, febbre e anamnesi positiva per patologia biliare (calcolosi biliare, precedenti procedure biliari, per es. pregresso posizionamento di stent biliare).

Esami di laboratorio: emocromo, bilirubina totale e frazionata. AST, ALT, fosfatasi alcalina, gammaGT, lipasi, amilasi, PCR, PT, PTT, INR, elettroforesi, albumina, colinesterasi, azotemia, creatinina.

Esami radiologici: ecografia e TC addome con e senza m.d.c.

L'ecografia addominale rappresenta l'indagine di prima scelta considerando la minima invasività, l'ampia disponibilità ed il rapporto costo-efficacia. La specificità dell'esame ecografico è elevata, tuttavia la sua sensibilità è bassa soprattutto per evidenziare la causa predisponente.

La TC addominale con e senza m.d.c. in aggiunta all'esame ecografico può identificare la dilatazione della via biliare e contribuisce ad una miglior diagnosi della causa della stenosi biliare (colangiocarcinoma, tumore pancreatico o una colangite sclerosante) ed inoltre è utile nella diagnosi di complicanze locali (ascessi epatici, trombosi portale).

La colangio-RMN e l'ecoendoscopia rappresentano indagini di secondo livello, poiché seppur dotate di elevata sensibilità e specificità, non sono sempre disponibili, soprattutto nella fase di urgenza/emergenza.

Criteri diagnostici

a) INFIAMMAZIONE SISTEMICA

- febbre (TC>38°) e/o brividi
- dati di laboratorio - GB < 4000 o >10000 x1000/ μ l - PCR > 1 mg/dl

b) COLESTASI



- ittero (bilirubina totale > 2mg/dl)
- dati laboratorio - fosfatasi alcalina, gammaGT, AST; ALT >1,5 v.n.

c) IMAGING (ecografia / TC addome)

- dilatazione biliare
- evidenza causa predisponente

DIAGNOSI SOSPETTA: UN CRITERIO A + UN CRITERIO B o C

DIAGNOSI CERTA: UN CRITERIO A + UN CRITERIO B + UN CRITERIO C

Classificazione

GRADO III (severa)

Colangite associata all'insorgenza di disfunzione di almeno uno di seguenti organi:

- Insufficienza cardiovascolare
- Obnubilamento del sensorio
- Insufficienza respiratoria (PaO₂ /FiO₂ ratio < 300)
- Insufficienza renale (oliguria, creatinina sierica > 2 mg/dl)
- Insufficienza epatica (INR > 1,5)
- Disfunzione ematologica (piastrine <100.000/mm³)

GRADO II (moderata)

colangite associata ad almeno due delle seguenti condizioni:

- GB < 4000 o >10000 x1000/μl
- TC > 39°C
- GB < 4000 o >10000 x1000/μl
- Età > 75 anni
- bilirubina totale > 5 mg/dl
- albumina < 0,7 limite valore inferiore norma

GRADO I (lieve) colangite acuta che non soddisfa i criteri di moderata-severa

Fase terapeutica

La fase terapeutica è indirizzata e regolata dalla gravità del quadro clinico, e l'indicazione, nonché il timing dell'ERCP, dipendono proprio da questo. Nella maggior parte dei casi di colangite di grado lieve, il trattamento iniziale con antibiotici è sufficiente e la maggior parte dei pazienti non richiede il drenaggio biliare. Tuttavia, il drenaggio biliare deve essere considerato se il paziente non risponde al trattamento iniziale antibiotico. **La colangite di grado moderato è una colangite non grave, ma che richiede, oltre alla terapia di supporto ed antibiotica, comunque un drenaggio biliare precoce, da effettuare preferibilmente entro le 48 ore.** La colangite di grado severo è caratterizzata dalla presenza di disfunzione d'organo indotta dalla sepsi, e pertanto in questi casi è necessaria ed indispensabile l'assistenza anestesiologicala con supporto cardiorespiratorio, terapia antibiotica e il drenaggio biliare prima possibile, appena le condizioni cliniche lo



permettono. Nei casi in cui non si riesca a drenare la via biliare con l'ERCP, la procedura di seconda scelta è il drenaggio radiologico percutaneo, o il drenaggio ecoendoscopico, ed eventualmente la chirurgia.

DIAGNOSI

Valutazione clinica, esami biomorali e radiologia

CRITERI DIAGNOSTICI

A. INFIAMMAZIONE SISTEMICA

- febbre (TC > 38°) e/o brividi
- dati laboratorio
 - GB < 4000 o > 10000 x1000/µl
 - PCR > 1 mg/dl

B. COLESTASI

- ittero (bilirubina totale > 2mg/dl)
- dati laboratorio
 - fosfatasi alcalina >1,5 v.n.
 - gamma-gt >1,5 v.n.
 - ast, alt > 1,5 v.n.

C. IMAGING (ecografia / TC addome)

- dilatazione biliare
- evidenza causa predisponente

DIAGNOSI SOSPETTA:

UN CRITERIO A + UN CRITERIO B o C

DIAGNOSI CERTA:

UN CRITERIO A + UN CRITERIO B + UN CRITERIO C

CLASSIFICAZIONE

GRADO III (severa) colangite associata

all'insorgenza di disfunzione di almeno uno di seguenti organi

- Insufficienza cardiovascolare
- Disturbi della coscienza
- Insufficienza respiratoria (PaO2/FIO2 ratio < 300)
- Insufficienza renale (oliguria, creatinina sierica > 2 mg/dl)
- Insufficienza epatica (INR > 1,5)
- Disfunzione ematologica (piastrine < 100000/mm3)

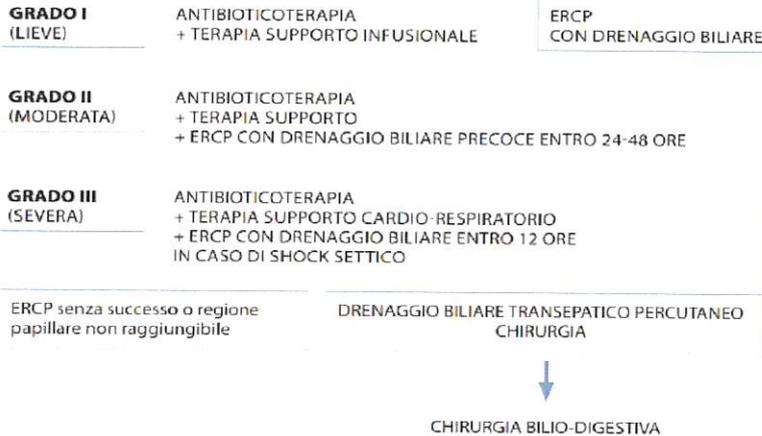
GRADO II (moderata) colangite associata ad

almeno due delle seguenti condizioni

- GB < 4000 o > 10000 x1000/µl
- TC > 39°C
- Età > 75 anni
- bilirubina totale > 5 mg/dl
- albumina < 0,7 limite valore inferiore norma

GRADO I (lieve) colangite acuta che non soddisfa i criteri di moderata-severa

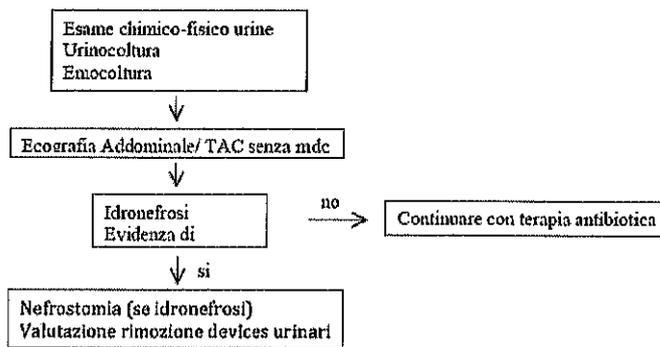
Non miglioramento



Sepsi a sospetta partenza urinaria

Se un catetere urinario rappresenta la fonte potenziale di infezione in un paziente con sepsi o shock settico, dovrebbe essere rimosso immediatamente. **La presenza di un'ostruzione del tratto urinario o di un'ostruzione renale in paziente con sepsi urinaria deve essere trattata entro 6 ore.** La procedura meno invasiva, come il posizionamento di stent ureterale, e da ritenere quella di prima scelta, sebbene non ci sia evidenza scientifica che sia superiore alla nefrostomia. Nei pazienti con pielonefrite va considerata anche l'opportunità di una nefrostomia.



Algoritmo stato clinico di urosepsi**Sepsi contestuale a fascite necrotizzante**

In caso di fascite necrotizzante/gangrena gassosa, si raccomanda l'intervento chirurgico urgente. Nel caso di infezioni necrotizzanti o ascessi dei tessuti molli, si raccomanda il drenaggio chirurgico in urgenza. Nei pazienti con l'evidenza od il fondato sospetto di fascite necrotizzante o infezioni ascessuali dei tessuti molli a rapida evoluzione necrotizzante, la pertinenza chirurgica è preminente in termini pratici, operativi e prognostici.

Il ricovero del paziente in ambito internistico potrebbe avere un ruolo critico nel ritardare il corretto approccio chirurgico tempo dipendente. Il paziente va pertanto ricoverato, anche sulla scorta degli score NEWS e SOFA, nell'area intensiva ed avviato al drenaggio chirurgico, consensualmente alle prime ed indispensabili procedure di stabilizzazione.

Il consulente infettivologo andrà coinvolto in tutti i casi in urgenza, per stabilire la terapia antibiotica ed antimicotica migliore, anche alla luce della disponibilità delle nuove molecole a profilo di sensibilità migliore per MDRO (ceftazidime/avibactam, ceftolozane/tazobactam, meropenem/vaborbactam, fosfomicina endovena, linezolid ed altre venturo), che possono essere impiegate in prima linea nelle more della caratterizzazione eziologica nei pazienti a più alto rischio di essere affetti da quadri settici da germi MDRO e la cui prescrizione è di pertinenza infettivologica.

Sepsi da catetere o dispositivo intravascolare e sepsi endocarditiche

Se un catetere intravascolare rappresenta la fonte potenziale di infezione in un paziente con sepsi o shock settico, dovrebbe essere rimosso prima possibile, previa introduzione di un nuovo dispositivo (BPS). Se si isola lo stesso microrganismo sia dal sangue periferico che da quello prelevato attraverso i lumi dei cateteri vascolari centrali, la probabilità che esso sia la causa della sepsi è significativamente maggiore. Inoltre, se la coltura prelevata attraverso il lume del catetere vascolare si positivizza molto più rapidamente della coltura del sangue periferico (per esempio > 2 ore) è probabile che il catetere sia la sorgente dell'infezione.

In assenza sia di shock settico che di infezione fungina, nei casi in cui la rimozione del catetere impiantato e tunnellizzato non sia praticabile, le infezioni possono essere trattate efficacemente con una prolungata

terapia antimicrobica. Il sospetto di una sepsi endocarditica va sempre valutato, oltre che nei pazienti con infezione di un dispositivo endovascolare, in tutti i pazienti con fonte sepsigena diversa e documentata fase batteriemia, specie con isolamento di germi a forte rischio di coinvolgimento valvolare (MSSA ed MRSA), per patogenicità intrinseca o produzione di slime. La possibile presenza di una endocardite va esclusa sempre prima di de-escalare o sospendere la terapia antibiotica associativa o la monoterapia mirata sulla scorta dell'isolato emoculturale, anche se le emocolture di sorveglianza siano negative.

7. MONITORAGGIO DEL PAZIENTE CON SEPSI/SHOCK SETTICO

Alla successiva valutazione del paziente con acclarato rischio di sepsi, così come a quella del paziente già degente in TI, si applica la periodica determinazione del SOFA score.

Il valore del SOFA score nelle prime 24 ore dall'ammissione in TI si è dimostrato un efficace strumento prognostico al pari dell'APACHEII o del SAPSII. Indipendentemente dal punteggio iniziale del SOFA un suo aumento nelle prime 48 ore di ricovero in TI è indicativo di un rischio di mortalità del 50%.

Nei pazienti con sospetta infezione e screening positivo per alto rischio (qSOFA ≥ 2 o NEWS $\geq 5-7$) è indicata la valutazione della concentrazione ematica di lattato anche qualora non sia presente ipotensione refrattaria ai fluidi per identificare una condizione precoce di ipoperfusione periferica.

La misurazione dei lattati consente infatti di identificare precocemente una condizione di ipoperfusione tissutale caratterizzata dall'attivazione della glicolisi anaerobia, anche in pazienti non ancora ipotesati. Un'elevata lattatemia è un importante e indipendente fattore prognostico negativo per i pazienti, e livelli sierici iniziali di lattato intermedi o elevati sono indipendentemente associati alla mortalità da sepsi.

Nei pazienti con ipotensione refrattaria ai fluidi è indicata la misura seriata del lattato ematico per identificare una condizione di shock e per valutare la sua evoluzione. Un aumento della concentrazione di lattato durante il trattamento del paziente con shock indica un elevato rischio di morte e la necessità di una revisione immediata delle strategie terapeutiche in atto.

Vista la correlazione tra livelli di lattato e rischio di morte ospedaliera dei pazienti è raccomandata una misurazione seriata di questo parametro allo scopo di monitorare il paziente, valutare la risposta alla terapia e guidare sue eventuali modificazioni.

Alcuni studi hanno mostrato come un protocollo di trattamento diretto a ridurre i livelli di lattato del 20% entro 2 ore dall'ammissione in TI abbia consentito di ridurre significativamente la mortalità ospedaliera. Una clearance rapida dei lattati appare fortemente associata alla sopravvivenza dei pazienti. Dal momento che la clearance del lattato è strettamente legata alla perfusione capillare può essere ritenuta un biomarker per valutare indirettamente il microcircolo, che risulta compromesso nel paziente con shock settico.



8. TRATTAMENTO

8.1 La terapia empirica della sepsi

L'appropriatezza della terapia antimicrobica, nella sua fase empirica, rappresenta un aspetto cardine nel processo di ottimizzazione della gestione del paziente critico con sospetta infezione.

La definizione di appropriatezza di una terapia si basa, in primo luogo, sulla verifica del profilo di sensibilità dei germi identificati per le molecole antibiotiche in uso. Tuttavia, un interesse sempre maggiore è affidato al rispetto dei principi di farmacodinamica e farmacocinetica, prendendo in considerazione la sede di infezione e le caratteristiche fisiopatologiche del paziente critico.

I dati di letteratura sono concordi nel sostenere la sicurezza delle pratiche di 'de-escalation', ovvero di riduzione dello spettro antimicrobico e del numero di antibiotici utilizzati alla luce delle risultanze colturali. Sono disponibili, invece, evidenze più deboli sulla durata ottimale della terapia antibiotica ed antifungina, che va contestualizzata in base alla tipologia di infezione, alle caratteristiche del paziente ed al suo andamento clinico.

Timing della terapia antibiotica

La terapia antimicrobica endovenosa va iniziata con tempestività, preferibilmente entro la prima ora dal riconoscimento dello stato di sepsi o shock settico. Le Linee Guida 2016 della Surviving Sepsis Campaign raccomandano che il target per l'inizio della terapia antimicrobica sia «*la prima ora dalla diagnosi di sepsi o shock settico*». È stato dimostrato, infatti, che ad ogni ora di ritardo nell'inizio del trattamento corrisponde in maniera quantificabile un incremento di mortalità e complicanze come insufficienza renale ed insufficienza respiratoria acuta ed un prolungamento della degenza in terapia intensiva ed ospedale.

La tempestività risulta di particolare rilevanza nello shock settico e nella meningite batterica, dove qualsiasi ritardo nella terapia antibiotica si associa ad un peggioramento sostanziale degli esiti.

Negli ultimi due anni la complessità del quadro è aumentata notevolmente, perché appare sempre più chiaro il dato che l'avvio della terapia antibiotica oltre che precoce deve di necessità essere appropriato allo scopo di poter migliorare la sopravvivenza dei pazienti. In questo senso, la scelta del corretto antibiotico può incidere sul raggiungimento dell'obiettivo ed è, pertanto, sempre più necessario che l'azienda si doti stabilmente di strumenti per una diagnosi molecolare sindromica del patogeno, specie nel paziente critico, in modo da favorire algoritmi di scelta quasi mirata del trattamento già nelle prime ore dopo l'instaurarsi del processo settico. Inoltre, è auspicabile che le ASL garantiscano una pronta disponibilità h24 di tutti gli antibiotici ed antimicotici.

Scelta della terapia antibiotica

Poiché la sepsi e lo shock settico sono emergenze mediche tempo-dipendenti, l'impostazione della terapia antimicrobica iniziale non può basarsi su criteri di «certezza», ma sul sospetto clinico. La ricerca metodica del focolaio di origine dell'infezione è essenziale per l'appropriatezza della scelta.

Il ricorso ad una terapia empirica ad ampio spettro, composta da uno o più antimicrobici, deve essere dotata di copertura verso tutti i possibili patogeni (batteri ed eventualmente virus e funghi) sia nella gestione della sepsi che dello shock settico.

La scelta della terapia empirica deve essere guidata da un'attenta ricerca della fonte settica più probabile. In caso di presenza di fattori di rischio per germi MDR o XDR (Extensively Drug-Resistant) è indicato il ricorso alla terapia di combinazione. Questa è una terapia antimicrobica polifarmacologica caratterizzata dall'associazione di due o più molecole, rivolte verso lo stesso microrganismo noto o sospetto, il cui obiettivo è quello di accelerare la clearance del microrganismo piuttosto che di ampliare lo spettro di copertura, come ad esempio ceftazidime/avibactam e fosfomicina per patogeni gram negativi. Generalmente comprende antimicrobici appartenenti a classi farmacologiche differenti e quindi dotati di diverso meccanismo di azione e quindi di blocco complementare (sinergico) della crescita batterica.

Fulcro della terapia empirica è una copertura ad ampio spettro che comprenda tutti i possibili responsabili della sepsi. Oltre a microrganismi di natura batterica, vanno considerati anche germi atipici, virus e funghi se ritenuti implicati nel processo infettivo; la probabilità dipenderà da fattori legati al paziente (assetto immunitario, comorbidità, terapia antibiotica pregressa, insufficienze d'organo preesistenti, fattori di rischio per germi multiresistenti), dal focolaio anatomico di infezione (profilo microbico specifico, grado di penetrazione dei farmaci in quella sede), dall'ambiente (infezione comunitaria o nosocomiale, epidemiologia locale). **Nel sospetto di germi multiresistenti è importante il ricorso alla consulenza infettivologica in urgenza.**

Nelle forme di sepsi a basso rischio di morte il ricorso alla terapia associativa è legato ad un aumento paradossale di mortalità e non è quindi consigliato.

È stato dimostrato invece che la terapia di combinazione sia associata ad una maggiore sopravvivenza nel paziente settico con alto rischio ed in particolar modo nello shock settico. Sebbene le evidenze scientifiche siano ancora limitate, ne è giustificato l'uso in quadri clinici complessi, specie se sono presenti fattori di rischio per germi Gram negativi XDR.

Principi essenziali di farmacocinetica e farmacodinamica della terapia antibiotica

La scelta del dosaggio dei farmaci antimicrobici somministrati nel trattamento della sepsi e dello shock settico deve essere basata sui principi di farmacocinetica e farmacodinamica e sulle proprietà specifiche dei singoli farmaci. Nell'impostazione della terapia antimicrobica empirica la scelta della modalità di somministrazione e della posologia/die hanno rilevanza pari rispetto alla scelta dello spettro di copertura antimicrobica. Pertanto, è indicato che vengano tenute in dovuta considerazione le caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche (tempo-dipendenza o concentrazione-dipendenza) e le schede tecniche di farmaci antimicrobici usati (stabilità della molecola una volta ricostituita e possibilità di utilizzo in infusione protratta o continua se opportune). Esempi di modalità di somministrazione sono riportati nella tabella di antibioticoterapia empirica, **Allegato B** al documento.

Vanno, inoltre, conosciute e soppesate alcune caratteristiche del paziente settico (variazione dei volumi di distribuzione fluidici intra ed extra vascolari, della funzionalità renale, della funzionalità epatica, sia metabolica che escretoria), che possono predisporre il paziente a tossicità da farmaco o al sotto-dosaggio, con conseguente fallimento terapeutico e selezione di ceppi batterici resistenti.



De-escalation della terapia antibiotica nella Sepsì

Una de-escalation della terapia antibiotica empirica è raccomandata non appena siano disponibili le risultanze microbiologiche ed il profilo di sensibilità dei germi isolati. Dati di letteratura, tuttavia, non esprimono ancora pieno consenso sulle regole pratiche di tale approccio di riduzione del numero di antibiotici, dello spettro o interruzione precoce della terapia.

Tali strategie di de-escalation sono state implementate anche in pazienti con infezioni intra-addominali complesse ad eziologia batterica e fungina frequentemente polimicrobica. La de-escalation antibiotica è risultata un approccio sicuro anche in questa tipologia di pazienti. In ogni singolo caso, comunque, è necessario tenere in considerazione tutti gli accorgimenti di farmacodinamica e farmacocinetica al fine di ottimizzare la penetrazione degli antibiotici utilizzati nella de-escalation nel sito d'azione.

Anche nella gestione della terapia antifungina è accettata una strategia di de-escalation, avviando nel paziente instabile un trattamento con echinocandine per poi introdurre un azolico quando l'isolamento fungino sia sensibile ed il paziente stabile. Tale approccio è stato recentemente confermato da un grande studio osservazionale condotto in pazienti critici non neutropenici, ove la terapia antibiotica è stata de-escalata entro i primi 5 giorni senza influenzare l'esito clinico finale.

8.2 Definizioni e fattori di rischio delle Resistenze antimicrobiche

La letteratura internazionale non è conforme nell'utilizzare un'unica definizione di Multi Drug Resistance, Extensive Drug Resistance e Pandrug Resistance. Allo scopo del presente documento vengono richiamate ed utilizzate le seguenti definizioni:

- Multi Drug Resistance (MDR) = resistenza acquisita a 3 o più classi di antimicrobici (almeno una molecola antimicrobica appartenente ad ognuna delle 3 classi);
- Extensive Drug Resistance (XDR) = resistenza acquisita a tutte le classi di antimicrobici (almeno una molecola antimicrobica appartenente ad ognuna delle classi) eccetto 2 o meno di due classi;
- Pandrug Resistance (PDR) = resistenza acquisita a tutte le classi di antimicrobici.

E' auspicabile che i dati degli isolamenti microbici confluiscono in un unico database aziendale informatizzato, che permetta un monitoraggio della frequenza dei principali microrganismi ALERT e delle resistenze microbiche in generale, al fine di favorire un aggiornamento costante dei criteri di scelta della terapia empirica basati sulla epidemiologia locale.

I fattori di rischio per l'antimicrobico resistenza sono di seguito elencati:

Caratteristiche di base	Età >65 anni	
	Diabete Mellito	
	BPCO	
	Uso di corticosteroidi	
	Immunosoppressione o patologia ematologica	
	Neutropenia	
	Neoplasia	
	Trapianto d'organo solido	
Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico		
Storia clinica recente	Recente o prolungata (>2 settimane) ospedalizzazione	
	Residenza in lungodegenza o Istituto riabilitativo	
	Recente chirurgia o trauma	
	Recente ricovero in ambiente Intensive	



	Antibioticoterapia <3 mesi precedenti	Cefalosporine, aminopenicilline, fluorochinoloni, carbapenemici, aminoglicosidi
	Pregressa colonizzazione con germi multiresistenti	Colonizzazione intestinale da ESBL o CRE, colonizzazione endotracheale da Pseudomonas Aeruginosa, colonizzazione generica da MRSA o Acinetobacter
	Ricorrenti infezioni delle vie urinarie	
	Presenza di device a permanenza	Catetere vescicale, PEG o digiunostomia, CVC o device intravascolari, SNG
	Ventilazione meccanica	

8.3 Durata della terapia antibiotica e monitoraggio dei livelli plasmatici degli antibiotici

In pazienti critici con sepsi o shock settico si considera adeguata una terapia antibiotica della durata di 7-10 giorni.

Sebbene non ci sia una chiara associazione con una variazione della mortalità, le terapie antibiotiche vanno contenute in durata ogni volta che questo sia possibile, al fine di evitare eventi avversi farmaco-relati, la selezione di germi multi-resistenti e la comparsa di superinfezioni.

Una durata prolungata della terapia antibiotica va considerata quando:

- il controllo della sorgente di infezione non è completo;
- la terapia antibiotica iniziale non è stata appropriata;
- sono coinvolti germi multi-resistenti;
- la sede di infezione non è facilmente raggiungibile dalle terapie in atto per ragioni di distribuzione tissutale.

Le terapie antibiotiche, inoltre, devono essere sospese non appena sia stata identificata la natura non infettiva di un processo patologico con SIRS (sindrome della risposta infiammatoria sistemica), tenendo conto che il numero dei globuli bianchi e la temperatura corporea possono essere alterati in numerose condizioni patologiche non infettive. Per converso, nelle batteriemie complicate, come le endocarditi, le infezioni di protesi, con persistenza di emocolture positive e/o evidenza di localizzazioni metafofali, in particolare **se è presente una infezione da *Staphylococcus aureus*, è necessario prolungare il trattamento antibiotico anche oltre le 6 settimane.** Lo stesso approccio viene adottato in caso di infezione invasiva da Candida, ove la durata della terapia non può essere inferiore alle 2 settimane dalla negativizzazione delle emocolture.

Inoltre, un determinante fondamentale per contenere la durata di una terapia antibiotica è la presenza di un sistema immunitario ben funzionante. Nei pazienti immunodepressi (neutropenici, sottoposti a terapie immuno-modulatorie con farmaci biologici o steroidee di lungo corso) una precoce interruzione della terapia antibiotica deve essere considerata con accortezza alla luce del rischio di recidive.

Il monitoraggio diretto dei livelli plasmatici di farmaci o Therapeutic Drug monitoring (TDM) è attualmente disponibile per molti degli antimicrobici di uso comune come aminoglicosidi, glicopeptidi, beta-lattamici, linezolid e chinoloni e per le molecole riservate al trattamento dei germi MDRO.

Il monitoraggio diretto dei livelli plasmatici dei farmaci può rappresentare un ausilio importante nelle mani del clinico in casi specifici.



8.4 La terapia di supporto del paziente settico

La somministrazione di liquidi è una tappa fondamentale nel trattamento della sepsi e dello shock settico e rappresenta una sfida terapeutica particolarmente complessa.

Diversi trials e linee guida raccomandano una rianimazione fluidica precoce nei pazienti con sepsi e shock settico, poiché l'ipovolemia può prolungare la durata dello shock e dell'ischemia organica, entrambi importanti fattori predittivi dell'exitus. Ad oggi non esiste in letteratura un consenso univoco sia per quanto riguarda la quantità che la qualità di fluido, oltre alla tempistica di somministrazione. Inoltre, l'estrema eterogeneità della presentazione clinica dei pazienti settici preclude la possibilità di considerare un approccio univoco per ogni singolo paziente. Una corretta fluido-terapia necessita dunque di essere personalizzata in base alle caratteristiche del paziente e alla continua rivalutazione della risposta alla terapia. Diversi studi, infatti, hanno trovato un'associazione tra eccesso di fluidi somministrati e aumento della mortalità nei pazienti con shock settico, portando a raccomandare un cauto approccio alla rianimazione fluidica. La latenza tra la diagnosi di sepsi e la somministrazione di fluidi è correlata a un peggioramento dell'outcome.

➤ **In caso di ipotensione/ipoperfusione indotta è indicata una terapia fluidica comprendente l'utilizzo di uno o più boli di cristalloidi (250-500 ml per ciascun bolo in massimo 15min), fino a raggiungere un minimo di 30 ml/Kg (peso corporeo ideale) nelle prime 3h.**

Le linee guida delle SSC indicano l'uso di un preciso volume di fluidi (30ml/kg) per pazienti con ipotensione/ipoperfusione. In letteratura vi sono poche evidenze che supportino l'utilizzo di un preciso volume di fluidi. E' preferibile quindi una strategia di infusione a boli ravvicinati con stretto monitoraggio della clinica e della responsività del paziente al trattamento. Recentemente è stato evidenziato come una somministrazione di fluidi superiore a 5 litri nelle prime 24 ore sia associata addirittura ad un aumento della mortalità indipendentemente dalla gravità delle condizioni del paziente. Tale limite non va ecceduto se non solo dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

➤ **La rianimazione emodinamica precoce deve prevedere il monitoraggio frequente di una combinazione di parametri clinici ed emodinamici (pressione arteriosa media, frequenza cardiaca, refill capillare, sensorio e concentrazione plasmatica dei lattati), senza la necessità di sistemi di monitoraggio avanzato.**

La valutazione continua e frequente della risposta al trattamento fluidico è essenziale. Questa deve comprendere un esame clinico generale e la valutazione delle variabili fisiologiche che possono descrivere le condizioni cliniche del paziente (frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione arteriosa di ossigeno, frequenza respiratoria, temperatura, diuresi).

In tutti i pazienti settici deve essere posizionato un catetere vescicale per poter valutare l'output urinario, un marker di adeguata perfusione renale e gittata cardiaca. L'output urinario normale in un adulto è 0,5 ml/kg/ora o più, equivalente a circa 30-50 ml/ ora per la maggior parte degli adulti. Oltre all'ipotensione e ai livelli elevati di lattato, l'oliguria sembra essere la causa principale per la somministrazione di fluidi nelle terapie intensive con attenzione al bilancio idrico.

- **La necessità di ripetere boli di cristalloidi deve essere stabilita in base alla valutazione clinica ed emodinamica, tenendo in considerazione l'eventuale ridotta riserva cardiaca-renale.**

Una adeguata valutazione della riserva cardiaca è fondamentale in quanto pazienti cardiopatici possono facilmente risultare non-responder anche a quantità moderate di fluidi.

- **Nei pazienti con sepsi o shock settico è indicato utilizzare soluzioni cristalloidi come fluidi di prima scelta sia durante la rianimazione fluidica iniziale che durante le successive fasi.**

Non è possibile consigliare una specifica tipologia di soluzione cristalloide in quanto i dati presenti in letteratura sono contrastanti. Uno studio before-after eseguito su pazienti ricoverati in Terapia Intensiva ha mostrato un aumentato tasso di insufficienza renale acuta con necessità di terapia renale sostitutiva quando i pazienti non venivano sottoposti ad un trattamento fluidico di tipo cloro-restrittivo. L'ipercloremia, quindi, deve essere evitata, e deve essere eseguito un monitoraggio dei livelli sierici di cloro indipendentemente dalla soluzione utilizzata.

- **L'albumina può essere utilizzata in aggiunta ai cristalloidi durante la fase iniziale di rianimazione ed ottimizzazione emodinamica in pazienti con sepsi o shock settico qualora sia necessario somministrare quantità elevate di cristalloidi.**

- **Le soluzioni colloidi contenenti amido idrossietilico (HES) non devono essere utilizzate per la fase di rimpiazzo volemico intravascolare e nella fase di ottimizzazione emodinamica in pazienti con sepsi o shock settico.**

Le soluzioni a base di amido idrossietilico (HES) sono colloidi che hanno sempre causato diversi dubbi riguardanti la loro sicurezza nei pazienti con sepsi.

- **In tutte le fasi della rianimazione emodinamica si devono prediligere le soluzioni cristalloidi rispetto alle gelatine.**

Mancano in letteratura studi di alta qualità che mettano a confronto l'utilizzo di gelatine con altri fluidi nei pazienti con sepsi o shock settico.

- **La fase di de-escalation che segue la fase di ottimizzazione deve minimizzare l'apporto fluidico e valutare l'eventuale necessità di un bilancio idrico negativo in caso di sovraccarico fluidico.**

- **In caso di refrattarietà alla somministrazione di 2-3 boli di cristalloidi e persistenza di ipotensione/ipoperfusione è indicato l'utilizzo precoce di farmaci vasoattivi che può iniziare parallelamente alla terapia fluidica.**



- **In caso di refrattarietà e persistenza di ipoperfusione dopo 2-3 boli è suggerito il monitoraggio della responsività alla somministrazione di fluidi.**

In assenza di monitoraggi avanzati l'ecocardiografia permette una valutazione sia della funzionalità cardiaca, spesso depressa nella fase di shock settico, sia del profilo emodinamico, così da guidare le strategie terapeutiche e di riempimento volemico. La valutazione ecocardiografica del paziente settico è fondamentale nella fase di inquadramento diagnostico. È noto che nel 35-50% dei pazienti settici è presente una fase ipocinetica caratterizzata da una disfunzione ventricolare sinistra con riduzione degli indici sistolici e dell'indice cardiaco. Anche la funzione del ventricolo destro può deprimersi in corso di sepsi sia per la miocardio-depressione propria di questa patologia sia per un aumento del post-carico. Nel paziente settico, soprattutto se portatore di protesi valvolare o se affetto da disfunzione delle valvole native, non bisogna trascurare la possibilità che il quadro settico sia conseguente a un'endocardite.

- **La noradrenalina deve rappresentare il farmaco vasoattivo di prima scelta qualora persista una condizione di ipoperfusione, nonostante l'inizio della somministrazione di una terapia fluidica.**

- **E' indicato il raggiungimento di un valore di pressione media arteriosa di 65 mmHg, valore target, che potrà essere successivamente personalizzato sulla base delle informazioni clinico-anamnestiche rilevate.**

- **La somministrazione di noradrenalina deve essere preferenzialmente effettuata attraverso un accesso venoso centrale, anche se, qualora non ancora disponibile, può essere iniziata attraverso un accesso venoso periferico.**

L'uso dei farmaci vasoattivi presuppone l'utilizzo di un monitoraggio invasivo della pressione arteriosa appena possibile. E' comunque necessario un monitoraggio della PA più volte in 1h (almeno 3).

- **Se persiste ipotensione o se il dosaggio necessario di noradrenalina risulta elevato, si suggerisce, in aggiunta, la somministrazione di un secondo farmaco vasoattivo, comprendente adrenalina o vasopressina (0,03 U/min). È raccomandato valutare la scelta di tale farmaco sulla base di un monitoraggio emodinamico avanzato.**

9. IL SETTING ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SEPSI/SHOCK SETTICO

Come evidenziato dalle nuove definizioni Sepsis-3, la sepsi rappresenta una condizione a rischio di rapida evoluzione, in cui il monitoraggio ed il supporto di una o più funzioni vitali può rendersi fondamentale in un lasso di tempo molto ristretto in qualunque area di degenza ospedaliera. La mortalità sepsi correlata può addirittura essere superiore nei casi di sepsi ad insorgenza ospedaliera. La presenza di comorbidità preesistenti rappresenta un fattore aggravante in termini di mortalità anche in risposta ai primi trattamenti, come la rianimazione volemica effettuata in soggetti con insufficienza renale cronica in Pronto Soccorso.



Evidenze scientifiche suggeriscono che la gestione di alcuni pazienti con sepsi e di tutti quelli con shock settico necessiti di un monitoraggio clinico avanzato. Nei casi di sepsi con uno o più danni d'organo di grado moderato-severo (SOFA score 3-4) la gestione del conflitto d'organo (come nel caso della rianimazione volêmica in permeabilizzazione polmonare) richiede un monitoraggio clinico più avanzato anche nelle fasi precoci e richiede la presa in carico delle possibili complicanze come la necessità di Intubazione Oro Tracheale (IOT)/Ventilazione Assistita Meccanica (VAM).

Le alterazioni emodinamiche osservabili in corso di shock settico (ipo/ipervolemia, alterazione della contrattilità cardiaca, ipoperfusione e alterazione del microcircolo) richiedono un monitoraggio cardiovascolare semi-invasivo/invasivo in continuo.

La diagnostica della fonte settica (per es. BAL, sedazione per puntura lombare etc) e/o l'eradicazione della stessa ove necessario (chirurgia, tecniche di drenaggio percutaneo) rappresentano spesso il trigger del deterioramento clinico in un quadro di meccanismi compensatori che caratterizzano le fasi precoci della sepsi anche in pazienti con anamnesi patologica remota (APR) silente. La valutazione dell'anamnesi remota (AR) ha l'obiettivo di: individuare il paziente a rischio evolutivo; stratificare il rischio di evoluzione; definire il percorso di cura/area di ricovero; partecipare all'iter multidisciplinare di cura.

In tutti i casi di sepsi/shock settico ad elevata complessità per incompleto controllo/eradicazione della fonte settica (per necessità di competenze ultra specialistiche e/o trattamenti specifici) è suggerito considerare il trasferimento presso ospedali che possano offrire tali competenze.

Il ricovero in Terapia Intensiva è indicato nelle seguenti situazioni:

- **In tutti i casi di sepsi con necessità di supporto respiratorio invasivo;**
- **In tutti i casi di sepsi con due o più danni d'organo (di cui il danno cardiovascolare e/o respiratorio con SOFA 3-4 o delta SOFA >2);**
- **In tutti i casi di sepsi con necessità di uno stretto monitoraggio (1-2h) e di periodiche rivalutazioni cliniche;**
- **In tutti i casi di shock settico.**

L'ultima versione delle linee guida della Sepsis Surviving Campaign del 2021 prevede il ricovero in aree di Terapia Intensiva o Subintensiva di tutti i pazienti con necessità di sostegno del circolo con infusione continua di inotropi.

Ad oggi non sono disponibili evidenze di letteratura sui criteri di ammissione in area di Terapia Subintensiva per i pazienti settici. Questo elemento è complicato dal fatto che esiste un'estrema eterogeneità nei modelli organizzativi e di conseguenza dei livelli di cura delle terapie subintensive.

Tuttavia, il DM 70 del 2 aprile 2015 in materia di *"Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"* dispone l'istituzione, in ogni ospedale sede di DEA, di posti letto di terapia subintensiva (TSI) anche a carattere multidisciplinare.

L'attività di TSI, da assicurare regolarmente in ogni presidio sede di DEA in base a quanto disposto da DM 70, è indispensabile per rispondere adeguatamente alla domanda sanitaria di molti pazienti critici, che



necessitano di un livello intermedio di intensità di cure. Le unità di TSI possono essere sia accorpate alle terapie intensive sia integrate in altre unità operative.¹

Il Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU nel report pubblicato nel 2020 evidenzia che, sulla base dei dati di attività delle unità di TSI attive sul territorio nazionale, circa la metà degli accessi risulta a carico dei pazienti con insufficienza circolatoria su base settica o ipovolemica.

In aggiunta, gli elementi descritti e documentati nel corso della pandemia da COVID-19 hanno messo in evidenza un aumentato ricorso alle attività svolte dalle unità di TSI. La regione Abruzzo con DGR n. 334/2020 ha recepito quanto disposto dal DL n. 34/2020, convertito nella Legge n. 77/2020, prevedendo la riconversione di 92 posti letto regionali di TSI, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità preesistenti di area medica per acuzie. Con il Piano di preparazione e risposta della regione Abruzzo ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023), di cui alla DGR n. 110 del 2022, è previsto un potenziamento strutturale, in caso di necessità causate da un patogeno influenzale pandemico, pari ad un incremento di 0,07 posti letto per 1000 abitanti di terapia semintensiva.

In definitiva, la TSI rappresenta una modalità di risposta clinica e organizzativa ad una domanda sanitaria specifica: quella dei pazienti ad alto rischio evolutivo o clinicamente instabili, ma senza indicazioni a ricovero in terapia intensiva.

10. LINEE DI INDIRIZZO ATTUATIVE DEL PDTA REGIONALE

Al fine di standardizzare la gestione della sepsi/shock settico su tutto il territorio regionale, le Direzioni Aziendali si impegnano a contestualizzare il PDTA regionale alle specifiche realtà aziendali, tramite la definizione di un Protocollo Clinico Organizzativo Aziendale. Tale approccio incide significativamente sul decorso clinico in termini di mortalità e morbilità.

A tal fine, è auspicabile che, all'interno delle ASL, si attivino **gruppi di lavoro aziendali** costituiti da: infettivologi, anestesisti-rianimatori, microbiologi, medici dell'emergenza-urgenza, medici di medicina interna, professionisti delle direzioni sanitarie ed infermieristiche, al fine di garantire un approccio multidisciplinare per la presa in carico del paziente settico.

Nello specifico, il gruppo di lavoro aziendale potrebbe perseguire almeno i seguenti obiettivi:

- Predisposizione del Protocollo Clinico Aziendale;
- Realizzazione di un database aziendale informatizzato, che permetta il monitoraggio della frequenza dei principali microrganismi ALERT e delle resistenze microbiche in generale.

Inoltre, considerato che per la realizzazione del percorso sepsi l'attività formativa rappresenta un'asse di attività necessario per l'aggiornamento delle conoscenze degli operatori sanitari, il gruppo tecnico aziendale dovrà provvedere alla realizzazione di un percorso formativo, rivolto agli operatori sanitari, i cui contenuti dovrebbero essere centrati sui "bundle" per la gestione della sepsi.

Di seguito si riportano i main-point del presente documento, che dovrebbero essere presi in considerazione all'interno dei singoli Protocolli Clinici Organizzativi Aziendali.

¹ DM 13 settembre 1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero".



Tabella 8. Main-point del documento.

<p>STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO NEI PAZIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilizzo sistematico dello score NEWS2 in reparto di degenza, ma anche all'ingresso in PS permette di stratificare il rischio nei pazienti.
<p>SETTING ASSISTENZIALE</p> <p>La sepsi e lo shock settico sono emergenze mediche tempo-dipendenti la cui gestione va collocata in appropriati setting assistenziali.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutti i pazienti con un punteggio NEWS2 ≥ 7 dovrebbero essere valutati dall'Anestesista Rianimatore per definire collegialmente i provvedimenti opportuni, il setting assistenziale appropriato e la frequenza di rivalutazione del paziente stesso. • Il ricovero in Terapia Intensiva è indicato nelle seguenti situazioni: <ul style="list-style-type: none"> - In tutti i casi di sepsi con necessità di supporto respiratorio invasivo - In tutti i casi di sepsi con due o più danni d'organo (di cui il danno cardiovascolare e/o respiratorio con SOFA 3-4 o delta SOFA >2) - In tutti i casi di sepsi con necessità di uno stretto monitoraggio (1-2h) e di periodiche rivalutazioni cliniche - In tutti i casi di shock settico - In tutti i casi di necessità di sostegno del circolo con infusione continua di inotropi
<p>TEMPISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'avvio della ricerca della fonte sepsigena deve essere effettuato entro 6-12 ore dalla diagnosi. • In caso di sospetta sepsi/shock settico è indicata l'esecuzione di colture microbiologiche il più precocemente possibile e non oltre la 1° ora dall'inizio della valutazione, comunque prima di iniziare la terapia antimicrobica. E' indicate, inoltre, l'esecuzione di almeno 2-3 coppie di emocolture (ovvero 4-6 flaconi). • La terapia antimicrobica endovenosa va iniziata con tempestività, preferibilmente entro la 1° ora dal riconoscimento dello stato di sepsi o shock settico.
<p>REQUISITI ORGANIZZATIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ogni Presidio Ospedaliero garantisce l'esecuzione in urgenza, 7 giorni su 7, degli esami del Pannello Sepsis. • Ogni ASL garantisce una pronta disponibilità h24 degli antibiotici ed antimicotici. • Ogni ASL attiva gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari.

11.INDICATORI

L'applicazione delle indicazioni, raccomandazioni e azioni proposte nel presente Documento Tecnico non può prescindere da un loro monitoraggio da attuarsi mediante la misurazione di un set di indicatori. Valutare un percorso significa capire quali siano gli elementi rilevanti del processo da evidenziare, come questi elementi si possano rilevare e misurare, come vadano interpretati e verso quali obiettivi occorra indirizzare la valutazione.

Per il monitoraggio vengono proposti indicatori di struttura e di esito. Attraverso i primi sarà possibile verificare la contestualizzazione delle linee di indirizzo regionali nelle realtà aziendali, mentre attraverso gli indicatori di esito è possibile evidenziare direttamente i risultati ottenuti, tipicamente rappresentati dalla mortalità conseguente a specifiche procedure.

- Recepimento del PDTA regionale da parte delle ASL, entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto deliberativo di Giunta Regionale;
- Protocollo clinico organizzativo aziendale, entro 60 giorni dal recepimento del PDTA da parte delle ASL;
- Organizzazione di almeno 1 evento formativo l'anno;
- Mortalità intra-ospedaliera per sepsi o shock settico;
- Sopravvivenza ad un anno da episodio di sepsi o shock settico.

Si puntualizza che gli indicatori sopra esposti verranno monitorati dall'ASR Abruzzo e potranno essere modificati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte da parte dei professionisti coinvolti nel percorso.



ALLEGATO A

Infezioni delle vie urinarie complicate			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, disuria, pollachiuria, stranguria, dolore lombare	Emocolture, esame chimico-fisico urine, urinocoltura	Ecografia ± TAC addome pelvi	Terapia antibiotica Nefrostomia (se idronefrosi) Valutazione rimozione <i>devices</i> urinari
Polmoniti gravi			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, tosse, dispnea	Emocolture, campionamento secrezione respiratorie (broncoaspirato/broncolavaggio), antigeni urinari per pneumococco/legionella, tampone per ricerca virus influenzale (periodo epidemico)	Rx torace ± TAC ± Ecografia toracica	Terapia antibiotica ± antivirale Drenaggio eventuale empiema pleurico
Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, eritema, dolore, edema, suppurazione/necrosi	Emocolture Esame microbiologico campione biotico	Eventuali Ecografia/Rx/TAC	Terapia antibiotica Valutazione chirurgica Valutazione terapia iperbarica
Infezioni intra-addominali complicate			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, dolore addominale, segni di sepsi	Emocolture Colture da drenaggi in sede <24 h	Ecografia /TAC addominale	Terapia antibiotica ± antifungina Valutazione chirurgica Valutazione radiologia interventistica
Infezioni del sistema nervoso centrale			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, alterazione stato di coscienza, segni di irritazione meningea	Emocolture Esame chimico e microbiologico del liquor	TAC cranio	Terapia antibiotica Drenaggio empiema subdurale Derivazione liquorale (idrocefalo)
Infezioni gravi associate a <i>devices</i> (CVC, protesi, PMK)			
<i>Segni e Sintomi</i>	<i>Diagnostica Laboratorio</i>	<i>Diagnostica Strumentale</i>	<i>Interventi</i>
Febbre, segni di sepsi/shock settico, flogosi locale	Emocolture Esame microbiologico eventuali secrezioni	TAC/Ecocardiogramma (in relazione al tipo di infezione, sede e gravità)	Terapia antibiotica ± antifungina Valutazione rimozione <i>device</i>

ALLEGATO B

Tabelle di antibioticoterapia empirica

Si specifica che le tabelle di antibioticoterapia empirica di seguito riportate possono essere soggette a modifiche correlate al continuo aggiornamento delle conoscenze scientifiche.

VIE AEREE

<p>Polmonite comunitaria</p> <p><u>Fattori di rischio per Pseudomonas</u> -ospedalizzazione recente -frequente (>4/anno) o recente terapia antibiotica (ultimi 3 mesi) -BPCO severa (FEV1<30%) -terapia steroidea (>10 mg/die prednisolone nelle ultime 2 sett)</p> <p><u>Fattori di rischio per MRSA</u> -insufficienza renale terminale -tossicodipendenza ev -influenza recente -terapia antibiotica recente (specialmente fluorochinoloni)</p>	<p><u>Nessun fattore di rischio</u> Amoxicillina/ac. clavulanico 2 g/8 h + Azitromicina 500 mg ogni 24 ore oppure Levofloxacina 750 mg ogni 24 ore</p> <p><u>Fattori di rischio per Pseudomonas</u> Ceftazidime 2 g/8h oppure piperacillina/tazobactam 4.5 g in 30 minuti poi 18 g in infusione continua per 24 ore + Levofloxacina 750 mg ogni 24 ore</p> <p><u>Fattori di rischio per MRSA</u> aggiungere Linezolid 600 mg/12 h (infusione in 1 ora) o Vancomicina</p>
<p>BPCO riacutizzata</p> <p>Fattori di rischio per Pseudomonas -ospedalizzazione recente -frequente (>4/anno) o recente terapia antibiotica (ultimi 3 mesi) -BPCO severa (FEV1<30%) -terapia steroidea (>10 mg/die prednisolone nelle ultime 2 sett)</p>	<p><u>Nessun fattore di rischio per Pseudomonas</u> Amoxicillina/ac. clavulanico 2 g/8 h oppure Levofloxacina 750 mg ogni 24 ore</p> <p><u>Fattori di rischio per Pseudomonas</u> Ceftazidime 2 g/8 h oppure Piperacillina/tazobactam 4.5 g in 30 minuti poi 18 g in infusione continua per 24 ore</p>
<p>Polmonite ab ingestis</p>	<p>Ceftazidime 2 g/8 h + Metronidazolo 500 mg/8 h</p>
<p>Polmonite nosocomiale</p> <p>Fattori di rischio per mortalità aumentata -necessità di supporto ventilatorio dovuto alla polmonite -shock settico Fattori di rischio per MRSA</p>	<p><u>No rischio mortalità elevata e nessun fattore di rischio per MDR</u> Ceftazidime/avibactam 2.5 g in 30 minuti poi 7.5 g in infusione continua per 24 ore oppure Ceftolozano/tazobactam 3 g/8 h</p> <p><u>No rischio mortalità elevata ma fattori di rischio per MRSA</u></p>



<p>-terapia antibiotica endovenosa nei precedenti 90 giorni -colture di screening positive per MRSA</p> <p>Fattori di rischio per MDR -terapia antibiotica endovenosa nei precedenti 90 giorni</p>	<p>Ceftazidime/avibactam 2.5 g in 30 minuti poi 7.5 g in infusione continua per 24 ore oppure Ceftolozano/tazobactam 3 g/8 h + Linezolid 600 mg/12 h (infusione in 1 ora) oppure Vancomicina</p> <p><u>Rischio mortalità elevata e fattori di rischio per MDR</u> Ceftazidime/avibactam 2.5 g in 30 minuti poi 7.5 g in infusione continua per 24 ore oppure Ceftolozano/tazobactam 3g/8h + Gentamicina 5-7 mg/kg ogni 24 ore + Linezolid 600 mg/12 h (infusione in 1 ora)</p> <p>oppure Vancomicina</p>
<p>VAP</p> <p>Fattori di rischio per MDR -terapia antibiotica endovenosa nei precedenti 90 giorni -shock settico al momento dell'insorgenza della VAP -ARDS precedente la VAP -ospedalizzazione ≥5 giorni prima dello sviluppo di VAP -trattamento renale sostitutivo acuto precedentemente l'insorgenza della VAP</p> <p>Fattori di rischio per MRSA -terapia antibiotica endovenosa nei precedenti 90 giorni</p>	<p><u>Nessun fattore di rischio per MDR</u> meropenem 2 g in 30 minuti poi 6 g in infusione continua per 24 ore ± Linezolid 600 mg/12 h (infusione in 1 ora) se fattori di rischio per MRSA</p> <p><u>Fattori di rischio per MDR</u> Ceftazidime/avibactam 2.5 g in 30 minuti poi 7.5 g in infusione continua per 24 ore + Gentamicina 5-7 mg/kg ogni 24 ore ± Linezolid 600 mg/12 h (infusione in 1 ora) se fattori di rischio per MRSA oppure Vancomicina</p>

INFEZIONE INTRA- ADDOMINALE

<p>Infezione intra-addominale comunitaria</p> <p>Fattori di rischio per ESBL -esposizione recente ad antibiotici (specialmente cefalosporine di terza generazione e fluorochinoloni nei precedenti 90 giorni) -comorbidità che richiedono terapia antibiotica -ospedalizzazione recente -residenza in casa di cura -età >65 anni</p> <p><i>*nei pazienti a rischio d'infezione da Enterococchi (immunodepressi o con recente esposizione antibiotica) considerare l'aggiunta di ampicillina 2 g/6 h se non in terapia con piperacillina/tazobactam o imipenem</i></p>	<p><u>Paziente non critico senza fattori di rischio per ESBL</u> Amoxicillina/acido clavulanico 2.2 g/6 h oppure Ceftriaxone 2 g ogni 24 ore + Metronidazolo 500 mg/6 h oppure Cefotaxime 2g/8 h + Metronidazolo 500 mg/6 h</p> <p><u>Paziente non critico con fattori di rischio per ESBL</u> Ertapenem 1 g ogni 24 ore oppure Tigeciclina 100 mg poi 50 mg/12h</p> <p><u>Paziente critico senza fattori di rischio per ESBL*</u> Piperacillina-Tazobactam: 4.5 g in 30 minuti poi 18 g in</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>infusione continua per 24 ore oppure Cefepime 2 g/8 h + Metronidazolo 500 mg/6 h</p> <p><u>Paziente critico e con fattori di rischio per ESBL*</u> Meropenem 1 g/8 h oppure Imipenem 1 g/8 h</p>
<p>Infezione intra-addominale nosocomiale</p> <p><u>Fattori di rischio per MDR</u> -esposizione recente ad antibiotici -residenza in casa di cura con catetere a permanenza -infezione addominale post-operatoria</p> <p><u>Fattori di rischio per Candida spp.</u> -Immunodepressione (neutropenia, terapia steroidea, chemioterapici, immunomodulatori) -chirurgia addominale recente -perdita anastomotica</p> <p><i>*In pazienti con fattori di rischio per enterococchi vancomicina-resistenti</i> - precedente colonizzazione o infezione da enterococchi - pazienti immunodepressi -pazienti con ricovero prolungato in terapia intensiva - precedente esposizione a vancomicina</p>	<p><u>Paziente stabile non critico</u> Piperacillina-Tazobactam 4.5 g in 30 minuti poi 18g in infusione continua per 24h</p> <p><u>Paziente stabile non critico con fattori di rischio per patogeni MDR</u> Ceftazidime/avibactam 2.5 g in 30 minuti poi 7.5g in infusione continua per 24h + Tigeciclina 100 mg poi 50 mg/12 h ± Fluconazolo 800 mg poi 400 mg ogni 24 h</p> <p><u>Paziente critico</u> Meropenem 1 g/8 h oppure Imipenem 1 g/8 h oppure Ceftolozano/tazobactam 3.0g/8h + metronidazole 500mg/6h + Teicoplanina 12mg/kg/12h X3 poi 12mg/kg/24h oppure Vancomicina oppure Linezolid 600mg/12h* oppure Daptomicina 8-10mg/kg ogni 24h* ± Capsosfungina 70mg x1 poi 50 mg ogni 24h oppure Anidalfungina 200 mg x1 poi 100 mg ogni 24 ore oppure Micalfungina 100 mg ogni 24 ore</p>

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

Comunitaria	<u>Senza sepsi</u> Amoxicillina/ac. clavulanico 2.2 g/6 h <u>Con sepsi</u> Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 ore + Amikacina 15 mg/kg die
Nosocomiale	<u>Senza sepsi</u> Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 ore + Amikacina 15 mg/kg die <u>Con sepsi</u> Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 ore + Amikacina 15 mg/kg die

SNC

Meningite batterica comunitaria *Desametasone: -10 mg/6 h x 4 giorni (0.15 mg/kg/6 h x4 giorni) -Somministrare con la prima dose di antibiotico o al massimo entro 4 ore dalla prima dose -Interrompere se agente eziologico differente da <i>S. pneumoniae</i> o <i>H.influenzae</i> Fattori di rischio per <i>Listeria monocytogenes</i> -diabete mellito -uso di farmaci immunosoppressivi -neoplasia -altre condizioni di immunodepressione	<u>Età < 18 anni*</u> Ceftriaxone 50 mg/kg/12 h (max 2g/12 h) oppure Cefotaxime 75 mg/kg/6-8 h + Vancomicina oppure Rifampicina 10 mg/kg/12 h(max 600 mg die) <u>Età 18-50 anni*</u> Ceftriaxone 4 g die (o 2 g/12h) oppure Cefotaxime 2 g/4-6 h + Vancomicina oppure Rifampicina 300 mg/12 h <u>Età >50 anni o 18-50 anni con fattori di rischio per Listeria*</u> Ceftriaxone 4 g die (o 2 g/12h) oppure Cefotaxime 2 g/4-6 h + Vancomicina oppure Rifampicina 300 mg/12 h + Ampicillina 2 g/4 h oppure Amoxicillina 2 g/4 h
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Meningite e ventricolite nosocomiali associate a procedure	Vancomicina + Ceftazidime 2 g/8 h oppure Cefepime 2 g/8 h oppure Meropenem 2 g/8 h o (in caso di allergia a beta-lattamici) Aztreonam 2 g/6-8 h
Encefalite virale	Aciclovir 10 mg/kg/8 h
Ascesso cerebrale/subdurale comunitario	Ceftriaxone 4 g die (o 2 g/12h) oppure Cefotaxime 2 g/6 h + Metronidazolo 500 mg/8 h
Ascesso cerebrale/subdurale nosocomiale (post-chirurgico)	Ceftazidime 2 g/8 h oppure Meropenem 2 g/8 h + Vancomicina

INFEZIONE CUTE E TESSUTI MOLLI

Infezioni non purulente: Fascite necrotizzante / gangrena di Fournier	Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6ore oppure Meropenem 2 g/8 h + Vancomicina oppure Linezolid 600 mg/12 h oppure Daptomicina 8-10 mg/kg/die + Clindamicina 600 mg/8 h
Infezioni purulente	Vancomicina oppure Linezolid 600 mg/12 h oppure Daptomicina 8-10 mg/kg/die
Infezione ferita chirurgica Fattori di rischio per MRSA -colonizzazione -precedente infezione da MRSA -ospedalizzazione recente -terapia antibiotica recente	<u>Intervento pulito, torace, capo, collo, estremità</u> Cefazolina 2 g/8 h oppure (fattori di rischio per MRSA) Vancomicina oppure Linezolid 600 mg/12 h oppure Daptomicina 8-10 mg/kg/die <u>Ferita perineale, intervento su trattogastrointestinale o genito-urinario</u> Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6ore + Vancomicina oppure Daptomicina 8-10 mg/kg/die



SEPSI DI ORIGINE NON NOTA

<p>Sepsi di origine non nota</p> <p>Fattori di rischio per <i>Candida spp.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -colonizzazione da Candida -esposizione ad antibiotici ad ampio spettro -chirurgia maggiore recente (specialmente addominale) -pancreatite necrotizzante -dialisi -NPT -terapia steroidea -CVC -dialisi 	<p>Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 ore</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Levofloxacina 750 mg die</p> <p>oppure</p> <p>Amikacina 15 mg/kg/die</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Linezolid 600 mg/12 h</p> <p>oppure</p> <p>Vancomicina</p> <p style="text-align: center;">±</p> <p>Caspofungina 70 mg x1 poi 50 mg ogni 24 ore</p> <p>oppure</p> <p>Anidalfungina 200mg x1 poi 100 mg ogni 24 ore</p> <p>oppure</p> <p>Micafungina 100mg ogni 24 ore</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SCHEMA POSOLOGICO VANCOMICINA

<p>Vancomicina</p> <p>Dose di carico:</p> <p><65 kg 1 g</p> <p>>65 kg 1.5 g</p>	<p>Infusione continua iniziale (sempre dopo dose di carico):</p> <p>GFR ml/min</p> <ul style="list-style-type: none"> • >50: 2 g die • 21-50: 1.5 g die • 10-20: 1 g die • <10: 500 mg die • CRRT: 1 g die 	<p>Misurare i livelli plasmatici ogni mattina con esami di routine. Target: 20-25 mcg/dl (interpretazione valida dopo almeno 4 h dall'inizio dell'infusione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤10: controllare se è stata somministrata dose di carico. In caso contrario, somministrarla e continuare infusione a stesso dosaggio. Se dose di carico già somministrata, ripetere dose di carico e aumentare dose giornaliera di 1 g • 10.1-15: aumentare dose giornaliera di 1 g • 15.1-20: aumentare dose giornaliera di 500 mg • 20-25: nessuna modifica della dose • 25.1-30: ridurre dose giornaliera di 500 mg (250 mg/die se dose attuale ≤500 mg/die) • >30: stop infusione per 6 h poi ridurre dose giornaliera di 1 g (250 mg/die se dose attuale ≤1g/d)
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

DGR n. 112 del 03/03/2023

OGGETTO: PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' – RETI DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE - PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI".



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del:	03/03/2023	
Presidente:	MARCO MARSILIO	
Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	PRESENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE



DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2024 SANITA' – RETI DELLE PATOLOGIE
NEURODEGENERATIVE - PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DEL
OGGETTO: DOCUMENTO TECNICO “PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI
PARKINSON E PARKINSONISMI”.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'art. 4, comma 1, lett. g) dell'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, che impone alle Regioni lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017;

DATO ATTO che con il citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ovvero il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche e l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 26 settembre 2017 n. 521 di recepimento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 421/2018 di recepimento del Piano Nazionale della cronicità;

DATO ATTO che con la predetta DGR 421/2018 è stato conferito alla Agenzia sanitaria regionale ASR Abruzzo espresso mandato per gli adempimenti di attuazione del Piano Nazionale Cronicità, in collaborazione con i competenti Servizi del Dipartimento Sanità;

RILEVATO che tra i detti adempimenti è prevista la definizione dei PDTA per le patologie oggetto di attenzione ai sensi del medesimo Piano Nazionale Cronicità;

RICHIAMATA la DGR n. 14 del 17 gennaio 2023 recante “*Presa d’atto e approvazione del “Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo”*”;

EVIDENZIATO che tra le azioni del predetto Programma operativo del SSR abruzzese è prevista, l’elaborazione e/o aggiornamento di documenti tecnici sulle patologie neurodegenerative, con il monitoraggio della relativa attuazione, a supporto della implementazione e del rafforzamento delle reti clinico - assistenziali di riferimento;

VISTO il Documento tecnico “**Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dei pazienti con malattia di Parkinson e parkinsonismi**”, che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante, trasmesso dall’A.S.R. Abruzzo con nota prot. n. 1328 del 14/12/2022, assunta al prot. RA/529998/22 del Dipartimento Sanità;

RILEVATO che il Documento, in attuazione della vigente normativa sanitaria, ha per obiettivo la definizione del percorso di gestione del paziente adulto affetto da malattia di Parkinson o Parkinsonismi, allo scopo di garantire un modello clinico-organizzativo che assicuri appropriatezza, efficacia ed efficienza nel rispetto dell’equità di accesso alle cure, ed omogeneità dei criteri di erogazione degli interventi nell’ambito del SSR abruzzese;

RILEVATO inoltre che il documento individua un modello di rete per la malattia di Parkinson e distingue quattro livelli di intervento di diagnosi e di gestione del paziente, da praticare a seconda della complessità e dello stadio della malattia, definendo per ciascuno di essi i principali compiti e funzioni delle strutture ospedaliere e territoriali coinvolte per le branche mediche interessate;

EVIDENZIATO che, ai sensi del medesimo Documento tecnico, entro sei mesi dall’approvazione dello stesso, le Aziende sanitarie locali sono tenute a declinare con proprio atto deliberativo l’assetto della rete della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi, in attuazione del predetto modello ivi stabilito;

RILEVATO altresì che il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale si articola nelle fasi di diagnosi, di terapia e di follow up, e distingue tra trattamenti di prima linea, di fase avanzata e di gestione delle comorbidità, descrivendo per ciascuna le professionalità coinvolte, le principali funzioni alle stesse riservate e gli strumenti di gestione terapeutica suggeriti;

EVIDENZIATO, inoltre, che il Documento Tecnico stabilisce indicatori di monitoraggio dell’adesione al PDTA da parte delle Aziende UU.SS.LL. regionali, la cui verifica è demandata all’ASR Abruzzo;

DATO ATTO che quanto previsto nel Documento tecnico si pone in funzione degli adempimenti richiamati nel sopracitato Programma operativo 2022-2024, ad implementazione e rafforzamento della rete clinica di riferimento, oltre che ad integrazione di quanto già dalla Regione programmato in attuazione del Piano nazionale della cronicità;

RITENUTO, per tutto quanto sopra detto, di approvare il Documento Tecnico Regionale “**Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dei pazienti con malattia di Parkinson e parkinsonismi**”, parte integrante e sostanziale del presente atto, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dell’uso corretto ed efficace delle risorse dedicate;

DATO ATTO che, ai fini della pubblicazione del presente provvedimento in applicazione degli adempimenti a garanzia della trasparenza di cui al D lgs 33/2013 e ss.mm.ii. non ci sono parti da omettere, e che pertanto la pubblicazione può essere effettuata in forma integrale;

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore regionale del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che il Direttore regionale esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, e ne attesta la conformità agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento Sanità;

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

- **DI PRENDERE ATTO E DI APPROVARE** il Documento Tecnico *“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dei pazienti con malattia di Parkinson e parkinsonismi”* parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- **DI STABILIRE** che le Aziende UU.SS.LL. provvedano alla attuazione formale e sostanziale del Documento tecnico in parola secondo le indicazioni contenute nel medesimo, nell’ambito della vigente programmazione socio-sanitaria e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- **DI PRECISARE** in particolare che entro sei mesi dalla adozione del presente atto le AASSLL regionali sono tenute a declinare con proprio atto deliberativo l’assetto della rete della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi, in attuazione del modello stabilito nel Documento tecnico allegato;
- **DI RINVIARE** espressamente al Documento tecnico in ordine a quant’altro nello stesso previsto;
- **DI AFFIDARE** il monitoraggio dell’attuazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dei pazienti con malattia di Parkinson e parkinsonismi all’Agenzia Sanitaria Regionale A.S.R. Abruzzo;
- **DI DARE ATTO** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che il medesimo atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Servizio *“Programmazione Socio-Sanitaria”* del Dipartimento Sanità, il quale è tenuto, a sua volta, a notificarlo all’Agenzia Sanitaria Regionale e alle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo per quanto di rispettiva competenza;
- **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

RESPONSABILE UFFICIO
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO ALLEGATI PARTE INTEGRANTE OMISSIS

Nome allegato: PDTA.pdf

Impronta 8F8483458AE21A52A4FE1810064A256536BD88374154EAF90716F92AF6EDC7D3



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

(Firmato digitalmente da)
MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 06/03/2023 13:16:51
Nr. di serie certificato: 5268348803568529325

(Firmato digitalmente da)
DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 06/03/2023 13:34:36
Nr. di serie certificato: 7714802313482283681



**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE
PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON
MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI**

REGIONE ABRUZZO





Direttore ASR Abruzzo
Dott. Pierluigi Cosenza

ASR Abruzzo

Dott.ssa Anita Saponari
Dott.ssa Giorgia Fragassi
Dott. Vito Di Candia

Gruppo Tecnico di Lavoro

Prof.ssa Simona Sacco
Referente ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Prof. Marco Onofri
Referente ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof. Stefano Sensi
Referente ASL Pescara

Dott. Paolo Cerrone
Referente ASL Teramo

Prof.ssa Lia Ginaldi
Referente regionale per la Medicina di Genere



INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. EPIDEMIOLOGIA.....	4
3. MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI	6
3.1 Definizioni e presentazione clinica	6
3.2 Fasi della malattia	8
4. LA MEDICINA DI GENERE E MALATTIA DI PARKINSON.....	10
5. LA RETE REGIONALE.....	14
5.1 Analisi di contesto	14
5.2 Livelli della Rete	16
6. DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE	17
6.1 Fase della diagnosi	19
6.2 Fase della Terapia.....	27
6.2.1 Trattamenti di prima linea	30
6.2.2 Terapie della fase avanzata.....	33
6.2.3 Gestione terapeutica dei sintomi non motori e comorbidità	37
6.3 Fase del Follow-up.....	40
7. PERCORSO RIABILITATIVO	42
8. APPROCCIO PALLIATIVO	44
9. IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI.....	46
10. INDICATORI	48



1. INTRODUZIONE

La Malattia di Parkinson (MP) è una patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale, tipicamente caratterizzata dalla presenza di sintomi motori cardinali quali bradicinesia, rigidità e tremore che, con l'evoluzione del quadro clinico, possono essere associati a instabilità posturale. La disabilità e la qualità di vita dei soggetti parkinsoniani è aggravata e penalizzata dalla coesistenza di sintomi non motori (disturbi cognitivi, depressione ed apatia, nonché disartria, disfonia, disfagia, disturbi della minzione, disturbi del sonno, stipsi, alterazione della termoregolazione e disturbi cardiovascolari), alcuni dei quali possono anche precedere la sintomatologia motoria.

Altre malattie possono manifestare sintomi di tipo parkinsoniano, rendendo frequentemente difficoltosa la diagnosi differenziale con la MP. Queste condizioni, genericamente note come *Parkinsonismi*, contemplano patologie di tipo neurodegenerativo (*Parkinsonismi atipici*) e patologie secondarie ad altre condizioni (*Parkinsonismi secondari*).

La complessità della patologia, pertanto, richiede un approccio assistenziale multidisciplinare e altamente integrato, a seconda delle circostanze e delle fasi di malattia, che necessita spesso di un gran numero di professionisti coinvolti (Medici di medicina generale, Neurologi, Fisiatri, Geriatri e Internisti unitamente ad altri specialisti di supporto come Cardiologi e Gastroenterologi, Fisioterapisti, Logopedisti, Infermieri, Nutrizionisti, Psicologi, sanitari coinvolti nell'assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali, ecc...).

Considerando la numerosità degli operatori interessati e la complessità degli interventi necessari alla presa in carico globale è indispensabile l'integrazione di queste attività tra il livello territoriale e ospedaliero con la predisposizione di una rete di servizi che garantisca la continuità assistenziale/riabilitativa.

Per garantire un processo di cura appropriato e personalizzato, la Regione Abruzzo intende definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata della MP, al fine di fornire a tutti gli attori coinvolti uno strumento omogeneo, condiviso, organizzativo, clinico ed assistenziale per il paziente e la sua famiglia. Il PDTA, di fatto, consente di definire la sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti. L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza, migliorando gli outcome delle cure, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

Il dettato normativo sul quale poggia il presente documento è dato dal DM 70/2015, recante: *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, secondo cui, all'art. 1, comma 2 devono essere assicurati percorsi diagnostici terapeutici (PDT)



su specifici problemi clinici, la cui gestione può avvenire sia all'interno della Rete Ospedaliera, presso i presidi che dispongono di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare sia presso altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT.

L'Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016 relativo al "Piano Nazionale della Cronicità", recepito con delibera G.R. n. 421 del 18 giugno 2018, sottolinea, altresì, la necessità di definire un disegno strategico per la gestione della cronicità e dei soggetti fragili. Il Piano individua, tra le diverse patologie croniche, anche la malattia di Parkinson e *Parkinsonismi*.

Obiettivo del presente documento tecnico regionale, realizzato in collaborazione con il Gruppo tecnico regionale di cui alla Delibera ASR n. 40 del 28.6.2022, è la definizione di un PDTA per la gestione del paziente adulto affetto da malattia di Parkinson o Parkinsonismi allo scopo di garantire un modello organizzativo in grado di assicurare appropriatezza, efficacia ed efficienza nel rispetto dell'equità di accesso alle cure e omogeneità di erogazione degli interventi su tutto il territorio regionale. Verranno, inoltre, definiti i Livelli assistenziali della Rete assistenziale integrata, che individua, nella cooperazione e collaborazione dello specialista Neurologo e del Medico di Medicina Generale (MMG), un convergente processo diagnostico – terapeutico, rendendo possibile la presa in cura omogenea a livello regionale e adeguata alle necessità del malato.

2. EPIDEMIOLOGIA

La misurazione accurata della prevalenza e dell'incidenza della MP è relativamente difficile per varie ragioni: (a) le manifestazioni cliniche della MP possono essere precedute da un lungo periodo di latenza e hanno una progressione clinica lenta; (b) l'accertamento dei casi può variare a seconda dell'offerta e delle opportunità di accesso ai servizi sanitari; (c) le variazioni osservate possono essere dovute a differenti criteri diagnostici e metodi di accertamento dei casi.

In Italia si stima che la prevalenza della MP vari da 70/100.000 a 260/100.000 abitanti. Tipicamente, la prevalenza aumenta con l'età, di solito con un picco nell'ottava decade e una lieve discesa nelle decadi successive. Il tasso di prevalenza è maggiore nel sesso maschile (con un rapporto fra maschi e femmine pari a 1,2-1,5 a 1).

L'incidenza di MP in Italia oscilla fra 5 e 10 nuovi casi su 100.000 abitanti all'anno, ma è possibile che i dati italiani siano sottostimati. In Europa, infatti, molti studi riportano incidenze di 15-20/100.000 abitanti/anno. Per comprendere l'effettivo rilievo epidemiologico della MP nella Regione Abruzzo è stata utilizzata una



metodologia basata sul tracciamento delle prescrizioni dei farmaci antiparkinsoniani (classe N04B), già validata in altri precedenti studi italiani ed internazionali ¹.

E' stata analizzata l'intera popolazione regionale di 1.273.660 abitanti, raccogliendo dati differenziabili in base al sesso, all'età e alla ASL di residenza. Calcolando il numero di soggetti con almeno cinque prescrizioni di farmaci antiparkinsoniani nell'anno 2019, i soggetti trattati con continuità sono risultati **7.754**, con un tasso grezzo di prevalenza di **6,09 casi per 1.000 residenti**, senza significative variazioni tra uomini e donna (**6,12 vs 6,06**) e con conferma della stretta correlazione con l'invecchiamento (**12,51** casi per 1.000 nella popolazione con più di 50 anni; **18,07** oltre i 60 anni; **26,72** oltre i 70 anni; **37,13** oltre 80 anni). Lo studio presenta limiti di specificità perché non discrimina i pazienti con MP idiopatica dalle altre forme di parkinsonismi. Tuttavia, come già proposto in precedenti studi basati sulla stessa metodologia, l'introduzione di un ulteriore coefficiente di correzione, sottraendo al totale una quota arbitraria del 20%, consente di calcolare circa **6.203** pazienti con MP nella Regione Abruzzo, pari ad un tasso di prevalenza di **4,87** casi su 1.000 abitanti, superiore a quella delle casistiche nazionali già disponibili.

La valutazione della prevalenza della MP per Provincia di residenza ha evidenziato un tasso grezzo di prevalenza maggiore nelle ASL di Chieti, Teramo e Pescara rispetto al tasso grezzo di prevalenza regionale, mentre il tasso grezzo di prevalenza per i residenti a L'Aquila risulta essere inferiore rispetto all'andamento regionale (5,83 vs 6,09) (Tabella 1).

Tabella 1. Casi prevalenti di MP per Provincia di residenza. Anno 2019.

Provincia di residenza	N. casi	Popolazione residente (31.12.2022)	Tasso grezzo x1.000 ab.
L'Aquila	1.683	288.439	5,83
Chieti	2.304	372.473	6,18
Pescara	1.925	313.346	6,14
Teramo	1.842	299.402	6,15
TOTALE REGIONE	7.754	1.273.660	6,09

¹ Regione Piemonte BU14 08/04/2021, codice A1413C. D.D. 26 marzo 2021, n. 442: "Indicazioni per lo sviluppo del Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA) Malattia di Parkinson".



3. MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

3.1 Definizioni e presentazione clinica

Il termine sindrome parkinsoniana descrive una sindrome caratterizzata da rigidità, tremore, bradicinesia e sintomi non motori, di cui la MP è la causa principale.

I termini MP familiare o parkinsonismo familiare sono utilizzati per indicare forme a trasmissione autosomica dominante (con vario grado di penetranza) ed autosomica recessiva.

Il termine parkinsonismo degenerativo atipico si riferisce a condizioni in cui i segni parkinsoniani sono associati ad altri segni clinici configurando un quadro clinico più grave; comprendono la demenza con corpi di Lewy, l'atrofia multisistemica, la paralisi sovranucleare progressiva e la degenerazione cortico-basale.

Il termine parkinsonismo secondario si riferisce a sindromi extrapiramidali da cause note (es.: parkinsonismo iatrogeno).

Sebbene la maggior parte dei casi di MP idiopatica sembri essere di tipo sporadico, evidenze sempre maggiori indicano un ruolo importante dei fattori genetici. I geni coinvolti e al momento noti sono 11, di cui sei realmente identificati: Park-1 (alfa-sinucleina), Park-2 (parkina), Park-5 (ubiquitina idrolasi), Park-6 (Pink1), Park-7 (Dj-1), Park-8 (Lrrk2).

La mutazione di α -sinucleina è alla base di una forma autosomica dominante non frequente di MP con caratteristiche particolari in relazione alla precoce età di esordio e alla rapida progressione dei sintomi. Le mutazioni del gene parkina sono alla base di una forma autosomica recessiva con esordio precoce caratterizzata da una particolare propensione a sviluppare discinesie farmaco indotte e distonia focale. La mutazione del gene DJ1 è responsabile di una forma autosomica recessiva ad esordio precoce a progressione lenta, con ottima risposta alla levodopa, elevata incidenza di complicanze psichiatriche e distonia focale. La mutazione del gene PINK1 causa una forma autosomica recessiva ad esordio tra i 30 e 50 anni, clinicamente simile alla malattia della parkina. Infine, la mutazione del gene LRRK2, codificante per la proteina dardarina, sarebbe responsabile de 5-6% di tutte le forme familiari e dell'1-2% delle forme apparentemente sporadiche. Il fenotipo associato alle mutazioni di tale gene sembra alquanto sovrapponibile alla forma tipica di MP idiopatica con esordio dopo i 50 anni.

La MP ha un decorso cronico, con un ampio spettro di quadri evolutivi, tale per cui un soggetto può presentare manifestazioni cliniche diverse rispetto ad altri a parità di anni di durata della malattia.

L'esordio è di solito insidioso ed aspecifico, con episodi depressivi, astenia o disturbi della sensibilità olfattiva e alterazioni del sonno, che precedono la comparsa dei cosiddetti sintomi cardinali della malattia, ovvero



rallentamento psicomotorio, globale o segmentario, rigidità e tremore a carico degli arti, solitamente asimmetrici. L'instabilità posturale compare di solito nelle fasi più avanzate di malattia, mentre è generalmente assente all'esordio della malattia.

Nel tempo possono comparire altri sintomi quali: distonie, discinesie, alterazioni posturali del tronco, disfonia, freezing della marcia e instabilità posturale. Si associano ad essi i disturbi non motori quali: disfagia, disturbi del controllo sfinterico, disturbi cognitivo-affettivo-comportamentali, disturbi del sonno che, benché spesso presenti fin dalle prime fasi di malattia, acquistano un significato invalidante solo nelle fasi più avanzate.

I reperti anatomo-patologici evidenziano principalmente la riduzione dei neuroni dopaminergici della sostanza nera mesencefalica, con la presenza dei tipici corpi inclusi citoplasmatici (corpi di Lewy). La diagnosi di certezza di MP idiopatica necessita della valutazione autoptica; tuttavia, la storia clinica e l'esame obiettivo del paziente permettono al neurologo esperto di predire con un notevole grado di accuratezza la diagnosi autoptica.

La bradicinesia, sintomo cardinale fondamentale per il sospetto diagnostico di sindrome parkinsoniana, si manifesta inizialmente come riduzione della destrezza manuale con difficoltà ad eseguire compiti motori fini quali allacciare i bottoni della camicia oppure nella scrittura (micrografia). Vi è una riduzione delle sincinesie pendolari degli arti superiori durante la marcia. La bradicinesia progredisce poi fino ad interferire con tutti gli aspetti della vita quotidiana, in particolare con la deambulazione ed i passaggi posturali quali alzarsi da una sedia oppure girarsi nel letto.

Il tremore a riposo è di particolare importanza, poiché costituisce il sintomo d'esordio nel 70% dei casi di MP. Esordisce tipicamente da un solo lato, presenta una bassa frequenza di oscillazione (4-6Hz), coinvolge prevalentemente le dita della mano.

La rigidità viene percepita dall'esaminatore come aumentata resistenza alla mobilizzazione passiva delle articolazioni nel loro movimento completo di escursione; si caratterizza qualitativamente come "ipertono plastico". E' inoltre possibile apprezzare una sensazione di breve e regolare interruzione del movimento durante la mobilizzazione passiva, definita come "ruota dentata" o "troclea", corrispondente ad un tremore sub-clinico.

La marcia a piccoli passi con trascinarsi dei piedi è un sintomo tipico della MP. Il cammino "festinante" deriva dalla combinazione di una postura in flessione (camptocormia) e dalla progressiva perdita dei riflessi posturali, che provoca l'accelerazione del paziente nel tentativo di "raggiungere" il proprio centro di gravità, che si sposta anteriormente. Il caratteristico fenomeno del "freezing" ("congelamento") della marcia si



osserva solitamente all'inizio del cammino ("start hesitation") e/o nel cambio di direzione o nell'attraversamento di spazi stretti.

La presenza di una instabilità posturale, che deriva da una progressiva perdita dei riflessi posturali, che generalmente si manifesta nel primo anno di malattia, è fortemente suggestiva per una diagnosi non di MP, ma di parkinsonismo degenerativo atipico.

3.2 Fasi della malattia

La progressione dei sintomi nella MP è variabile e non prevedibile nel singolo caso. Viene schematicamente suddivisa in alcune fasi.

1. **Fase prodromica:** stadio di malattia che precede l'insorgenza dei sintomi motori e quindi la diagnosi, che secondo alcuni studi potrebbe durare anche molti anni. Attualmente non è ancora possibile individuare con certezza tali soggetti, anche se è di crescente importanza porre attenzione ad alcuni sintomi non motori (depressione, disturbi del sonno, stipsi, iposmia), che potrebbero precedere lo sviluppo completo della malattia.
2. **Fase iniziale:** comprende il periodo tra l'esordio dei sintomi motori fino alla comparsa delle fluttuazioni motorie.
3. **Fase intermedia:** dalla comparsa delle iniziali lievi prevedibili fluttuazioni motorie fino alla fase avanzata.
4. **Fase complicata:** in questa fase la risposta terapeutica ai farmaci antiparkinsoniani non consente di ottenere un adeguato compenso funzionale del quadro clinico. I pazienti in tale fase possono manifestare gravi complicanze motorie (fenomeni on-off, discinesie) e non motorie. In questa fase possono anche comparire disturbi cognitivi, psichici e disautonomici. I criteri per la definizione della MP in fase complicata sono riportati di seguito (Tabella 2).

Tabella 2. Criteri per la definizione di Malattia di Parkinson complicata.

- Un solo sintomo definito è sufficiente per identificare la fase avanzata di malattia, un sintomo probabile identifica il livello di probabilità ed un sintomo possibile identifica il livello di possibilità;
- L'associazione di due sintomi probabili, di aree diverse, corrisponde ad un sintomo definitivo;
- L'associazione di un sintomo possibile di area motoria o non motoria correlati alla malattia con un sintomo possibile di aree cognitive e neuropsichiatrica corrispondono ad un sintomo probabile.

Sintomi	Caratteristiche generali	Disabilità	Sintomi motori correlati alla terapia	Sintomi motori correlati alla malattia	Sintomi non motori correlati alla malattia	Sintomi cognitive e neuropsichiatrici
Definitivi		Necessità di aiuto per le ADL	Fasi off >25% con limitazioni, ma non aiuto per le ADL	Disfagia grave Cadute ricorrenti		Demenza
Probabili	Durata di malattia (circa 10 anni)	Limitazioni, ma non aiuto per le ADL	Disabilità da discinesie con fasi on > 25%	Disfagia moderata Freezing della marcia Disartria grave o moderata		Allucinazioni senza consapevolezza
Possibili				Instabilità posturale Disturbi di equilibrio	Disautonomia sintomatica (ipotensione ortostatica) Eccessiva sonnolenza diurna	Apatia grave o moderata Allucinazioni con consapevolezza Sintomi psicotici Deterioramento cognitivo di grado lieve

Fonte: Maria-Rosario Luquin, Jaime Kulisevsky, Pablo Martinez-Martin, Pablo Mir and Eduardo S. Tolosa "Consensus on the Definition of Advanced Parkinson's Disease: a neurologists-based Delphi Study (CEPA Study)", *Parkinson's Disease*, vol. 2017, Article ID 4047392, 8 pages, 2017.

I sintomi non motori possono essere presenti nella fase prodromica ed iniziale della MP. Col progredire della malattia nella fase intermedia, gli stessi sintomi non motori persistono, anche se spesso appaiono meno rilevanti rispetto al corteo sintomatologico motorio cardinale ed in molti casi vengono sottovalutati o addirittura ignorati dal paziente stesso. Nella fase avanzata della MP i sintomi non motori assumono nuovamente un grande rilievo e costituiscono in molti casi le cause di maggiore sofferenza e compromissione della qualità della vita dei pazienti. I sintomi non motori della MP comprendono manifestazioni correlate con il processo neurodegenerativo (sintomi non motori propri della MP), ma anche manifestazioni correlate ai trattamenti farmacologici, alla disabilità e alle sue conseguenze sulla vita quotidiana (complicanze della malattia). Tra le complicanze non motorie più comuni dovute al trattamento dopaminergico troviamo la nausea, l'ipotensione ortostatica, la sonnolenza diurna, i disturbi comportamentali di tipo compulsivo, i sintomi psicotici, gli edemi periferici e la perdita di peso. In considerazione della ridotta consapevolezza dei

pazienti rispetto ai sintomi non motori è importante che lo specialista di riferimento, nell'ambito dell'attività di monitoraggio dell'andamento della malattia, li riconosca e predisponga un trattamento appropriato, spesso determinante nel prevenire ulteriori complicanze o necessità di interventi urgenti e ricovero.

Sin dagli stadi iniziali della malattia si possono poi manifestare lievi modificazioni delle capacità cognitive, principalmente relative a disfunzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale. E' possibile una progressione negli stadi più avanzati della malattia verso una forma di deterioramento cognitivo, a volte caratterizzato da un andamento fluttuante.

La scala di Hoehn e Yahr è comunemente utilizzata per definire lo **stadio clinico del paziente affetto da MP**. Essa comprende cinque stadi principali e due stadi intermedi, come di seguito riportati:

STADIO	DESCRIZIONE
Stadio 1	Interessamento unilaterale, disabilità minima o assente
Stadio 1,5	Coinvolgimento unilaterale e assiale
Stadio 2	Coinvolgimento bilaterale senza compromissione dell'equilibrio
Stadio 2,5	Coinvolgimento bilaterale ed iniziale disturbo della stabilità posturale
Stadio 3	Sintomi bilaterali, modesta disabilità con riflessi posturali peggiorati, fisicamente autosufficiente
Stadio 4	Grave disabilità; ancora in grado di camminare o mantenere la stazione eretta senza assistenza
Stadio 5	Paziente costretto a letto o utilizzo di sedia a rotelle

Al fine di ottenere una valutazione quantitativa più dettagliata e sintetica dei principali sintomi motori e non motori, delle complicanze della malattia e del livello di qualità della vita si propone l'impiego della scala UPDRS nella versione aggiornata dalla Movement Disorders Society (MDS-UPDRS).

4. LA MEDICINA DI GENERE E MALATTIA DI PARKINSON

Il genere è un determinante importante dello sviluppo e dell'espressione fenotipica della MP. Il rischio di sviluppare la MP è due volte più alto negli uomini rispetto alle donne, le quali hanno però un tasso di mortalità più elevato e una progressione più rapida della malattia. I sintomi motori e non motori, la risposta ai trattamenti, la valutazione personale della qualità di vita e i fattori di rischio della malattia differiscono tra uomini e donne. La MP nelle donne inizia più tardi e con un fenotipo più benigno, probabilmente a causa dell'effetto protettivo degli estrogeni. Tuttavia, con il progredire della malattia, le donne con MP corrono un rischio maggiore rispetto agli uomini di sviluppare complicazioni correlate al trattamento, come discinesie e fluttuazioni motorie e non motorie. Una diagnosi di MP con demenza, benché più frequente nel sesso maschile, ha un impatto maggiore sull'aspettativa di vita delle donne rispetto agli uomini. Un basso indice di



massa corporea è fortemente associato a un tempo di sopravvivenza ridotto, ma questa riduzione è significativa solo nei maschi. Le modificazioni ormonali legate all'età, nonché una varietà di fattori esterni condizionati dal genere, compresi stili di vita, aspettative di ruolo e atteggiamenti sociali, contribuiscono ulteriormente alle differenze nel rischio, nel decorso e nell'esito della MP. Considerare quindi le differenze di genere può avere un impatto sulle strategie per la gestione dei pazienti parkinsoniani, per identificare i casi prodromici e per personalizzare meglio il trattamento.

Sintomi motori

Per quanto riguarda il fenotipo clinico, lo studio FRAGAMP (Fattori di Rischio Ambientali e Genetici Associati alla Malattia di Parkinson) condotto nell'Italia centro-meridionale per valutare il possibile ruolo dei fattori di rischio ambientali e genetici della MP ha evidenziato come all'esordio le donne hanno 2 anni in più degli uomini. L'età di esordio nelle donne è correlata positivamente con la durata della vita fertile, confermando che fattori biologici, come lo stato estrogenico, contribuiscono alle differenze di genere nella MP. Le donne affette da MP manifestano più spesso come sintomo di esordio il tremore, la cui dominanza è associata a un declino più lento sulle scale motorie, e hanno un minor coinvolgimento delle fibre nigro-striatali, documentato anche dai dati di neuroimaging. Una progressione più grave e una maggiore rigidità caratterizzano i pazienti di sesso maschile, mentre le femmine hanno una maggiore propensione a sviluppare instabilità posturale, tanto che il sesso femminile è tra i predittori del rischio di cadute. Il sesso femminile è soprattutto uno dei più importanti predittori indipendenti di discinesia indotta da levodopa.

I pazienti maschi, durante la progressione della malattia, hanno un rischio maggiore di sviluppare la camptocormia (anomala flessione in avanti del tronco). Il sesso maschile è stato anche associato allo sviluppo e alla progressione del congelamento della marcia (freezing), sintomo invalidante ed importante predittore di cadute, perdita di indipendenza e riduzione ulteriore della qualità di vita dei pazienti. Il "freezing" nei pazienti con MP è correlato con la diminuzione della densità minerale ossea. Pertanto, i pazienti con MP e congelamento della marcia dovrebbero essere sottoposti a screening per l'osteoporosi, soprattutto se di sesso femminile, in quanto sono proprio le donne ad essere maggiormente a rischio di osteoporosi e di cadute.

Sintomi non motori

Le donne tendono a presentare una disabilità non motoria globale più elevata rispetto agli uomini. Sintomi neuropsichiatrici, depressione ed ansia sono più frequenti e gravi nelle donne affette da MP rispetto agli



uomini. L'apatia e la perdita della libido sono invece più comuni negli uomini. Gli uomini con MP hanno anche maggiori probabilità rispetto alle femmine di manifestare comportamenti sessuali compulsivi, che rappresentano una complicanza non motoria spesso sotto diagnosticata, disturbo del controllo degli impulsi, come la rabbia emotiva e problemi urinari. La maggiore durata di malattia ed i punteggi più alti alle scale di ansia e depressione si associano nelle donne ad una scarsa qualità del sonno, con una maggiore frequenza di insonnia, incubi e sonnolenza diurna.

Lo studio PRIAMO ha rilevato una significativa prevalenza complessiva di sintomi psichiatrici nelle donne, le quali manifestano anche affaticamento e sintomi cardiovascolari di maggiore gravità. Questa osservazione suggerisce che l'ansia e i sintomi autonomici cardiovascolari possono sovrapporsi, con un possibile peggioramento reciproco dei due disturbi.

Le donne affette da MP hanno maggiori probabilità di sviluppare dolore cronico. Il dolore muscoloscheletrico, prevalentemente spinale-paravertebrale, è la forma dominante nello spettro del dolore cronico associato a MP e la sua intensità è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

I maschi con MP hanno capacità cognitive generali peggiori e il sesso maschile è considerato un importante fattore predittivo del decadimento cognitivo nella MP. Le donne superano gli uomini nelle valutazioni cognitive globali e nel dominio della memoria, ma ottengono risultati inferiori nel dominio visuo-spaziale. Il sesso maschile, insieme all'età, all'allele $\epsilon 4$ del gene dell'apolipoproteina E (APOE $\epsilon 4$) e ad un livello di istruzione inferiore, si associa a prestazioni cognitive più scarse in pazienti con MP fin dalle prime fasi di malattia.

Le disfunzioni gastrointestinali sono più comuni nelle donne. E' stato dimostrato un aumento associato alla malattia di numerosi mediatori immunitari e dell'angiogenesi, ma solo nelle feci delle pazienti di sesso femminile con MP. Le pazienti con MP di sesso femminile hanno anche una maggiore predisposizione a sviluppare disfagia, mentre i pazienti di sesso maschile sono più inclini a manifestare scialorrea grave.

Alcuni sintomi non motori che caratterizzano la fase premotoria ed iniziale della malattia, come anomalie gusto/olfattive ed apatia, colpiscono prevalentemente i maschi. Anche il disturbo comportamentale del sonno REM, importante sintomo prodromico delle sinucleinopatie neurodegenerative, è considerato marcatore predittivo della diagnosi di MP prevalentemente negli uomini. Tuttavia, il fatto che le donne presentino tale disturbo in forma generalmente meno grave rispetto agli uomini, le rende meno inclini a presentarsi per cure mediche, e ciò potrebbe aver introdotto un bias negli studi sulla sua prevalenza di genere.

Il genere influenza anche il modo in cui i sintomi clinici impattano sulla qualità di vita (QoL) dei pazienti con MP e sulla loro capacità di svolgere le attività della vita quotidiana, di partecipare alle attività sociali e di

accedere alle cure mediche. Nel complesso, le donne con MP hanno meno supporto sociale e più disagio psicologico rispetto ai maschi, e riferiscono QoL peggiore. Lo screening e la gestione del disagio psicologico e dell'ansia, in particolare per le donne, dovrebbero quindi essere implementati come parte della cura clinica del MP.

Implicazioni di genere nella terapia

Nonostante le donne tendono a soffrire maggiormente degli effetti collaterali dei farmaci attualmente disponibili, sono ancora pochi gli studi condotti per indagare l'efficacia comparativa e la tolleranza delle terapie farmacologiche per la MP nei diversi sessi.

Le donne presentano una maggiore biodisponibilità e livelli inferiori di clearance di levodopa. L'età e il sesso maschile hanno un significativo effetto protettivo sulla suscettibilità alla discinesia indotta da levodopa. A parità di schema terapeutico con agonisti della dopamina e di LEDD (levodopa equivalent daily dose), le donne con MP sono più inclini a sviluppare discinesie correlate al trattamento rispetto agli uomini. Pertanto, un LEDD inferiore potrebbe essere raccomandato nelle donne con MP come parte delle strategie di trattamento genere specifiche della malattia. Dopo l'inizio della terapia dopaminergica, anche le fluttuazioni non motorie legate all'umore (ansia, cambiamenti di umore e dolore) sono prevalenti nelle donne. Nonostante questa differenza, le donne con MP non ricevono trattamenti diversi rispetto agli uomini, e le fluttuazioni non motorie nel sesso femminile rimangono per lo più sotto trattate.

I pazienti maschi con MP ricevono più spesso prescrizioni di farmaci antipsicotici, nonostante i sintomi psichiatrici siano più comuni nel sesso femminile, probabilmente perché i pazienti maschi sono più inclini a diventare aggressivi e più difficili da assistere rispetto alle donne, specie quando la malattia è complicata da allucinazioni e psicosi gravemente disabilitanti.

La stimolazione cerebrale profonda del nucleo subtalamico è stata proposta come uno strumento terapeutico promettente per la gestione delle posture anormali del tronco e del collo che più comunemente colpiscono i pazienti in stadio avanzato di malattia. Il sesso maschile è stato identificato come predittore del miglioramento indotto dalla stimolazione cerebrale profonda nella camptocormia.

Gravidanza e allattamento

La MP non aumenta di per sé il rischio di aborto spontaneo o complicazioni alla nascita. La riduzione o la sospensione del trattamento dopaminergico può avere un ruolo nel peggioramento dei sintomi



parkinsoniani. Per quanto riguarda il trattamento antiparkinsoniano, non esistono linee guida specifiche. La levodopa è considerato il trattamento di prima linea nelle donne in gravidanza con MP. Sebbene la levodopa attraversi la placenta e sia metabolizzata dal feto, non è stata associata a complicanze alla nascita o teratogenicità. Gli scarsi dati sull'allattamento al seno suggeriscono di non allattare durante l'assunzione di farmaci. Grazie alla sua efficacia sullo stato psicomotorio e sul risparmio dei farmaci, la stimolazione cerebrale profonda è un'opzione ritenuta sicura nella gestione delle giovani donne parkinsoniane che desiderano una gravidanza.

5. LA RETE REGIONALE

5.1 Analisi di contesto

L'ASR Abruzzo ha provveduto ad effettuare una ricognizione, con il supporto del Tavolo Tecnico e per il tramite delle Direzioni Sanitarie, relativa ai centri territoriali ed ospedalieri che prendono in carico i pazienti affetti da MP. I risultati di tale rilevazione sono riportati di seguito (Tabella 3).



Tabella 3. Ricognizione dell'attuale offerta regionale.

ASL	OSPEDALE				TERRITORIO
	Presidi	Presenza di U.O. di Neurologia/Ambulatori	Procedure DBS	Terapie farmacologiche avanzate	Presenza di Ambulatori
201	P.O. di L'Aquila	U.O. di Neurologia e Stroke Unit con Ambulatorio dedicato alla MP	SI	SI	Presenti Ambulatori di Neurologia generale
	P.O. di Avezzano	U.O. di Neurologia e Stroke Unit con Ambulatorio dedicato alla MP	NO	NO	
	P.O. di Sulmona	Ambulatorio di Neurologia generale per la gestione anche dei pazienti con MP (afferente alla U.O. di Avezzano)	NO	NO	
202	P.O. di Chieti	Clinica Neurologica con Ambulatorio dedicato alla MP	NO	SI (apomorfina s.c.; L-dopa gel s.c. in sperimentazione)	Presenti Ambulatori presso: 3 distretti (Francavilla, Chieti, Vasto)
	P.O. di Lanciano	U.O. di Neurologia con Ambulatorio generale di Neurologia		NO	
	P.O. di Vasto	U.O. di Neurologia con Ambulatorio dedicato alla MP		SI (L-dopa gel parenterale via PEG; apomorfina s.c.)	PTA di Guardiagrele Sede erogativa di S. Giovanni Teatino
203	P.O. di Pescara	U.O. di Neurologia d'urgenza e Stroke Unit	NO	NO	Presenti Ambulatori presso: 7 sedi erogative (Scafa, S. Valentino, Penne, Loreto Aprutino, Città S. Angelo, Montesilvano, Cepagatti)
		U.O. di Neurofisiopatologia con Ambulatorio generale di Neurologia			
		U.O. di RAD (Rete Aziendale Demenza e malattie degenerative)			
204	P.O. di Teramo	U.O. di Neurologia con Ambulatorio dedicato alla MP (da gennaio 2023)	NO	NO	Presenti Ambulatori presso: 4 distretti (Teramo, Roseto, Montorio, Nereto) Poliambulatorio di Atri UCCP di Teramo Sede erogativa di Villarosa

Fonte dati: direzioni sanitarie aziendali e specialisti Neurologi.

5.2 Livelli della Rete

Come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità, un modello di rete efficace dovrebbe prevedere la presenza di Unità Operative ospedaliere di riferimento, con funzioni di coordinamento e di indirizzo e di unità territoriali.

L'organizzazione della Rete regionale per la MP e Parkinsonismi si articola in 3 livelli di intervento di diagnosi e gestione del paziente con MP:

I LIVELLO
<p>I Centri di I Livello sono Ambulatori Ospedalieri o Territoriali nei quali operano specialisti neurologi esperti nella MP/Parkinsonismi.</p> <p>E' compito dei Centri di I Livello effettuare la conferma diagnostica, il rilascio di certificazione di MP/Parkinsonismo, l'impostazione del trattamento farmacologico e il follow-up periodico.</p> <p>In base alla scala di gravità e alle complicanze, il paziente può essere inviato ad un Livello successivo.</p>
II LIVELLO
<p>I Centri di II Livello sono le UU.OO. di Neurologia che presentano sia un ambulatorio con neurologo esperto nella MP/Parkinsonismi sia posti letto di degenza.</p> <p>E' compito dei Centri di II Livello effettuare approfondimenti diagnostici tramite l'esecuzione di esami e valutazioni complesse, quali: RMN encefalo, Scintigrafia cerebrale con Dat-Scan; Valutazione Neuropsicologica; Uso di tossina botulinica, ecc. Inoltre, i Centri di II Livello devono essere in grado di gestire anche le urgenze.</p> <p>A tale livello può essere prevista l'integrazione con altri specialisti per una gestione multidisciplinare: in particolare con geriatri, fisiatristi e/o fisioterapisti, psicologi e/o psichiatri.</p>
III LIVELLO
<p>I Centri di III Livello sono le UU.OO. di Neurologia che possiedono tutte le caratteristiche dei Centri di II Livello e che sono in grado di erogare prestazioni terapeutiche ad elevata complessità, quali: apomorfina s.c. e in pompa infusionale; infusione intestinale di levodopa/carbidopa tramite PEG-J.</p>
IV LIVELLO
<p>I Centri di IV Livello sono quelle strutture deputate all'esecuzione di interventi di Stimolazione Cerebrale profonda (DBS). Tali strutture devono essere dotate di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neurochirurghi esperti nel posizionamento, rimozione, sostituzione di dispositivi per la neuromodulazione cronica del Nucleo Subtalamico e di altri nuclei della base; - accesso ad Unità di degenza Neurologica e Neurochirurgica; - pronta reperibilità di neurologi e neurochirurghi esperti in terapie complesse dello stadio avanzato della MP. <p>Deve essere prevista un'equipe multidisciplinare composta dalle seguenti figure: neurochirurgo esperto di procedure stereotassiche, neurologo esperto in disturbi del movimento, neuroradiologo, psicologo clinico ed eventualmente psichiatra.</p>

Entro 6 mesi dal recepimento del presente documento mediante Delibera di Giunta Regionale, ogni Azienda Sanitaria della Regione Abruzzo declina con proprio atto deliberativo l'assetto della Rete regionale per la MP e Parkinsonismi, nel rispetto delle indicazioni sopra esposte per ciascun livello.



6. DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

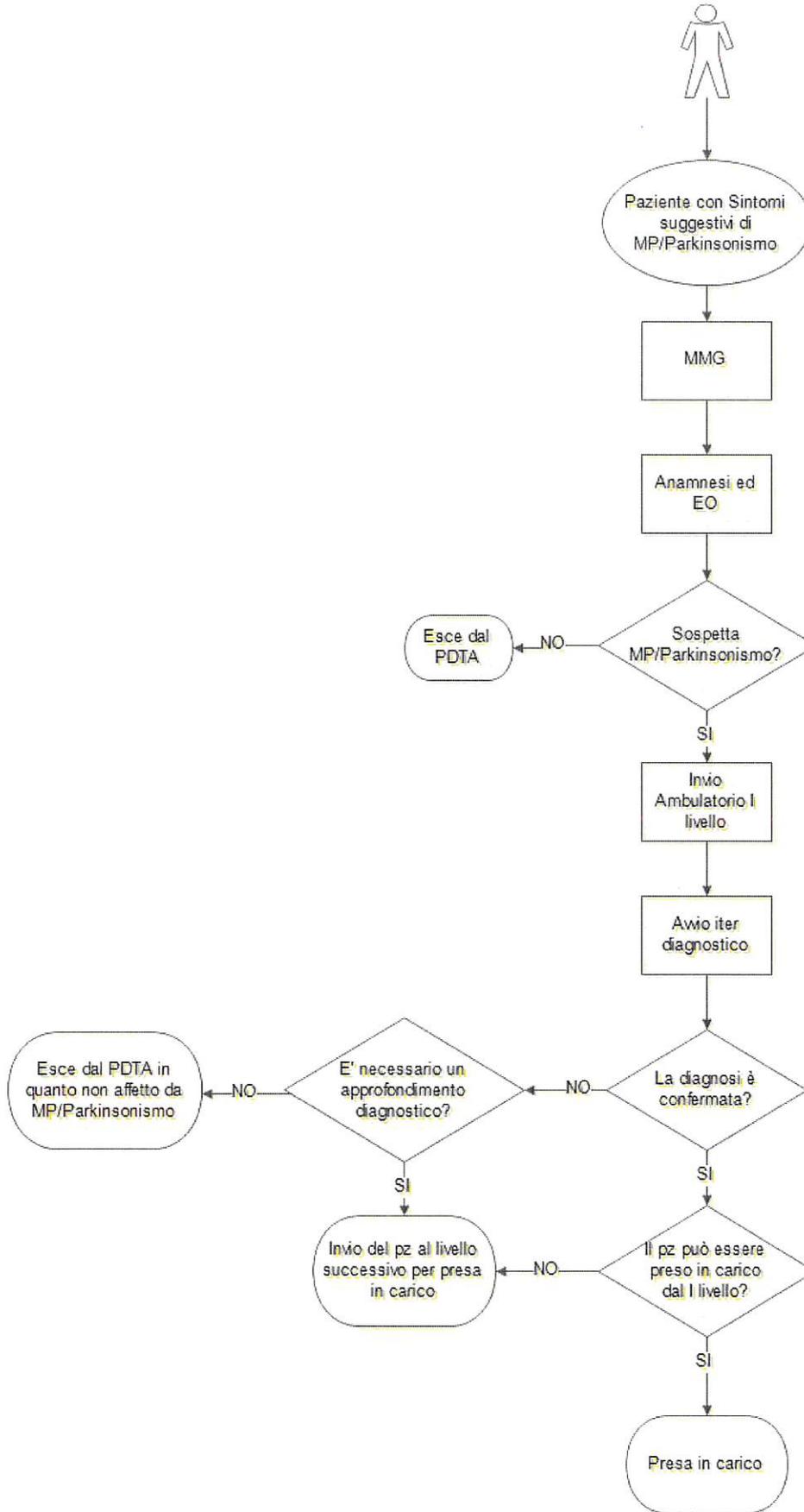
Nell'ambito dell'approccio sequenziale al paziente con sospetto di MP/Parkinsonismi appare necessaria una gestione condivisa tra MMG e Medico Specialista, attraverso l'individuazione dei rispettivi ruoli, affinché il percorso del paziente sia caratterizzato da appropriatezza diagnostico-terapeutica.

Il PDTA delle persone affette da MP/Parkinsonismi si articola nelle seguenti fasi:

- Fase della diagnosi;
- Fase della terapia;
- Fase del follow-up.

Il percorso di presa in carico del paziente affetto da MP/Parkinsonismi viene riassunto nella sottostante flow-chart (Figura 1).

Figura 1. Presa in carico del paziente con MP/Parkinsonismo.



6.1 Fase della diagnosi

Il ruolo del MMG

Il MMG rappresenta uno dei punti d'ingresso nel PDTA del paziente con sospetto di MP/Parkinsonismo. È compito del MMG porre il sospetto diagnostico nei pazienti sintomatici e indirizzarli ad una visita specialistica neurologica, presso un Ambulatorio ospedaliero o territoriale del I Livello. Per formulare in modo appropriato il sospetto diagnostico di MP il MMG dovrà:

- Identificare la presenza dei sintomi cardinali della malattia (tremore a riposo, rigidità muscolare, bradicinesia), come riportato in Tabella 4.
- Riconoscere come possibili manifestazioni della MP alcuni sintomi meno specifici, ma comunemente segnalati dai pazienti in fase iniziale: sensazione di tremore interno, dolore alla spalla non chiaramente inquadrabile come patologia articolare, modificazioni della scrittura, sensazione soggettiva di maggiore rigidità e di instabilità posturale, difficoltà nella deambulazione soggettiva o segnalata dai familiari.
- Escludere la presenza di trattamenti farmacologici che potrebbero provocare o favorire l'insorgenza di sintomi parkinsoniani (tabella 5).
- Valutare la presenza di altri sintomi non motori comunemente associati alla fase prodromica ed iniziale della MP non spiegabili con altre condizioni cliniche: disturbi dell'umore in particolare con apatia, perdita di interessi e del piacere del vivere (anedonia), riduzione dell'olfatto, disturbi del sonno, stipsi (tabella 6)
- Segnalare in modo dettagliato le comorbilità, in particolare quelle che potrebbero condizionare le possibili successive scelte terapeutiche (ad esempio cardiopatie aritmogene, precedenti disturbi psichiatrici, patologie oculari, patologie del canale digerente, disturbi metabolici, ecc.).
- Raccogliere e segnalare i dati di anamnesi familiare relativi a casi di MP o di altre malattie neurodegenerative.

Tabella 4. Criteri clinici MDS per la diagnosi di MP (Postuma et al.,2015).

MP clinicamente definita in presenza di tutti i seguenti criteri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assenza di criteri assoluti di esclusione 2. Presenza di almeno 2 criteri di supporto 3. Assenza di red flags
MP clinicamente probabile in presenza di tutti i seguenti criteri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assenza di criteri assoluti di esclusione 2. Presenza di red flags e anche di criteri di supporto Se è presente 1 red flag deve essere presente almeno 1 criterio di supporto Se sono presenti 2 red flags devono essere presenti almeno 2 criteri di supporto Non sono consentiti più di 2 red flags in questo livello diagnostico.
Criteri di supporto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Risposta chiara e significativa (>30% punteggio UPDRS III) alla terapia dopaminergica; ovvero, in fase iniziale di malattia, il paziente che assume terapia dopaminergica ottiene un ripristino completo o quasi completo della condizione funzionale. Se non è documentata una chiara risposta alla terapia farmacologica in fase iniziale, questa può essere evinta da: <ol style="list-style-type: none"> a. Significativo miglioramento in presenza di un aumento della dose di farmaci o significativo peggioramento clinico in caso di riduzione dei farmaci b. Presenza di fluttuazioni motori e, precedute o accompagnate da fenomeni di wearing off 2. Presenza di discinesie levodopa indotte 3. Tremore a riposo di un arto, documentato in cartella clinica o osservato clinicamente 4. Presenza di ipo-anoemia o denervazione simpatico cardiaca alla scintigrafia MIBG
Criteri assoluti di esclusione
<ol style="list-style-type: none"> 1. La presenza di una qualsiasi delle seguenti caratteristiche esclude la diagnosi di MP idiopatica 2. Disfunzione cerebellare, quale atassia cerebellare, atassia degli arti, disturbi oculomotori cerebellari (ad es. nistagmo) 3. Paralisi o rallentamento selettivo dello sguardo coniugato verso il basso 4. Diagnosi di probabile variante comportamentale di demenza frontotemporale o di afasia primaria progressiva, entro i primi 5 anni dall'esordio dei sintomi di parkinsonismo 5. Segni di parkinsonismo limitati agli arti inferiori per più di 3 anni 6. Trattamento con un antagonista della dopamina in dose e con un nesso temporale congruo con la comparsa dei sintomi parkinsoniani 7. Assenza di risposta ad alte dosi di levodopa pur in presenza di sintomi di grado moderato-severo 8. Deficit sensitive corticale inequivocabile (ad es. grafestesia, stereognosia), aprassia ideomotoria degli arti o afasia progressiva 9. Presenza documentata di una condizione alternative capace di produrre un parkinsonismo e plausibilmente correlate con i sintomi del paziente
Red flags
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapida progressione del disturbo del cammino tale da richiedere l'utilizzo della carrozzina entro 5 anni dall'esordio dei sintomi 2. Assenza di progressione dei sintomi o segni motori in 5 o più anni di malattia, in assenza di trattamento farmacologico 3. Segni precoci di disfunzione bulbare: disfonia o disartria o disfagia severa entro i primi 5 anni dall'esordio 4. Alterata capacità inspiratoria: stridore inspiratorio diurno o notturno 5. Insufficienza autonoma severa entro i primi 5 anni di malattia, comprensiva dei seguenti sintomi: <ol style="list-style-type: none"> a. ipotensione ortostatica: calo di valori pressori in ortostatismo entro i primi 3 minuti dall'assunzione della stazione eretta (almeno 30 mmHg valori sistolici, o 15 mmHg valori diastolici, in assenza di disidratazione, farmaci ipotensivanti, o altre cause) b. grave ritenzione o incontinenza urinaria entro i primi 5 anni di malattia. Nell'uomo la ritenzione urinaria deve essere associata a disfunzione erettile 6. Cadute (più di 1/anno) ricorrenti per disturbo di equilibrio entro i primi 3 anni di malattia 7. Anterocollo (distonico) severo o contratture di mani e/o piedi entro i primi 10 anni di malattia 8. Assenza di disturbi non motori comuni anche dopo i primi 5 anni di malattia. Questi includono: disturbi del sonno (insonnia, lacunare, sonnolenza diurna, disturbi del sonno REM, stipsi, urgenza minzionale diurna, ipotensione ortostatica sintomatica, iposmia, disordini psichiatrici (depressione, ansia, allucinazioni) 9. Segni piramidali non spiegabili altrimenti 10. Segni di parkinsonismo bilaterale simmetrico

Tabella 5. Farmaci in grado di indurre parkinsonismi iatrogeni.

Antipsicotici tipici	Fenotiazine (Clorpromazina, Flufenazina, Levomepromazina, Perfenazina, Periciazina, Proclorperazina, Promazina, Prometazina, Tietilperazina, Trifluoperazina), Butiferroni (Aloperidolo, Droperidolo, Trifluoperidolo, Pipamperone), Clotiapina, Pimozide, Flupentixolo
Antipsicotici atipici	Risperidone, Aripiprazolo, Olanzapina, Paliperidone, Carizapina
Benzamidi	Metoclopramide, Clebopride, Sulpiride, Sultopride, Levosulpiride, Tiapride, Amisulpride
Calcioantagonisti	Cinnarizina, Flunarizina, Verapamil, Diltiazem
Antidepressivi	SSRI, Triciclici
Altri farmaci	Alfa metildopa, Antistaminici fenotiazinici, Fenitoina, Litio, Acido Valproico

Tabella 6. Sintomi non motori della fase prodromica ed iniziale della malattia di Parkinson.

Sintomi Neuropsichiatrici	- Ansia, depressione - Apatia - Anedonia - Deficit attentivi
Disturbi del sonno	- Sindrome delle gambe senza riposo e movimenti periodici degli arti inferiori - Disturbi comportamentali in sonno REM - Insonnia
Sintomi gastrointestinali	- Stipsi
Sintomi sensoriali	- Iposmia
Sintomi disautonomici	- Ipersudorazione - Scialorrea
Altri sintomi	- Dolore della spalla - Fatica - Seborrea

Il ruolo dello specialista Neurologo

Nella fase diagnostica della MP i compiti del Neurologo comprendono:

- Diagnosi precoce ed avvio di un programma terapeutico che prenda in considerazione anche la prevenzione delle possibili complicanze motorie;
- Diagnosi differenziale nei casi in cui viene esclusa la MP, individuando il percorso diagnostico e terapeutico successivo;
- Sorveglianza del decorso della malattia e della risposta terapeutica per conferma della diagnosi e per riconoscere e correggere gli eventuali effetti collaterali indotti dal trattamento cronico con i farmaci antiparkinsoniani;
- Redazione del certificato di patologia ai fini del riconoscimento, da parte dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, dell'esenzione per patologia (ai sensi degli allegati 8 e 8bis al DPCM LEA del 12 gennaio 2017).

Il setting assistenziale più appropriato per eseguire gli accertamenti diagnostici è il regime ambulatoriale. Il Day Hospital diagnostico risulta appropriato, come previsto all'art. 43 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, solo per l'esecuzione di esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico

prolungato; accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.

Il paziente accede all'Ambulatorio mediante impegnativa del MMG o di altro Specialista del SSN, per "**prima visita neurologica**" presentata al CUP di I livello.

L'inquadramento diagnostico specialistico di un paziente che manifesta sintomi parkinsoniani deve comprendere le seguenti azioni:

1. Raccolta anamnestica accurata (familiarità, età, fattori di rischio, pregressi traumi, comorbidità) e farmacologica;
2. Esame obiettivo neurologico, possibilmente valutando e quantificando i parametri della scala Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS);
3. Approfondimento diagnostico eventuale mirato ad indagare le condizioni che potrebbero rientrare tra i criteri di esclusione (tabella 4) oppure a validare ulteriormente il sospetto clinico o ad approfondire possibili varianti genetiche della malattia.

L'ipotesi diagnostica iniziale deve essere riconsiderata nel tempo sulla base dell'evoluzione dei sintomi e della risposta al trattamento farmacologico.

Si segnala, inoltre, la disponibilità dei criteri diagnostici proposti nel 2015 dalla International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS), in cui vengono presi in considerazione sintomi non motori come l'iposmia e la denervazione cardiaca nello studio scintigrafico con MIBG.

Nella pratica clinica la diagnosi di MP si basa su:

- Presenza dei segni motori cardinali;
- Assenza di sintomi atipici;
- Documentata risposta ai farmaci dopaminergici;
- Andamento temporale progressivo con persistente risposta alla terapia dopaminergica ed assenza di sintomi atipici per oltre 3 anni.

La fase di approfondimento diagnostico può prevedere i seguenti accertamenti:

- Accertamenti neuroradiologici (tabella 7) sono indicati per la diagnosi differenziale, valutando in particolare la presenza di segni di patologia cerebrovascolare, esiti di traumatismi cranici, neoplasie cerebrali, idrocefalo normoteso. È consigliabile eseguire una TAC cranio oppure una RMN encefalo all'esordio della sindrome parkinsoniana per escludere la presenza di parkinsonismi secondari.
- Indagini di Medicina Nucleare (tabella 7): vanno considerate indagini a supporto e non a sostituzione della diagnosi clinica, da utilizzarsi solo su indicazione specialistica ed in casi selezionati di difficile



diagnosi differenziale, sempre con la consapevolezza dei limiti di accuratezza diagnostica delle varie metodiche.

- Ecografia del parenchima cerebrale (tabella 7): l'ecografia del parenchima cerebrale è una interessante metodica ancora in fase di studio e il suo ruolo nella diagnosi della MP non è ancora ben definito. Può essere utile in casi selezionati.
- Indagini genetiche: non è raccomandato l'uso routinario nella pratica clinica dei test genetici per l'inquadramento diagnostico della MP. Questi sono indicati in pazienti con esordio giovanile o con storia familiare positiva, da indirizzare a centri specialistici in grado di offrire oltre all'esecuzione del test diagnostico anche una consulenza genetica. La MP è una malattia multifattoriale dovuta all'interazione di numerosi fattori ambientali e genetici. La componente genetica di predisposizione ha un peso molto variabile nei pazienti ed è dovuta anch'essa alla presenza simultanea di numerose varianti geniche nel singolo individuo. In alcuni casi, mutazioni su singoli geni danno una forte predisposizione e conseguente malattia monogenica con ereditarietà recessiva o dominante. È opportuno ricercare mutazioni sui principali geni legati alla MP nei soggetti con una maggiore probabilità di avere una mutazione patogena, in particolare:
 - Soggetti con esordio giovanile dei sintomi motori (entro i 40 anni);
 - Storia familiare molto indicativa di un ruolo della genetica.

L'esecuzione e restituzione del risultato è opportuno venga offerto all'interno di una consulenza genetica.

L'identificazione delle forme genetiche può essere utile per:

- Valutare il rischio di ricorrenza della malattia nella famiglia;
- Maggiore accuratezza nella prognosi;
- Identificare soggetti/famiglie con rischio di sviluppare la malattia.

Inoltre, i geni implicati nella MP possono rappresentare target terapeutici per terapie neuroprotettive attualmente in fase di sperimentazione.

- Test Vegetativi: sono da considerare utili nei casi con segni di precoce disautonomia (sincopi ricorrenti; ipotensione ortostatica; disturbi delle funzioni sfinteriche e sessuali; grave disturbo dell'alvo) per la diagnosi differenziale con l'Atrofia Multisistemica.
- Valutazione neuropsicologica: viene eseguita per escludere disturbi cognitivi precoci (vedi sezione sui sintomi non motori).



Tabella 7. Diagnostica per immagini nella MP.

	Descrizione	Indicazioni
Risonanza Magnetica	La RM dell'encefalo è di solito normale nella MP. Vengono descritti in alcuni casi di MP assottigliamenti della pars compacta della Substantia Nigra mesencefalica nelle sequenze T2 pesate. Il suo impiego consente di escludere sindromi parkinsoniane secondarie a patologie cerebrali (vasculopatie cerebrali, idrocefalo normoteso, traumi cranici, neoplasie). È possibile riscontro di reperti suggestivi per parkinsonismi degenerativi atipici, soprattutto se la RM è eseguita in campo magnetico di 1.5 Tesla o superiore.	Non è indicata per la diagnosi di MP. È consigliata per escludere altre patologie cerebrali.
Tomografia Computerizzata	La TC dell'encefalo non documenta reperti specifici nella MP. Consente di escludere sindromi parkinsoniane secondarie a patologie cerebrali (vasculopatie cerebrali, idrocefalo normoteso, traumi cranici, neoplasie), dove non sia possibile l'esecuzione della RM.	In alternativa alla RM dell'encefalo, qualora questa sia controindicata.
Ecografia del parenchima cerebrale	Valutazione di aree iperecogene sul piano mesencefalico (substantia nigra - SN) ed eventualmente sul piano diencefalico (nuclei lenticolari - NL). L'iperecogenicità della SN, definita come incremento di ampiezza dell'area di alterata ecogenicità (>0.20cm2) è utilizzata per discriminare la MP idiopatica dai parkinsonismi con sensibilità oscilla tra 60-90% e la specificità tra 82-83%.	Non è indicata per la diagnosi di MP. È di supporto diagnostico in casi selezionati.
SPECT DaTScan (Ioflupano)	Consente la valutazione presinaptica D1 recettoriale: è utilizzato un marcatore del trasportatore sinaptico della dopamina il quale si riduce in seguito alla degenerazione della via nigrostriatale. L'esame è utile per la diagnosi differenziale con il tremore essenziale, col parkinsonismo vascolare (sebbene l'esame possa essere alterato in caso di lesioni ischemiche dei nuclei della base), col parkinsonismo iatrogeno e per la diagnosi di disturbi del movimento su base psicogena. La SPECT DaTSCAN non è in grado di distinguere la MP idiopatica dai parkinsonismi degenerativi atipici (il pattern di alterazione del marcatore del DaT è sovrapponibile nelle due condizioni).	Si tratta dell'unica indagine strumentale con l'indicazione ministeriale per la diagnosi di MP. L'indagine è costosa e deve essere utilizzata solo nei casi in cui la diagnosi di MP è dubbia oppure quando è necessaria una diagnosi differenziale con un supporto diagnostico di tipo strumentale.
Scintigrafia Miocardica con MIBG (Metaiodobenzil guanidina)	Procedura utilizzata per la valutazione dell'innervazione ortosimpatica del miocardio. Nei pazienti affetti da MP si verifica una riduzione della captazione del marcatore (MIBG) a livello del miocardio (degenerazione postgangliare), mentre nei parkinsonismi degenerativi atipici la captazione risulta essere integra (degenerazione pregangliare). La procedura può dare falsi negativi in casi di MP in fase iniziale e dei falsi positivi in pazienti con Atrofia Multisistemica.	L'indicazione è limitata a casi selezionati di difficile diagnosi differenziale con parkinsonismi atipici.
SPECT di perfusione (99mTc-ECD)	È utile nella valutazione del flusso ematico cerebrale in relazione alle aree di alterato metabolismo, per cui può essere anche indicatore di attività cellulare. È un esame normale nella MP mentre può rilevare ipoafflusso a livello dei gangli della base nei parkinsonismi degenerative atipici.	Non è indicato nella diagnosi di MP.
PET- FDG	Rileva il consumo di glucosio nelle diverse aree cerebrali. Può essere utilizzata nella diagnosi differenziale tra MP e parkinsonismi degenerativi atipici o secondari, in quanto nella MP non si rilevano alterazioni significative nei nuclei della base, mentre in altre sindromi parkinsoniane il consumo di glucosio può essere ridotto (ipometabolismo).	Non ha particolari indicazioni nella diagnosi di MP idiopatica. Visto il costo della metodica, essa va limitata a casi selezionati od a protocolli di studio.
PET- F Dopa	È una metodica in grado di fornire informazioni sull'integrità della via nigrostriatale ma, tuttavia, di scarsa utilità diagnostica poiché i dati ottenuti con tale metodica dipendono anche dalla fase di malattia e dalla terapia praticata.	Non fornisce indicazioni ulteriori rispetto alla Spect DaT-Scan. Visto anche il costo della metodica, essa va limitata a casi selezionati.

Inquadramento diagnostico dei sintomi non motori

In tutte le fasi della MP, dall'esordio sino alla fase avanzata, possono manifestarsi numerosi sintomi non motori, spesso già presenti prima della comparsa dei sintomi motori, tanto da essere considerati possibili elementi di supporto alla diagnosi precoce, anche se scarsamente specifici (ad esempio: stipsi, iposmia, disturbo comportamentale del sonno REM, depressione).

Nella tabella 8 sono sintetizzati i principali sintomi non motori della MP, evidenziando quelli correlati con il deficit dopaminergico, quindi migliorabili con il trattamento farmacologico, e quelli che potrebbero essere favoriti o accentuati della terapia dopaminergica. Nella stessa tabella sono elencati i sintomi non motori che possono manifestarsi in relazione con le fluttuazioni cliniche della fase avanzata della malattia e, al riguardo, si suggerisce una batteria di test somministrabili per esplorare le funzioni cognitive nell'ambito della valutazione neuropsicologica.

Tabella 8. Sintomi non motori della MP.

		Responsivi alla terapia dopaminergica	Esacerbati da terapia dopaminergica	Eventuali accertamenti diagnostici
Sintomi neuropsichiatrici	Ansia, depressione			Scala di Hamilton, Beck Depression Inventory (BDI)
	Deficit attentivi e disturbo disesecutivo	•		Valutazione neuropsicologica
	Deterioramento cognitivo	•		
	Allucinazioni, psicosi		•	
	Disturbo del controllo degli impulsi		•	Consulto psichiatrico
Disturbi del sonno	Sindrome delle gambe senza riposo e PLMS	•		
	Disturbi comportamentali in sonno REM		•	Pollisonnografia
	Insomnia		•	
	Eccessiva sonnolenza diurna Episodi confusionali notturni			Scala di Epworth (ESS)
Sintomi gastrointestinali	Stipsi		•	
	Nausea, Dispepsia		•	
	Acalasia			
Disfagia e aspetti nutrizionali	Disfagia			Valutazione foniatrica con studio della deglutizione
	Iporessia, malnutrizione, disidratazione			Valutazione dietologica
Sintomi sensoriali	Iposmia			
Sintomi disautonomici	Ipersudorazione			
	Scialorrea			
	Ipotensione ortostatica e Postprandiale		•	Test vegetativi Holter pressorio
	Ipertensione clinostatica			
Disturbi urinari	Disturbi sessuali			
	Urgenza minzionale, Pollachiuria, Nicturia, Incontinenza			Valutazione urologica

Altri sintomi	Dolore			
	Disfonia e/o disartria			
	Fatica			Valutazione foniatrica/logopedica
	Edemi periferici			
	Diplopia, Xeroftalmia			
Sintomi non motori correlati con le fluttuazioni della fase avanzata della MP	Dolore, sensazione di stordimento e torpore, sonnolenza, ansia, attacchi di panico, depressione, allucinazioni, psicosi, iperventilazione o ipoventilazione, iperidrosi, modificazioni della temperatura corporea, acatisia, aerofagia, disfagia, stipsi, anismo, difficoltà di svuotamento vescicale, alterazioni pressorie			
Valutazione Neuropsicologica	Funzioni Cognitive	Test		
	Screening funzioni cognitive	MMSE/MOCA/ MMPI-2/PANDA		
	Memoria	Breve racconto/Digit span Forward/Digit span Backward/Test di Corsi		
	Funzioni esecutive	FAB/Coloured Progressive Matrices 36/Trial Making Test B/Street completion test/Torre di Londra/Modified Wisconsin Card Sorting Test		
	Attenzione	Matrici attentive/Test di Stroop/Digit symbol modalities		
	Attività visuo-spaziali	Benton visual retention Test/Copia di disegni/Figura complessa di Rey		

Counselling

Dati di letteratura e molte linee guida internazionali sottolineano l'importanza della comunicazione con il paziente ed il caregiver. Nella gestione della MP, sia nella fase di comunicazione della diagnosi sia durante tutta la gestione della malattia, il paziente ha il diritto di essere coinvolto e di fornire un parere informato circa la sua cura. Sulla base delle indicazioni fornite dalle LG inglesi (NICE.org) e considerando la legge 219/2017 si sottolinea che:

- La comunicazione con il paziente parkinsoniano ha lo scopo di migliorare la conoscenza e collaborazione del soggetto nella scelta delle proprie cure;
- Nella discussione è necessario bilanciare un'informazione corretta circa le condizioni cliniche e le possibilità terapeutiche promuovendo un atteggiamento positivo;
- Il paziente, nel decorso della malattia, potrebbe manifestare disturbi cognitivi, psichici (depressione) e di capacità di comunicazione per cui è consigliabile utilizzare informazioni comprensibili ed adatte al soggetto ed alle sue capacità di comprensione;
- È raccomandato fornire informazioni cliniche e pratiche per la gestione della malattia anche ai familiari e caregiver.

Particolare attenzione alla comunicazione deve essere raccomandata nelle differenti fasi di malattia:

- Nella fase iniziale di diagnosi occorre spiegare al paziente la complessità dei criteri e la necessità di un follow-up (è dimostrato che le informazioni fornite al momento della diagnosi sono difficili da comprendere per la maggior parte dei soggetti e andrebbero ripetute nei controlli successivi);



- Ad ogni visita, durante il decorso della malattia, per far comprendere al paziente gli obiettivi della terapia ed i possibili effetti collaterali (ad esempio segnalando il rischio di sviluppo di disturbi del controllo degli impulsi o la sonnolenza indotta dai farmaci ad azione dopaminergica);
- Alla comparsa di fluttuazioni motorie e discinesie, ridefinendo gli obiettivi della terapia e la possibile evoluzione della malattia.

6.2 Fase della Terapia

Ad oggi non esiste un trattamento risolutivo in grado di agire sul processo neurodegenerativo arrestando o rallentando la progressione di malattia. Le terapie hanno pertanto efficacia sintomatica mirata al controllo dei sintomi senza modificare il decorso della malattia. Non esiste un singolo farmaco di prima scelta nella terapia della MP. Le categorie farmacologiche sono le seguenti:

- Levodopa con farmacocinetiche a breve, medio e lento rilascio;
- Dopamino agonisti;
- Inibitori MAO-B;
- Inibitori COMT;
- Amantadina;
- Anticolinergici.

Levodopa in varie formulazioni

La levodopa è il precursore della dopamina ed è ad oggi il farmaco più efficace. Tuttavia, la levodopa contribuisce alla comparsa delle complicanze motorie della fase avanzata di malattia. Per tale motivo esistono differenti e non univoche strategie terapeutiche:

- Inizio precoce a basse dosi per il possibile effetto positivo sulla progressione della malattia;
- Utilizzo di dosi minime efficaci;
- Rimandare l'inizio della terapia e terapia iniziale con altri farmaci².

² Vari studi hanno dimostrato come la strategia levodopa-sparing non vada ad influire in maniera significativa sull'insorgenza di complicanze motorie nella storia della patologia.

È, inoltre, necessaria una sorveglianza dei principali effetti collaterali: nausea, vomito, allucinazioni, sonnolenza, disturbi comportamentali (ICD).

Farmaci dopamino agonisti

I farmaci dopamino agonisti (DA) mimano l'effetto della dopamina legandosi direttamente ai recettori post sinaptici della dopamina a livello dello striato. Sono oggi disponibili le seguenti molecole: pramipexolo, ropinirolo, rotigotina, apomorfina.

L'apomorfina, per le sue specifiche caratteristiche (rapidità d'azione, breve emivita, somministrazione sottocutanea), trova applicazione come terapia dei blocchi motori improvvisi mediante iniezione sottocutanea di singole dosi o nel trattamento della fase avanzata mediante infusione sottocutanea continua.

Gli altri farmaci DA vengono utilizzati in monoterapia nella fase iniziale nei pazienti con esordio precoce di MP, oppure possono essere utilizzati in associazione alla levodopa in tutti gli stadi di malattia.

I farmaci DA possono provocare effetti collaterali che necessitano di attenta valutazione e monitoraggio: nausea, sonnolenza, attacchi di sonno ad esordio improvviso, edemi declivi, ipotensione, stato confusionale, disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico, comportamenti compulsivi, iperfagia, ipersessualità, punding); disturbi psichici (allucinazioni, idee deliranti, risvegli confusionali).

I farmaci DA ergolinici (cabergolina, pergolide, bromocriptina) possono provocare sierositi e fibrosi valvolare cardiaca; per tale motivo non vengono generalmente utilizzati nella pratica clinica.

Inibitori MAO-B

I farmaci inibitori MAO-B (selegilina, rasagilina, safinamide) interferiscono con il catabolismo della dopamina aumentandone la concentrazione a livello del Sistema Nervoso Centrale. Vengono somministrati in monodose mattutina. Selegilina e rasagilina sono inibitori irreversibili e selettivi delle MAO-B. Safinamide, molecola disponibile dal 2015 come terapia "add-on" in pazienti fluttuanti, possiede un duplice meccanismo d'azione: un'azione dopaminergica IMAO-B reversibile ed una azione di modulazione dei canali del Ca⁺⁺ con conseguente effetto sui circuiti glutamatergici. Sulla base di questa ultima caratteristica, alcuni dati della letteratura suggeriscono una possibile azione di safinamide sul controllo delle discinesie e su alcuni sintomi non-motori, quali il dolore e la depressione. I farmaci IMAO-B possono essere utilizzati in fase iniziale di malattia in monoterapia (tranne safinamide) oppure in tutte le successive fasi insieme ad altri farmaci dopaminergici. Si segnala anche un possibile effetto positivo di tali molecole sul freezing della marcia.



Inibitori- COMT

I farmaci inibitori delle Catecol-O-metil transferasi agiscono prolungando l'emivita della levodopa aumentandone la biodisponibilità. Il risultato è pertanto un aumento dell'efficacia e della durata dell'effetto della levodopa. Esistono tre farmaci ICOMT: entacapone, tolcapone e opicapone. Entacapone deve essere usato solo in associazione alle preparazioni a base di levodopa/benserazide o levodopa/carbidopa.

Esiste anche una formulazione che contiene nella stessa compressa levodopa/carbidopa ed entacapone. Entacapone viene somministrato per via orale e contemporaneamente ad ogni somministrazione di levodopa/carbidopa o levodopa/benserazide. Le reazioni avverse più frequenti causate da entacapone, come per gli altri I-COMT, sono legate all'aumento dell'attività dopaminergica e si verificano più comunemente all'inizio del trattamento. La riduzione del dosaggio della levodopa diminuisce la gravità e la frequenza di tali reazioni. Altre reazioni avverse rilevanti sono rappresentate da sintomi gastrointestinali, tra cui nausea, vomito, dolore addominale, stitichezza e diarrea (la diarrea impone la sospensione della terapia). Le urine possono assumere una colorazione marrone-rossiccia, ma questo rappresenta un fenomeno innocuo. Sebbene di solito non provochi alterazioni epatiche il suo uso è controindicato in presenza di insufficienza epatica.

Tolcapone è il primo e più potente I-COMT commercializzato per il trattamento della MP. Data l'alta biodisponibilità ed un'emivita di 4 ore, maggiore di quella dell'entacapone, viene somministrato tre volte al giorno. L'effetto collaterale più importante del tolcapone è quello relativo alla sua potenziale tossicità epatica. Dopo circa un anno dalla sua commercializzazione si sono verificati quattro casi di grave insufficienza epatica, tre dei quali sono risultati fatali. In Europa e Canada la commercializzazione del farmaco è stata sospesa per sette anni. Nel 2004, tolcapone è stato nuovamente ammesso alla commercializzazione seppure con restrizioni d'impiego:

1. uso nei pazienti che non rispondono o non tollerano altri I-COMT;
2. sospensione della terapia con tolcapone se non si raggiungono evidenze di efficacia clinica entro tre settimane senza superare la dose giornaliera di 200 mg x 3/ die.

E' necessario eseguire un attento monitoraggio della funzionalità epatica prima dell'inizio del trattamento e poi ogni due settimane per il primo anno di terapia, ogni quattro settimane nei sei mesi successivi e in seguito ogni otto settimane. Il trattamento deve essere interrotto qualora insorgano segni o sintomi che suggeriscono insufficienza epatica. Nessun caso di insufficienza epatica fatale si è manifestato dalla reimmissione in commercio del tolcapone nel 2004.

Opicapone è l'ultimo I-COMT recentemente commercializzato; grazie alla sua lunga emivita viene somministrato una volta al giorno prima di andare a dormire, almeno ad un'ora di distanza dalla assunzione



della levodopa. L'esperienza clinica nei pazienti con insufficienza epatica moderata è limitata. Opicapone è stato valutato in soggetti sani e in pazienti con insufficienza epatica cronica moderata e non sono stati osservati problemi di sicurezza. Non vi è esperienza clinica nei pazienti con insufficienza epatica grave. Inoltre, non provoca diarrea e colorazione delle urine.

Amantadina

L'amantadina ha una blanda azione sintomatica. Può essere utilizzata in fase iniziale di malattia, oppure in fase intermedia-avanzata per la sua azione di riduzione dei movimenti involontari. Effetti collaterali: confusione mentale, insonnia, edemi declivi, livedo reticularis, psicosi, ipotensione ortostatica, ritenzione urinaria. È indicato un monitoraggio dell'ECG per valutazione del QTc secondo indicazioni da scheda tecnica.

Anticolinergici

Gli anticolinergici sono attualmente considerati farmaci di seconda scelta a causa dei possibili effetti collaterali. È da segnalare in particolare, a questo proposito, il rischio di peggioramento a volte irreversibile di un preesistente deficit delle funzioni cognitive. Si specifica che il parkinsonismo iatrogeno da antipsicotici non deve essere trattato con farmaci dopaminergici ma con la riduzione della dose del farmaco antipsicotico o con modificazioni

della terapia psichiatrica.

6.2.1 Trattamenti di prima linea

Nella tabella sottostante sono riportati sinteticamente potenziali benefici ed effetti collaterali dei farmaci di prima linea (NICE 2017; www.evidence.it aprile 2018).

	Levodopa	Dopamino agonisti	Inibitori MAO-B
Sintomi motori	Miglioramento rilevante	Miglioramento minore	Miglioramento minore
Attività della vita quotidiana	Miglioramento rilevante	Miglioramento minore	Miglioramento minore
Complicanze motorie	Più complicanze	Meno complicanze	Meno complicanze
Eventi avversi *	Meno eventi avversi	Più eventi avversi	Meno eventi avversi

*Sonnolenza eccessiva, allucinazioni, disordini del controllo degli impulsi



L'approccio farmacologico al trattamento del paziente parkinsoniano resta una questione aperta soprattutto in relazione alla scelta della terapia iniziale (quale farmaco/farmaci, monoterapia/combinazione di più farmaci, timing delle singole terapie). L'inizio della terapia medica deve essere concordato tra il neurologo ed il paziente dopo adeguata informazione sugli effetti terapeutici e sulla possibile insorgenza di effetti collaterali.

La scelta della terapia si basa sulla valutazione clinica complessiva del paziente da parte del neurologo; devono essere presi in considerazione non solo la disabilità clinica, ma le necessità del singolo soggetto in relazione all'età, all'attività lavorativa ed al contesto sociale, sempre considerando l'efficacia e la sicurezza del singolo agente farmacologico e lo stadio della malattia.

Da ciò si deduce che la terapia deve essere il più possibile personalizzata e che si modifica nella storia naturale di malattia in fase precoce, intermedia ed avanzata in base alle caratteristiche del paziente (età, richiesta funzionale, quadro clinico, sintomi motori e non motori, qualità di vita e comorbidità).

Negli ultimi anni numerose evidenze e studi longitudinali suggeriscono un utilizzo precoce della terapia dopaminergica per migliorare i meccanismi di compenso e di plasticità cerebrale con effetti positivi a lungo termine sulla progressione di malattia.

Il timing dell'inserimento del farmaco più efficace, la levodopa, è un elemento critico nella gestione della terapia. L'utilizzo della dose minima efficace di levodopa in base ai sintomi motori ed all'età del paziente è oggi accettato in base ai risultati a lungo termine di trials clinici.

Ad oggi è consigliabile iniziare una terapia con un inibitore delle MAO-B o con un farmaco dopamino agonista a basse dosi nei pazienti con sintomi lievi e con età inferiore a 70 anni.

È preferibile iniziare con basse dosi di levodopa nei pazienti con più di 70-75 anni o con caratteristiche cliniche e di comorbidità che controindichino l'uso dei farmaci DA.

Prima di iniziare il trattamento è necessario coinvolgere il paziente, i familiari ed il caregiver prendendo in considerazione i sintomi ed il contesto in cui vive il paziente. La terapia deve sempre essere concordata tra neurologo e paziente e dopo adeguata informazione sugli obiettivi terapeutici e sulla possibile insorgenza di effetti collaterali.

Quando il paziente sviluppa fluttuazioni della risposta motoria e discinesie (fase intermedia-avanzata) la terapia deve essere attentamente modificata dal neurologo dopo aver discusso:

- la specifica condizione clinica, i sintomi, le comorbidità ed i rischi della politerapia;
- lo stile di vita, gli obiettivi ed i bisogni del paziente;
- la potenziale efficacia e gli effetti collaterali delle diverse classi di farmaci.



Nella tabella di seguito riportata vengono elencati i potenziali benefici ed eventi avversi dei farmaci utilizzati in aggiunta alla levodopa (da NICE 2017).

	Dopamino agonisti	Inibitori MAO-B	Inibitori COMT	Amantadina
Sintomi motori	miglioramento	miglioramento	miglioramento	Nessuna evidenza
Attività della vita quotidiana	miglioramento	miglioramento	miglioramento	Nessuna evidenza
Wearing off Off da fine dose Periodi off	riduzione rilevante	riduzione	riduzione	Nessuna evidenza
Eventi avversi	rischio intermedio di eventi avversi	meno eventi avversi	più eventi avversi	Nessuna evidenza
Allucinazioni	rischio maggiore	rischio minore	rischio minore	Nessuna evidenza

Terapia medica delle complicanze motorie

Nei primi anni di malattia la terapia farmacologica permette di compensare in modo soddisfacente i sintomi motori nell'arco dell'intera giornata; tuttavia, con il progredire della malattia, la risposta terapeutica alla levodopa è compromessa dalla comparsa di complicanze motorie (fluttuazioni cliniche e/o discinesie) tipiche di questa fase di malattia.

Tali complicanze compromettono considerevolmente l'autonomia funzionale e la qualità di vita del paziente parkinsoniano e rappresentano pertanto una problematica fondamentale nel trattamento della MP in fase avanzata.

Le fluttuazioni motorie sono rappresentate dall'alternanza di periodi nei quali il trattamento farmacologico controlla bene la sintomatologia del paziente e momenti di ricomparsa dei sintomi parkinsoniani, e possono presentarsi in forma di blocchi da fine dose (wearing off), off improvvisi, acinesia al risveglio o notturna, on ritardati o assenti.

L'approccio a tali complicanze può prevedere, a seconda dei casi, il frazionamento delle dosi di levodopa e la redistribuzione delle stesse nella giornata, l'aggiunta di farmaci DA a lunga durata d'azione, l'utilizzo di inibitori enzimatici (I-MAO o I-COMT) atti a prolungare l'effetto della levodopa, l'utilizzo di formulazioni a rilascio prolungato di levodopa, l'ottimizzazione della dieta per favorire un corretto assorbimento della levodopa. Nel caso di blocchi motori improvvisi può essere utilizzata la somministrazione sottocutanea di boli di apomorfina, farmaco caratterizzato da una notevole rapidità d'azione.

Il tremore può talvolta risultare particolarmente resistente ai trattamenti farmacologici; in alcuni casi può essere indicato un tentativo terapeutico con farmaci anticolinergici, nonostante questi siano considerati attualmente di seconda scelta a causa dei possibili effetti collaterali.

Le discinesie, a carattere coreico, distonico, ballico, rappresentano il secondo aspetto delle complicanze motorie. Possono presentarsi come discinesie da picco dose o da plateau oppure come discinesie difasiche (da inizio e fine dose). Una forma particolare di discinesia è rappresentata dalle distonie della fase off, spesso associate a sintomatologia dolorosa.

Il trattamento delle discinesie da picco o da plateau si basa sulla riduzione delle singole dosi di levodopa, il frazionamento delle stesse, l'utilizzo di farmaci a lunga durata d'azione (DA) o di inibitori enzimatici (I-MAO e I-COMT) generalmente con una concomitante riduzione del dosaggio della levodopa.

Il trattamento delle discinesie difasiche rappresenta generalmente un problema di difficile soluzione; anche in questo caso si possono tentare approcci simili a quanto indicato per le discinesie da picco e plateau ma soprattutto ridurre l'intervallo temporale tra le singole dosi di levodopa.

Due farmaci utilizzati specificamente per il trattamento delle discinesie sono l'amantadina e la clozapina, in grado di determinare in alcuni casi un miglioramento significativo.

Il trattamento delle distonie della fase off si basa sulla riduzione dei periodi di blocco motorio tramite le strategie indicate in precedenza; anche in questo caso può essere utile in alcuni casi l'utilizzo di boli di apomorfina per via sottocutanea oppure l'utilizzo della tossina botulinica.

6.2.2 Terapie della fase avanzata

Le terapie della fase avanzata sono rappresentate dalla infusione sottocutanea di apomorfina, dalla infusione intestinale di levodopa tramite PEG e dalla stimolazione cerebrale profonda.

Infusione sottocutanea continua di apomorfina

L'apomorfina è un potente agonista dopaminergico D1 e D2 di derivazione non ergotaminica. L'indicazione principale alla infusione sottocutanea continua di apomorfina è rappresentata dalla presenza di fluttuazioni motorie, pluriquotidiane, resistenti alla terapia con levodopa e farmaci DA orali, soprattutto quando si debba ricorrere a frequenti iniezioni "bolo" giornaliere per controllare la sintomatologia motoria in pazienti affetti da MP avanzata.

Le fiale di apomorfina vengono somministrate mediante infusione sottocutanea nella parete addominale utilizzando un ago collegato a una mini-pompa programmabile. Il dosaggio giornaliero deve essere ottimizzato nel singolo paziente in relazione alla risposta motoria ed agli eventi avversi.



Il trattamento infusivo viene iniziato in genere somministrando 1 mg/ora; tale dosaggio potrà essere aumentato in base alla risposta terapeutica individuale; gli incrementi posologici non devono superare 0.5 mg/ora ad intervalli non inferiori alle 4 ore.

Negli studi clinici sono stati utilizzati dosaggi compresi tra 1 e 7 mg/ora; in genere la durata dell'infusione è limitata alle ore di veglia. Il sito di inserzione dell'ago nella parete sottocutanea addominale deve essere variato ogni 12 ore.

La dose totale giornaliera di apomorfina di solito non deve superare i 100 mg/die. L'infusione sottocutanea continua di apomorfina riduce sia i periodi off sia le discinesie della fase on. Tra i sintomi non motori sono stati segnalati miglioramenti dell'iperidrosi, della fatica, dei disturbi del sonno, del tono dell'umore e dei disturbi urinari.

Gli effetti collaterali da apomorfina possono essere classificati in locali e sistemici, gli effetti collaterali locali sono rappresentati da noduli sottocutanei (elevata percentuale dei casi) e panniculiti; nei casi particolarmente gravi queste complicanze obbligano alla sospensione dell'infusione. Gli effetti collaterali sistemici sono: disturbi neuropsichiatrici (stato confusionale, allucinazioni, ipersessualità), sedazione e sonnolenza diurna, nausea, ipotensione ortostatica. Meno frequentemente può verificarsi prolungamento del QTc, eosinofilia, anemia emolitica autoimmune, disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, bulimia).

Le principali controindicazioni sono rappresentate da aritmie cardiache (prolungamento QTc), età avanzata, presenza di disturbi neuropsichiatrici, disturbi cognitivi significativi, insufficienza epatica, depressione respiratoria, ipersensibilità alla morfina.

L'avvio della terapia infusione sottocutanea con Apomorfina può essere effettuato in regime di Day Hospital e la presenza di un caregiver è un requisito che facilita la gestione di tale terapia.

Infusione intraduodenale di levodopa

L'infusione intestinale di levodopa/carbidopa è indicata nel trattamento della MP in stadio avanzato, responsiva alla levodopa con gravi fluttuazioni motorie e discinesie, quando le varie combinazioni di farmaci antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti.

L'infusione intestinale di levodopa/carbidopa permette di erogare il farmaco in modo continuo, direttamente a livello duodenale, sito di elezione del suo assorbimento, permettendo in tal modo l'ottenimento di livelli plasmatici di levodopa più stabili.



Il farmaco consiste in una sospensione acquosa di levodopa (20 mg/ml) e carbidopa (5 mg/ml) dispersa in un gel viscoso contenuta in una cartuccia di 100 ml. Il gel viene somministrato attraverso una pompa portatile direttamente nel duodeno, tramite un sondino con un prolungamento digiunale (PEG-J) posizionato attraverso gastrostomia endoscopica percutanea.

La dose del farmaco deve essere calcolata per ottenere una risposta clinica ottimale nel singolo paziente (incremento dei periodi ON durante la giornata, riduzione del numero di episodi OFF e di periodi ON accompagnati da discinesie invalidanti).

La dose giornaliera totale è costituita da tre dosi aggiustate individualmente:

1. La dose bolo del mattino: somministrata per raggiungere rapidamente il livello di dosaggio terapeutico;
2. La dose di mantenimento continua: calcolata sulla base dell'assunzione giornaliera precedente di levodopa;
3. La dose bolo extra: da somministrare al bisogno in caso di blocco motorio.

Il tempo di somministrazione del farmaco si aggira intorno alle 12-14 ore nella giornata e generalmente l'infusione viene sospesa durante la notte.

Il candidato ideale per questo tipo di trattamento è un paziente in fase complicata di malattia, con fluttuazioni motorie disabilitanti, caratterizzate da un'alternanza di fasi OFF con limitata mobilità e fasi ON con importanti movimenti involontari. Le principali controindicazioni sono rappresentate da: deficit cognitivo grave, disturbi psichiatrici, controindicazioni gastroenterologiche ed alla chirurgia addominale, assenza di caregiver affidabile, glaucoma ad angolo chiuso, insufficienza cardiaca, gravi aritmie cardiache, concomitante assunzione di inibitori non selettivi delle MAO e degli inibitori selettivi delle MAO tipo A, feocromocitoma, ipertiroidismo, sindrome di Cushing.

La procedura può essere proposta anche a pazienti con età maggiore di 70 anni con problemi cognitivo-comportamentali di grado lieve. È importante la presenza di un caregiver che possa collaborare nella gestione quotidiana del sistema di infusione.

La procedura può essere effettuata solo nei Centri dove sia presente un Reparto di Endoscopia in grado di eseguire la PEG-J, ma soprattutto di gestire le eventuali urgenze qualora si presentino problemi tecnici legati al malfunzionamento del sistema infusionale.

Qualora il paziente non fosse eleggibile alla gastrostomia endoscopica percutanea è possibile eseguire una gastrodigiunostomia radiologica.



Dopo le dimissioni il paziente dovrà avere facile accesso a un Ambulatorio neurologico (I livello) con personale dedicato in grado di variare la dose giornaliera del farmaco e, soprattutto, di gestire le possibili problematiche del sistema di infusione. In caso di complicanze gravi il paziente dovrà avere la possibilità di assistenza anche in regime di ricovero. È inoltre compito dell'U.O. di neurologia che ha in carico il paziente:

- assicurare l'addestramento del caregiver e del paziente per la gestione quotidiana a domicilio del sistema infusoriale;
- assicurare la gestione del follow-up e l'accesso a un ambulatorio neurologico con neurologi e personale infermieristico provvisto di adeguate competenze e formazione.

Stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation - DBS)

La DBS è una procedura chirurgica che prevede il posizionamento di elettrodi stimolanti con tecnica stereotassica a livello di un target cerebrale implicato nella fisiopatologia dei sintomi parkinsoniani (nucleo subtalamico o nucleo pallido interno). Gli elettrodi vengono collegati ad un neurostimolatore posto in regione pettorale il quale, opportunamente programmato, fornisce una stimolazione elettrica continua in grado di modificare l'attività patologica del target (neuromodulazione), con conseguente miglioramento dei sintomi parkinsoniani.

L'indicazione al trattamento chirurgico avviene al termine di un breve ricovero ospedaliero con valutazione collegiale multidisciplinare – neurologica, neurochirurgica e neuropsicologica – nel corso del quale il paziente esegue test acuto alla levodopa, RMN encefalo, test neuropsicologici specifici per ogni dominio cognitivo, visita psichiatrica. Di seguito si riportano i criteri di eleggibilità per la DBS:

Criteri di selezione

Diagnosi di MP idiopatica

Durata di malattia di almeno 5-6 anni

Presenza di fluttuazioni motorie e/o discinesie nonostante una terapia farmacologica ottimizzata

Eccellente risposta al test acuto alla levodopa

Età preferibilmente ≤ 70 anni

Assenza di rilevanti alterazioni cognitive, comportamentali, psichiatriche

Assenza di alterazioni significative alla RM encefalo (rilevante vasculopatia, idrocefalo, marcata atrofia)

Assenza di patologie che controindichino l'intervento chirurgico

Il paziente idoneo alla DBS viene inserito nella lista d'attesa chirurgica e, qualora fosse necessario, viene avviato ad un percorso psicologico clinico con colloqui ambulatoriali, per valutare la motivazione e le aspettative.



Dopo l'intervento neurochirurgico, il follow-up iniziale andrebbe eseguito dall'equipe multidisciplinare presso lo stesso Centro dove è stato effettuato il trattamento; il follow-up a lungo termine può essere eseguito anche in Centri dove è presente personale adeguatamente formato.

Inoltre, si rappresenta la necessità di una periodica sostituzione del generatore di impulsi (4-5 anni per neurostimolatori non ricaricabili, 10-20 anni per neurostimolatori ricaricabili).

6.2.3 Gestione terapeutica dei sintomi non motori e comorbidità

Decadimento cognitivo

Negli stadi iniziali della MP possono essere presenti lievi modificazioni delle capacità cognitive, principalmente a carico delle funzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale. Negli stadi più avanzati della malattia il quadro clinico può evolvere verso una forma di demenza caratterizzata da una sindrome disesecutiva con deficit cognitivi e dell'attenzione fluttuanti, spesso accompagnati da disturbi psichici. Studi recenti hanno evidenziato la presenza di demenza in una percentuale superiore all'80% nei pazienti parkinsoniani con storia di malattia maggiore di 20 anni. L'insorgenza di disturbi cognitivi costituisce un importante fattore negativo per la qualità di vita del paziente e del caregiver e frequentemente è causa di istituzionalizzazione del paziente. Il possibile impiego di farmaci inibitori della colinesterasi è suggerito da studi recenti. Tra i vari farmaci solo la rivastigmina risulta attualmente registrata per il trattamento della demenza associata alla MP.

Si raccomanda l'esecuzione di una valutazione neuropsicologica (eseguita da un neuropsicologo esperto di malattie extrapiramidali, laddove presente, o da uno psicologo che possieda una formazione in ambito neuropsicologico).

Disturbi psichici

Una sindrome depressiva è presente nel 30-60% dei pazienti parkinsoniani e rappresenta uno dei principali fattori che possono influenzare negativamente la qualità della vita. Il trattamento può basarsi sia sull'impiego di farmaci dopaminergici (pramipexolo, ropinirolo), efficaci soprattutto sull'apatia, sia sull'utilizzo di farmaci antidepressivi per i quali, tuttavia, non esistono raccomandazioni forti basate sull'evidenza. I disturbi d'ansia (40% dei pazienti) si possono manifestare come disturbo d'ansia generalizzata, attacchi di panico o fobia sociale. Non esistono evidenze o raccomandazioni sulla scelta del trattamento farmacologico ottimale dell'ansia nel paziente con MP. Quando l'ansia e gli attacchi di panico appaiono correlati alle fasi off possono migliorare ottimizzando il trattamento dopaminergico. I disturbi psicotici sono più comuni nelle fasi avanzate della malattia e possono verificarsi anche in assenza di segni di deterioramento cognitivo. Illusioni ed



allucinazioni sono le manifestazioni più comuni e quando si verificano si raccomanda, quale primo provvedimento, una revisione del trattamento farmacologico dopaminergico, ossia la riduzione o sospensione dei farmaci maggiormente correlati all'insorgenza di effetti collaterali psichici (DA, amantadina, anticolinergici). In caso di sintomi gravi e persistenti, anche dopo revisione del trattamento dopaminergico, deve essere valutato l'impiego di farmaci antipsicotici; è sconsigliato l'impiego dei neurolettici tradizionali (effetti collaterali extrapiramidali). Anche tra gli antipsicotici atipici, l'utilizzo di olanzapina e risperidone è limitato dagli effetti collaterali extrapiramidali. La clozapina è il farmaco più efficace ed è registrata in Italia per il trattamento dei disturbi psicotici in corso di MP dopo fallimento della gestione terapeutica classica; tuttavia, il suo impiego appare condizionato dal rischio di neutropenia/agranulocitosi e dalla conseguente necessità di stretto monitoraggio della crasi ematica. La quetiapina è un farmaco ampiamente utilizzato per la cura dei sintomi psicotici in corso di MP, sebbene non siano presenti forti raccomandazioni basate sull'evidenza. I disturbi del comportamento comprendono i disturbi del controllo degli impulsi ed alcuni comportamenti motori stereotipati ed afinalistici noti con il termine di "punding".

I principali disturbi del controllo degli impulsi sono rappresentati dal gioco d'azzardo patologico, dallo shopping compulsivo, dall'ipersessualità e dalle compulsioni alimentari. Queste manifestazioni sono correlate in particolare all'impiego di farmaci DA, sebbene siano descritti casi correlati anche all'uso di levodopa. Il provvedimento terapeutico raccomandato per i disturbi del comportamento è la riduzione posologica o la sospensione del trattamento con DA.

Disturbi del sonno

I disturbi del sonno possono presentarsi dalle fasi iniziali della MP e talora già nello stadio premotorio. I principali disturbi del sonno sono rappresentati dal disturbo comportamentale della fase REM (indicato il trattamento con clonazepam) e dall'eccessiva sonnolenza diurna. Non è raro il riscontro della sindrome delle gambe senza riposo (RLS) e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS). L'insonnia è un sintomo frequente in tutte le fasi della MP: può essere primitiva, oppure correlata ai sintomi motori notturni (rigidità, acinesia), alla nicturia, ai disturbi psichici o ad altri disturbi del sonno (eccessiva sonnolenza diurna con inversione del ritmo sonno-veglia, RLS, OSAS). È opportuna una regolare igiene del sonno mentre il trattamento farmacologico prevede l'impiego di benzodiazepine a breve emivita e di ipnoinducenti.



Ipotensione

L'ipotensione ortostatica è dovuta alla disautonomia spesso associata alla MP, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. Può manifestarsi con pseudovertigini o disequilibrio, fino a episodi sincopali. Può essere necessario lo studio delle risposte vegetative cardiovascolari. Il trattamento farmacologico si avvale di farmaci simpaticomimetici (midodrina) e mineralcorticoidi (fludrocortisone).

Disturbi gastrointestinali

La stipsi è un sintomo non motorio molto comune nei pazienti parkinsoniani e può essere presente anche in fasi precoci della malattia, richiedendo in questi casi solo provvedimenti dietetici, assunzione adeguata di liquidi ed esercizio fisico. Nelle fasi più avanzate può contribuire a rendere meno regolare la risposta terapeutica influenzando l'assorbimento dei farmaci. È indicato in questi casi un approccio che prevede, oltre alle misure già citate, la supplementazione di fibre, l'impiego di diuretici osmotici, di soluzioni elettrolitiche di polietilenglicole (macrogol) e, quando necessario, l'enteroclima.

Disturbi urologici

Oltre il 40% dei pazienti parkinsoniani manifesta disturbi urinari quali: urgenza minzionale, pollachiuria, nicturia ed incontinenza. Si raccomanda di eseguire una valutazione urologica ed eventuali indagini strumentali specialistiche nei casi in cui si sospetti una concomitante ipertrofia prostatica o una patologia del pavimento pelvico. Per l'incontinenza sono raccomandate misure non farmacologiche, quali: regolarità della minzione, modificazione della dieta, regolarizzazione dell'alvo, esercizi del pavimento pelvico, eventuale utilizzo di presidi; nei casi più gravi, per il trattamento dei disturbi minzionali conseguenti ad iperattività del detrusore vescicale, il trattamento può prevedere la somministrazione di farmaci agonisti muscarinici.

Dolore

Il dolore associato alla MP può essere muscolo-scheletrico, radicolare-neuropatico, distonico, crampiforme, disestesico parestesico. Due terzi dei pazienti con MP soffrono di dolore cronico, che può essere in alcuni casi non correlato alla malattia (associato principalmente ad osteoartrite). Il dolore cronico direttamente correlato alla MP è più frequente nei pazienti più giovani e di sesso femminile, in quelli con quadro clinico più grave e con maggiori sintomi depressivi. Quando il dolore compare o aumenta nelle fasi off può essere attenuato in maniera significativa mediante una revisione della terapia dopaminergica. Quando il dolore persiste,



nonostante una terapia ottimale, si raccomanda l'impiego del gabapentin. In caso di ulteriore insuccesso può essere indicato una valutazione presso un centro di terapia antalgica.

Cadute e complicanze traumatiche

La più frequente causa di comorbidità acuta nei pazienti parkinsoniani è costituita dai traumi conseguenti alle cadute. Il rischio di caduta in corso di MP, strettamente correlato con la durata di malattia, è determinato dalla instabilità posturale, ma anche dal freezing, dalla festinazione, dalle discinesie e dall'ipotensione ortostatica sintomatica. L'aumentato rischio di cadute incide sulla qualità di vita del paziente parkinsoniano non solo per le conseguenze traumatiche, ma anche per il livello di ansia che ne deriva, con ripercussioni sulla vita sociale e sull'assistenza del paziente. Per la prevenzione delle cadute è raccomandato un intervento di tipo riabilitativo mirato al rinforzo delle risposte posturali, intervenendo anche nell'ambiente domestico per rimuovere oggetti ed ostacoli. È importante verificare ed eventualmente correggere i problemi visivi concomitanti. La revisione del trattamento farmacologico può essere utile per migliorare le complicanze motorie favorevoli l'instabilità posturale.

6.3 Fase del Follow-up

Il paziente con MP effettua visite di controllo in ambulatorio prenotate dallo specialista che lo ha preso in carico tramite CUP di II livello. Le visite di follow-up vengono effettuate per:

- Ottimizzare la terapia;
- Verificare la diagnosi (secondo i criteri della UK Brain Bank sono necessari 3 anni di follow-up per la diagnosi di MP probabile);
- Sorveglianza degli effetti collaterali;
- Rilevare eventuali sintomi di recente insorgenza che richiedano nuovi approcci terapeutici (es.: farmacologici, fisioterapici, logopedici, dietologici).

Si raccomanda di eseguire la 1° visita di controllo dopo 1- 3 mesi dalla prima visita per verificare l'efficacia della terapia o la necessità di introdurre nuovi farmaci, per valutare la presenza di eventuali effetti collaterali, la progressione dei sintomi e l'analisi di eventuali esami strumentali.

Le visite successive possono essere effettuate con cadenza variabile a seconda delle problematiche del paziente; è comunque raccomandata almeno la cadenza annuale.



Oltre alle visite programmate, si raccomanda l'invio allo specialista ambulatoriale da parte del MMG qualora il paziente manifesti:

- Movimenti involontari (discinesie) invalidanti che interferiscono con le attività quotidiane e l'autonomia funzionale;
- Distonie invalidanti o dolorose (focali o generalizzate, posture anomale in rapido peggioramento);
- Gravi fluttuazioni motorie, prolungate ed imprevedibili, con impatto negativo sull'autonomia funzionale;
- Alterazioni dell'equilibrio con frequenti cadute;
- Disfagia e dispnea;
- Disturbi psichici acuti (stato delirante, allucinazioni, agitazione psicomotoria);
- Sintomi vegetativi (sincope da ipotensione, stipsi grave e refrattaria ai rimedi terapeutici).

Le visite con carattere di urgenza riguardano:

- Urgenze non neurologiche:
 - Occlusione intestinale;
 - Stridore laringeo con sintomi di soffocamento;
 - Ritenzione urinaria acuta;
- Urgenze neurologiche:
 - comparsa di gravi fasi off con acinesia prolungata (blocco acinetico grave);
 - gravi discinesie che interferiscono con lo svolgimento delle attività quotidiane e con l'alimentazione.

La Telemedicina nella gestione del paziente con MP/Parkinsonismi

La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con l'uso di tecnologie innovative come ad esempio le piattaforme per videochiamate. A giudizio del clinico è possibile ricorrere a strumenti di Telemedicina secondo la normativa regionale vigente (ex DGR 481/2020).

Con la telemedicina è possibile garantire ai pazienti un accesso più agevole ai servizi sanitari, dal monitoraggio alle eventuali modifiche della terapia. La telemedicina rappresenta uno strumento dinamico, veloce e accessibile ovunque, capace di raggiungere un gran numero di persone. Semplifica la comunicazione tra paziente e medico accelerando il processo di diagnosi e cura. Inoltre, velocizza le procedure burocratico-amministrative e riduce i tempi di attesa.



La visita in telemedicina, che può facilitare i pazienti con gravi disabilità motorie ed i loro caregiver, non deve comunque sostituire il follow up del paziente in toto, ma può alternarsi alle visite in presenza o subentrare nel momento di una necessità impellente del paziente.

Anche il trattamento riabilitativo può essere facilitato dall'integrazione del trattamento in presenza con sedute in Telemedicina, tenendo conto delle gravi difficoltà che i pazienti affetti da Parkinson spesso incontrano per accedere alla riabilitazione.

7. PERCORSO RIABILITATIVO

La persona affetta da MP presenta una disabilità progressiva e complessa che, come da indicazione del Piano Nazionale per la Cronicità, necessita di una presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare in tutte le fasi della patologia, con modalità organizzativa di "rete", tale da garantire risposte appropriate ed efficaci durante tutta l'evoluzione clinica e funzionale della patologia a partire dalla diagnosi iniziale. I deficit funzionali riguardano non solo l'ambito motorio (dalla capacità individuale di eseguire compiti motori appresi e divenuti automatici fino a disturbi più complessi a carico di equilibrio, tono, postura e movimento), ma tutte le funzioni della persona con MP: la sfera psicologica, neuropsicologica, gli ambiti della comunicazione e dell'eloquio, le problematiche della deglutizione e l'ambito nutrizionale, gli aspetti relazionali e sociali; i disturbi a carico del sistema nervoso autonomo; i disturbi sfinterici. Nonostante l'adeguato trattamento farmacologico e le innovazioni terapeutiche disponibili, molti pazienti con MP continuano a presentare un'ampia varietà di disturbi motori e non-motori di entità tale da influenzare lo svolgimento delle attività quotidiane alterando la qualità di vita del soggetto. L'approccio più attuale alla persona con disabilità derivante da MP, anche da revisioni della letteratura, dimostra come la valutazione ed il trattamento riabilitativo multisistemico debbano avere una valenza multidisciplinare ed in tal senso siano fondamentali in affiancamento alla terapia farmacologica. La presa in carico in ambito riabilitativo deve avvenire precocemente, garantendo una gestione omogenea del percorso riabilitativo e di trattamento in generale della MP, facilitando una condivisione dei percorsi e pari opportunità di accesso ai trattamenti.

Il trattamento riabilitativo del soggetto con MP propone, pertanto, il miglioramento/mantenimento della condizione psicofisica del paziente e la prevenzione di danni secondari e si basa sul lavoro integrato di medici neurologi, clinici e riabilitatori, fisiatra, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, neuropsicologi, terapisti occupazionali ed operatori socio-sanitari. Tale team multidisciplinare per il piano riabilitativo deve necessariamente interagire con il team multidisciplinare del II e/o III livello della Rete. La presa in carico riabilitativa avviene tanto nella fase iniziale-intermedia, che nella fase avanzata.



In base alla prevalenza dei bisogni individuati (riabilitativi, clinici o assistenziali) verrà definito il setting più appropriato per realizzare il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.): potrebbe essere quindi indicato il setting domiciliare oppure il trasferimento temporaneo del paziente in Strutture protette aziendali, quali RSA, in base agli obiettivi individuati, agli strumenti tecnici necessari e alla presenza di percorsi di continuità assistenziale disabilità-dipendenti, nel territorio di riferimento.

Obiettivi riabilitativi della fase iniziale di malattia

- Incoraggiare e mantenere una corretta forma fisica con attività motoria aerobica ed esercizio fisico regolare;
- Insegnare al paziente strategie motorie utili per rallentare l'insorgenza di problemi posturali;
- Prevedere la possibilità di avviare alcuni di questi pazienti al "percorso AFA-Attività Fisica Adattata", parimenti ad altre disabilità croniche/evolutive a valenza neurologica.

Obiettivi riabilitativi della fase intermedia di malattia

Oltre a quelli del gruppo precedente:

- Migliorare il controllo posturale, l'equilibrio, i trasferimenti, la deambulazione mediante l'uso delle strategie cognitive e la tecnica di cueing training. Trattare il freezing adoperando tecniche di destrutturazione del movimento semiautomatico. Implementare tecniche di apprendimento motorio;
- Mantenere il tono muscolare e l'articolarietà;
- Proporre movimenti globali;
- Insegnare strategie per prevenire le cadute;
- Addestramento del caregiver.

Obiettivi riabilitativi della fase avanzata di malattia

Oltre a quelli del gruppo precedente:

- Coinvolgere e addestrare il caregiver;
- Prevenire le possibili complicanze osteoarticolari e muscolo-tendinee;
- Terapia occupazionale;
- Preservare le funzioni vitali;
- Prediligere attività funzionali;
- Consigliare gli ausili per le A.D.L.

Il trattamento logopedico

In presenza di persone con malattia di Parkinson o parkinsonismo che presentino disturbi del linguaggio, disfagia con rischio di aspirazione o perdita di peso, disturbi di fonazione è indicata una valutazione presso un



logopedista con esperienza specifica. Durante la valutazione logopedica saranno analizzate la masticazione, la deglutizione di cibi solidi e liquidi, la postura del capo e del tronco, verranno valutate e quantificate con scale specifiche la presenza di scialorrea e drooling, i disturbi del linguaggio e della fonazione. Successivamente all'identificazione delle problematiche verrà avviata una riabilitazione specifica per il/i disturbo/i individuati (training disfagia, programmi per il miglioramento del volume e del tono della voce, programmi per migliorare la fluenza e l'intelligibilità dell'eloquio) e saranno fornite al paziente e al caregiver istruzioni sulla modifica della consistenza degli alimenti, sulla comprensione dei disturbi di deglutizione, sull'adozione di posture facilitanti, in modo da prevenire le complicanze legate alla disfagia. Nei casi di disartria e problemi di comunicazione potrà essere presa in considerazione la terapia di gruppo.

Gli obiettivi riabilitativi saranno:

- Prevenire le possibili complicanze della disfagia (polmoniti da aspirazione e perdita di peso);
- Insegnare al paziente le strategie per migliorare la masticazione e la deglutizione di cibi solidi e liquidi;
- Istruire il paziente e il caregiver sulle modifiche della consistenza degli alimenti e dei liquidi;
- Migliorare le capacità di comunicazione;
- Migliorare la qualità di vita.

8. APPROCCIO PALLIATIVO

Per Cure Palliative si intende un approccio mirato a migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari affrontando i problemi associati ad una malattia cronica, tramite la prevenzione ed il sollievo della sofferenza basati sulla identificazione precoce, sull'inquadramento diagnostico accurato e sul trattamento del dolore e degli altri problemi fisici, psicosociali e spirituali (World Health Organization, 2005). La MP pur essendo una patologia per la quale si dispone di numerose terapie farmacologiche e chirurgiche, è tuttavia una condizione cronica ed ingravescente con disabilità fisica e psichica, spesso caratterizzata da sintomi non motori scarsamente responsivi al trattamento. Il trattamento palliativo non può prescindere da un'anamnesi accurata che metta in evidenza:

- La situazione personale, familiare e lavorativa;
- La valutazione delle aspettative del paziente;
- La valutazione delle eventuali precedenti esperienze di malattia;
- Le ripercussioni che i sintomi associati alla MP determinano sulla qualità di vita.



Questi aspetti devono essere presi in considerazione ai fini della pianificazione dell'intervento, che deve risultare da una attiva cooperazione con il paziente stesso, con le persone a lui più vicine e con gli altri operatori sanitari coinvolti, spesso attraverso un approccio multidisciplinare coordinato. Si raccomanda quindi un'adeguata anamnesi e una attenta comunicazione con il paziente per una corretta valutazione del grado di disagio, delle sue aspettative e delle sue necessità individuali, familiari e sociali. Le cure palliative della MP devono essere organizzate secondo un modello medico affiancato da un modello sociale di valutazione dei bisogni del paziente e del caregiver e definizione degli interventi. Si raccomanda che il paziente affetto da MP sia valutato da un team multidisciplinare e multiprofessionale coordinato.

Trattamento palliativo

Negli ultimi anni è stato proposto anche per la MP il modello di cure palliative simultanee e precoci, già in atto in ambito oncologico, con l'obiettivo di consentire ai malati una transazione meno dolorosa e onerosa verso maggiori livelli di disabilità, grazie anche ad una pianificazione anticipata /condivisa delle cure. L'approccio integrato secondo il modello multidisciplinare delle cure palliative mirato al miglioramento della qualità di vita, con l'identificazione precoce dei bisogni, per un miglior controllo non solo dei sintomi fisici e del dolore, ma anche dei problemi psichici, psicosociali e spirituali, potrebbe ridurre il numero di ricoveri in emergenza e le ospedalizzazioni in letti per acuti in fasi avanzate di malattia oltre a migliorare l'appropriatezza delle cure specifiche ed invasive in fase avanzata.

La letteratura propone alcuni snodi decisionali o trigger points, in base ai quali attivare le Cure Palliative, tipo: la comunicazione della diagnosi o progressione infausta, la presenza di sintomi non controllati, il peggioramento delle condizioni generali con maggiore dipendenza nelle attività quotidiane, la disfagia, il peggioramento dei disturbi di comunicazione, il caregiver burden, i temi del fine vita. La diffusione delle cure simultanee potrebbe facilitare l'individuazione della fase finale della vita e potrebbe migliorare la pianificazione delle cure, per sostenere i malati ed i familiari, identificando le priorità, sospendendo cure costose e futili ed accompagnando alle scelte di fine vita. L'associazione di problemi di deglutizione, episodi di polmonite ab ingestis, infezioni ricorrenti, il declino fisico con perdita di peso sono indicativi di evoluzione infausta soprattutto se presenti contemporaneamente.

Differenti fasi della MP richiedono differenti interventi specifici:

1. Nelle fasi iniziali è importante una comunicazione chiara della diagnosi e la valutazione della dimensione soggettiva risultante dal livello di invalidità, dal vissuto emotivo e dal contesto psicosociale del paziente, al fine di migliorare il livello di collaborazione.



2. Nella fase intermedia l'impatto psicosociale della malattia diventa progressivamente più rilevante per il caregiver. L'attivazione di interventi di gruppi di supporto e le associazioni dei pazienti possono svolgere in questa fase una funzione di primo piano nel guidare il paziente verso una gestione consapevole della propria condizione di malattia e per una reale pianificazione delle cure.
3. Nella fase avanzata le cure palliative possono svolgere un ruolo importante, parallelamente al prevalere dei sintomi non motori e delle comorbidità. La gestione dei problemi più critici dovrebbe essere valutata in stretta cooperazione con il paziente ed i familiari e con tutte le figure professionali coinvolte in un approccio multidisciplinare. I disturbi comportamentali ed il deterioramento cognitivo costituiscono la maggior causa di disagio per il caregiver e frequentemente la causa di ricoveri temporanei o istituzionalizzazione del paziente. Queste problematiche possono essere mitigate da un adeguato sostegno assistenziale domiciliare, dalla possibilità di ospedalizzazione diurna e comunque da una costante opera di informazione e sostegno rivolta al caregiver. Gli aspetti psicosociali correlati alla fase avanzata della MP possono diventare molto impegnativi, tanto da rendere insostenibile la gestione domiciliare del paziente. Tuttavia, uno degli obiettivi del trattamento deve essere proprio quello di mantenere il paziente nel suo ambito domestico; per favorire tale obiettivo è necessario predisporre una adeguata assistenza domiciliare che coinvolga un team di competenze multidisciplinari e possibilmente di volontari, in grado di contribuire all'assistenza del malato e dei familiari. Documento di riferimento nazionale è il Documento intersocietario SICP-SIN "Le cure palliative nel malato neurologico".

9. IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

Le Associazioni di Volontariato che si occupano delle persone con Malattia di Parkinson/Parkinsonismi e dei loro famigliari/caregiver sono un importante braccio operativo nella gestione olistica della malattia. Ci si può avvalere di Associazioni senza scopo di lucro, che basano la propria attività principalmente sul lavoro di volontari non retribuiti, iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS).

Tra i vari ruoli che possono svolgere queste Associazioni ce ne sono alcuni che sono fondamentali per la malattia di Parkinson quali:

- Accoglienza. Il momento della diagnosi della malattia costituisce un momento difficile e delicato, che richiede particolari capacità da parte del Medico, generalmente un Neurologo, al quale sarebbe opportuno affiancare sempre un adeguato supporto psicologico. Questo non basta perché una volta rientrati nella propria routine quotidiana subentra quasi sempre una perdita di fiducia in sé stessi, i



timori per il futuro, la scarsa conoscenza della malattia, la tendenza a non uscire di casa. Quindi si deve instaurare una prassi mediante la quale, al momento della diagnosi, il Medico di famiglia e il Neurologo di riferimento, anche attraverso materiali a stampa, informano e incoraggiano il malato a prendere contatto con l'Associazione Parkinson più vicina e le sue attività. Qui il paziente troverà piena accoglienza, senza essere sottoposto a giudizi e pregiudizi, potrà confrontarsi con altre persone, ognuna con una propria esperienza. Il paziente sarà accolto in un ambiente aperto, amichevole e collaborativo, dove potrà anche apprezzare l'esempio di tanti volontari che pur essendo malati a loro volta hanno reagito positivamente e, nei limiti delle proprie possibilità, svolgono un lavoro a beneficio di tutti. Tutti coloro che hanno frequentato le attività delle Associazioni di Volontariato sono riusciti a superare molto meglio i momenti di inevitabile sconforto. Questa esperienza di "socializzazione" è ormai riconosciuta come una vera e propria terapia non medica, con evidenti benefici sulla qualità di vita dei malati e dei loro caregiver. Le parole chiave sono due: accoglienza e socializzazione. Quest'ultima si esplica anche partecipando agli eventi conviviali, alle uscite con valenza ludica, culturale e ambientale che le Associazioni promuovono a favore dei propri aderenti, sia in modo autonomo, ma sempre più frequentemente in collaborazione e in sinergia con altre organizzazioni ed enti similari.

- **Informazione.** E' necessaria una corretta e completa informazione sui seguenti ambiti: sulla malattia, sulla sua evoluzione nel tempo, sui più corretti stili di vita, sulla corretta assunzione dei farmaci, sull'alimentazione, sullo stato della ricerca, sulle patologie che possono associarsi al Parkinson, sulle strategie più efficaci per prevenirle, sulla formazione dei caregiver, sulle pratiche burocratiche che occorre espletare per ottenere la patente di guida, sulla richiesta dell'invalidità, sul tagliando per il parcheggio disabili, sulla legge 104, sulla richiesta di ausili, sull'accompagnamento, su determinati benefici di carattere fiscale. Questo supporto costituisce uno degli aspetti più curati dalle Associazioni, nella consapevolezza che la conoscenza di questa malattia da parte della popolazione in generale è del tutto insufficiente. L'informazione si svolge capillarmente sul territorio con la promozione e organizzazione di convegni e conferenze, presso centri sociali, scuole e luoghi pubblici in genere, ma anche attraverso singoli incontri tramite appositi sportelli e uffici aperti al pubblico, in stretta collaborazione con le singole ASL, dei Comuni e dei loro Servizi Sociali. Poiché la malattia di Parkinson ha carattere degenerativo e progressivo, una forte e corretta informazione costituisce uno strumento strategico per affrontare con modalità efficaci il tema della sua cronicità, unitamente al sostegno del ruolo del caregiver quale presidio fondamentale nella cura e assistenza del malato.
- **Attività motoria.** Tutte le Associazioni sono attrezzate per svolgere attività motorie che spaziano dalla musicoterapia, al Tai Chi, al Nordik Walking, al ballo, al teatro, alla biodanza ed altre ancora, oltre all'attività fisica di base in palestra, adattata alle specificità della malattia di Parkinson e allo stadio del suo sviluppo. Queste attività motorie sono cruciali al fine di mantenere il più a lungo possibile le

proprie abilità residue. Tali attività vengono svolte dividendo le persone in gruppi il più possibile omogenei rispetto alle capacità di ciascuno e dovrebbero essere condotte da personale qualificato e specificatamente formato (possibilmente laureati in scienze motorie o fisioterapisti, terapisti occupazionali). E' auspicabile un rapporto di stretta collaborazione tra le Associazioni e le unità di Neurologia e Fisiatria delle singole Aziende Sanitarie, poiché l'attività fisica adattata necessita di una selezione in base alla gravità e alle specifiche problematiche di malattia e di verifiche successive, con eventuali indicazioni al personale che opera sul campo.

- Individuazione, formazione ed empowerment di pazienti esperti. A questi esperti vanno affidati compiti di collegamento tra le varie Associazioni per il raggiungimento di obiettivi comuni (semplici, misurabili, raggiungibili, realistici), come potrebbe essere un crowdfunding a favore di una ricerca o il sostegno di una situazione particolarmente svantaggiata ecc. Si possono inoltre affidare loro compiti di collegamento tra le Associazioni e le Istituzioni locali e regionali, con l'obiettivo di promuovere in modo omogeneo le misure per affrontare il tema della disabilità, delle barriere architettoniche e del riconoscimento del lavoro dei caregiver, in linea con quanto suggerito dalla letteratura e già realizzato in altri paesi soprattutto del nord-Europa.

Il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nell'ambito del PDTA Parkinson non può dunque che avere ricadute positive sia sulle persone che sulle famiglie coinvolte. Le Associazioni possono diventare un punto di riferimento per neurologi, fisiatristi, medici di base, sociologi, terapisti occupazionali, nutrizionisti, fisioterapisti, ecc.

10. INDICATORI

INDICATORI ORGANIZZATIVI

- Recepimento del PDTA regionale per la gestione dei pazienti con Malattia di Parkinson e Parkinsonismi: Atto Deliberativo Aziendale entro 30 giorni dall'approvazione del presente documento tramite Delibera di Giunta Regionale.
- Protocollo clinico organizzativo aziendale per la gestione dei pazienti con Malattia di Parkinson e Parkinsonismi: Atto Deliberativo Aziendale entro 60 giorni dall'atto di recepimento aziendale.
- Individuazione dei 3 Livelli della Rete, secondo quanto definito nel paragrafo 4.2 del presente documento: Atto Deliberativo Aziendale entro 6 mesi dall'approvazione del presente documento tramite Delibera di Giunta Regionale

Gli indicatori sopra esposti verranno monitorati dall'ASR Abruzzo, e potranno essere modificati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte da parte dei professionisti coinvolti nel percorso.





**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

DGR n. 169 del 24/03/2023

OGGETTO: DGR 802/2022- DISPOSIZIONI ATTUATIVE



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del:	24/03/2023	
Presidente:	MARCO MARSILIO	
Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	ASSENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE



DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

OGGETTO: DGR 802/2022- DISPOSIZIONI ATTUATIVE

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che la L.R n 6/2007 recante *Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009 - Un sistema di garanzie per la salute - Piano di riordino della rete ospedaliera*, al paragrafo 5.4, relativamente alle prestazioni a regime di ricovero producibili sui posti letto accreditati, impone di:

- essere conformi ai criteri di appropriatezza, secondo quanto previsto dalla L.R. 23 giugno 2006 n. 20;
- rispettare il criterio della non interscambiabilità dei posti letto tra Area Funzionale Omogenea (di seguito AFO) medica e chirurgica, consentendo il criterio della interscambiabilità nella medesima AFO nell'ambito delle discipline accreditate;
- rispettare l'esclusiva pertinenza specialistica;

ATTESO CHE:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 "*Approvazione dei protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate*", ha previsto la "verifica del tasso di occupazione dei posti letto per disciplina accreditata, che nelle UU.OO. non associate a funzioni di emergenza, non può superare il 100% pro die del numero dei posti letto per disciplina accreditata";
- il Manuale Operativo per i controlli ispettivi delle Case di Cura private e accreditate della Regione Abruzzo, approvato con DGR n. 611/2017, ha fornito specifiche indicazioni sulle modalità di monitoraggio del tasso di occupazione giornaliero per disciplina;

CONSIDERATO CHE

- il Consiglio di Stato/Sezione Terza, pronunciandosi sulla legittimità del DCA n. 64/2012 nella parte relativa al tasso di occupazione giornaliero dei p.l. accreditati, (sentenze nn. 4308, 4313, 4312, 4314, 4316, 4282 tutte del 2019) nel ritenere che “il meccanismo della interscambiabilità dei posti letto afferenti alla medesima Area Funzionale Omogenea sembrerebbe rispondere all’esigenza di rendere flessibile la programmazione puntuale dei PL per specialità e per presidio evitando che la stessa finisca di ingessare il sistema per lungo tempo, senza corrispondere alle mutevoli esigenze del Sistema Sanitario” ha anche evidenziato le difficoltà connesse all’applicazione delle disposizioni regionali in quanto “di non perspicua lettura, poiché priva di elementi di coordinamento con le restanti disposizioni, anche interne al paragrafo 5.4 (.....) e mancante di una regolamentazione sub legislativa di dettaglio, in grado di chiarirne le modalità attuative”;

- ulteriormente, il Collegio, richiamando la stessa Legge regionale 6/2007 che programma la “verifica periodica per poter intervenire, in modo sollecito, con eventuali atti di revisione ed aggiustamento. Questo anche alla luce di eventuali disposizioni, progetti o indirizzi che dovessero pervenire sia dal Ministero della Salute e/o da nuovi orientamenti clinico-diagnostici o organizzativi sostanziati da evidenze scientifiche.”, ha precisato che “la flessibilità del sistema passa attraverso la rimodulazione programmatica delle dotazioni iniziali e si conforma ad atti di pianificazione rinnovabili nel tempo alle cui puntuali indicazioni, sino alla loro successiva revisione, gli operatori privati devono gioco forza attenersi. La stessa esigenza di flessibilità” ha evidenziato il Collegio, pertanto “non può intendersi come facoltà della struttura Privata di operare in deroga al numero dei posti letto assegnati alle singole discipline, secondo uno schema variabile e non predefinito, rimesso alla sua piena discrezione, e quindi, di assai difficile previsione e controllo da parte dell’ente regionale. Una tale libertà gestionale” ha aggiunto “è scarsamente plausibile che il legislatore regionale abbia voluto conferirla ai privati senza disciplinarla nel dettaglio e definirne parametri, limiti e condizioni”;

ATTESO che l’assenza di una disciplina di dettaglio, come evidenziata dal Consiglio di Stato, ha comportato, negli anni, l’adozione di atti amministrativi e contrattuali contenenti disposizioni non univoche e/o di incerta interpretazione in merito all’utilizzo di posti letto ricadenti nella medesima AFO;

CONSIDERATO che la Corte dei Conti, sezione regionale di controllo per l’Abruzzo, in sede di esame delle relazioni sui bilanci di esercizio delle AASSLL (anno 2021), nel porre l’attenzione sul fenomeno della mobilità passiva che “pur riscontrando un miglioramento rispetto all’annualità precedente, ha nuovamente registrato un saldo complessivo negativo, pari a 94 milioni di euro” ha invitato la Regione Abruzzo ad adottare interventi opportuni e variegati in relazione al concreto atteggiarsi del fenomeno migratorio considerata la sua rilevanza non solo in termini assistenziali – quale parametro di qualità del SSR – ma anche in termini finanziari – per i maggiori costi ed il minor finanziamento che ne conseguono; in questo senso la Corte, oltre alla raccomandazione di addivenire alla conclusione dei necessari accordi di confine, ha esortato la Regione Abruzzo ad

importanti riflessioni programmatiche volte ad assicurare la fruibilità dei servizi con modalità aderenti alle effettive esigenze dell'utenza;

VISTA la DGR n. 802 del 20 dicembre 2022 recante “Contratto per l’acquisto ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. di prestazioni dell’area ospedaliera - triennio 2022-2024 e disposizioni per il recupero della mobilità sanitaria”, con la quale, nell’approvare il contratto per l’acquisto di prestazioni ospedaliere dalle strutture private accreditate della Regione Abruzzo, è stato contestualmente disposto, tra l’altro, di accogliere e concretizzare l’esortazione proveniente dalla Sezione Regionale di Controllo della Corte dei Conti, individuando strumenti ed iniziative orientati alla costituzione di un sistema di offerta sanitaria il più possibile reattivo, flessibile ed attrattivo, e conferendo in questo senso specifico mandato al Dipartimento regionale Sanità per l’individuazione degli interventi allo scopo necessari;

RICHIAMATO in particolare l’articolo 3 comma 1 dello schema di accordo contrattuale, di cui alla già detta DGR 802/2022, a tenore del quale “L’Erogatore si impegna a garantire per il triennio 2022-2024 le prestazioni sanitarie di ospedalità, incluse nei LEA e a carico del SSR, afferenti alle discipline accreditate, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati secondo il piano delle prestazioni, definito dal Direttore Generale dell’ASL ove è territorialmente ubicata la struttura.”;

CONSIDERATA l’interlocuzione condotta dal Dipartimento Sanità con l’Agenzia sanitaria regionale;

RILEVATA la necessità di conformare la produzione ospedaliera privata accreditata e contrattualizzata, in quanto complementare a quella pubblica, alle effettive necessità assistenziali regionali, onde renderla funzionale anche all’imminente ridisegno complessivo della rete di offerta, e quindi rispondendone agli standard del DM 70/2015, ed effettivamente idonea al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ed al recupero della mobilità passiva;

VISTA la LR n. 5/2023 dell’11 gennaio 2023, pubblicata sul BURA ordinario n. 3 del 18 gennaio 2023, che, all’art. 13, ha interpretato autenticamente il terzo punto del soprarichiamato paragrafo 5.4 dell’allegato alla L.R. n. 6/2007, stabilendo che il rispetto dell’esclusiva pertinenza specialistica deve essere inteso nel senso che “le prestazioni a carico del Servizio Sanitario possono essere erogate nei limiti delle discipline accreditate dalla programmazione regionale e pertanto i DRG prodotti devono essere afferenti alle discipline accreditate”;

STABILITO in questo senso, che, il piano delle prestazioni di cui al soprarichiamato art. 3 dello schema contrattuale DGR 802/2022 dovrà essere predisposto dai Direttori Generali aziendali anche

sulla base dei dati di mobilità passiva e dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero monitorate dal Ministero, onde rendere concretamente complementare la produzione delle strutture private contrattualizzate a quella delle strutture pubbliche, tenuto anche conto della necessità di coinvolgere gli Erogatori accreditati in logiche di reti cliniche ed in specifici PDTA, che possono declinarsi anche a livello interaziendale;

RITENUTO in questo senso, ai fini del recupero della mobilità passiva e del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti di ricovero:

- di consentire altresì nell'ambito del piano delle prestazioni di cui all'art. 3 dello schema contrattuale e nel rispetto del tetto di spesa assegnato, un utilizzo flessibile dei posti letto accreditati in discipline afferenti alla stessa AFO per una quota non superiore al 40% dei p.l. accreditati della disciplina interessata;
- di precisare, ai sensi della richiamata normativa di riferimento, che la suddetta flessibilità possa essere utilizzata esclusivamente nell'ambito dei posti letto accreditati ricompresi della stessa AFO, il cui tasso di occupazione giornaliero, nel rispetto della LR n. 6/2007, non potrà in ogni caso superare il 100% della capacità produttiva accreditata;
- di stabilire che l'utilizzo di detta flessibilità è comunque condizionato alla conservazione dei requisiti di qualità alla base dei vincoli di accreditamento ed al rispetto, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dei requisiti organizzativi, tecnologici e di personale previsti dalle vigenti disposizioni;

PRECISATO CHE:

- gli organismi di controllo aziendali, oltre a verificare la legittimità, l'appropriatezza e la congruità delle prestazioni erogate ai sensi della vigente normativa, effettueranno controlli giornalieri sulle notifiche di ricovero trasmesse dalle Case di Cura tenendo conto di quanto stabilito nel piano delle prestazioni;
- la produzione erogata in violazione delle disposizioni stabilite dal presente provvedimento sarà sanzionata ai sensi del Manuale di cui alla DGR n. 611/2017 da intendersi integrato e modificato dal presente provvedimento;

STABILITO di affidare alla Agenzia sanitaria regionale ASR Abruzzo il monitoraggio annuale dei dati di produzione conseguenti dall'applicazione delle misure di flessibilità previste dal presente provvedimento, dati che dovranno orientare i processi di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera privata accreditata nell'ottica del pieno raggiungimento degli standard di cui al DM n. 70/2015;

STABILITO che con successivo provvedimento saranno adottate ulteriori iniziative specificatamente orientate al recupero della mobilità relativa alle prestazioni sanitarie di alta

complessità;

DATO ATTO che, ai fini della pubblicazione del presente provvedimento in applicazione degli adempimenti a garanzia della trasparenza di cui al D. lgs 33/2013 e ss.mm.ii. non ci sono parti da omettere, e che pertanto la pubblicazione può essere effettuata in forma integrale;

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che il Direttore del Dipartimento Sanità esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, ed attesta che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;

VISTA la L.R. 14/09/1999 n. 77 e ss.mm.ii. Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo;

Udito il Relatore

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

D E L I B E R A

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

• **DI DARE ATTO** che la produzione ospedaliera privata accreditata e contrattualizzata debba conformarsi, in quanto complementare a quella pubblica, alle effettive necessità assistenziali regionali, onde renderla funzionale all'imminente ridisegno complessivo della rete di offerta, e quindi rispondente agli standard del DM 70/2015, ed effettivamente idonea al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ed al recupero della mobilità passiva;

• **DI STABILIRE**, in questo senso, che il piano delle prestazioni di cui all'art. 3 dello schema contrattuale dovrà essere predisposto dai Direttori generali aziendali anche sulla base dei dati di mobilità passiva e dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero monitorate dal Ministero, per rendere concretamente complementare la produzione delle strutture private contrattualizzate a quella delle strutture pubbliche, tenuto anche conto della necessità di coinvolgere gli Erogatori accreditati in logiche di reti cliniche ed in specifici PDTA, che possono declinarsi anche a livello interaziendale;

- **DI CONSENTIRE**, per le finalità sopradette, nell'ambito del piano delle prestazioni di cui all'art. 3 dello schema contrattuale e nel rispetto del tetto di spesa assegnato, un utilizzo flessibile dei posti letto accreditati in discipline afferenti alla stessa AFO per una quota non superiore al 40% dei p.l. accreditati della disciplina interessata;

- **DI PRECISARE** in relazione a quanto sopra che:

- la suddetta flessibilità possa essere utilizzata esclusivamente nell'ambito dei posti letto accreditati della stessa AFO, il cui tasso di occupazione giornaliero, nel rispetto della LR n. 6/2007, non potrà in ogni caso superare il 100% della capacità produttiva accreditata;

- l'utilizzo di detta flessibilità è comunque condizionato alla conservazione dei requisiti di qualità alla base dei vincoli di accreditamento ed al rispetto nell'erogazione delle prestazioni sanitarie dei requisiti organizzativi, tecnologici e di personale previsti dalle vigenti disposizioni;

- **DI PRECISARE** inoltre che:

- gli organismi di controllo aziendali, oltre a verificare la legittimità, l'appropriatezza e la congruità delle prestazioni erogate ai sensi della vigente normativa, effettueranno controlli giornalieri sulle notifiche di ricovero trasmesse dalle Case di Cura tenendo conto di quanto stabilito nel Piano delle prestazioni;

- la produzione erogata in violazione delle disposizioni stabilite dal presente provvedimento sarà sanzionata ai sensi del Manuale di cui alla DGR n. 611/2018, che è da intendersi integrato e modificato dal presente provvedimento;

- **DI RICHIAMARE E CONFERMARE** quant'altro disposto nel Manuale di cui alla DGR 611/2017 e non in contrasto con il presente provvedimento;

- **DI AFFIDARE** all'ASR Abruzzo il monitoraggio annuale dei dati di produzione conseguenti alla eventuale applicazione delle misure di flessibilità previste dal presente provvedimento, dati che dovranno orientare i processi di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera privata accreditata nell'ottica del pieno raggiungimento degli standard di cui al DM n. 70/2015;

- **DI STABILIRE** che con successivo provvedimento saranno adottate ulteriori iniziative specificatamente orientate al recupero della mobilità relativa alle prestazioni sanitarie di alta complessità;

- **DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa per il bilancio regionale;

- **DI PUBBLICARE** il presente provvedimento sul BURAT, di notificarlo alle AASSLL e, per il tramite delle medesime, alle Case di cura private accreditate, e di procedere alla relativa trasmissione ai competenti Servizi del Dipartimento Sanità, all'ASR Abruzzo, nonché ai Ministeri affiancanti il Piano di rientro per quanto di competenza.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

RESPONSABILE UFFICIO
Virginia Vitullo
(Firmato elettronicamente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF020 SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
DPF020001 UFFICIO PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

(Firmato digitalmente da)
MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 27/03/2023 12:36:07
Nr. di serie certificato: 5268348803568529325

(Firmato digitalmente da)
DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 27/03/2023 16:38:14
Nr. di serie certificato: 7714802313482283681



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF018 SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
DPF018003 UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE TERRITORIALE**

DGR n. 171 del 24/03/2023

OGGETTO: DGR 807/2022. INTEGRAZIONE



Direzione Generale della Regione

DRG009 Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale

Riunione di Giunta del: 24/03/2023

Presidente: MARCO MARSILIO

Componenti della Giunta:	DANIELE D'AMARIO	PRESENTE
	EMANUELE IMPRUDENTE	ASSENTE
	MARCO MARSILIO	PRESENTE
	MARIO QUAGLIERI	PRESENTE
	NICOLA CAMPITELLI	PRESENTE
	NICOLETTA VERI	PRESENTE
	PIETRO QUARESIMALE	PRESENTE

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA****DPF018 SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI****DPF018003 UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE TERRITORIALE****OGGETTO: DGR 807/2022. INTEGRAZIONE**

Vista la DGR n. 807/2022 che ha:

- preso atto dell'avvio del procedimento per la conclusione, nel triennio 2022-2024, dei contratti di cui al D.Lvo n. 502/1992 e ss.mm.ii, per l'acquisito, dalle strutture private accreditate, di prestazioni sanitarie per i disturbi dello spettro autistico;
- ammesso alla contrattazione le strutture regionali private accreditate ivi indicate definendo, per ciascuna di esse, in relazione ai singoli e specifici setting assistenziali, i tetti di spesa negozialmente attribuibili;

PRECISATO che le suddette determinazioni sono discese dall'interlocazione condotta dal Dipartimento Salute con le AASSLL regionali prendendo a riferimento le necessità assistenziali rappresentate da queste ultime ed in considerazione delle Convenzioni che ciascuna Azienda ha comunicato alla Regione di aver concluso per garantire l'assistenza dei pazienti con disturbo dello spettro autistico nelle more della definizione della rete regionale di assistenza ai sensi delle deliberazioni giuntali n. 360/2019 e n. 466/2022;

CONSIDERATO che la medesima DGR n. 807/2022, al punto 9, prevede *"nella vigenza dell'accordo negoziale 2022-2024, in considerazione di sopravvenute ed ulteriori necessità aziendali per l'assistenza dei pazienti con disturbo dello spettro autistico e dei procedimenti di accreditamento di cui alle DDGGR 360/2019 e 466/2022 potrà essere rideterminata la suddetta previsione massima di spesa attraverso meccanismi che, in ogni caso, preservino l'equilibrio di bilancio garantendo l'invarianza delle somme a carico del FSR"*;

VISTA la nota prot. 236251/22 del 30/12/2022, con la quale la Direzione strategica della ASL 01, ad integrazione dei bisogni assistenziali già segnalati e indicati nel riferito provvedimento giuntale, ha rappresentato la necessità di garantire, nell'ambito degli accordi negoziali, anche l'assistenza ai pazienti in carico al Centro Diurno per l'Autismo "Casa dei Sogni di Celano" della Fondazione Oltre le Parole Onlus,

accreditata con deliberazione di Giunta Regionale n. 906 del 29/12/2021;

PRESO ATTO della Convenzione che, allo scopo, l'ASL 1 aveva già concluso con la suddetta struttura e di cui la Regione è stata informata in occasione della ricezione della nota prot n. n. 1123 del 18/01/2023, con la quale anche il Comune di Celano ha caldeggiato la presa in carico dei suddetti pazienti nell'ambito degli accordi contrattuali previsti per il triennio 2022-2024 dalla DGR 807/2022;

PRESO ATTO delle più recenti valutazioni e UUVVMM della ASL di L'Aquila in corso di validità, agli atti d'ufficio, che evidenziano l'eleggibilità al setting assistenziale semiresidenziale per l'autismo di n. 20 pazienti;

DEFINITA in complessivi € 700.000,00 (di cui € 350.000,00 per il 2023 ed € 350.000,00 per il 2024, così come da allegato n. 1), la spesa per assicurare l'assistenza dei pazienti in argomento determinata prendendo a riferimento il setting di elezione ed il relativo regime tariffario come definito dai vigenti provvedimenti regionali;

CONSIDERATO che:

- la richiesta dell'ASL 1 prot. 236251/22 del 30/12/2022 comprova l'impossibilità, per l'Azienda, di farsi carico direttamente dei suddetti pazienti;
- sul territorio di riferimento, il Centro Diurno per l'Autismo Casa dei Sogni di Celano, della Fondazione Oltre le Parole Onlus, è l'unica ad essere autorizzata ed accreditata per l'erogazione di prestazioni in regime semiresidenziale per n. 20 p.l.;

RITENUTO, pertanto, a tutela e garanzia dei LEA, di integrare la DGR n. 807/2022:

- ammettendo alla contrattualizzazione per l'acquisto, nel biennio 2023-2024, di prestazioni per l'autismo in regime semiresidenziale, il Centro Diurno "Casa dei Sogni di Celano" della Fondazione Oltre le Parole Onlus con un budget complessivo di spesa di euro 700.000,00 articolato, annualmente, in euro 350.000,00 per il 2023 ed in euro 350.000,00 per il 2024;
- rideterminando la somma complessiva posta a carico del SSR per l'assistenza dei pazienti affetti da disturbo dello spettro autistico in € 18.667.699,06 (di cui € 1.918.941,82 per il 2022, € 8.374.378,62 per il 2023 ed € 8.374.378,62 per il 2024);

VISTO il Programma Operativo 2022-2024 approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 14/2023;

PRECISATO che la suddetta spesa trova capienza nelle risorse ivi programmate per l'acquisto di prestazioni da erogatori privati accreditati ai sensi del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii senza ulteriori aggravii a carico del FSR;

DEMANDATE al Servizio Programmazione economico-finanziaria ogni eventuale iniziativa necessaria ad assicurare la suddetta invarianza;

CONFERMATE le ulteriori disposizioni recate dalla già detta DGR n. 807/2022;

PRECISATO che verrà posto in essere quanto necessario al rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs 33/2013 e ss.mm.ii;

DATO ATTO che il Direttore del Dipartimento Sanità ha attestato che il presente provvedimento non contiene dati non pubblicabili e pertanto è integralmente assoggettato alle disposizioni di cui alla D.lgs. n. 33/20013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

VISTA la L.R. 14/09/1999 n. 77 (Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo);

DATO ATTO che il Dirigente del Servizio e il Direttore del Dipartimento, ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R. n. 77/99, ognuno per la parte di competenza, con la sottoscrizione del presente atto hanno espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa e alla legittimità dello stesso;

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

1. di integrare la DGR n. 807/2022:

✓ ammettendo alla contrattualizzazione per l'acquisto, nel biennio 2023-2024, di prestazioni per l'autismo in regime semiresidenziale, il Centro Diurno "Casa dei Sogni di Celano" della Fondazione Oltre le Parole Onlus con un budget complessivo di spesa di euro 700.000,00 articolato, annualmente, in euro 350.000,00

per il 2023 ed in euro 350.000,00 per il 2024 (All.1);

✓ rideterminando la somma complessiva posta a carico del SSR per l'assistenza dei pazienti affetti da disturbo dello spettro autistico in € 18.667.699,06 (di cui € 1.918.941,82 per il 2022, € 8.374.378,62 per il 2023 ed € 8.374.378,62 per il 2024);

2. **di precisare** che la suddetta spesa trova capienza nelle risorse individuate dal Programma Operativo per l'acquisito di prestazioni da erogatori privati accreditati ai sensi del D.Lvo n. 502/1992 e ss.mm.ii senza ulteriori aggravii a carico del FSR;

3. **di demandare** al Servizio Programmazione economico-finanziaria ogni eventuale iniziativa necessaria per assicurare la suddetta invarianza;

4. **di confermare** le ulteriori disposizioni recate dalla già detta DGR n. 807/2022;

5. **di precisare** che la conclusione del contratto con la Società Oltre Le Parole per il Centro Diurno "Casa dei Sogni di Celano" resta subordinata alla positiva ricorrenza dei requisiti stabiliti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali;

6. **di precisare** che l'allegato n. 1 è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

7. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro, di procedere alla pubblicazione sul BURAT e sul sito ufficiale della Regione Abruzzo, di disporre la notificazione a mezzo PEC alle AASSLL e agli erogatori di cui all'Allegato 4 della DGR 807/2022 e la trasmissione ai competenti Servizi del Dipartimento Sanità per i necessari e successivi adempimenti.



**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF018 SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
DPF018003 UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE TERRITORIALE**

RIEPILOGO FIRME PROPOSTA DI DELIBERA

ESTENSORE
Alessandra Persiani
(Firmato elettronicamente)

RESPONSABILE UFFICIO
Alessandra Persiani
(Firmato elettronicamente)

DIRIGENTE
DPF018 SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
Rosaria Di Giuseppe
(Firmato digitalmente)

DIRETTORE
DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
Claudio D'Amario
(Firmato digitalmente)

ASSESSORE
A05 Segreteria Assessore Salute, Famiglia e Pari Opportunita'
Nicoletta Veri
(Firmato digitalmente)



RIEPILOGO ALLEGATI PARTE INTEGRANTE OMISSIS

Nome allegato: ALLEGATO 1.pdf

Impronta 0295F26A4832C8A1AE9A3FBD12F210D2B6C9952E26E77EE9139FABEAF9E5A92C



RIEPILOGO FIRME DELIBERA

**DPF DIPARTIMENTO SANITA' PESCARA
DPF018 SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
DPF018003 UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE TERRITORIALE**

(Firmato digitalmente da)
MARCO MARSILIO
PRESIDENTE

Data: 27/03/2023 12:32:03
Nr. di serie certificato: 5268348803568529325

(Firmato digitalmente da)
DANIELA VALENZA
SEGRETARIO

Data: 27/03/2023 16:41:24
Nr. di serie certificato: 7714802313482283681

Allegati per Deliberazione n. 171 del 24.03.2023

ALLEGATO N. 1

Scarica: <http://bura.regione.abruzzo.it/sites/bura.regione.abruzzo.it/files/bollettini/2023-04-19/allegato-1-7.pdf>

Hash: 615747479244eddb7f82bea88b876a42

**GIUNTA REGIONALE****DETERMINAZIONE DPF003 /08****del 15 febbraio 2023****DIPARTIMENTO SANITA'**Servizi **ASSISTENZA FARMACEUTICA**Ufficio **PIANIFICAZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA**

Oggetto **D.G.R. n. 775/2012 – Concorso straordinario per titoli per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio presso la Regione Abruzzo – Presa d'atto risultanze a seguito del 4° (quarto) interpello - Rettifica determinazione dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO il D.L. 24.01.2012, n.1, convertito con modificazioni in L. 24.03.2012, n. 27 ed in particolare l'art. 11 rubricato "*Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie, modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria*" – siccome modificato e integrato dal D.L. 06.07.2012, n. 95, convertito con modificazioni in L. 07.08.2012, n. 135;

RICHIAMATE

- la D.G.R. del 26 novembre 2012, n. 775 con la quale è stato approvato il "*Bando di concorso straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 85 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio - art. 11, D.L. 24.01.2012 n. 1, convertito con modificazioni in legge 24.03.2012 n. 27 e ss.mm.ii.*";
- la D.G.R. n. 95 del 28.02.2017 avente ad oggetto: "*Approvazione della graduatoria definitiva – concorso pubblico straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 85 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Abruzzo – art. 11, D.L. 24.01.2012 n. 1 convertito con modificazioni in legge 24.03.2012 e ss.mm.ii.*";
- la D.G.R. n. 332 del 18.05.2018 recante ad oggetto: "*Concorso pubblico straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 85 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio presso la Regione Abruzzo - art. 11, D.L. 24.01.2012 n. 1, convertito con modificazioni in legge 24.03.2012 n. 27 e ss.mm.ii.*". Presa d'atto risultanze a seguito dell'interpello. Determinazioni in ordine all'assegnazione delle sedi farmaceutiche;

RICHIAMATO in particolare il *punto 8* della citata delibera D.G.R. n. 332/2018 che, nel definire le modalità di assegnazione delle sedi farmaceutiche, stabilisce il conferimento della titolarità in capo a ciascuno dei concorrenti "*unica pro indiviso*", con la precisazione che la stessa è strettamente personale e non può essere ceduta o trasferita ad altri;

RICHIAMATO altresì il bando di concorso ed in particolare:

- l'art. 1 che individua tra le sedi oggetto del concorso anche quelle che eventualmente si renderanno vacanti a seguito delle scelte effettuate dai vincitori di concorso straordinario;
- l'art. 10 che individua le modalità di interpello dei vincitori;
- gli artt. 11 e 12 disciplinanti rispettivamente l'assegnazione delle sedi farmaceutiche e l'apertura delle sedi farmaceutiche, ove è previsto in particolare per l'apertura il termine di 180 giorni "*a decorrere dalla data di notifica dell'avvenuta assegnazione della sede a seguito dell'accettazione della stessa*" a pena di decadenza dalla titolarità;

CONSIDERATO che per l'effetto dell'art. 1 co. 163 della Legge 4 agosto 2017, n. 124 che modifica l'art. 11 co. 7 del D.L. 24.01.2012 n. 1 convertito con modificazioni dalla legge 24.03.2012 n. 27, il periodo per il quale i vincitori di concorso che abbiano partecipato in forma associata sono vincolati al mantenimento della gestione associata, si è ridotto da sette a tre anni dalla data di autorizzazione all'esercizio della farmacia;

VISTA la legge del 27 febbraio 2017 n. 19 con la quale si stabilisce che la graduatoria del concorso straordinario ha validità *“per sei anni a partire dalla data del primo interpello effettuato per l'assegnazione delle sedi oggetto del concorso straordinario”*;

ATTESO che, a causa della emergenza covid-19, i termini relativi ai procedimenti amministrativi sono stati sospesi ai sensi dell'art.103 del D. L. n. 18 del 17.03.2020 e che i suddetti termini sono stati prorogati dall'art. 37 del D. L. n. 23 del 08.04.2020, convertito con modificazioni in Legge n. 40 del 05.06.2020;

RICHIAMATI

- l'art. 2 del bando di concorso straordinario che individua i requisiti di ammissione al concorso;
- l'art. 6 del bando di concorso straordinario che prevede: *“In caso di partecipazione in forma associata, le cause di irricevibilità, di esclusione e di inammissibilità relative ad uno degli associati determinano l'esclusione dal concorso di tutti gli altri componenti l'associazione medesima”*;
- l'art. 12 del bando di concorso straordinario, in particolare il comma 2 che dispone: *“In caso di partecipazione in forma associata è causa di esclusione dalla graduatoria anche il verificarsi dell'ipotesi sub e) anche in capo a uno solo degli associati”*;
- l'art. 13 del bando di concorso straordinario recante *“Accertamento dei requisiti”* il quale dispone che *“In qualsiasi fase del concorso o momento successivo all'assegnazione della sede, qualora emerga la non veridicità di quanto dichiarato dal concorrente, rilevata a seguito dei controlli previsti per legge o comunque accertata, il medesimo concorrente decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera”*;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 11 *lett. d)* del citato bando di concorso, durante il periodo di validità della graduatoria le sedi non accettate dopo la scadenza del termine di cui alla *lett. b)*, quelle non aperte entro il termine decadenziale di 180 giorni dalla data di notifica dell'avvenuta assegnazione della sede a seguito dell'accettazione della stessa, nonché quelle resesi vacanti a seguito delle scelte effettuate dai vincitori di concorso, verranno assegnate scorrendo la graduatoria;

RICHIAMATE

- la determina dirigenziale DPF003/164 del 28.11.2022 con cui il Servizio Assistenza Farmaceutica del Dipartimento Sanità, ha provveduto ad aggiornare l'elenco delle sedi farmaceutiche disponibili per il quarto interpello dei vincitori, pari a n. 45 (quarantacinque) sedi, comprese le sedi farmaceutiche *sub iudice*;
- la determina dirigenziale DPF003/177 del 14.12.2022 del Servizio Assistenza Farmaceutica del Dipartimento Sanità, con cui:
 - si è preso atto della rettifica della graduatoria degli idonei al concorso pubblico regionale straordinario per titoli per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio presso la Regione Abruzzo, già approvata con D.G.R. n. 17/2021, siccome rettificata con determinazione DPF003/11 del 16.02.2022 dalla posizione 207° e seguenti della graduatoria rettificata finale, risultante dalla piattaforma tecnologica ed applicativa unica del Ministero della Salute;
 - è stata approvata la graduatoria rettificata dei candidati al pubblico concorso straordinario per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio presso la Regione Abruzzo - ai sensi dell'art. 11 D.L. n. 1/2012 convertito con modificazioni in L. n. 27/2012, bandito con D.G.R. n. 775/2012 - da utilizzare per il 4° (quarto) interpello;

ATTESO che al 4° (quarto) interpello hanno partecipato le candidature collocate utilmente e comprese tra la 207° e la 251° posizione della graduatoria di cui alla citata DPF003/177 del 14.12.2022, interpellati con modalità web tramite la piattaforma tecnologica ed applicativa unica appositamente realizzata dal Ministero della Salute e che:

- a fronte delle n. 45 (quarantacinque) sedi farmaceutiche disponibili, comprese le sedi *sub iudice* - hanno effettuato la scelta n. 23 candidature e pertanto le restanti n. 22 candidature sono da escludere, per *mancata preferenza*, dalla graduatoria definitiva di cui alla DPF003/177/2022 e decadono dalla

assegnazione delle sedi, ai sensi dell'art. 12 del bando di concorso straordinario;

➤ per la fase successiva della accettazione delle sedi farmaceutiche, ai sensi dell'art. 11 del bando, che ha interessato le n. 23 candidature:

- n. 8 candidature non hanno partecipato alla procedura di accettazione (*mancata accettazione/rifiuto*) e pertanto sono da escludere dalla graduatoria e decadono dalla assegnazione, ai sensi dell'art. 12 del bando di concorso straordinario;
- n. 15 candidature hanno accettato la sede farmaceutica proposta nei tempi e con le modalità previste e che pertanto si rende necessario procedere con successivi atti alla assegnazione agli aventi diritto della sede farmaceutica accettata;

RITENUTO di dover escludere dalla graduatoria definitiva di cui alla determinazione dirigenziale DPF003/177 del 14.12.2022 e dalla assegnazione delle sedi farmaceutiche, ai sensi dell'art. 11 e dell'art.12 del bando di concorso straordinario, n. 30 candidature (pari a n. 22 candidature che non hanno risposto all'interpello e n. 8 candidature che non hanno successivamente accettato la sede farmaceutica loro abbinata);

PRECISATO che risultano tuttora pendenti i ricorsi di seguito indicati:

- n. 1 ricorso avverso la graduatoria di cui alla D.G.R. n. 95/2017 innanzi al TAR Abruzzo;
- n. 1 ricorso avverso la D.G.R. n. 332/2018, innanzi al Tar Abruzzo;
- n. 1 ricorso avverso la graduatoria approvata con D.G.R. n. 17/2021 di rettifica della graduatoria di cui alla D.G.R. n. 95/2017, nonché per il parziale annullamento della D.G.R. n. 775/2012, della D.G.R. n. 38/2014, modificata con DD.GG.RR. n. 271/2014 e n. 900/2015, della DG8/152 del 2014, della D.G.R. n. 1022/2015, della D.G.R. n. 95/2017, della D.G.R. n. 332/2018, innanzi al TAR Abruzzo - L'Aquila;
- n. 1 ricorso avverso la determinazione dirigenziale DPF03/158 del 21.11.2022, la determinazione dirigenziale DPF003/164 del 28.11.2022, la DGR n. 775/2012 e la determinazione DPF003/177 del 14.12.2022, innanzi al Tar Abruzzo - L'Aquila;
- n. 1 ricorso proposto dinanzi alla Corte di Cassazione riferito alla sede farmaceutica n.7 del Comune di Francavilla al Mare (CH), per annullamento della sentenza del Consiglio di Stato n.8759/2021;

PRECISATO che per le farmacie che non siano di nuova istituzione - ai sensi dell'art. 110 T.U.LL.SS. approvato con R.D. 1265/1934 - è prevista un'indennità di avviamento;

CONSIDERATO che le disposizioni del bando di concorso straordinario attribuiscono al solo referente il compito di esprimere validamente all'esterno dell'associazione la volontà del gruppo e che, ai fini della assegnazione della sede farmaceutica, sono prive di effetti giuridici le comunicazioni inerenti alla procedura concorsuale provenienti da soggetti diversi, ancorché componenti l'associazione;

RICHIAMATA la determinazione dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023 ad oggetto: "*D.G.R. n. 775/2012 - Concorso pubblico straordinario per titoli per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio presso la Regione Abruzzo - Presa d'atto risultanze a seguito del 4° (quarto) interpello.*", con la quale il Servizio Farmaceutico regionale ha preso atto:

- "*delle sedi farmaceutiche accettate dai vincitori con le modalità previste, di cui all'ALLEGATO A - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;*
- "*delle candidature che non hanno partecipato alla procedura di interpello (mancata preferenza), che non hanno partecipato alla procedura di accettazione (mancata accettazione/rifiuto) da escludere dalla graduatoria definitiva e dall'assegnazione delle sedi di cui all'ALLEGATO B - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;*
- "*delle sedi farmaceutiche che risultano non accettate/assegnate con il quarto interpello di cui all'ALLEGATO C - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento*";

RILEVATO che per mero errore materiale nell' ALLEGATO C, parte integrante e sostanziale del precitato atto, non è stato riportato l'elenco completo delle sedi non accettate/assegnate/rifiutate, a seguito del 4° interpello;

RITENUTO pertanto, nel confermare le restanti disposizioni della determinazione dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023, di dover procedere alla rettifica della determinazione DPF003/05 del 31.01.2023, sostituendo l'Allegato C della medesima con il nuovo allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

FATTI SALVI i diritti di terzi e l'esito dei ricorsi pendenti relativamente alla graduatoria ed alle sedi farmaceutiche, nonché degli ulteriori controlli successivi previsti dal bando di concorso straordinario;

VISTI

- il Regio Decreto del 27 luglio 1934 n. 1265 “*Testo Unico delle Leggi Sanitarie*”;
- la Legge 08 marzo 1968 n. 221 “*Provvidenze a favore dei farmacisti rurali*”;
- la Legge 02 aprile 1968 n. 475 “*Norme concernenti il Servizio Farmaceutico*”;
- il D.P.R. 21 agosto 1971 n. 1275 “*Regolamento per l’attuazione della legge 475/1968*”;
- la Legge 08 novembre 1991, n. 362 recante “*Norme di riordino del settore farmaceutico*” e ss.mm.ii.;
- il D.P.C.M. 30 marzo 1994, n. 298 recante “*Regolamento di attuazione dell’art. 4, comma 9, della legge 8 novembre 1991, n. 362, concernente norme di riordino del settore farmaceutico*” e ss.mm.ii.;
- il D.L. 24.01.2012, n.1, convertito con modificazioni in L. 24.03.2012, siccome successivamente modificato ed integrato;
- la legge 27 febbraio 2017 n. 19 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2016, n. 244, recante proroga e definizione di termini. Proroga del termine per l’esercizio di deleghe legislative*”,
- la legge 4 agosto 2017 n. 124;

VISTO l'art. 5 della L.R. 14 settembre 1999, n° 77 e ss.mm.ii ;

D E T E R M I N A

- per le motivazioni espresse in narrativa -

1. di rettificare la determina DPF003/05 del 31.01.2023, sostituendo l'**Allegato C** della medesima, contenente l'elenco completo delle sedi non accettate/assegnate/rifutate a seguito del 4° interpello, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di confermare l'**Allegato A** e l'**Allegato B** della determina dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
3. di confermare in ogni altra sua parte le disposizioni della determinazione dirigenziale DPF003/05 del 31.01.2023;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (BURAT) e sul sito internet della Regione all'indirizzo www.regione.abruzzo.it – Aree Tematiche - Sanità'- Sezione Concorso Straordinario Farmacie.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al TAR Abruzzo ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica da notificarsi rispettivamente entro i termini decadenziali di 60 giorni e di 120 giorni dalla data di notifica del presente provvedimento.

Pescara li 15.02.2023

L'Estensore
(Dott.ssa Dina Erasmo)
f.to elettronicamente

Il Responsabile d'Ufficio
(Dott.ssa Dina Erasmo)
f.to elettronicamente

Il Dirigente del Servizio
(Dr.ssa Stefania Melena)

ALLEGATO A

Concorso Pubblico Regionale Straordinario per titoli per l'assegnazione di sedi farmaceutiche presso la Regione Abruzzo

Elenco Sedi ACCETTATE dai vincitori a seguito di 4° interpello

Pos. Graduatoria	Posizione Interpello	Sede	Numero di Protocollo	Stato
217	11	Capistrello - 2	GIANMARCO STATI	Sede accettata
240	34	Civitella Alfedena - 1	ROSA VERAZZO	Sede accettata
210	4	L'Aquila - 19	LUCIA IORI	Sede accettata
223	17	Sulmona - 7	ROBERTO PADOVANO	Sede accettata
213	7	Francavilla al Mare - 7	ETTORE DE CECCO	Sede accettata
239	33	Fresagrandinaria - 1	STEFANIA BARBARA PROIA	Sede accettata
243	37	San Buono - 1	GRAZIA CINZIA SEIANO	Sede accettata
220	14	San Giovanni Teatino - 3	LUIGI LIBERTINI	Sede accettata
233	27	Abbateggio - 1	SERENA BENNATO	Sede accettata
231	25	Bolognano - 1	ROSSELLA MASCIO	Sede accettata
219	13	Montesilvano - 15	RICCARDO DALMAZIO	Sede accettata
238	32	Farindola - 1	FABRIZIO DI FULVIO	Sede accettata
214	8	Pescara - 36	PAOLA RIZZO	Sede accettata
245	39	Salle - 1	STEFANIA ROSINI	Sede accettata
208	2	Martinsicuro - 4	FRANCESCO DI PIETRANTONIO	Sede accettata

Concorso Pubblico Regionale Straordinario per titoli per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche presso la Regione Abruzzo - Elenco candidature escluse dal concorso per mancata risposta all'interpello, per mancata accettazione/rifiuto della sede proposta

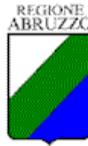
Pos. Graduatoria	Pos. Interpello	Nominativo/Referente	Numero di protocollo	Mod. Partecipazione	Stato
207	1	TANIA ZACCARDELLI	000684 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
209	3	ENRICA SANTACROCE	000739 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
211	5	LOREDANA DI ROCCO	000660 - 09-01-2013 - 130	Singola	Mancata preferenza
212	6	GIOVINA DE CAMILLIS	000049 - 24-12-2012 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
215	9	ALESSANDRA CACCIA	000492 - 08-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
216	10	MASSIMO GRELLI	000632 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
218	12	BARBARA CONFALONE	000769 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
221	15	MASSIMO RUCCI	000749 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
222	16	KATIA LALLI	000558 - 08-01-2013 - 130	Referente associazione	Sede rifiutata
224	18	ROBERTA MONTEFUSCO	001201 - 11-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
225	19	ANTONELLO CELLUCCI	000815 - 10-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
226	20	MAURIZIO MARCHEGGIANI	000431 - 08-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
227	21	GIANFRANCA DAMIANI	000199 - 04-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
228	22	ROSSANA ROMAGNOLI	000759 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
229	23	FRANCESCA IACOBONI	000317 - 06-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
230	24	NADIA MASSETTI	000275 - 05-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
232	26	ROSITA ORLANDO	000650 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
234	28	PAOLA OCCHIONERO	000004 - 13-12-2012 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
235	29	TANIA CORNELII	000869 - 10-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
236	30	LUIGI PAOLO	001196 - 11-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
237	31	SIMONA BORSELLI	001101 - 11-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
241	35	MARIANNA ARTESIO	000810 - 10-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
242	36	EUGENIA ELISABETTA MEA	000665 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
244	38	ROBERTA DI CRISTOFARO	000346 - 07-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
246	40	ALESSANDRA CESARI	001111 - 11-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
247	41	IDA TENISI	000250 - 04-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
248	42	ELENA PICIACCHIA	000460 - 08-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
249	43	FEDERICA DI GIACINTO	000902 - 10-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata accettazione/rifiuto
250	44	STEFANIA LIBERATORE	000224 - 04-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza
251	45	AIDA TOVO	000685 - 09-01-2013 - 130	Referente associazione	Mancata preferenza

ALLEGATO C

**Concorso Pubblico Regionale straordinario per titoli per assegnazione sedi
farmaceutiche presso la Regione Abruzzo
Elenco sedi non accettate/assegnate a seguito del 4° interpello**

Descrizione Provincia	Descrizione Comune	N. progressivo sede	Descrizione della sede farmaceutica	Tipo sede della sede farmaceutica	Indennità di avviamento
L'Aquila	Bisegna	1	intero territorio comunale	vacante	SI
L'Aquila	Calascio	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Capitignano	1	intero territorio comunale	vacante	SI
L'Aquila	Caporciano	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Cappadocia	1	intero territorio comunale	vacante	SI
L'Aquila	Carapelle Calvisio	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Castelvecchio Calvisio	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Cocullo	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Fagnano Alto	1	intero territorio comunale	vacante	SI
L'Aquila	Fossa	1	intero territorio comunale	vacante	SI
L'Aquila	Gagliano Aterno	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Luco dei Marsi	2	delimitata dalla seguenti strade: via Benedetto Croce , via P. Micca (da via B. Croce a via L. Manara) via A. Torlonia (da via L. Manara a via Mascagni) via Mascagni , via Duca degli Abruzzi (da via Mascagni a via dei Marsi) via dei Marsi (da via Duca degli Abruzzi a Piazza S. Antonio) piazza S. Antonio vicolo Fina.	Di nuova istituzione	NO
L'Aquila	San Benedetto in Perillis	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Santo Stefano di Sessanio	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Tione degli Abruzzi	1	intero territorio comunale	vacante	NO
L'Aquila	Villa Santa Lucia degli Abruzzi	1	intero territorio comunale	vacante	NO
Chieti	Fraine	1	intero territorio comunale	vacante	SI
Chieti	Guilmi	1	intero territorio comunale	vacante	SI
Chieti	Lanciano	11	Da ubicare in C.da Madonna Del Carmine: comprendente Contrada Madonna del Carmine, Contrade di Sant'Amato, Costa di Chieti, Torre Marino, Spaccarelli e Nasuti e delimitato da Contrada Torre Marino a Contrada Costa di Chieti.	Di nuova istituzione	NO
Chieti	Liscia	1	intero territorio comunale	vacante	SI
Chieti	Montebello sul Sangro	1	intero territorio comunale	vacante	NO
Chieti	Montelapiano	1	intero territorio comunale	vacante	NO
Chieti	Palmoli	1	intero territorio comunale	vacante	NO
Chieti	Pennadomo	1	intero territorio comunale	vacante	SI
Chieti	Roio del Sangro	1	intero territorio comunale	vacante	SI
Pescara	Brittoli	1	intero territorio comunale	vacante	SI

Pescara	Città Sant'Angelo	4	Strada Gaglierano Via Pasquale Coppa Zuccari Strada Eugenio Maury Via di Villa Cipressi Via San Giacomo Strada Case Fagnani Via del Cimitero Via Santo Stefano Via della Fonte Vecchia Via della Chiesa Strada comunale Villa Cipressi Strada Fagnano Via Ciavattella Strada Piano di Sacco Via delle Industrie Strada Colle Razzi Strada per Atri Strada Sorricchio di Valforte Via Cantine Parte residuale di Strada S. Agnaese (dall'incrocio con Strada Piano di Sacco fino all'intersezione con Via Gaglierano)	Di nuova istituzione	NO
Pescara	Spoltore	2	Frazione Caprara	vacante	NO
Pescara	Vicoli	1	intero territorio comunale	vacante	NO
Teramo	Silvi	5	comprende tutta la zona di Silvi Paese compreso C.da Vallescura fino a Piane Maglierici	Di nuova istituzione	NO



1

GIUNTA REGIONALE

DETERMINAZIONE DPF011/19**29 MARZO 2023****DIPARTIMENTO SANITA'****SERVIZIO SANITA' VETERINARIA E IGIENE DEGLI ALIMENTI****UFFICIO ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E CONTROLLI I.Z.S.****OGGETTO: ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI AUDITOR DELLA REGIONE ABRUZZO**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO il Regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;

VISTO il Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, sull'igiene dei prodotti alimentari;

VISTO il Regolamento (CE) n. 853/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;

VISTO il Regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa, in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;

VISTO il Regolamento (CE) n. 854/2004, che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano;

VISTO il Regolamento (CE) n. 183/2005 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 gennaio 2005, che stabilisce requisiti per l'igiene dei mangimi;

VISTA la decisione della Commissione n. 2006/677/CE del 29 settembre 2006, che stabilisce le linee guida che definiscono i criteri di esecuzione degli audit a norma del regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;

VISTO il D. Lgs. 6 novembre 2007, n. 193, recante "Attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore e, in particolare, l'art. 2 che individua, tra l'altro, le Regioni quali Autorità competenti ai fini dell'applicazione dei regolamenti (CE) 882/2004, 854/2004;

RICHIAMATA la Delibera della Giunta regionale d'Abruzzo n. 276 del 12.04.2010 ad oggetto: "Linee Guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazione, standard, elenco e disciplina di Audit";

DATO ATTO che con tale Deliberazione la Giunta regionale, nell'approvare il programma di formazione per gli Auditor, Ispettore ed Esperto tecnico in materia di Controlli Ufficiali per la Sicurezza Alimentare ed i requisiti per l'esercizio dell'attività, ha istituito l'Elenco Regionale degli Auditor presso il Servizio Veterinario del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, incaricando il Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti della costituzione, della eventuale suddivisione in sezioni, della validazione e della pubblicazione dell'elenco regionale degli Auditor e la relativa modulistica e documentazione per accedere all'elenco in questione;

VISTA la precedente Determinazione n. DG/21/14 del 1.3.2012 ad oggetto: “Costituzione dell’Elenco regionale degli Auditor”, con la quale è stato formalmente costituito l’Albo regionale, distinguendolo in n. 3 Sezioni diverse e, precisamente;

- Sezione “A” – riservata ad Auditor per gli audit dell’Autorità regionale (interni) (ACR) e verso le Autorità competenti territoriali (ACT) nonché le O.S.A.;
- Sezione “B” – riservata a Auditor per audit interni del Sistema Gestione della Qualità (SGQ), Territoriale ASL (ACT), auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e Mangimi (OSA).
- Sezione “C” – riservata agli Esperti tecnici;

ACCERTATO che per la presentazione delle istanze di iscrizione o di apposite dichiarazioni ai fini del mantenimento della qualifica, gli interessati devono presentare apposita domanda, da produrre direttamente al Servizio Sanità Veterinaria e Igiene degli Alimenti – Via Conte di Ruvo n. 74 – PESCARA, sulla modulistica approvata con la citata Determinazione n. DG/21/14 del 1.3.2012;

PRESO ATTO che con la Determina stessa è stato infatti anche stabilito che l’Elenco sarebbe stato aggiornato periodicamente e, comunque, solo in presenza di almeno una istanza di inserimento nell’elenco e sono state anche fissate le regole per l’aggiornamento dell’elenco e la cancellazione dallo stesso di coloro che non dimostrino le attività connesse al mantenimento della qualifica;

VISTE le istanze di iscrizione nell’Elenco degli Auditor Sez. “B” prodotte dalla Dott.ssa DI LEONARDO Meri, dalla dott.ssa DIODATO Anna Emiliana e dal Dott. MAZZONE Giampiero, inviate il 02.02.2023 e registrate al protocollo del Servizio al n. RA. 118557/23 del 17.03.2023

VERIFICATO che gli interessati sono in possesso dei requisiti previsti per l’iscrizione all’Elenco regionale degli Auditor per la Sezione richiesta;

RITENUTA la regolarità tecnico-amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento;

VISTA la L.R. 14 settembre 1999, n. 77 recante “Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo” e le sue successive modifiche ed integrazioni;

D E T E R M I N A

- per le ragioni e le finalità espresse in narrativa -

1. di accogliere le istanze sopra generalizzate e di inserire i richiedenti: Dott.ssa DI LEONARDO Meri, Dott.ssa DIODATO Anna Emiliana e il Dott. MAZZONE Giampiero nell’Elenco Regionale degli Auditor;
2. di dare atto che l’Elenco regionale degli Auditor, a seguito dei presenti inserimenti, risulta aggiornato con i nominativi riportati in grassetto sui prospetti allegati, e con i numeri di codice seguenti:

**Sezione “B” – Auditor Junior - Dott.ssa Meri Di Leonardo n. RA/168/B – nuova iscrizione
Dott.ssa Anna Emiliana Diodato n. RA/169/B - nuova iscrizione
Dott. Giampiero Mazzone n. RA/170/B – nuova iscrizione**

3. di pubblicare la presente Determinazione sul B.U.R.A.;
4. di trasmettere copia del presente atto a tutti gli interessati al loro indirizzo di posta elettronica;
5. di trasmettere copia della presente determinazione al Direttore Dipartimentale DPF, ai sensi dell’art. 16 della L.R. 10 maggio 2002, n. 7.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

*Dr. Giuseppe Bucciarelli
F.to digitalmente*

L’ESTENSORE

Tina Maiori Caratella
F.to Elettronicamente

IL RESPONSABILE DELL’UFFICIO

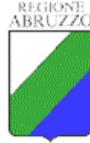
Dr.ssa Roberta Torlone
F.to Elettronicamente

Allegati per Determinazione n. DPF011/19 del 29.03.2023

ELENCO REGIONALE AUDITOR _ Sezione "B"

Scarica: <http://bura.regione.abruzzo.it/sites/bura.regione.abruzzo.it/files/bollettini/2023-04-19/elenco-sez-b.pdf>

Hash: 4d1aba80d77da16210e2616a0cd8aaff



GIUNTA REGIONALE

**DETERMINAZIONE DPF011/20
DIPARTIMENTO SANITA'****DEL 31 MARZO 2023****SERVIZIO SANITÀ VETERINARIA E IGIENE DEGLI ALIMENTI****UFFICIO ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E CONTROLLI I.Z.S.**

**OGGETTO: ISCRIZIONE DEI RICHIEDENTI NELL'ELENCO REGIONALE DEI CONSULENTI SULL'IMPIEGO DEI
PRODOTTI FITOSANITARI**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO il D.P.R. 23 aprile 2001, n. 290, recante "Regolamento di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, alla immissione in commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti" ed in particolare gli artt. 21,22,23,24,25,26,27 e 42 che prevedono l'adozione di specifico atto regolamentare da parte delle Regioni;

VISTO il D.P.R. 28 febbraio 2012, n. 55;

VISTO il Decreto Ministeriale 23 luglio 2003: attuazione della Direttiva 2002/63/CE dell'11.07.2002 relativa ai metodi di campionamento ai fini del controllo ufficiale dei residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale ed animale;

VISTO il D.M. 27.08.2004: prodotti fitosanitari: limiti massimi di residui delle sostanze attive nei prodotti destinati all'alimentazione;

VISTI i Reg. CE n. 396/2005, n. 149/2008, n. 260/2008, n. 839/2008, n. 901/2009 E N. 1107/2009;

VISTA la D.G.R. n. 274 del 12 aprile 2010 che recepisce il D.P.R. 23 aprile 2001, n. 290 ed individua le norme regionali attuative delle discipline regolamentari nazionali;

VISTA la D.G.R. n. 930 del 29 novembre 2010 che modifica ed integra la richiamata precedente Deliberazione n. 274 del 12 aprile 2010;

VISTO l'accordo 21 dicembre 2011, n. 221/CSR "Accordo tra il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la formazione dei lavoratori, ai sensi dell'art. 37, comma 2°, del D. Lgs. n. 81/2008;

VISTO il Reg. CE 21 ottobre 2009, n. 1107 – Reg. del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo all'immissione sul mercato dei prodotti fitosanitari e che abroga le Direttive del Consiglio n. 79/117/CEE e 91/414/CEE;

VISTA la Direttiva 21 ottobre 2009, n. 2009/128/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'uso sostenibile dei pesticidi;

VISTO il D.P.R. 28 febbraio 2012, n. 55 "Regolamento recante modifiche al DPR 23 aprile 2001, n. 290 per la semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, alla immissione in commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti;

VISTO il D.P.R. 14 agosto 2012, n. 150 recante "Attuazione della Direttiva 2009/128/CE che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'uso sostenibile dei pesticidi";

VISTO il D.M. 22 gennaio 2014 relativo al Piano di Azione Nazionale (PAN) adottato con D.M. delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali di concerto con i Ministri dell'Ambiente della Tutela del territorio e del Mare e della Salute, su proposta del Consiglio tecnico Scientifico di cui all'art. 5 del richiamato D. Lgs. n. 150/2012;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 163 del 4 marzo 2015 ad oggetto: "Disciplina delle nuove norme in materia di prodotti fitosanitari e procedure relative agli interventi formativi per venditori, consulenti ed utilizzatori ai sensi del D. Lgs. 150/2012" con la quale, previa revoca delle precedenti Delibere di Giunta Regionale n. 274 del 12.4.2010 e 930 del 29.11.2010, è stato adottato uno specifico atto regolamentare da parte della Regione Abruzzo per disciplinare ex novo, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2012 e del P.A.N. del 22.01.2014, la materia relativa alla formazione, alla consulenza, all'acquisto ed all'uso dei prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti classificati tossici, molto tossici e nocivi e le caratteristiche minime per lo stoccaggio, ed i locali destinati al deposito e vendita di tali prodotti;

PRESO ATTO che la stessa deliberazione giunta, ai sensi di quanto disciplinato dall'art. 8, comma 3°, del D. Lgs. 14 agosto 2012, n. 150, ha previsto con l'allegato 4), le procedure per l'abilitazione all'attività di consulente sull'impiego di prodotti fitosanitari;

RILEVATO che con il suddetto atto è stato istituito, presso il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, l'Elenco Regionale dei Soggetti Abilitati all'Attività di Consulenza dei Prodotti Fitosanitari;

RILEVATO, altresì, che con il ripetuto atto di Giunta regionale è stato previsto che il Servizio competente del Dipartimento Sanità rilasci il Certificato di Abilitazione all'Attività di Consulente e, a tal fine, ha previsto che gli interessati debbano presentare:

- Apposita istanza in carta semplice contenente il codice fiscale;
- n. 2 foto tessera;
- Copia delle ricevute di versamento di € 20,00 sul c/c postale n. 208678 intestato a "Regione Abruzzo Servizio tesoreria L'Aquila" specificando nella causale del versamento: "*Rilascio Certificato di abilitazione di consulente prodotti fitosanitari*";
- Dichiarazione di regolare frequenza del corso e la data della prova di valutazione finale sostenuta con esito positivo *oppure* attestato di abilitazione alla vendita in corso di validità;
- Copia di un documento di identità in corso di validità.

VISTA la propria precedente Determinazione n. DG/21/86 del 4 giugno 2015 con la quale è stato formalizzato l'Elenco regionale dei Consulenti sull'impiego dei Prodotti Fitosanitari, come da modello nella narrativa della stessa Determinazione;

DATO ATTO che con la stessa Determinazione è stato anche stabilito il formato del Certificato di abilitazione di Consulente sull'impiego dei prodotti fitosanitari che, sotto forma di tessera di riconoscimento personale, viene rappresentato in Determinazione;

DATO ATTO che il percorso individua nelle AA.SS.LL. le strutture incaricate della organizzazione di tutta l'attività prevista dal D.Lgs. n. 150/2012, compresa l'organizzazione dei corsi formativi specifici per venditori, acquirenti e consulenti di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti;

VISTE le istanze dei Dottori: DI MILLO Bruno, DI MARTINO Diego, D'INGIULIO Matteo, STANISCIA Massimo, richiedenti l'iscrizione nell'Elenco dei Consulenti per l'impiego di prodotti fitosanitari e dei coadiuvanti, acquisite dal Servizio Sanità Veterinaria e Igiene degli Alimenti con n° prot. RA/125703 del 22/03/2023;

DATO ATTO che il certificato di abilitazione all'attività di consulente, alla scadenza, sarà rinnovato, a richiesta del titolare, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n° 150/2012;

DATO ATTO che il soggetto che esercita l'attività di consulente, non può esercitare l'attività di vendita;

RITENUTA la regolarità tecnico-amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento;

VISTA la L.R. 14 settembre 1999, n. 77 recante "Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo" e le sue successive modifiche ed integrazioni;

D E T E R M I N A

- per le ragioni e le finalità espresse in narrativa -

1. di accogliere le istanze e di inserire i richiedenti Di Millo Bruno con il tesserino n° RA/326/FT, Di Martino Diego con il tesserino n° RA/327/FT, D'Ingiulio Matteo con il tesserino n° RA/328/FT e Staniscia Massimo con il tesserino n° RA/329/FT, nell'Elenco Regionale Consulenti sull'impiego dei Prodotti Fitosanitari -
2. di pubblicare l'Elenco Regionale dei Consulenti sull'impiego dei Prodotti Fitosanitari, come aggiornato con il presente provvedimento, sul sito Web della Regione Abruzzo, nell'apposita pagina riservata al Servizio Veterinario e destinata allo scopo;
3. di rilasciare al titolare dell'attività di consulente sull'impiego dei Prodotti Fitosanitari il certificato di abilitazione previsto dalla Determinazione n. DG/21/86 del 4.6.2015;
4. di dare atto che il certificato di abilitazione all'attività di consulente, alla scadenza, sarà rinnovato, a richiesta del titolare, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n° 150/2012;
5. di dare atto che il soggetto che esercita l'attività di consulenza; non può esercitare l'attività di vendita;
6. di trasmettere copia della presente Determina, per e-mail, ai Direttori dei S.I.A.N. delle Aziende Sanitarie Locali regionali e all'Ordine regionale dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali dell'Abruzzo (protocollo.odaf.abruzzo@conafpec.it);
7. di trasmettere copia della presente determinazione al Direttore Dipartimentale DPF, ai sensi dell'art. 16 della L.R. 10 maggio 2002, n. 7.

DIRIGENTE DEL SERVIZIO

*Dr. Giuseppe Bucciarelli
f.to digitalmente*

L'ESTENSORE
*Tina Maiori Caratella
f.to elettronicamente*

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
*Dr.ssa Roberta Torlone
f.to elettronicamente*

Allegati per Determinazione n. DPF011/20 del 31.03.2023

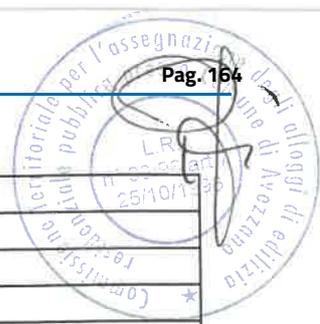
ELENCO REGIONALE DEI CONSULENTI SULL'IMPIEGO DEI PRODOTTI FITOSANITARI

Scarica: <http://bura.regione.abruzzo.it/sites/bura.regione.abruzzo.it/files/bollettini/2023-04-19/elenco-regionale-dei-consulenti-s>

Hash: 1e16cbaf7d990dced51f7e49e3c134b1

LA COMMISSIONE ASSEGNAZIONE ALLOGGI E.R.P. COMPETENTE PER IL TERRITORIO DI AVEZZANO - VISTO IL BANDO 2017 EMANATO DAL COMUNE DI AVEZZANO - NEL MESE DI DICEMBRE 2022 HA APPROVATO LA SEGUENTE GRADUATORIA DEFINITIVA PREVIO SORTEGGIO TRA I CONCORRENTI A PARITA' DI PUNTI EFFETTUATO DAL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE IN SEDUTA PUBBLICA EX ART. 9 L.R. 96/96 COMMA 6.

	NUMERO PROTOCOLLO DOMANDA	PUNTEGGIO
1	58474/2017	9
2	52487/2017	9
3	50365/2015	9
4	63038/2017	8
5	62114/2017	7
6	63003/2017	7
7	62965/2017	7
8	62643/2017	7
9	57172/2017	7
10	55031/2017	7
11	59017/2017	7
12	60629/2017	7
13	57189/2017	6
14	60555/2017	6
15	55676/2017	6
16	61224/2017	6
17	54265/2017	6
18	49692/2015	6
19	63040/2017	6
20	52109/2017	6
21	45429/2015	6
22	57188/2017	6
23	63000/2017	5
24	57173/2017	5
25	51105/2015	5
26	50658/2015	5
27	53969/2017	5
28	51437/2015	5
29	49286/2015	5
30	43337/2015	5
31	57198/2017	5
32	51427/2015	5
33	49293/2015	5
34	57187/2017	5
35	53113/2017	5
36	52600/2017	5
37	54780/2017	5
38	48255/2015	5
39	53117/2017	5
40	63033/2017	5
41	60582/2017	5



42	46081/2015	5
43	54187/2017	5
44	51111/2015	5
45	52488/2017	5
46	62968/2017	5
47	62934/2017	5
48	51485/2017	5
49	59587/2017	5
50	61210/2017	5
51	53971/2017	5
52	61212/2017	5
53	58264/2017	5
54	62422/2017	5
55	56119/2017	5
56	50101/2015	5
57	56818/2017	5
58	62099/2017	5
59	45272/2015	5
60	62678/2017	5
61	57200/2017	5
62	49475/2015	5
63	51487/2017	5
64	51494/2015	5
65	57715/2017	5
66	48863/2015	5
67	61207/2017	5
68	62651/2017	5
69	52105/2017	5
70	51453/2015	5
71	51419/2015	5
72	57183/2017	5
73	61228/2017	5
74	57194/2017	5
75	61233/2017	5
76	53114/2017	5
77	61236/2017	5
78	62955/2017	5
79	58649/2017	5
80	61555/2017	5
81	51220/2017	5
82	55035/2017	5
83	62923/2017	4
84	62912/2017	4
85	51162/2015	4
86	59574/2017	4
87	53115/2017	4
88	62949/2017	4
89	56826/2017	4
90	63041/2017	4
91	55531/2017	4



92	63356/2017	4
93	47749/2015	4
94	59572/2017	4
95	54618/2017	4
96	57195/2017	4
97	51440/2015	4
98	49478/2015	4
99	51478/2015	4
100	46834/2015	4
101	48603/2015	4
102	55028/2017	4
103	50645/2015	4
104	62662/2017	4
105	63024/2017	4
106	51512/2015	4
107	49697/2015	4
108	60161/2017	4
109	60170/2017	4
110	44309/2015	4
111	51470/2015	4
112	62091/2017	4
113	49698/2015	4
114	60173/2017	4
115	43353/2015	4
116	51466/2015	4
117	53674/2017	4
118	50358/2015	4
119	50672/2015	4
120	51444/2015	4
121	63018/2017	4
122	50611/2015	4
123	62403/2017	4
124	63010/2017	4
125	62970/2017	3
126	62929/2017	3
127	62659/2017	3
128	60571/2017	3
129	52081/2017	3
130	61563/2017	3
131	62665/2017	3
132	62109/2017	3
133	62987/2017	3
134	61547/2017	3
135	50634/2015	3
136	50091/2015	3
137	62973/2017	3
138	50666/2015	3
139	62647/2017	3
140	57191/2017	3
141	61558/2017	3

142	61571/2017	3
143	62920/2017	3
144	62097/2017	3
145	54776/2017	3
146	51224/2017	3
147	43048/2015	3
148	57190/2017	3
149	60565/2017	3
150	62096/2017	3
151	63012/2017	3
152	50621/2015	3
153	51505/2017	3
154	57181/2017	3
155	43713/2015	3
156	62666/2017	3
157	62095/2017	3
158	62639/2017	2
159	57185/2017	2
160	58276/2017	2
161	47040/2015	2
162	51077/2015	2
163	63156/2017	2
164	51496/2015	2
165	62119/2017	2
166	48404/2015	2
167	60625/2017	2
168	61219/2017	2
169	62952/2017	2
170	57182/2017	2
171	53973/2017	2
172	49900/2015	2
173	50337/2015	2
174	51472/2015	2
175	62957/2017	2
176	60553/2017	2
177	51499/2015	2
178	50347/2015	2
179	62399/2017	2
180	51422/2015	2
181	49695/2015	2
182	55015/2017	2
183	61222/2017	2
184	60154/2017	2
185	50641/2015	2
186	60562/2017	2
187	44862/2015	2
188	62387/2017	2
189	62655/2017	2
190	58273/2017	2
191	62644/2017	2

192	62947/2017	2
193	50850/2017	2
194	58384/2017	2
195	50633/2015	2
196	51495/2015	2
197	60558/2017	2
198	51965/2015	2
199	58777/2017	2
200	56126/2017	2
201	51494/2017	2
202	63981/2017	2
203	63007/2017	2
204	62918/2017	2
205	49049/2015	2
206	45432/2015	2
207	63005/2017	2
208	48259/2015	2
209	53279/2017	2
210	43050/2015	2
211	58267/2017	2
212	62944/2017	2
213	44868/2015	2
214	62985/2017	2
215	46075/2015	2
216	51430/2015	2
217	63159/2017	2
218	62688/2017	2
219	42252/2015	2
220	43338/2015	2
221	60574/2017	2
222	50607/2015	2
223	61815/2017	2
224	55529/2017	2
225	51068/2015	1
226	51513/2015	1
227	50663/2015	1
228	51510/2015	1
229	59741/2017	1

In applicazione del Reg. (UE) 679/16 e del D.Ls. n° 101/18 la graduatoria riporta il punteggio totale attribuito senza l'indicazione dei punteggi parziali e delle motivazioni di esclusione. I richiedenti sono identificati con il numero di protocollo acquisito nella domanda. La graduatoria redatta integralmente è disponibile e consultabile, da parte dei diretti interessati, C/O gli Uffici del Comune e della Commissione. La presente costituisce provvedimento definitivo ex art. 9 L.R. 96/96.

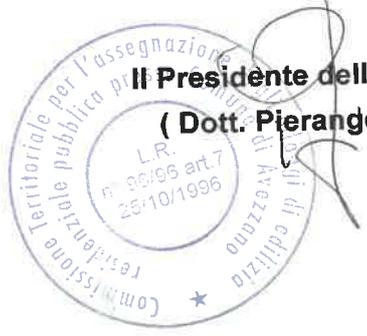
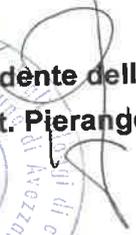
Il Presidente della Commissione
(Dott. Pierangelo Guidobaldi)

ESCLUSI

C)	NUMERO PROTOCOLLO DOMANDA
1	42898/2013
2	45092/2015
3	52608/2015
4	52086/2017
5	55683/2017
6	59589/2017
7	62961/2017
8	45096/2015
9	63976/2017
10	50038/2015
11	63112/2017
12	54186/2017
13	51464/2015
14	56821/2017
15	62101/2017
16	52116/2017
17	42790/2015
18	53116/2017
19	51499/2017
20	48263/2015
21	63696/2017
22	53676/2017
23	62112/2017
24	58775/2017
25	61550/2017
26	51401/2015
27	49907/2015
28	62670/2017
29	52640/2017
30	51092/2015
31	52485/2017
32	51069/2015
33	60587/2017
34	63681/2017
35	62915/2017
36	51999/2015
37	57176/2017
38	63049/2017
39	55019/2017
40	62405/2017
41	50669/2015
42	60628/2017
43	63701/2017
44	49474/2015
45	49696/2015

46	60578/2017
47	61217/2017
48	57533/2017
49	49906/2015
50	48605/2015
51	48606/2015
52	31065/2015
53	58461/2017
54	62994/2017
55	62940/2017
56	60165/2017
57	51459/2015
58	50617/2015
59	50625/2015

Il Presidente della Commissione
(Dott. Pierangelo Guidobaldi)



COMUNE DI BASCIANO
PROVINCIA DI TERAMO
ESTRATTO DETERMINAZIONE N.30 DEL 30/01/2023 REG. GEN. N.62
AREA TECNICO-MANUTENTIVA-LAVORI PUBBLICI-URBANISTICA

OGGETTO: ACQUISIZIONE SANANTE ART. 42-BIS D.P.R. 327/2001. DISTINTE IN N.C.T. FG N. 9, P.LLE 530, 531, 533 E 534. COSTITUZIONE DEPOSITO C/O RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO DI L'AQUILA. (ART.26 D.P.R. 327/2001). PROVVEDIMENTI.

IL RESPONSABILE DI SETTORE

...omissis...

DETERMINA

1) Di confermare in via definitiva l'indennizzo spettante ai ricorrenti in virtù della citata sentenza del TAR n°329/2020 in €. 32.900,00 di cui €. 14.000,00 per indennità di acquisizione coattiva, €. 1.400,00 per indennizzo pregiudizio non patrimoniale ed €. 17.500,00 per indennizzo occupazione illegittima, come da relazione di stima dell'indennità acquisita in data 30 Novembre 2021, Prot. 7167, le cui risultanze sono confermato dall'ulteriore elaborato controdeduttivo pure menzionato nelle premesse per l'acquisizione sanante al patrimonio indisponibile del Comune di Basciano (TE), ai sensi del disposto dell'art. 42 bis del D.P.R. n. 327/2001 e in esecuzione della citata sentenza del TAR n°329/2020, dei beni immobili di seguito descritti, autorizzando il trasferimento del diritto di proprietà in capo al predetto Comune di Basciano (Teramo):

Foglio di mappa	Particella	Qualità	Superficie
9	530	Incolto produttivo	30,00 mq
9	531	Seminativo arborato	40,00 mq
9	533	Seminativo arborato	460,00 mq
9	534	Seminativo	170,00 mq
Sommano complessivamente			700,00 mq

2) Di procedere per le motivazioni espresse in narrativa ai sensi dell'art. 26 comma 4 del DPR 327/2001 alla richiesta di apertura del deposito della complessiva somma di € 32.900,00 (Euro trentaduemila novecento/00), presso la Ragioneria Territoriale dello Stato di L'Aquila a titolo di indennità spettante a favore della ditta CONSORZI AGRARI D'ITALIA ESTATE S.R.L. con sede in Roma (RM) con Partita IVA 15713371001) - Proprietà per 1/1 attuale intestataria delle aree.

3) Di trasmettere alla Ragioneria Territoriale dello Stato di L'Aquila - Servizio Depositi Definitivi la domanda per la costituzione di deposito definitivo attraverso l'utilizzo del modello unificato - Mod. 125bis - precompilato, con le informazioni riferite alla ditta catastale.

4) Di dare atto che ai sensi dell'art. 35 comma 1 del DPR 327/2001 le somme da liquidare non sono soggette alla ritenuta del 20% a titolo d'imposta in quanto corrisposte ad impresa commerciale.

5) Di dare immediata notizia del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 26 comma 7 DPR 327/2001, a chi risulti titolare di un diritto e di provvedere, alla pubblicazione per estratto nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. Il presente provvedimento diverrà esecutivo nel termine di trenta giorni dal compimento delle predette formalità se non è proposta dai terzi la opposizione per l'ammontare della indennità, a norma dell'art. 26 comma 8 del DPR 327/2001.

6) Di dare atto che:

- con successivo provvedimento del Soggetto attuatore delegato verrà perfezionato il deposito presso la Ragioneria Territoriale dello Stato mediante il versamento dell'importo di € 32.900,00 (Euro trentaduemila novecento/00);
- ai sensi del comma 4 dell'art. 26 del DPR 327/2001 l'effettivo pagamento avrà luogo a seguito della pronuncia dell'autorità giudiziaria adita su domanda di chi vi abbia interesse;
- le somme risultano regolarmente impegnate con Determina del Responsabile dell'Area Tecnica n°360 del 30 Dicembre 2022 (n°740 reg. gen.).

IL RESPONSABILE DI SETTORE

F.to digitalmente Geom. Donato D'Evangelista



COMUNE DI FILETTO

(Provincia di Chieti)

AVVISO PER LA CONSULTAZIONE DELL'ASSOGGETTABILITA' A VAS

Variante Generale al P.R.E. VIGENTE

IL RESPONSABILE DEL SETTORE TECNICO

Vista la Delibera di Giunta Comunale n. 4 del 20/03/2023, esecutiva a termine di legge,

RENDE NOTO

- che questa Amministrazione ha fatto proprio il Rapporto Preliminare per la verifica di assoggettabilità alla VAS -Valutazione Ambientale Strategica- ai sensi del D.Lgs. n. 152/2006 e s.s.m.i.,
- che il Rapporto Preliminare redatto ai sensi degli artt. 12 e 13 del D.Lgs. 152/2006 e s.s.m.i. è depositato per 30 gg naturali e consecutivi decorrenti dalla data di pubblicazione sul BURAT, presso l'ufficio tecnico comunale, necessari per procedere alla successiva approvazione della delibera da parte del Consiglio Comunale quale "Autorità Competente";
- che in allegato al Rapporto Preliminare è presente la modulistica per raccogliere contributi dalle parti interessate acquisibile dal sito istituzione del Comune di Filetto alla sezione Amministrazione Trasparente – Pianificazione e Governo del territorio

Dalla Residenza Municipale, addì 31 Marzo 2023

Il Responsabile del Settore Tecnico
f.to Arch. Fausto Giampietro



Area Gestione del Territorio

AVVISO

“PROVVEDIMENTO AUTORIZZATIVO UNICO n. 07/2023 del 04/aprile/2023, ai sensi del D.P.R. 160/2010 – ditta DPR PARQUET di DE PETRA RAFAFELE – PRATICA SUAP N. 150/2016

È stata autorizzata in data 04/04/2023:

La sopraelevazione di un manufatto dell'opificio esistente ubicato in Contrada Collalto presso le aree censite all'Agenzia delle Entrate di Pescara sez. Territorio – Pianella, identificate al foglio di mappa n. 4, particella 442 e 540, in conformità alla documentazione progettuale favorevolmente esaminata;

SI RENDE NOTO

che la predetta documentazione è depositata nella Segreteria Comunale, affinché chiunque ne abbia interesse possa prenderne visione.

Pianella, li 07/04/2023

Il Responsabile dell'Area Gestione del Territorio
arch. Domenico FINEO



E-DISTRIBUZIONE S.P.A.
INFRASTRUTTURE E RETI ITALIA
AREA REGIONALE ABRUZZO MARCHE MOLISE
PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
AUTORIZZAZIONI E PATRIMONIO INDUSTRIALE

Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

RIF_AUT_ 2386972 Lavori di resilienza e potenziamento linea MT20KV “CANISTRO B. DJ20 33563” tramite sostituzione conduttore a cavi nudi linea aerea esistente con elicord 3x95+50Y nel comune di Canistro (AQ). Prot. Atlante: DJ2B220071

e-distribuzione S.p.A. – Infrastrutture e Reti Italia, Area Regionale Abruzzo – Marche - Molise – Autorizzazioni e Patrimonio Industriale - Via Campo di Pile sn – 67100 L’Aquila (AQ), partecipante al Gruppo IVA Enel con P.I 15844561009, e C.F. 05779711000, ai sensi dell'Art.3 della Legge Regionale 20/09/1988 n.83, modificata ed integrata dalla L.R. 23/12/1999 n.132,

R E N D E N O T O

che ha in progetto la realizzazione di nuova linea MT fino a 20KV in cavo aereo 3x95+50Y del tipo a elica visibile a fascio portante isolati con polietilene reticolato (XLPE), di lunghezza pari a circa 527 mt. L’Elettrodotto in progetto è suddiviso in due interventi:

- Primo intervento: da palo n.1 a cabina esistente MT denominata “S.CHIRICO M.”, sostituzioni di tutti i sostegni esistenti, con nuovi sostegni di tipo 14/E in lamiera saldata. I nuovi pali avranno una fondazione interrata.
- Secondo intervento: da cabina esistente MT denominata “S.CHIRICO M.” a sostegno n. 9, sostituzione con nuovo palo del tipo 14/G con testa in lamiera saldata. Anche quest’ultimo avrà una fondazione del tipo interrato.

Il tracciato della linea aerea si sviluppa lungo la proprietà pubblica e privata, secondo il tracciato indicato negli elaborati grafici allegati.

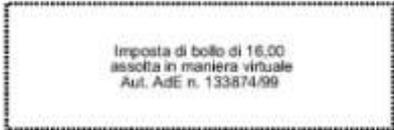
Si precisa inoltre che la posa del cavo elicord 3x95+50Y di media tensione andrà a interferire la linea elettrica aerea di alta tensione.

Ai sensi dell’art. 5 della sopracitata L.R. le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detto impianto, dovranno essere presentate dagli aventi interesse alla Regione Abruzzo – Dipartimento Territorio e Ambiente, DPC025 Servizio Politica Energetica e Risorse del Territorio, Corso Vittorio Emanuele II, 301 – 65122 Pescara (PE), entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Con osservanza

Alessandro COSTANTINI

Il Responsabile



Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

e-distribuzione S.p.A.
Infrastrutture e Reti Italia
Area Regionale Abruzzo Marche Molise
Unità Territoriale L'Aquila

La società e-distribuzione SpA - Infrastrutture e Reti Italia - Area Abruzzo Marche Molise Unità Territoriale L'Aquila, con sede in Località Campo Pile – 67100 L'Aquila, ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale 20.9.1988 n° 83 modificata e integrata dalla L.R. 23.12.99 n° 132.

R E N D E N O T O

che ha in progetto la costruzione ed esercizio nuova cabina di trasformazione MT/BT del tipo Minibox e realizzazione di una linea elettrica MT 20Kv in cavo interrato per circa 400 m in Strada Regionale n. 579 e Strada Privata nei COMUNI DI CAPISTRELLO E TAGLIACOZZO (Aq) per nuovo allaccio "Alexia Tzoitis". Iter 2561224.

Ai sensi degli artt. n.5; n.6; n.7 e n.11 delle sopra richiamate L.R. le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detti impianti, dovranno essere presentate dagli aventi interesse Regione Abruzzo – Servizio politiche energetiche Corso Vittorio Emanuele III, 301 – 65122 Pescara, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Si attesta che il presente documento rispetta la vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali di cui al Regolamento U.E. 2016/679 e al D. Lgs. 196/2003 nel testo vigente.

Il presente avviso, sarà pubblicato anche sull'Albo Pretorio del Comune interessato.

Con osservanza.

L'Aquila, 31/08/2022

F.to
ANDREA BRUNELLI
Il Responsabile



e-distribuzione S.p.A. INFRASTRUTTURE E RETI ITALIA

Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

AREA REGIONALE ABRUZZO MARCHE MOLISE

PROGRAMMAZIONE E GESTIONE

AUTORIZZAZIONI E PATRIMONIO INDUSTRIALE

La società e-distribuzione SpA - Infrastrutture e Reti Italia - Area Regionale Abruzzo Marche Molise – Programmazione e Gestione – Autorizzazioni e Patrimonio Industriale, ai sensi dell’art. 3 della Legge Regionale 20.9.1988 n° 83 modificata e integrata dalla L.R. 23.12.99 n° 132.

RENDE NOTO

che ha in progetto la realizzazione di un tratto di linea elettrica MT 20 Kv in cavo aereo, per una lunghezza complessiva di circa 2065.09 metri e sostituzione conduttore a cavi nudi linea aerea esistente, per lavori di resilienza e potenziamento della linea MT20KV “MONTE SALVIANO DJ2047310”, nel Comune di Capistrello (AQ).

ATLANTE DJ2B220078 – Iter n° 2621524.

Ai sensi degli artt. n.5; n.6; n.7 e n.11 delle sopra richiamate L.R. le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detti impianti, dovranno essere presentate dagli aventi interesse alla REGIONE ABRUZZO - DPC – Dipartimento Territorio e Ambiente DPC025 - Servizio Politica Energetica e Risorse del Territorio - Corso Vittorio Emanuele II, 301- 65122 PESCARA (PE), entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Il presente avviso, sarà pubblicato anche sull'Albo Pretorio del Comune interessato.

Con osservanza.

Jesi, 16.03.2023

F.to

Alessandro COSTANTINI

Responsabile Autorizzazioni e Patrimonio Industriale

Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

e-distribuzione S.p.A.
Infrastrutture e Reti Italia
Area Regionale Abruzzo Marche Molise
Unità Territoriale L'Aquila

La società e-distribuzione SpA - Infrastrutture e Reti Italia - Area Abruzzo Marche Molise Unità Territoriale L'Aquila, con sede in Località Campo Pile – 67100 L'Aquila, ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale 20.9.1988 n° 83 modificata e integrata dalla L.R. 23.12.99 n° 132.

R E N D E N O T O

che ha in progetto la costruzione di una linea elettrica MT 20kV in cavo interrato per circa 130 m in Via Stazione nel COMUNE DI CAPISTRELLO (Aq) per l'allaccio e l'esercizio della cabina "RFI Bisceglie DJ20-2-749807". ITER ARDESIA 2647896

Ai sensi degli artt. n.5; n.6; n.7 e n.11 delle sopra richiamate L.R. le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detti impianti, dovranno essere presentate dagli aventi interesse Regione Abruzzo – Servizio politiche energetiche Corso Vittorio Emanuele III, 301 – 65122 Pescara, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Si attesta che il presente documento rispetta la vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali di cui al Regolamento U.E. 2016/679 e al D. Lgs. 196/2003 nel testo vigente.

Il presente avviso, sarà pubblicato anche sull'Albo Pretorio del Comune interessato.

Con osservanza.

L'Aquila, 11/02/2023

F.to
ANDREA BRUNELLI
Il Responsabile



E-DISTRIBUZIONE S.P.A.
INFRASTRUTTURE E RETI ITALIA AREA
REGIONALE ABRUZZO MARCHE MOLISE
AUTORIZZAZIONI E PATRIMONIO
INDUSTRIALE

Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

Rif_aut_2653384 Costruzione elettrodotto MT 20 kV in cavo interrato Al 3x185 tratto tra il sostegno esistente in Strada Vicinale nel Comune di Pollutri e cabina secondaria di nuova posa per allaccio cliente Mt Cobat Ecofactory Srl nel Comune di Pollutri (CH) lungo la Strada Provinciale SP154. SGQ: DF0000195237156

e-distribuzione S.p.A. – Infrastrutture e Reti Italia - Area Regionale Abruzzo – Marche - Molise – Autorizzazioni e Patrimonio Industriale - Via Campo di Pile sn – 67100 L’Aquila (AQ), ai sensi dell’Art.3 della Legge Regionale 20/09/1988 n.83, modificata ed integrata dalla L.R. 23/12/1999 n.132,

R E N D E N O T O

che ha in progetto la costruzione di una nuova linea elettrica MT fino a 20kv in cavo interrato del tipo a elica visibile Al 3x185 in scavo a cielo aperto, per una lunghezza di circa 213.00 mt .Nel tracciato di progetto è previsto lo scavo a cielo aperto partendo dal sostegno esistente, come punto di attacco, in Strada Vicinale di Pollutri (CH) per 123 metri ca. e poi si sviluppa lungo la SP154 (direzione Casalbordino) attraversando il canale Fosso Lemme, con la posa di un tubo diam. 150 staffato al ponte esistente per una lunghezza di 20 metri circa, mentre il resto del tracciato sulla SP154, fino a raggiungere la nuova Cabina Secondaria di progetto (a cura del cliente), prevede la realizzazione di scavo a cielo aperto (in direzione Casalbordino) fino davanti alla nuova Cabina Secondaria di progetto (a cura del cliente), per una lunghezza di 70 metri circa, come meglio rappresentato nell’elaborato grafico allegato. Si precisa inoltre che:

La posa dei cavi interrati di media tensione andrà a interessare:

- Strada Vicinale Fg.2 , P.Ile 4033-4062-4047-4077-4114
- Strada Provinciale SP154 al km 1+217
- Canale “Fosso di Lemme” in corrispondenza della SP154 al km 1+217

Si rende noto altresì:

che il soggetto promotore è la Società e-distribuzione S.p.A. con sede legale in Roma in Via Ombrone, n.2, partecipante al Gruppo IVA Enel con P.I 15844561009, e C.F. 05779711000, con recapito territoriale presso l’ufficio Autorizzazioni e Patrimonio Industriale - Via Campo di Pile sn – 67100 L’Aquila, referente dell’iter autorizzativo, Fabrizio Tommasetti, tecnico specialista e-distribuzione Unità Tecnica Lanciano-Vasto, e-mail: fabrizio.tommasetti@e-distribuzione.com, tel. 329.6332984;

Ai sensi dell'art. 5 della sopracitata L.R. le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detto impianto, dovranno essere presentate dagli aventi interesse alla Regione Abruzzo – Dipartimento Territorio e Ambiente, DPC025 Servizio Politica Energetica e Risorse del Territorio, Corso Vittorio Emanuele II, 301 – 65122 Pescara (PE), entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Con osservanza

Alessandro COSTANTINI

Il Responsabile



Imposta di bollo di 16,00
assolta in maniera virtuale
Aut. AdE n. 133874/99

INFRASTRUTTURE E RETI ITALIA
AREA REGIONALE ABRUZZO MARCHE MOLISE
PROGRAMMAZIONE E GESTIONE – PROGETTAZIONE LAVORI AUTORIZZAZIONI
AUTORIZZAZIONI PATRIMONIO INDUSTRIALE

OGGETTO: RIF. PRATICA E-DISTRIBUZIONE: 2415684
PIANO RESILIENZA REGIONE ABRUZZO 2022-2023
RICOSTRUZIONE DI LINEA MT A 20 KV IN CAVO AEREO DENOMINATA
“CAMPOTOSTO – LOTTO 1” DELLA LUNGHEZZA COMPLESSIVA DI
9420,00 MT SITA NEI COMUNI DI CAMPOTOSTO (AQ) E L’AQUILA.
RIF. PROLAV: DJ2B210176

La e-distribuzione S.p.A., con sede legale in Roma in Via Ombrone, n. 2, C.F. 05779711000, Società partecipante al Gruppo IVA Enel con P.I. 15844561009, in persona del legale rappresentante Alessandro Costantini, ai sensi dell'art.3 della Legge Regionale 20/09/1988 n.83, modificata e integrata dalla L.R. 23/12/1999 n.132,

RENDE NOTO

che nell’ambito del Piano Resilienza 2022-2023, ha in programma la ricostruzione della linea elettrica MT 20 kV denominata “CAMPOTOSTO LOTTO 1”, della lunghezza di 9,420 km nel territorio dei comuni di Campotosto (AQ) e L’Aquila.

L’elettrodotto interesserà:

- Strada Statale n. 577:
- Fondi privati.

Ai sensi degli art. 5,6, 7 e 11 della sopracitata legge regionale le opposizioni, le osservazioni e comunque le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detto impianto, dovranno essere presentate dagli aventi interesse alla Regione Abruzzo - Dipartimento Territorio e Ambiente - DPC025 - Servizio Politica Energetica e Risorse del Territorio, Corso Vittorio Emanuele II, 301 65122 PESCARA, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Con osservanza.

Alessandro Costantini

Il Responsabile

CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO**XI LEGISLATURA**

SEDUTA DEL 28.2.2023

Presidenza Presidente: SOSPIRI

Consigliere Segretario: BOCCHINO

	ASS.		ASS.		ASS.
ANGELOSANTE		D'INCECCO		PETTINARI	
BLASIOLI		FEBBO		PIETRUCCI	X
BOCCHINO		FEDELE		SANTANGELO	
CARDINALI		LA PORTA		SCOCCIA	X
CIPOLLETTI		MARCOVECCHIO		SMARGIASSI	
D'ADDAZIO		MARCOZZI		SOSPIRI	
D'ANNUNTIIS		MARIANI	X	STELLA	
DE RENZIS		MARSILIO	X	TAGLIERI SCLOCCHI	
DI BENEDETTO		MONTEPARA		VERRECCHIA	
DI GIANVITTORIO		PAOLUCCI			
DI MATTEO		PEPE			

VERBALE N. 84/8

OGGETTO: Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025.
Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025.

IL CONSIGLIO REGIONALE

UDITA la relazione della 3^a Commissione consiliare permanente svolta dal Presidente Di Matteo che, allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 793/C del 20.12.2022 avente ad oggetto: "L.R. 54/97 – Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025";

PRESO ATTO dell'istruttoria risultante dalla succitata deliberazione della Giunta regionale che, di seguito, si riporta integralmente:

«LA GIUNTA REGIONALE

VISTE:

- la legge regionale n. 77 del 14/09/1999, e successive modifiche ed integrazioni;
- la L.R. 54/97 del 26 giugno 1997 e ss.mm.ii, recante norme in materia di "Ordinamento dell'Organizzazione turistica regionale" e, in particolare, l'art. 3 che prevede che il Consiglio regionale, con cadenza triennale, approva le linee di sviluppo del turismo in Abruzzo e fissa in particolare gli obiettivi strategici per l'affermazione dell'immagine unitaria della Regione, per la promozione dell'offerta turistica abruzzese, per lo sviluppo delle strutture ricettive alberghiere ed extralberghiere di interesse regionale e per la valorizzazione dello scalo aeroportuale di Pescara;

~~la D.G.R. n. 338 del 30/06/2022 che ha approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) della Regione Abruzzo nel quale è stato riapprovato, tra gli altri, il Piano delle Prestazioni 2022;~~

PREMESSO CHE:

- l'attuale Piano Strategico del Turismo Abruzzo 2017-2019, predisposto con la D.G.R. n. 89/C del 20/02/2018 e approvato con seduta del Consiglio Regionale in data 2 luglio 2018, è ormai superato;
- in particolare, la crisi e l'accelerazione causate dal Covid hanno fatto avvertire chiaramente la necessità di ripensare tutto l'armamentario degli strumenti del settore in una direzione di innovazione costante;
- il Dipartimento Sviluppo Economico – Turismo, con risorse interne, ha predisposto le Linee di Sviluppo del Turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025 - Piano Strategico del Turismo 2023-2025 con lo scopo di rinnovare il suddetto Piano e renderlo più rispondente alle esigenze del Turismo post pandemico;
- con la determinazione n. DPH/67 del 16/06/2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la predisposizione della proposta di Piano Strategico del Turismo 2023-2025 con l'apporto dei dirigenti e dei funzionari della Direzione e dei Servizi del settore turismo, allargato anche ai funzionari del Servizio Ricerca e Innovazione e all'Assistenza Tecnica assegnata al Dipartimento, per l'impatto del Piano sulla programmazione FESR 21/27;
- lo stesso è stato condiviso con gli stakeholder con i quali sono intervenute interlocuzioni attive che hanno determinato concreti apporti, molti dei quali confluiti nel testo che si porta ad approvazione;
- l'attuale proposta, a fini conoscitivi, è disponibile all'accesso degli stakeholder e del Consiglio regionale secondo le modalità comunicate con nota prot. RA/0531481/22 del 16/12/2022;
- la presentazione della proposta del Piano Strategico Triennale del Turismo costituisce obiettivo strategico annuale per l'anno 2022 del Dipartimento Sviluppo Economico - Turismo DPH;

ATTESO che si rende necessario e urgente, ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L.R. 54/1997 e ss.mm.ii., approvare il Piano Strategico del Turismo 2023-2025, Allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale, affinché il Consiglio fissi gli obiettivi strategici per l'affermazione dell'immagine unitaria della Regione per la promozione dell'offerta turistica abruzzese;

DATO ATTO CHE:

- il Piano Strategico del Turismo 2023-2025 reca unicamente le linee programmatiche e che la spesa in esso prevista è rimessa ad appositi avvisi da adottare soltanto all'esito della individuazione della necessaria copertura finanziaria;
- pertanto, la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale e non richiede la compilazione dell'Allegato G, ai sensi del punto 16.6 dell'Allegato 4 Indirizzi per la gestione contabile del Bilancio di Previsione 2022-2024, contenuto nella D.G.R. n. 53 del 07/02/2022 - Documento Tecnico di Accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale per il triennio 2022-2024 e relativi allegati. Approvazione, costituendo esclusivamente un obbligo derivante dall'art. 3 della L.R. n. 54/1997;

DATO ATTO, altresì, che il presente provvedimento non contiene dati personali ai sensi del vigente Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR), e che, pertanto, nulla osta alla pubblicazione in forma integrale;

DATO ATTO che il Direttore, ai sensi dell'art. 23 della L.R. n. 77/99, ha espresso parere favorevole in ordine alla regolarità e legittimità del presente provvedimento;

UDITO il Relatore

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. **DI APPROVARE** la proposta di Piano Strategico del Turismo 2023-2025 di cui all'Allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **DI SOTTOPORRE** il su citato Piano all'esame del Consiglio Regionale per il seguito di competenza;
3. **DI DARE ATTO CHE:**

- ~~il Piano Strategico del Turismo 2023-2025 reca unicamente le linee programmatiche e che la spesa in esso prevista è rimessa ad appositi avvisi da adottare soltanto all'esito della individuazione della necessaria copertura finanziaria;~~
- *pertanto, la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale e non richiede la compilazione dell'Allegato G, ai sensi del punto 16.6 dell'Allegato 4 Indirizzi per la gestione contabile del Bilancio di Previsione 2022-2024, contenuto nella D.G.R. n. 53 del 07/02/2022 - Documento Tecnico di Accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale per il triennio 2022-2024 e relativi allegati. Approvazione, costituendo esclusivamente un obbligo derivante dall'art. 3 della L.R. n. 54/1997;*
 - *il presente provvedimento non contiene dati personali ai sensi del vigente Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR), e che, pertanto, nulla osta alla pubblicazione in forma integrale»;*

RITENUTO di poter approvare, ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 54/1997, il provvedimento avente ad oggetto: "L.R. 54/97 – Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025", così come proposto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 793/C del 20 dicembre 2022;

All'esito della votazione espressa mediante scrutinio palese, con la maggioranza prescritta dallo Statuto regionale

DELIBERA

per le motivazioni esposte in narrativa, che qui si intendono integralmente trascritte, di:

1. APPROVARE, ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 54/1997, il Piano Strategico del Turismo 2023-2025 di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, così come proposto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 793/C del 20 dicembre 2022;
2. TRASMETTERE il presente provvedimento al Presidente della Giunta regionale per i successivi adempimenti.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO



Firmato digitalmente da:
Sabrina Bocchino
Consigliere
CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO
Firmato il 10/03/2023 09:02
Seriale Certificato: 445978
Valido dal 15/06/2020 al 15/06/2023
TI Trust Technologies CA

IL PRESIDENTE



Firmato digitalmente da:
Lorenzo Sospiri
Presidente
CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO
Firmato il 10/03/2023 08:58
Seriale Certificato: 86
Valido dal 09/05/2022 al 08/05/2025
TI Trust Technologies QTSP CA

Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025.

Relazione della Terza Commissione Consiliare Permanente

Signor Presidente, colleghi Consiglieri,

in data 22.12.2022 è stato assegnato in sede referente alla 3^a Commissione consiliare il provvedimento amministrativo di iniziativa della Giunta regionale di cui alla DGR n. 793/C del 20.12.2022, concernente la L.R. 54/97 – Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025, rubricato con il n. 69/2022.

Il provvedimento è stato esaminato nel corso della seduta del 9 febbraio c.a. e, nel corso della stessa, la 3^a Commissione consiliare ha approvato a maggioranza dei presenti il provvedimento amministrativo n. 69/2022. Hanno votato a favore i Consiglieri: Di Matteo più delega di Bocchino, Montepara, Angelosante più delega di Febbo, Cipolletti e Santangelo. Si sono astenuti i Consiglieri Fedele, Smargiassi e Di Benedetto.

Si propone, pertanto, al Consiglio regionale:

di approvare l'unito schema di deliberazione riguardante la L.R. 54/97 – Linee di sviluppo del turismo in Abruzzo per il triennio 2023-2025. Approvazione Piano Strategico del Turismo 2023-2025.

Allegati per Verbale n. 84/8 del 28.02.2023 del Consiglio Regionale dell'Abruzzo

Allegato A _PIANO STRATEGICO DEL TURISMO 2023-2025

Scarica: <http://bura.regione.abruzzo.it/sites/bura.regione.abruzzo.it/files/bollettini/2023-04-18/p-69-2022-allegato-pst-2023-20>

Hash: 615b6cb24f3f0059f00ff5be3c1e4276



Direzione generale della Regione

Servizio Assistenza atti del Presidente
e della Giunta Regionale

Ufficio Atti generali – BURAT

Telefono centralino 0862 3631

Web bura.regione.abruzzo.it

PEC bura@pec.regione.abruzzo.it