

Deliberazione Giunta Regionale 14 maggio 2015 n. 758
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione della Sclerosi Multipla (SM).

(Veneto, BUR 26 maggio 2015, n. 52)

Note per la trasparenza:

In attuazione della L.R. 23/2012 (Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016) viene approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione della Sclerosi Multipla (SM) e viene costituito il Tavolo tecnico regionale per la Sclerosi Multipla.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

La Sclerosi Multipla (SM) richiede un elevato impegno assistenziale multiprofessionale da parte del Sistema sanitario regionale legato alla giovane età dei pazienti che sono colpiti, il picco di esordio è intorno ai 20-40 anni, al tipo di terapie utilizzate per rallentare la progressione gravate da forti effetti collaterali e al decorso cronico della patologia che richiede, specialmente nelle fasi più avanzate la presa in carico da parte del territorio. Le patologie che richiedono un forte impegno assistenziale multiprofessionale necessitano di programmi di integrazione tra tutte le risorse assistenziali per garantire un percorso diagnostico terapeutico che abbatta il rischio, intrinseco in queste patologie, della variabilità, della mancanza di continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore.

La risposta organizzativa alle patologie che richiedono un particolare impegno assistenziale multiprofessionale è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti. Infine il PDTA favorisce una globale presa in carico del paziente affetto dalla patologia cronica in tutte le sue fasi e per tutti i livelli di gravità con cui si manifesta, favorendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e all'interno di questi tra tutte le figure professionali coinvolte nel processo di assistenza.

Il PDTA è molto importante in quanto la sua realizzazione implica la declinazione di Linee Guida nazionali o internazionali, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un sistema sanitario, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Nella costruzione del PDTA i professionisti coinvolti devono fare lo sforzo di declinare il percorso ideale, derivato dall'analisi delle Linee guida più aggiornate, nel contesto locale ottenuto dalla ricognizione sia dei bisogni di salute relativi alla patologia in esame sia delle risorse disponibili in termini strutturali e di personale programmando l'adeguamento della realtà locale al percorso reale costruito a partire dal percorso ideale e dalle risorse disponibili.

Il PDTA permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili; consente inoltre il confronto e la misura delle attività (processi) e degli esiti (outcomes) attraverso indicatori specifici, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (PSSR), nell'ottica di una gestione integrata del paziente, raccomanda l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Tra le strategie identificate è considerata fondamentale la "diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa (...omissis...) Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio,

sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti ".

Per la costruzione del PDTA nell'ambito della Sclerosi Multipla (SM) con Decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 72 del 23 luglio 2013 è stato costituito un Tavolo tecnico di lavoro che ha proceduto ad elaborare un documento, il cui contenuto è portato ad approvazione con l'Allegato A della presente deliberazione.

Condividendo quanto elaborato dal citato Tavolo, si propone di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della Sclerosi Multipla, così come definito nell'Allegato A, parte integrante del presente atto.

Quanto contenuto nel documento di cui all'Allegato A è rivolto prioritariamente alle figure professionali coinvolte nel processo di assistenza alle persone affette da Sclerosi Multipla:

- Personale dei Centri regionali per il trattamento della Sclerosi Multipla individuati dalla Delib.G.R. n. 641 del 7 maggio 2013, come integrata dalla Delib.G.R. n. 771 del 27 maggio 2014 e dalle future eventuali ulteriori integrazioni.
- Medici di Medicina Generale e personale di studio delle Aziende ULSS.
- Medici Neurologi, infermieri ed altri professionisti sanitari delle strutture sanitarie sia pubbliche che private accreditate.
- Medici Fisiatri e altri professionisti della riabilitazione delle strutture sanitarie sia pubbliche che private accreditate.
- Medici ed Infermieri delle Cure Primarie della Aziende ULSS.

Poiché le esperienze di gestione della SM nelle diverse aziende ULSS della Regione Veneto sono ampiamente diversificate, il PDTA di cui all'Allegato A deve trovare, nella sua prima applicazione, una contestualizzazione aziendale che si basi sulla condivisione delle decisioni riguardanti la strategia di miglioramento; fermo restando che si debba addivenire ad una progressiva convergenza verso un unico modello regionale che garantisca equità di accesso su tutto il territorio regionale oltre a sovrapponibili esiti di salute.

Per il monitoraggio delle attività e per l'elaborazione di proposte di modifiche del PDTA legate all'evoluzione tecnologica, all'acquisizione di nuove conoscenze mediche e scientifiche ed alla necessità di implementazione, si costituisce il Tavolo tecnico regionale per la Sclerosi Multipla, mutuandone per il primo triennio la composizione con quella del Tavolo tecnico istituito con il citato Decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 72 del 23 luglio 2013, eventualmente integrabile con disposizione del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Il PDTA viene reso disponibile nell'area web <http://cureintermedie.regione.veneto.it>. Eventuali modifiche al PDTA, di natura non sostanziale (ad esempio: aggiornamento delle strutture, farmaci, ecc...), potranno essere apportate direttamente nell'area web, dove saranno appositamente evidenziate.

Si dà atto che quanto disposto con il presente atto non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Visto il Piano Socio Sanitario Regionale 2012_2016 approvato con L.R. n. 23/2012;

Vista la Delib.G.R. 641/2013 e la Delib.G.R. 771/2014;

Visto il Decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale n. 72 del 23 luglio 2013;

Visto l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

Delibera

1. di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione della Sclerosi Multipla (SM), così come definito nell'Allegato A, parte integrante del presente atto.

2. di costituire il Tavolo tecnico regionale per la Sclerosi Multipla con compiti di monitoraggio delle attività e di elaborazione di proposte di modifiche del PDTA legate all'evoluzione tecnologica, all'acquisizione di nuove conoscenze mediche e scientifiche ed alla necessità di implementazione del Percorso.

3. Di confermare per il primo triennio la composizione del Tavolo di cui al punto precedente con quella del Tavolo tecnico istituito con il citato Decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 72 del 23 luglio 2013, eventualmente integrabile con disposizione del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

4. Di rendere disponibile il PDTA per la Gestione della Sclerosi Multipla dall'area web <http://cureintermedie.regione.veneto.it>.

5. Di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo.

6. Di dare atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

7. La Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto.

8. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Allegato A

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione del Veneto

Redazione del documento a cura di:

Corti Maria Chiara	Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria, Regione del Veneto
Lisiero Manola	Direzione Ospedaliera Azienda ULSS 8
Boscolo Cegion Elisa	Progetto ACG - Azienda ULSS 16
Benedetti Maria Donata	AO Universitaria Integrata VR
Gallo Paolo	Clinica Neurologica - AO Universitaria PD
Zuliani Cristina	UOC Neurologia Azienda ULSS 13
Giometto Bruno	UOC Neurologia Azienda ULSS 16
Pressato Lamberto	UC Cure primarie Regione del Veneto
Boccignone Alessandro	Unità operativa di Medicina Fisica e riabilitativa Azienda ULSS 12

Filippi Giuseppe	Dip. di Riabilitazione Ospedale-Territorio Azienda ULSS 4
Scroccaro Giovanna	
Fantelli Valentina	Settore Farmaceutico Protesica - Dispositivi medici, Regione del Veneto
Roni Chiara	
Saugo Mario	
Avossa Francesco	SER-Sistema epidemiologico regionale, Regione del Veneto
Schievano Elena	
Andretta Margherita	Dipartimento Farmaceutico Azienda ULSS 20 Verona
Marangon Chiara Francesca	Direzione Distretto Azienda ULSS 5
Vianello Stefano	Direzione Distretto 1 Azienda ULSS 13
Rigon Giulio	Medico di Medicina Generale Azienda ULSS 20
Scibetta Domenico	Direzione Sanitaria Azienda ULSS 16
Aggio Antonio	Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria, Regione del Veneto
Pedrazzoli Elisabetta	
Bandiera Paolo	AISM
Castrignanò Carlo	

Introduzione

La Sclerosi Multipla (SM) richiede un elevato impegno assistenziale multiprofessionale da parte del Sistema sanitario regionale legato alla giovane età dei pazienti che sono colpiti, il picco di esordio è intorno ai 20-40 anni, al tipo di terapie utilizzate per rallentare la progressione gravate da forti effetti collaterali e al decorso cronico della patologia che richiede specialmente nelle fasi terminali la presa in carico da parte del territorio. Le patologie che richiedono un forte impegno assistenziale multiprofessionale necessitano di programmi di integrazione tra tutte le risorse assistenziali per garantire un programma diagnostico terapeutico che abbatta il rischio, intrinseco in queste patologie, della variabilità, della mancanza di continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore.

La risposta organizzativa alle patologie che richiedono un particolare impegno assistenziale multiprofessionale è rappresentato dal Percorso diagnostico terapeutico assistenziale che definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti. Infine il PDTA favorisce una globale presa in carico del paziente affetto dalla patologia cronica in tutte le sue fasi e per tutti i livelli di gravità con cui si manifesta, favorendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e all'interno di questi tra tutte le figure professionali coinvolte nel processo di assistenza.

Il PDTA è molto importante in quanto la sua realizzazione implica la declinazione delle Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un sistema sanitario, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Nella costruzione del PDTA i professionisti coinvolti devono fare lo sforzo di declinare il percorso ideale, derivato dall'analisi delle Linee guida più aggiornate nel contesto locale ottenuto dalla ricognizione sia dei bisogni di salute relativi alla patologia in esame sia delle risorse disponibili in termini strutturali e di personale programmando l'adeguamento della realtà locale al percorso reale costruito a partire dal percorso ideale e dalle risorse disponibili.

Di fondamentale importanza per la costruzione del PDTA è anche la valutazione della sua attuazione e dei risultati della stessa ottenuti attraverso una serie di indicatori.

Il PSSR 2012-2016 relativamente alle attività sanitarie prevede, tra le linee di tendenza, lo sviluppo dell'organizzazione dei PDTA per favorire la condivisione di obiettivi ed azioni tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), e per delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

A supporto di tutto il sistema informativo e di monitoraggio ed a garanzia di un percorso di presa in carico che abbia tra i suoi principi la centralità della persona, l'integrazione, l'unitarietà, la flessibilità, l'appropriatezza, è auspicabile la costituzione di un tavolo regionale permanente sulla sclerosi multipla cui sia chiamata a partecipare l'Associazione rappresentativa dei pazienti.

Scheda operativa del documento

Il presente documento è costruito seguendo le varie fasi di cui si compone il PDTA ovvero la ricognizione dell'esistente, il percorso ideale, il percorso reale e la fase di valutazione. Ad ogni fase corrisponde una diversa sezione all'interno del documento che viene anche contrassegnata da colori diversi per rendere più semplice ed immediata la consultazione.

Nel documento è quindi possibile trovare:

1. la parte relativa al contesto della Regione del Veneto (contrassegnata dal colore blu) in cui sono descritti
 - a. i bisogni di salute della SM rintracciati attraverso l'analisi dell'epidemiologia della SM;
 - b. le risorse che la nostra Regione mette in campo nell'ambito dell'assistenza ai malati di SM sia a livello ospedaliero che a livello territoriale:
 - i. descrizione e funzionamento del modello Hub & Spoke per la gestione dei pazienti con SM;
 - ii. descrizione della rete di riabilitazione;
 - iii. descrizione del modello di presa in carico territoriale e residenziale.
2. La parte relativa al percorso ideale (contrassegnata dal colore verde) in cui viene descritto il miglior piano diagnostico terapeutico per i pazienti con SM sulla base delle Linee guida ad oggi disponibili.
3. La parte relativa al percorso reale (contrassegnata dal colore rosso) in cui viene delineato, sulla base delle percorso ideale e delle risorse disponibili, da un punto di vista pratico il percorso assistenziale che deve essere attivato in ciascuna Azienda ULSS del Veneto dal momento del primo sospetto fino alla fase terminale della patologia.
4. La parte relativa alla valutazione (contrassegnata dal colore giallo) in cui verranno descritti gli indicatori utilizzati per il monitoraggio dell'applicazione del PDTA della SM nelle singole aziende ULSS del Veneto.
5. Infine vi è una parte che raccoglie, in forma di allegati, gli approfondimenti che possono risultare utili per la comprensione del percorso.

Il documento e ulteriori approfondimenti citati nelle varie sezioni verranno pubblicati nell'area web dedicata al PDTA della SM in Veneto all'indirizzo <http://cureintermedie.regione.veneto.it/pdta-sm>.

1. Contesto della Regione del Veneto

1.1 Epidemiologia della SM in Veneto

(Ranzato et al., *Mult Scler*, 2003; Gajofatto et al., *Eur J Neurol*, 2012; Puthenparampil et al., *Mult Scler* 2013; Bigi and Banwell, *J Child Neurol* 2012).

La SM è la prima causa neurologica di disabilità non traumatica in età giovane/adulta ed è gravata da elevati costi sociali e sanitari in quanto, pur potendo manifestarsi in qualsiasi età, in quasi il 70-75% dei casi esordisce tra i 20 e 40 anni. Inoltre colpisce prevalentemente il sesso femminile, con un rapporto F:M di circa 2.5:1 e nel 5-7% dei casi esordisce in età pediatrica.

Nel mondo i casi stimati di Sclerosi multipla sono 2 milioni. La distribuzione di questa patologia varia da paese a paese e l'Europa è considerata un paese ad elevata prevalenza di SM pur rimanendo una forte incertezza relativamente all'incidenza della patologia nei vari stati membri.

La prevalenza della SM nella Regione Veneto è attualmente stimata in circa 170-180 casi/100.000 abitanti, con una incidenza di circa 6 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti. Vi sono motivi per ritenere che l'incidenza della SM sia in aumento.

Accanto all'esecuzione di studi ad hoc relativi ad alcuni centri per la SM è stato condotto anche uno studio di popolazione basato sull'utilizzo degli archivi delle fonti correnti che negli ultimi anni sono migliorati da un punto di vista qualitativo e hanno il vantaggio di consentire, per alcune selezionate patologie dotate di una buona tracciabilità (necessità di terapie specifiche), lo studio a livello di popolazione con costi bassi. Nel caso della SM per calcolare la prevalenza nella Regione Veneto si è costruito un algoritmo che utilizza le schede di dimissione ospedaliera, le esenzioni e le prescrizioni farmaceutiche. Tramite operazione di record linkage tra gli archivi si sono individuati i pazienti residenti in Veneto che nel 2012 presentavano una diagnosi di SM. Nel 2012 sono risultati 7.764 pazienti con SM dato che risulta in linea con quello stimato a partire dallo studio condotto nella provincia di Padova.

Un'altra modalità di utilizzo delle fonti correnti per l'individuazione dei residenti in Veneto con SM è quello che utilizza la metodologia del sistema ACG (www.acg.regione.veneto.it) che è stata applicata in via sperimentale alle aziende ULSS 2, 4, 6, 9, 16 e 20 e attualmente in fase di estensione a tutta la Regione. Attraverso l'aggregazione delle informazioni diagnostiche provenienti dai flussi informativi sanitari correnti, tale metodo consente di descrivere i profili di malattia della popolazione con particolare attenzione alla presenza di comorbidità: in tal modo è possibile produrre informazioni sul carico assistenziale della popolazione e avviare un più corretto studio dell'utilizzo di risorse che tenga conto anche della diversa complessità dei pazienti.

In base ai risultati preliminari ottenuti applicando il sistema ACG alla popolazione residente in Veneto al 31/12/2013, la prevalenza della sclerosi multipla risulta pari a 149 per 100.000 abitanti. Tale valore è stato calcolato utilizzando unicamente fonti informative diagnostiche, senza considerare l'assunzione dei farmaci specifici per la sclerosi come proxy di patologia (Figura 1).

La lettura dei dati attraverso le categorie ACG mette in evidenza che in circa la metà dei casi prevalenti la patologia si presenta isolata e in forma stabile, mentre per l'altra metà si presenta associata ad altre patologie (Figura 2).

Nella Figura 3 sono rappresentate le malattie più frequentemente associate alla sclerosi multipla: ipertensione, presente nel 12% dei soggetti, diabete e malattie endocrine (8%).

La popolazione con diagnosi di sclerosi multipla si colloca nelle classi di morbilità (RUB-Resource Utilization Bands) "moderata" (91%) o "elevata/molto elevata" (8%). Considerando anche i deceduti nel corso del 2013, è evidente come nell'ultimo periodo di vita si verifichi uno spostamento verso categorie a più elevata complessità assistenziale (Figura 4). Considerando la popolazione classificata nella categoria a moderata complessità (RUB=3), il costo assistenziale medio dei pazienti con sclerosi multipla si stima pari a 2,3 volte quello dei pazienti senza sclerosi nel RUB 3. Ciò è motivato in gran parte dall'utilizzo di farmaci ad alto costo: a parità di complessità assistenziale, nei pazienti con sclerosi multipla il costo dei farmaci pesa per il 69%, contro il 27% nei pazienti nel RUB 3 che non presentano la patologia (Tabella 1 e Figura 5 e Figura 6).

L'effetto invalidante della malattia si riscontra anche nei dati amministrativi delle esenzioni: sempre limitando l'attenzione alla casistica a moderata complessità (RUB=3), nella quale si colloca la gran parte degli assistiti affetti da sclerosi multipla, le persone alle quali è stata riconosciuta l'esenzione per invalidità sono il 29% contro il 13% nel resto della popolazione (Tabella 2).

Figura 1. Sclerosi multipla (NUR08). Prevalenza per età e sesso al 31.12.2013. Residenti in Veneto

(Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26)

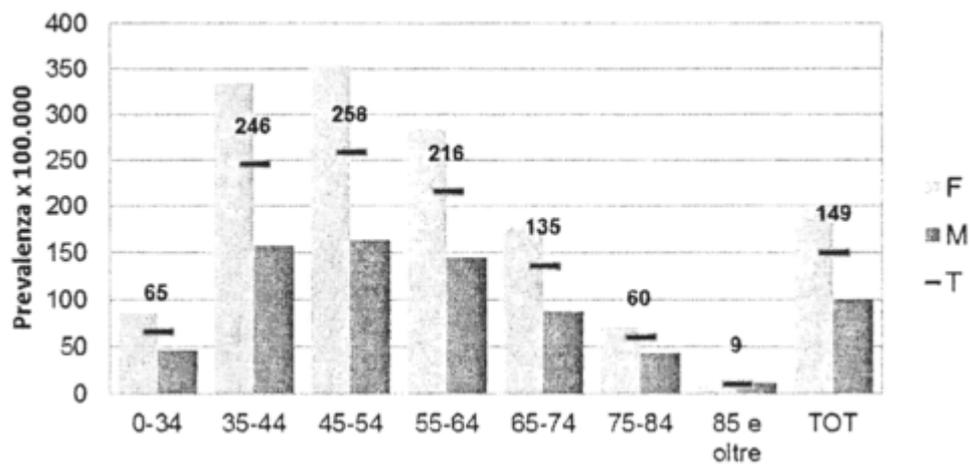


Figura 2. Sclerosi Multipla (NUR08). Distribuzione per ACG.

Residenti in Veneto al 31.12.2013

(Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26)

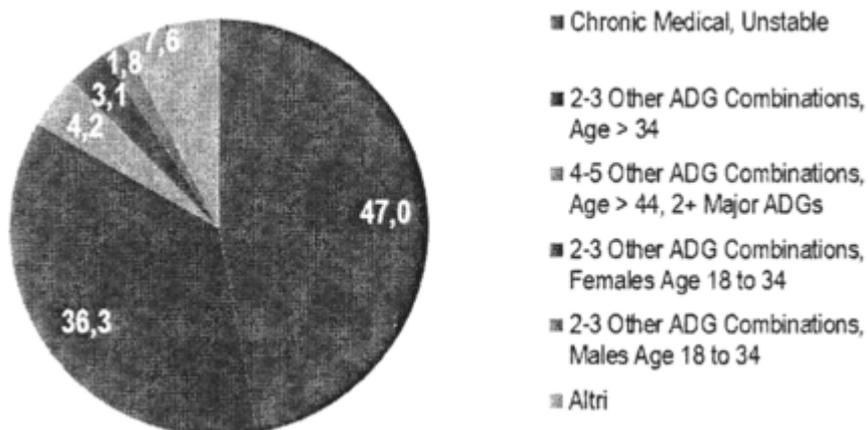


Figura 3. Sclerosi Multipla (NUR08): EDC più frequenti (%)

Residenti in Veneto al 31.12.2013

(Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26)

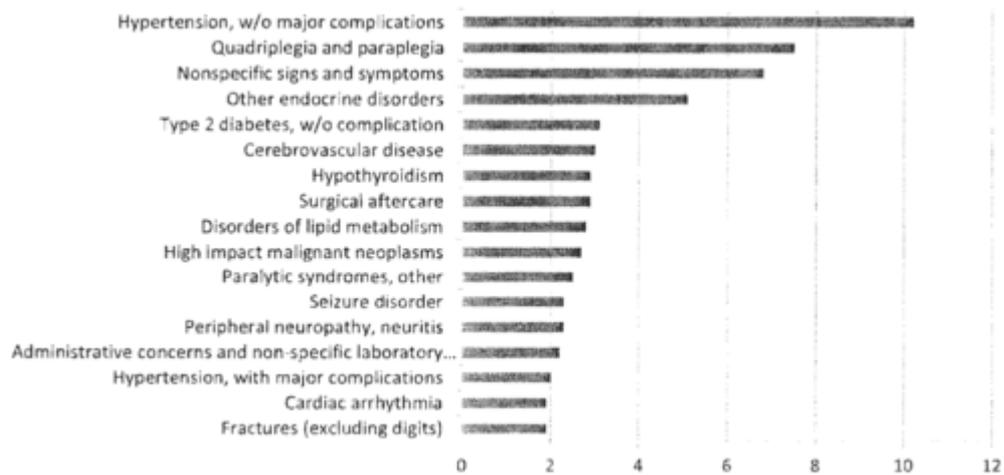


Figura 4. Sclerosi Multipla (NUR08). Distribuzione per RUB.

Residenti in Veneto. Anno 2013

(Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26)

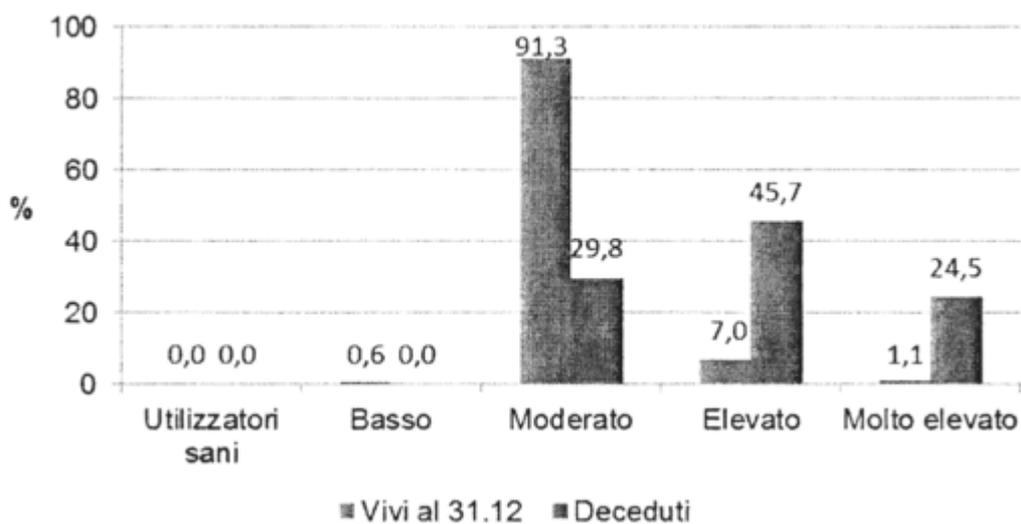


Figura 5. Costi totali per presenza/assenza di Sclerosi Multipla.

Solo RUB 3 (Complessità Moderata).

Residenti in Veneto al 31.12.2013

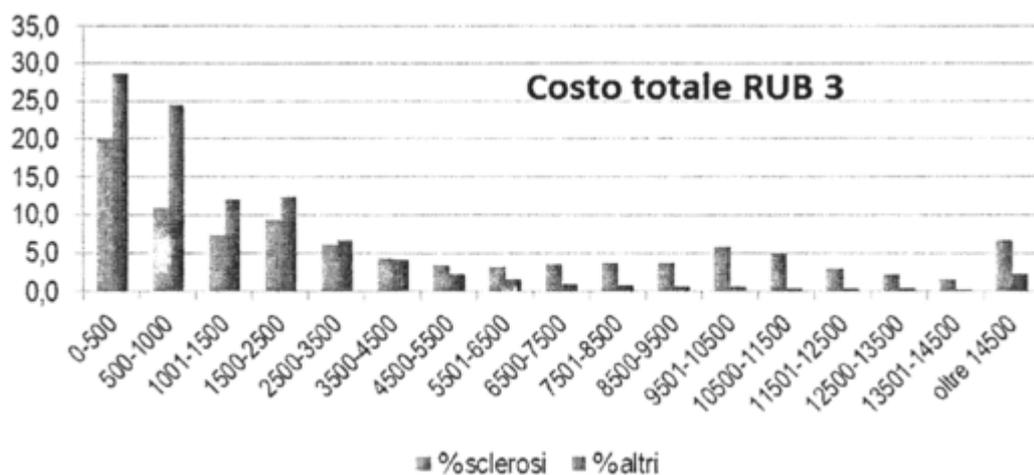


Figura 6. Costi non per farmaci per presenza/assenza di Sclerosi Multipla. Solo RUB 3 (Complessità Moderata).

Residenti in Veneto al 31.12.2013

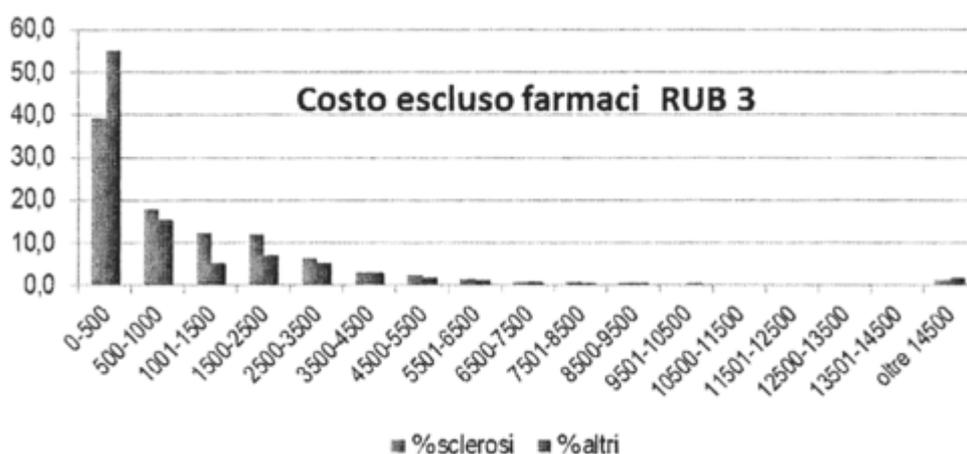


Tabella 1 - Costi totali e per farmaci per presenza di Sclerosi Multipla. Residenti in Veneto al 31.12.2013. (Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26, Specialistica ambulatoriale, Farmaceutica territoriale e in distribuzione diretta. Solo RUB 3 (Complessità Moderata).

	% Costo Farmaci	Costo Medio Totale	Costo Medio Farmaci
Presenza di Sclerosi multipla	68,6	5.318	3.649
Assenza di Sclerosi multipla	27,2	2.267	617

Tabella 2 - Costi totali e per farmaci per presenza di Sclerosi Multipla. Residenti in Veneto al 31.12.2013. (Fonti: SDO, PS, Esenzioni, Riab ex art. 26, Specialistica ambulatoriale, Farmaceutica territoriale e in distribuzione diretta). Solo RUB 3 (Complessità Moderata).

	% con esenzione per invalidità	Costo Medio Assistiti
Presenza di Sclerosi multipla	29,2	4.674
Assenza di Sclerosi multipla	13,3	3.151

1.2 Descrizione del modello Hub & Spoke per la gestione dei pazienti con SM nella Regione del Veneto

1.2.1 Caratteristiche di un centro SM per l'esecuzione del percorso diagnostico e terapeutico

In Veneto la gestione della SM in ragione della sua complessità è garantita dai Centri per la SM la cui attività è usualmente organizzata intorno all'attività di tre settori:

1) ambulatorio dedicato dove gli utenti afferiscono su invio del medico di medicina generale, di medici specialisti o su prenotazione diretta dei malati, dato che le informazioni su numero di telefono, orari e staff medico sono generalmente disponibili sul portale delle singole Unità Operative e sul portale nazionale dell'Associazione Italiana della Sclerosi Multipla.

Vengono di solito effettuate le seguenti attività:

- prime visite in persone con sospetto di SM;
- visite di controllo e di follow-up terapeutico;
- dispensazione di farmaci domiciliari su ricetta specifica per la Farmacia Ospedaliera o per le Farmacie Territoriali;
- consulenze di secondo parere diagnostico-terapeutico.

È utile prevedere un servizio di consulenza telefonica dei malati da parte del neurologo di riferimento (la gestione di problematiche cliniche non urgenti o disturbi correlati ai trattamenti, consigli su questioni socio-assistenziali, legali, lavorative, ecc.) e dell'infermiere dedicato (gestione dell'autosomministrazione e degli effetti collaterali dei farmaci, comunicazione dei risultati di esami, ecc.).

È consigliabile stabilire un indirizzo di posta elettronica del Centro perché i malati che utilizzano il computer o i loro medici e familiari possano dialogare con lo staff dedicato (anche in sostituzione della consulenza telefonica).

È buona regola consegnare ai malati alla fine della visita il promemoria del controllo successivo oltre alla relazione di visita per il medico di famiglia.

2) DH/Ambulatorio Integrato, dove viene solitamente effettuato:

- l'iter diagnostico strumentale, inclusa la rachicentesi, esami ematochimici, potenziali evocati, RM encefalo e midollo con e senza m.d.c, consulenze di altri specialisti dell'equipe multidisciplinare o indagini e trattamenti da loro prescritti
- trattamento delle ricadute di malattia con steroide e.v. ad alte dosi
- terapia con natalizumab e prima somministrazione di fingolimod secondo le direttive AIFA
- somministrazione di farmaci chemioterapici e.v. (ciclofosfamide, mitoxantrone) e di IG vena
- ricarica di pompa a infusione intratecale con baclofene
- plasmaferesi nelle ricadute non responsive allo steroide o nelle fasi attive di neuromielite ottica
- addestramento all'autosomministrazione dei farmaci domiciliari (infermiere dedicato).

3) Ricovero in regime ordinario, viene attualmente riservato solo i casi con disturbi neurologici all'esordio di malattia valutati in urgenza al Pronto Soccorso e poi accolti in reparto, ai malati con ricadute gravi o in fase avanzata di malattia con complicanze polmonari, respiratorie, gastrointestinali che non possono essere gestite in regime diurno o ambulatoriale, alle persone che necessitano di posizionamento di PEG, ai malati

con spasticità grave che vengono sottoposti al test al baclofene intratecale e quindi al posizionamento della pompa a infusione intratecale.

1.2.2 La riorganizzazione dei Centri per la SM secondo il modello "Hub & Spoke": Delib.G.R. 771 del 27 maggio 2014

In linea con quanto previsto dal Piano Sanitario della Regione Veneto (legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012 - 2016"), la Delib.G.R. n. 641 del 7 maggio 2013 ha individuato i Centri Regionali per il trattamento in Veneto della Sclerosi Multipla secondo un modello Hub&Spoke, successivamente aggiornati con la Delib.G.R. n. 771 del 27 maggio 2014 e ss.mm.ii.

In particolare sono delineate tre tipologie di centri: centri Hub, centri Spoke PS e centri Spoke.

I centri Hub, che hanno una dimensione provinciale o sovraprovinciale con un bacino di utenza non inferiore a 700.000 abitanti, sono abilitati alla prescrizione, somministrazione e monitoraggio dei farmaci soggetti alla compilazione della scheda di monitoraggio AIFA, prevedendo un modello di rete con i centri Spoke e Spoke PS con i quali condividere la selezione e il monitoraggio dei pazienti in trattamento (Tabella 3).

I centri Spoke PS (Prescrizione e somministrazione), individuati sulla base della lontananza dei centri Hub e dell'esperienza acquisita (almeno 10 pazienti in trattamento con terapie di secondo livello prima dell'entrata in vigore della Delib.G.R. n. 641/2013), sono abilitati alla prescrizione, somministrazione e monitoraggio dei farmaci soggetti a registro AIFA previa autorizzazione da parte del centro Hub di riferimento nel rispetto di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) condiviso (Tabella 3).

I centri Spoke, che corrispondono alle UOC di Neurologia delle Aziende Sanitarie del Veneto, interagiscono con il centro Hub di riferimento sulla base di un PDTA condiviso, mantenendo la possibilità di prescrizione di alcuni farmaci disease modifying (Tabella 3).

I centri Spoke devono essere in grado di garantire:

- accuratezza della diagnosi, con l'attuazione di appropriate procedure diagnostiche;
- appropriatezza nel monitoraggio nel tempo, con controlli clinici e di neuroimmagine;
- tempestività nell'attuazione di interventi diagnostici e terapeutici nel corso dell'evoluzione della malattia in relazione all'emergere di problematiche cliniche correlate;
- la prescrizione, la somministrazione e il monitoraggio di alcuni farmaci disease modifying (ad eccezione dei farmaci sottoposti a registro di monitoraggio AIFA Natalizumab e Fingolimod);
- la somministrazione e l'attento monitoraggio del medicinale Sativex®, previa autorizzazione da parte del Centro Hub di riferimento nel rispetto di un PDTA condiviso che prevede l'invio al Centro Hub di copia delle schede di arruolamento, prescrizione e follow-up previste da Registro AIFA e la notifica di eventuali modifiche della terapia tramite la scheda di monitoraggio regionale e il successivo monitoraggio condiviso sia della risposta che della gestione delle eventuali complicanze.

I centri Spoke PS, oltre a quanto già previsto per i Centri Spoke, dovranno inoltre garantire la prescrizione, la somministrazione e l'attento monitoraggio di tutti i farmaci soggetti a registro di monitoraggio AIFA (Natalizumab e Fingolimod e Sativex®) previa autorizzazione da parte del Centro Hub di riferimento nel rispetto di un PDTA condiviso che prevede l'invio al Centro Hub di copia delle schede di arruolamento, prescrizione e follow-up previste da Registro AIFA e la notifica di eventuali modifiche della terapia tramite la scheda di monitoraggio regionale e il successivo monitoraggio condiviso sia della risposta che della gestione delle eventuali complicanze.

Oltre a quanto già previsto per i Centri Spoke, i Centri Hub dovranno inoltre garantire:

- la presenza di tutte le figure specialistiche coinvolte nella gestione di questi pazienti, organizzate all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) dove vengano identificati: ruoli e azioni del team multidisciplinare nelle diverse fasi dell'assistenza; modalità di integrazione con i Centri Spoke e Spoke PS nell'ottica di una organizzazione "Hub & Spoke" per la presa in carico del paziente e di una forte integrazione;
- la prescrizione, la somministrazione e l'attento monitoraggio di tutti i farmaci soggetti a
- registro di monitoraggio AIFA (Natalizumab e Fingolimod e Sativex®);
- un protocollo di gestione delle possibili complicazioni dei farmaci;
- un protocollo per la gestione di interventi assistenziali anche a carico dei pazienti presi in carico dai Centri Spoke e Spoke PS;
- la raccolta dei dati di prescrizione dei farmaci disease modifying dei Centri Spoke e Spoke PS
- dell'area di riferimento;
- l'organizzazione di incontri periodici con i Centri Spoke e Spoke PS per la discussione dei casi
- clinici più problematici;
- incontri periodici tra i referenti dei Centri Hub per confrontare e analizzare i dati prescrittivi dell'area di propria competenza.

I centri Hub, Spoke PS e Spoke devono interloquire con il Medico di Medicina Generale che rimane il punto di riferimento per i problemi generali di salute e con le strutture territoriali per quanto ad esse compete.

1.2.3 Struttura organizzativa dei Centri

Per una gestione ottimale dell'iter diagnostico-terapeutico si ritiene che tutti i Centri appartengano ad una struttura ospedaliera dove sia presente una U.O.C. di Neurologia.

La descrizione della rete e delle risorse neurologiche della Regione del Veneto è presentata nell'Allegato 1A.

Per quanto detto, si ritiene necessaria per ogni Centro un'articolazione in:

- 1) unità di degenza: per ricovero di pazienti con attacco clinico non altrimenti gestibile in ragione della sua severità, della sua complessità assistenziale, della necessità di accurato monitoraggio clinico; in soggetti in fase avanzata di malattia per la gestione di problematiche cliniche complesse (disturbi urologici di difficile inquadramento e gestione ambulatoriale, disturbi della deglutizione con necessità di predisporre accertamenti e provvedimenti ad hoc, spasticità severa, gestione del dolore, dei decubiti, ecc.);
- 2) servizio ambulatoriale: per il regolare follow-up clinico e terapeutico;
- 3) servizio di day-hospital/day service (o altro modello organizzativo simile): per la gestione dei trattamenti farmacologici che richiedano monitoraggio clinico e tempi protratti di osservazione.

Pertanto, in accordo con il documento del Gruppo di Studio SM della SIN ("Ruolo, Attività ed organizzazione dei Centri SM" del 19 marzo 2010), i Centri Hub dovranno garantire servizi specialistici nell'ottica di un team multidisciplinare in grado di affrontare i numerosi problemi che la malattia comporta nel tempo e che preveda l'intervento di:

- infermiere Case Manager
- neuroriabilitatore
- neuroradiologo
- psicologo-neuropsicologo
- neurofisiologo
- urologo
- andrologo
- ginecologo
- oculista
- otorinolaringoiatra
- logopedista
- endocrinologo
- nutrizionista
- assistente sociale
- dermatologo

oltre ad eventuali altre competenze specialistiche per problemi clinici specifici.

Il team multidisciplinare dovrà essere formalizzato con delibera del Direttore Generale della struttura a cui afferisce il Centro Hub. Il coordinamento del team dovrà essere affidato al neurologo di riferimento del team.

È necessario stabilire corsie preferenziali per la neuroradiologia e la neurofisiologia, applicando linee guida riconosciute per l'esecuzione della RM e dei potenziali evocati multimodali.

Follow-up

Il monitoraggio delle terapie standard è di competenza di tutti i Centri e dovrà essere almeno annuale o ad ogni cambio di terapia, con segnalazione da parte dei Centri Spoke e Spoke PS dei dati di follow-up al Centro Hub di riferimento tramite l'apposita scheda di monitoraggio regionale.

Il monitoraggio di Natalizumab e Fingolimod è a carico dei Centri Hub e dei Centri Spoke PS, in condivisione con i Centri Hub di riferimento. Il monitoraggio di Sativex® è di competenza di tutti i Centri, in condivisione con i Centri Hub di riferimento.

Dispensazione dei farmaci

Ai Centri prescrittori compete la somministrazione/dispensazione di tutti i farmaci prescritti.

Pertanto, ai Centri Hub e Spoke PS compete la gestione dei farmaci oggetto di monitoraggio da parte di AIFA Natalizumab e Fingolimod: Natalizumab sarà somministrato ai pazienti (infusione endovenosa) presso il Centro Hub o Spoke PS di riferimento, mentre Fingolimod (somministrazione orale) sarà erogato

esclusivamente mediante il canale della distribuzione diretta da parte delle Farmacie Ospedaliere afferenti ai Centri Hub e Spoke PS, senza che ciò comporti nessun aggravio per il paziente, in quanto la distribuzione del farmaco verrà fatta coincidere quando possibile con le visite di controllo (inizialmente ogni 4 settimane).

A tutti i Centri Hub, Spoke PS e Spoke compete la dispensazione del medicinale Sativex® (spray orale), che sarà erogato esclusivamente mediante il canale della distribuzione diretta da parte delle Farmacie Ospedaliere dei Centri prescrittori.

Tabella 3 - Modello Hub&Spoke con la tipologia di farmaci prescrivibili per la sclerosi multipla

HUB	SPOKE PS	SPOKE
- Natalizumab, fingolimod	- Natalizumab, fingolimod	- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer, teriflunomide, dimetilfumarato
- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer, teriflunomide, dimetilfumarato	- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer, teriflunomide, dimetilfumarato	- Sativex®
- Sativex®	- Sativex®	
AUOI - Verona Dipartimento Neuroscienze	Az ULSS 21 UO Neurologia	Casa di Cura Pederzoli Peschiera del Garda UO Neurologia Ospedale Sacro Cuore Negrar UO Neurologia
Az ULSS 6 Vicenza UO Neurologia		Az ULSS 3 UO Neurologia Az ULSS 4 UO Neurologia Az ULSS 5 UO Neurologia
AO Padova -Clinica Neurologica Dipartimento di Neuroscienze, DNS	Az ULSS 16 UO Neurologia	Az ULSS 15 UO Neurologia
Az ULSS 12 UO Neurologia Mestre	Az ULSS 18 UO Neurologia Az ULSS 10 UO Neurologia Az ULSS 13 UO Neurologia Az ULSS 12 UO Neurologia Venezia	Az ULSS 17 UO Neurologia
Az ULSS 9 Treviso UO Neurologia	Az ULSS 2 UO Neurologia Az ULSS 8 UO Neurologia	Az ULSS 1 UO Neurologia Az ULSS 7 UO Neurologia

L'Allegato 12 riporta la scheda di monitoraggio delle terapie utilizzata nel Modello HUB&SPOKE con la tipologia di farmaci prescrivibili per la SM.

2. Il percorso ideale

2.1 Varianti Cliniche della Sclerosi Multipla

(Lublin et al., Neurology, 1996, Pittock, 2004) La SM può esordire in due varianti cliniche (Figura 7):

- forma a Ricadute e Remissioni (SMRR): 85-90% dei casi
- forma Primariamente Progressiva (SMPP): 10-15% dei casi.

Si stima che oltre l'80% delle SMRR evolvano in forma Secondaria Progressiva (SMSP), sviluppando tuttavia gradi diversi di disabilità fisica e cognitiva in tempi diversi.

Vengono inoltre generalmente riconosciute, all'interno di una distribuzione gaussiana della disabilità, forme particolarmente gravi, a rapida evoluzione, definite "maligne" (i.e., grave disabilità fisica e/o cognitiva sviluppata nell'arco di 5 anni; <5% dei casi) e forme ad evoluzione relativamente "benigna" (i.e., a vent'anni dall'esordio il paziente deambula autonomamente ed è cognitivamente integro; 10-20% dei casi). Raramente

la malattia può assumere un decorso Progressive-Relapsing (SMPR), caratterizzato da un'evoluzione progressiva fin dall'esordio, ma con ricadute cliniche sovrapposte.

2.1.1 La Sclerosi Multipla in età pediatrica

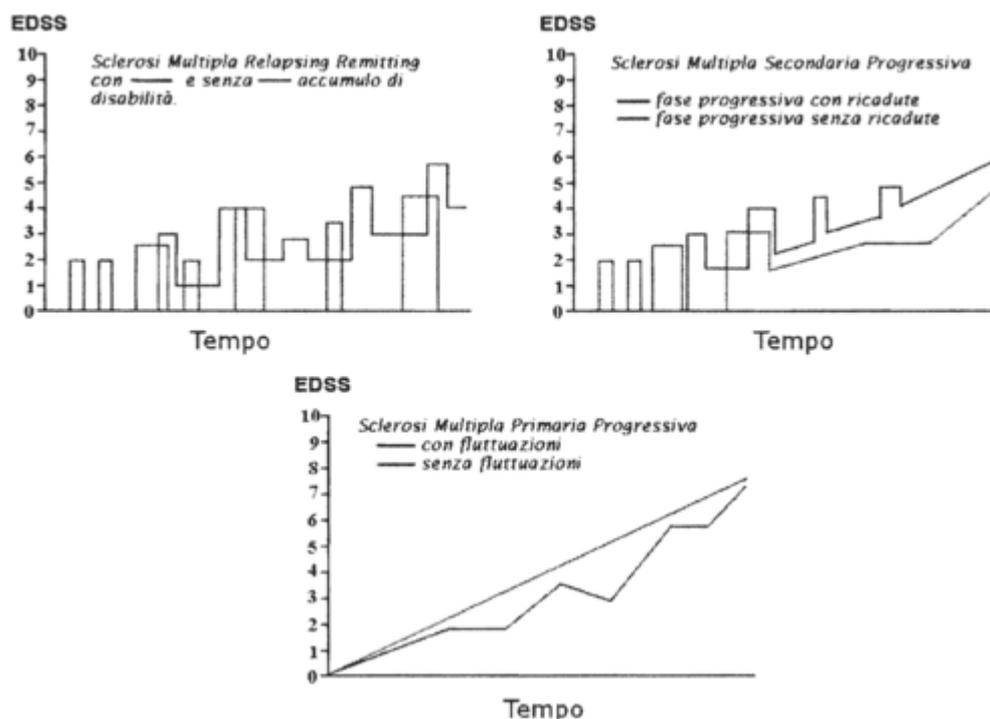
(Verey et al., Neuroimaging Clin N Am, 2013; Krupp et al., Mult Scler, 2013; Bigi and Banwell, J Child Neurol 2012)

È stimato che dal 3% al 5% dei casi di SM sono diagnosticati al di sotto dei 18 anni di età. La presa in carico del paziente pediatrico con SM, dalla diagnosi agli aspetti psico-sociali, necessita di una stretta collaborazione fra i neurologi dell'adulto, esperti in SM, i pediatri, i neuropsichiatri e i neuropsichiatri infantili. Una presa in carico globale sia del bambino/adolescente che della famiglia prevede:

- a) la costituzione di una rete che collega i centri SM delle U.O. di Neurologia con gli ospedali pediatrici,
- b) la collaborazione per il registro dei casi sia dal punto di vista farmacologico che clinico,
- c) linee guida sulla presa in carico che includano indicazioni sulla valutazione e riferimento del singolo paziente, sulla comunicazione della diagnosi, sul colloquio con i genitori del paziente, sulle prospettive terapeutiche, sull'eventuale partecipazione ai trials clinici, sull'organizzazione del follow-up per tutto il decorso della malattia in età pediatrica e sulla transizione alla gestione della SM da adulto.

L'approccio alla gestione dei casi di SM in età pediatrica avrà in ogni caso luogo secondo le linee di orientamento sulla SM Pediatrica che verranno emanate da organismi, gruppi e Società Scientifiche di riferimento, anche nel più ampio quadro di un eventuale registro in corso di definizione a livello nazionale e/o regionale.

Figura 7 - Le forme cliniche della SM (Fonte: Lublin et al., 1996, Lublin et al., 2014)



Negli ultimi anni è emersa la necessità di una migliore stratificazione clinica dei pazienti affetti da "forme progressive" di SM, che costituiscono una popolazione alquanto eterogenea di pazienti, che non sempre trovano un adeguato inquadramento clinico nelle forme primarie o secondarie progressive. Inoltre, studi istopatologici e di risonanza magnetica, hanno mostrato più affinità che diversità tra queste due forme.

Per tali motivi, al fine di stratificare in modo più corretto i pazienti con forme progressive dal punto di vista clinico, ma anche per fini di ricerca farmacologica, è stata recentemente proposta una nuova classificazione che si basa sulla presenza/persistenza o meno di una 'attività infiammatoria? clinica (ricadute) e/o radiologica (presenza di lesioni che prendono contrasto o aumento di numero/volume delle lesioni T2) di malattia e/o sulla presenza o meno di una chiara progressione della disabilità (aumento del punteggio EDSS). La progressione della malattia può infatti essere associata o no ad attività infiammatoria, e può a volte stabilizzarsi, senza chiari indicatori clinici e/o strumentali di progressione della disabilità. Si è deciso quindi di riconoscere quattro varianti cliniche di SM "progressiva?": progressiva con attività (i.e., infiammatoria) di malattia, progressiva senza attività, progressiva stabilizzata (no attività, no aumento della disabilità), progressiva stabilizzata, ma con presenza di attività (Lublin et al., Neurology, 2014). In questo documento verrà mantenuta la distinzione in forme primarie e secondarie progressive, distinzione ancora oggi largamente usata nei più vari contesti.

2.2 La Sindrome Clinicamente Isolata del SNC

(Miller et al., Lancet Neurol, 2012; Montalban et al., Neurology, 2010; Shaw et al., Intern Med J, 2009; Thrower, Neurology, 2007; Miller et al., Lancet Neurol, 2005)

L'esordio clinico della SM è attualmente definito "Sindrome Clinicamente Isolata" (CIS) (Tabella 4) del SNC. Clinicamente, la CIS è un disturbo neurologico acuto o subacuto, della durata di almeno 24 ore, riferibile ad una lesione del SNC suggestiva di una malattia infiammatoria e si può presentare in quattro forme cliniche:

- Neurite Ottica Retrobulbare (vedi algoritmo Diagnostico Figura 8)
- CIS del tronco encefalico (vedi algoritmo Diagnostico Figura 9)
- CIS del midollo spinale (vedi algoritmo Diagnostico Figura 10)
- CIS sovratentoriale.

L'uso diffuso della risonanza magnetica ha consentito di identificare casi di SM sub-clinica, ma con lesioni infiammatorie cerebrali e profilo liquorale infiammatorio. Questa condizione è oggi riconosciuta come "Sindrome Radiologicamente Isolata" (RIS) del SNC. Non esistono attualmente linee guida per il monitoraggio e la terapia delle RIS. Poiché in molti casi si tratta di pazienti con forme ancora subcliniche di SM, si consiglia comunque monitoraggio RMN e clinico delle RIS.

2.2.1 Percorso diagnostico nella Sindrome Clinica Isolata (CIS)

Esami ematochimici essenziali da eseguire in tutti i pazienti:

- Emocromo con formula, VES, funzionalità epatica e renale, profilo proteico, PT, PTT, INR.
- Screening immunologico: ANA, Ac anti-DNA nativo, ENA, ANCA, C3, C4, CIC, Reuma test, PCR, sottopopolazioni linfocitarie.
- Funzionalità tiroidea: FT4, TSH, Ac anti-TPO.

RMN cerebrale e cervico-dorsale con gadolinio.

Rachicentesi per esame chimico-fisico del liquor, analisi differenziale e conta delle cellule, valutazione di IgG Index e ricerca di bande oligoclonali (eventuale approfondimento microbiologico se suggerito dall'anamnesi); stoccaggio per ulteriori indagini diagnostiche/prognostiche (centri hub).

PEV (Potenziali Evocati Visivi).

A discrezione del clinico, se indicato, PEM (Potenziali Evocati Motori) PESS (Potenziali Evocati Somatosensoriali), BAEP (Potenziali Evocati Acustici).

Esami ematochimici e strumentali di approfondimento in pazienti selezionati, in base all'eventuale dubbio diagnostico:

- Screening microbiologico: Ac anti Borrelia Burgdorferi, HIV;
- Screening emocoagulativo in senso ipercoagulativo:
 - D-dimero, fibrinogeno, AT III, proteina C, proteina S, resistenza alla proteina C attivata, fattore V di Leiden, mutazione della protrombina G20210, Ac anti-fosfolipidi;
- Omocisteina, vitamina B12, folati;
- Assetto lipidico completo, glicemia e Hb glicata;
- Ac anti-AQP4 per quadri ad esordio con neurite ottica o mielite;
- ACE sierico per la diagnostica differenziale con la sarcoidosi;
- Test genetici e dosaggi enzimatici (i.e. mutazione gene NOTCH3 per Cadasil, alfa-galattosidasi per malattia di Fabry, acidi grassi a catena molto lunga per adrenoleucodistrofia, ecc).

EcoDoppler TSA e transcranico con Bubble Test in pazienti selezionati.

Tabella 4 - Aspetti clinici della sindrome clinicamente isolata (CIS) tipici e atipici per SM.

ASPETTI CLINICI DI SINDROME CLINICAMENTE ISOLATA (CIS) TIPICI E ATIPICI PER SCLEROSI MULTIPLA (Miller, et al. Clinically isolated Syndromes. Lancet Neurol 2012; 11: 157-169)

Aspetti tipici di SM	Aspetti atipici per SM
Nervo ottico	
Neurite ottica monolaterale	Neurite ottica bilaterale
Dolore lieve ai movimenti oculari	Assenza di dolore oppure dolore oculare marcato e persistente
Riduzione dell'acuità visiva e visione dei colori ridotta	Mancata percezione della luce
Papilla ottica normale o solo lievemente edematosa	Edema della papilla moderato/grave
Inizio di miglioramento entro 3 settimane	Presenza di emorragie ed essudati
Difetto pupillare afferente	Perdita del visus completa Neuroretinite, vitrite, fotofobia
Tronco encefalico. Cervelletto	
Oftalmoplegia internucleare bilaterale	Oftalmoplegia estrinseca completa
Atassia e instabilità multidirezionale	Segni da territorio vascolare
Paralisi del sesto n. cranico (tra i 20 e i 40 anni)	Nevralgia del trigemino isolata
Fenomeni parossistici (per almeno 24 ore)	Neuropatia sensitiva trigeminale progressiva
Segni multifocali (es. ipoestesia facciale, vertigini)	Movimenti involontari
	Ipostenia oculare o bulbare fluttuante o entrambe
Midollo spinale	
Mielite trasversa incompleta	Mielite trasversa completa
Segno di Lhermitte	Sindrome di Brown-Sequard completa
Disturbo urinario	Sindrome della cauda
Ipostenia degli arti asimmetrica	Lesione nel territorio della, spinale anteriore
Mano deafferentata	Dolore spinale localizzato o radicolare

Progressione al nadir di 4 ore-21 giorni

Paraparesi spastica progressiva e simmetrie o atassia sensitiva progressiva-cordoni posteriori-
Livello sensitivo netto per tutte le modalità sensitive
Areflessia

Emisferi cerebrali
Emiparesi
Emisindrome sensitiva

Encefalopatia
Epilessia
Cecità corticale

Il mancato recupero è un segno atipico per sclerosi multipla di tutte le sindromi clinicamente isolate

Figura 8 - Algoritmo diagnostico Neurite ottica retrobulbare

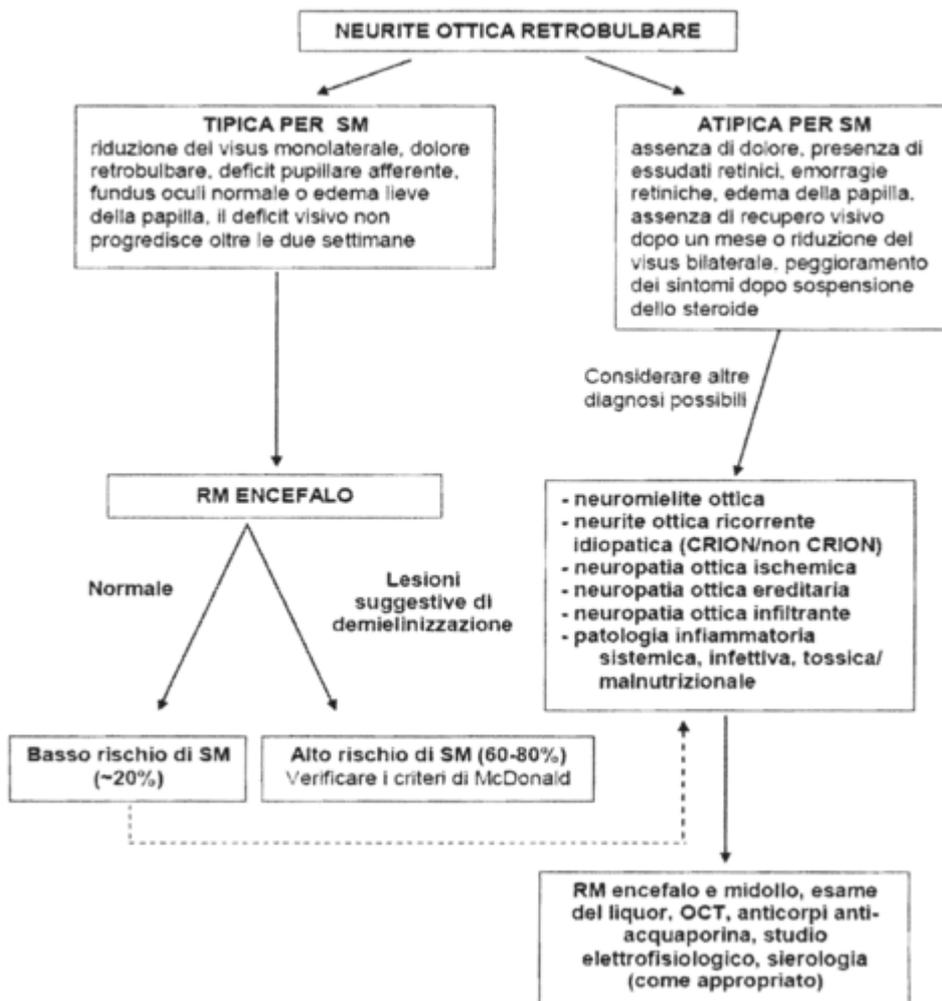


Figura 9 - Algoritmo diagnostico della Sindrome isolata del tronco encefalico

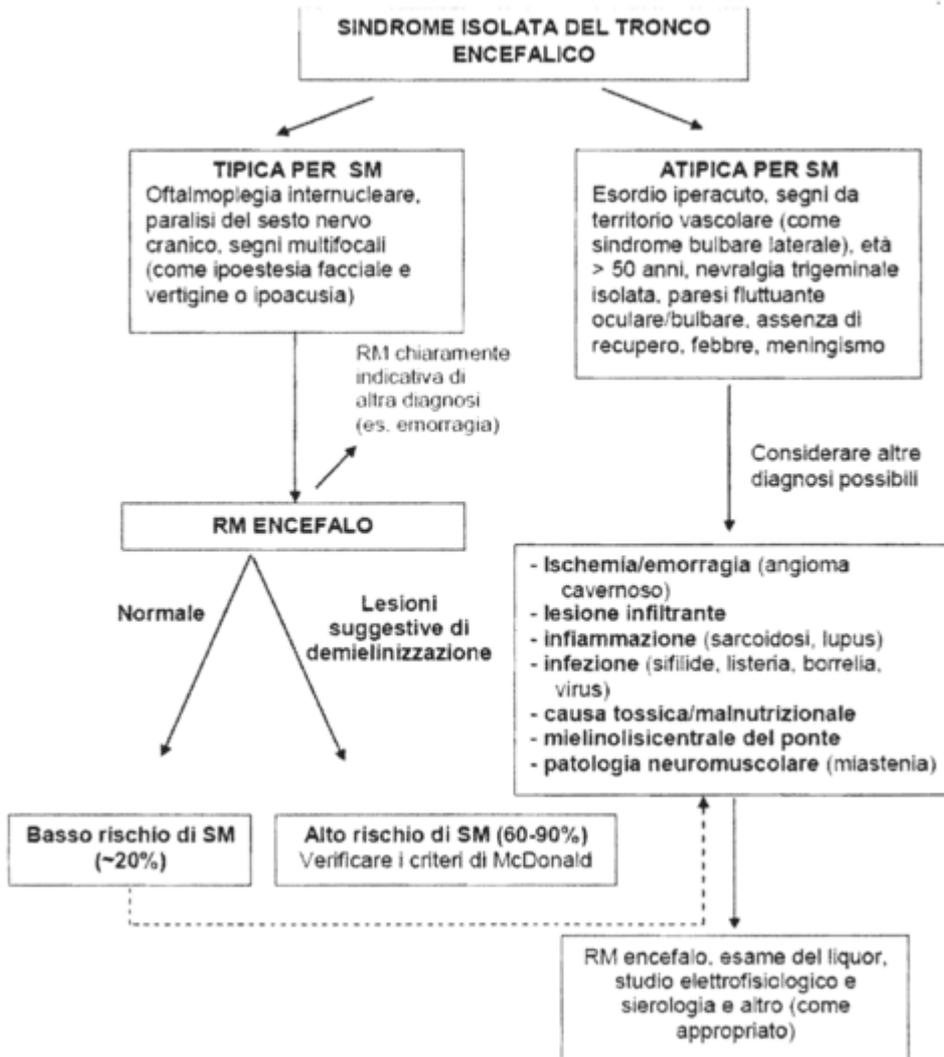
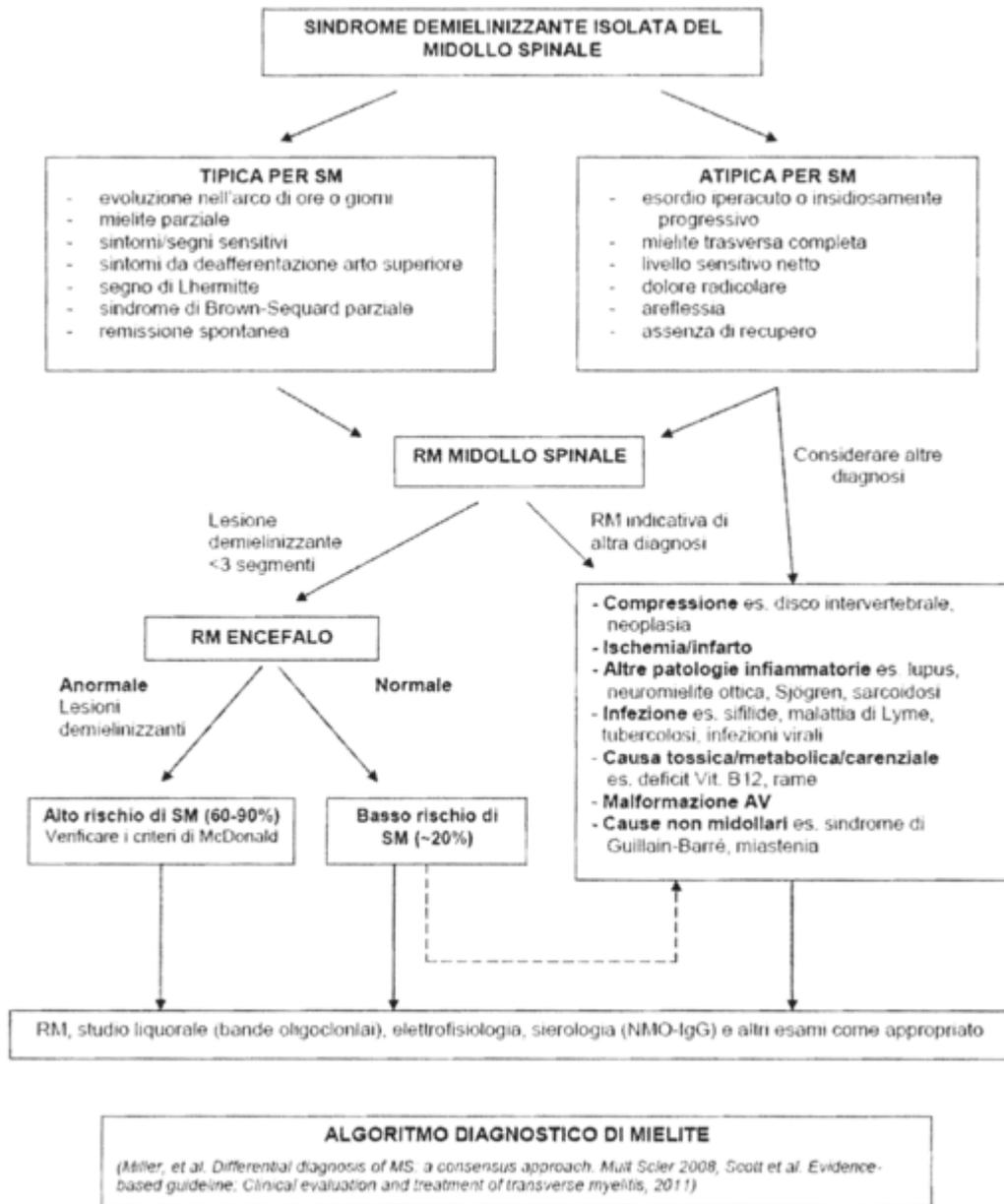


Figura 10 - Algoritmo diagnostico della Sindrome demielinizzante isolata del midollo spinale



2.3 La diagnosi della SM

2.3.1 Linee Guida diagnostiche attuali

(Polman et al., Ann Neurol, 2005; Polman et al., Ann Neurol, 2011)

La diagnosi di SM viene oggi acquisita mediante l'applicazione dei Criteri Diagnostici di McDonald/Polman del 2010 (Allegato 2) e si basa sull'acquisizione di tre fondamentali criteri diagnostici:

nessuna spiegazione migliore per i sintomi/segni clinici presentati dal paziente (diagnosi differenziale)

- dimostrazione della disseminazione spaziale delle lesioni infiammatorie a carico della sostanza bianca (= multifocalità della patologia), mediante la dimostrazione di lesioni clinicamente silenti del SNC,
- dimostrazione della disseminazione temporale delle lesioni infiammatorie (= cronicità del processo patologico), mediante la dimostrazione della comparsa di nuove lesioni a carico del SNC.

L'insieme degli accertamenti strumentali rivolti ad una accurata diagnostica differenziale, che deve prendere in considerazione altre malattie infiammatorie e non-infiammatorie del SNC, non deve essere necessariamente lo stesso in tutti i pazienti.

E' possibile, infatti, acquisire una diagnosi corretta e precoce con pochi ed essenziali accertamenti strumentali (e.g., risonanza magnetica, esame liquor, potenziali evocati visivi), così come può rendersi necessario eseguire una estesa batteria di esami bio-umorali, genetici e strumentali per escludere una spiegazione patologica migliore.

Il percorso diagnostico, in altre parole, va 'confezionat? sul singolo paziente.

2.3.2 Il percorso diagnostico della SM

(Montalban et al., Neurology, 2010; Nielsen et al., Mult Scler, 2010; Polman et al., Ann Neurol, 2005, 2011; Rovira et al., Arch Neurol, 2009; Grandberg et al., Mult Scler, 2013; Ontaneda et al., Mult Scler, 2012; Kurtzke, Neurology, 1983; Rao, Neurology, 1991; Boringa et al., Mult Scler, 2001; Miller et al., Mult Scler, 2008; Miller et al., Lancet Neurol, 2012)

Una accurata raccolta anamnestica è la base di una corretta e precoce diagnosi di SM. La possibilità, infatti, di documentare precedenti episodi clinici o di avere elementi informativi che suggeriscano un esordio clinico antecedente al momento della prima valutazione neurologica, può consentire l'acquisizione della disseminazione temporale della malattia e rendere superflui costosi monitoraggi neuroradiologici rivolti a tal fine.

Un'eventuale familiarità per SM o per altre patologie autoimmuni/infiammatorie va assolutamente rilevata al momento dell'anamnesi.

Una volta raccolta l'anamnesi, in presenza di sintomi suggestivi di SM, il paziente dovrà essere sottoposto ad un Esame Neurologico completo applicando l'Expanded Disability Status Scale (EDSS) (Allegato 3).

L'analisi dei Sistemi Funzionali che formano l'EDSS deve essere accurata. I neurologi dei Centri SM che partecipano a sperimentazioni cliniche devono certificarsi per la somministrazione dell'EDSS annualmente (www.neurostatus.net). Per i neurologi dei Centri che non partecipano alle sperimentazioni, verranno organizzati periodicamente dei corsi di aggiornamento e formazione sull'EDSS e su altre scale di valutazione dei pazienti con SM.

Se sono presenti segni di iniziale decadimento cognitivo è necessario sottoporre il paziente ad una batteria di test neuropsicologici (attualmente viene comunemente usata la 'Batteria di Ra?'), possibilmente da parte di un neuropsicologo. A seconda dei sintomi principali, si può approfondire la valutazione clinica mediante l'applicazione di ulteriori test, quali l'Amulation Index, il test del cammino di 8 metri, le Scale per la Fatica (FIS, FSS), per la spasticità, per la Qualità della Vita, per il dolore, per la depressione ecc.

Sulla base dell'anamnesi e dell'EDSS si deciderà se eseguire una RM encefalica e/o spinale. Sebbene non sia strettamente necessario eseguire entrambe all'esordio clinico, si raccomanda un neuroimaging completo, che serva come punto di partenza/riferimento per i successivi monitoraggi diagnostico o terapeutico del paziente.

Si raccomanda di acquisire la RM in armonia alle Linee Guida della Società Italiana di Neurologia recentemente pubblicate.

Il protocollo di RM encefalica e spinale consigliato consiste delle seguenti sequenze:

- RM cerebrale:
 - T2 assiale
 - FLAIR 3D volumetrica
 - T1 3D
 - DIR 3D
 - T1 assiale con gadolinio

l'esecuzione di tale esame richiede 20 minuti.

- RMN spinale: STIR
T1
T1 con gadolinio

l'esecuzione di tale esame richiede 20 minuti.

Tale protocollo consente uno studio completo diagnostico del SNC in tempi brevi. Solo su indicazioni specifiche saranno eseguite ulteriori sequenze (spettroscopia, DTI, WBM, ecc.).

Per la dimostrazione della Disseminazione Spaziale e Temporale delle lesioni infiammatorie a carico del SNC sono attualmente usati i criteri di McDonald/Polman del 2010 (Allegato 2). Entrambi i criteri di disseminazione spaziale (DIS) e temporale (DIT) possono essere acquisiti con la RM cerebrale con gadolinio eseguita all'esordio se accuratamente interpretata, evitando così inutili e costosi monitoraggi neuroradiologici.

Nella Figura 11 sono schematizzati i percorsi diagnostici proposti, che possono essere così sintetizzati: In presenza di una storia clinica e di sintomi/segni suggestivi di SM, si dà indicazione all'esecuzione della RMN encefalica e/o spinale con mezzo di contrasto (gadolinio).

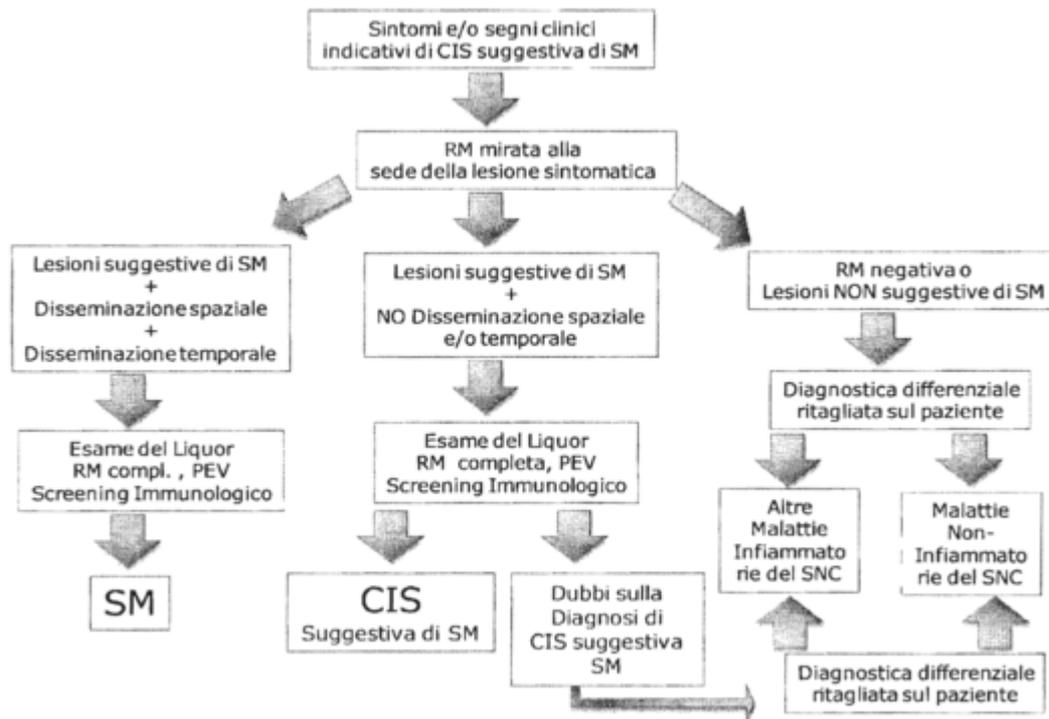
1) una diagnosi definitiva di SM potrebbe già essere acquisita in questo momento se sono rispettati i criteri di disseminazione spaziale (DIS) e temporale (DIT) delle lesioni e se non vi sono elementi per pensare ad altre patologie. Questo approccio diagnostico è generalmente accettato negli USA, in UK e nei Paesi Scandinavi. Tuttavia, i neurologi che propongono questo PDTA ritengono che i seguenti esami costituiscano la diagnostica strumentale "minima" essenziale per una corretta diagnosi di SM: RMN encefalica e/o spinale con gadolinio, esame del liquor, potenziali evocati visivi. Si consiglia inoltre (sia per escludere concomitanti patologie autoimmunitarie, sia in vista di eventuali successive terapie immunomodulanti) l'esecuzione di uno screening immunologico completo.

2) se la RMN è suggestiva di SM, ma manca o il criterio DIS o il criterio DIT, e se gli accertamenti ulteriori sopradescritti sono compatibili con un esordio di SM, la diagnosi sarà quella di CIS suggestiva di SM. La diagnosi di CIS implica un monitoraggio della malattia mediante RMN encefalica senza mezzo di contrasto, da eseguirsi a tre, sei e dodici mesi nel primo anno e successivamente annualmente.

3) se la sintomatologia di esordio è atipica, se la RMN è negativa o mostra lesioni NON suggestive di SM è opportuno costruire un percorso diagnostico specifico per ogni paziente, cercando di finalizzare gli accertamenti ad uno specifico quesito diagnostico ed evitando l'esecuzione di esami inappropriati. Se, dall'insieme degli accertamenti eseguiti, non emerge chiaramente una diagnosi di malattia definitiva, la diagnosi sarà sintomatica (e.g., neurite ottica retrobulbare, mielopatia infiammatoria, ecc.).

Entrano nella diagnostica differenziale con la SM numerose altre malattie del SNC che possono produrre alterazioni multifocali della sostanza bianca (Tabella 4): connettiviti, vasculiti, sarcoidosi, leucodistrofie (soprattutto adrenoleucodistrofia), encefalopatie vascolari - CADASIL, malattia di Binswanger, malattia di Fabry, ecc. Va tuttavia sottolineato che solo in rari casi tali patologie si presentano con un quadro neuroradiologico, un profilo liquorale e aspetti neurofisiologici sovrapponibili completamente a quelli osservati nella SM. È invece possibile che - all'esordio clinico - la diagnosi di CIS non sia possibile per mancanza sia dei criteri DIS e DIT, sia di una spiegazione clinica migliore dei sintomi e dei segni clinici.

Figura 11 - Sintesi del percorso diagnostico della SM.



2.3.3 Fattori prognostici

(Confavreux et al., Brain, 2003; Eriksson et al., Mult Scler, 2003; Weinschenker et al., Brain, 1989; Brex et al., N Eng J Med, 2002; Minneboo et al., Mult Scler 2009)

È ampiamente ritenuto che sia oggi possibile una seppur parziale stratificazione in chiave prognostica dei pazienti SM sulla base di fattori favorevoli o sfavorevoli, osservabili all'esordio clinico o nei primi anni di decorso della malattia.

Sono considerati fattori prognostici positivi:

- esordio mono-sintomatico/mono-focale
- sesso femminile
- RMN negativa o senza disseminazione spaziale delle lesioni o con basso carico lesionale/no lesioni attive/no atrofia
- esame liquorale negativo
- lungo intervallo temporale tra l'esordio e la prima ricaduta
- recupero completo dopo ricaduta (spontaneamente o dopo terapia steroidea)
- nessun accumulo di disabilità nei primi 2 anni
- Sono considerati fattori prognostici negativi:
- esordio polisintomatico/multifocale
- sesso maschile ed esordio oltre i 45 anni

- lesioni sistemi funzionali efferenti
- RMN con disseminazione spaziale o alto carico lesionale/presenza di lesioni attive/atrofia/grave perdita di tessuto nelle lesioni infiammatorie (buchi neri)
- profilo liquorale infiammatorio
- frequenti ricadute nei primi 2 anni (i.e., breve intervallo di tempo tra 1 e 2 ricaduta)
- scarsa risposta agli steroidi con recupero incompleto dopo ricaduta
- rapido accumulo di disabilità nei primi 2 anni

È quindi essenziale che il paziente con SM sia accuratamente fotografato al momento della diagnosi (CIS o SM) e seguito attentamente nei primi anni di malattia, al fine di mettere in atto le più corrette strategie terapeutiche (vedi paragrafo "switch").

2.4 La comunicazione della diagnosi

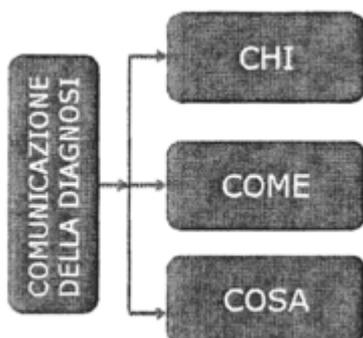
La diagnosi di SM deve essere precoce, certa e tempestiva attraverso un adeguato riconoscimento dei sintomi.

Nel momento in cui vi è la certezza che si tratti di SM, la diagnosi deve essere comunicata alla persona dal neurologo dell'ambulatorio dedicato.

Tra le figure professionali è fondamentale la presenza del neurologo e dell'infermiere dedicato ovvero specializzato in SM, avendo frequentato un percorso formativo e professionalizzante rispetto a tale patologia caratterizzata da alta complessità. Tali figure rappresentano un punto di riferimento affidabile e disponibile anche nei momenti successivi alla diagnosi e costituiscono un fattore organizzativo essenziale a garantire un adeguato livello di servizio anche in ottica di continuità (garantendo che non venga meno il ruolo per esigenze o impedimenti personali degli operatori o legate a fasi di vita professionale).

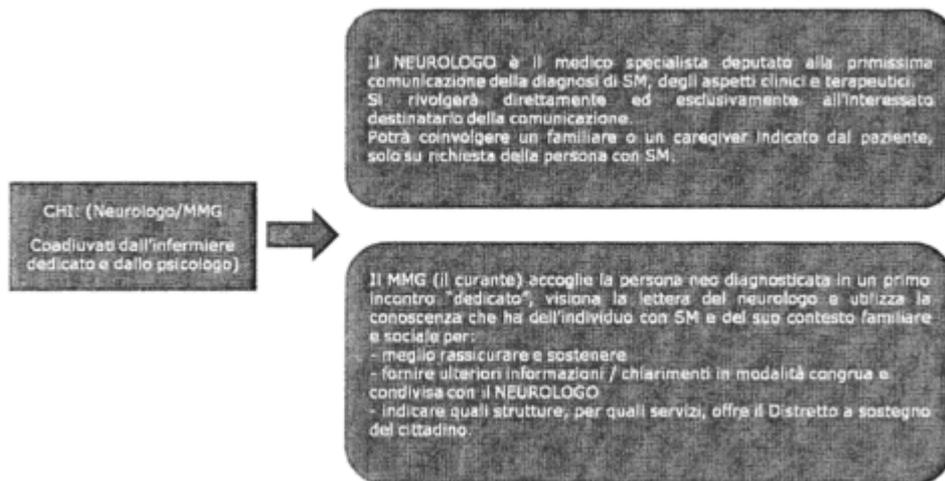
Accanto a tale figura è altresì fondamentale quella dello psicologo; è infatti importante che la persona con SM abbia la possibilità di avere un supporto psicologico sia durante il processo diagnostico sia durante il percorso di vita con la malattia.

In particolare, la persona che necessita o senta il bisogno di iniziare un percorso di sostegno psicologico, deve essere orientata verso lo psicologo presente nel distretto sociosanitario di riferimento o, a seconda dei modelli organizzativi in ogni caso adottati o nell'ipotesi di inadeguata strutturazione del livello territoriale, presso il Centro SM di riferimento.

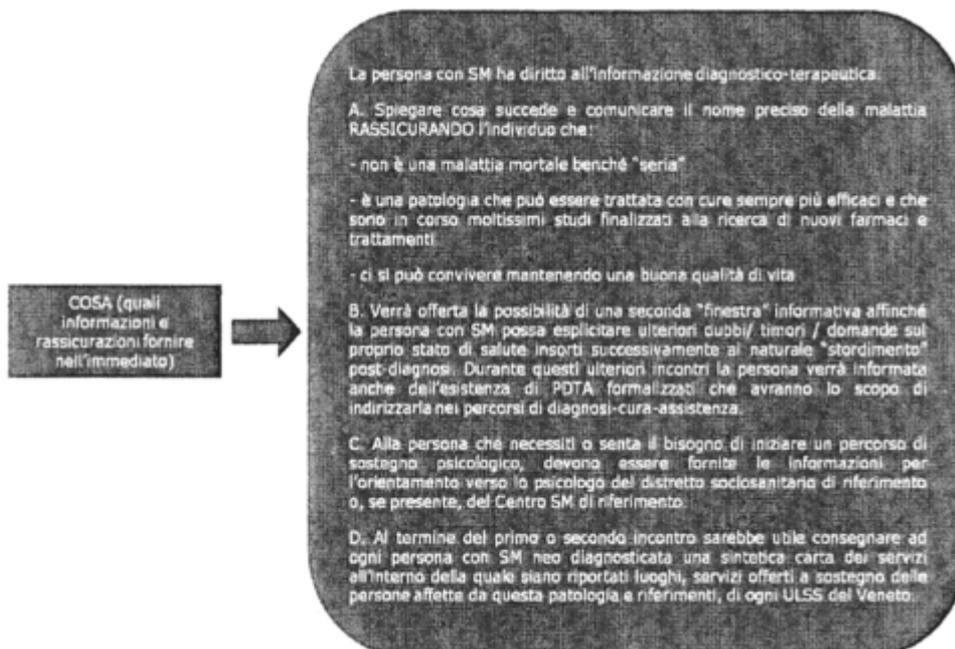


NOTA: Il momento della prima diagnosi può condizionare (come una sorta d'imprinting) la futura relazione terapeutica neurologo/paziente e l'atteggiamento della persona con SM verso la cura (eventuale compliance).

È fondamentale "curare" il COME comunicare la diagnosi, in ogni aspetto.



NOTA: La diagnosi va comunicata il più possibile tempestivamente così da fornire alla persona informazioni corrette prima che ne pervengano altre da interlocutori e fonti improprie.



NOTA La finalità da perseguire nella comunicazione della diagnosi e negli incontri successivi, è coinvolgere la persona con SM informandola, accogliendone l'intera individualità, favorendone l'acquisizione di consapevolezza, ottenendo così una migliore collaborazione.

È raccomandata la messa a disposizione da parte di ogni Centro SM della Carta dei servizi.

2.5 La terapia della Sclerosi Multipla

La terapia precoce della SM relapsing-remitting non è solo rivolta alla prevenzione delle ricadute cliniche, ma soprattutto a ridurre il processo infiammatorio subclinico cronico e, per quanto possibile con i farmaci attualmente disponibili, alla prevenzione dei processi neurodegenerativi che stanno alla base della progressione della disabilità (i.e., ritardare la fase secondaria progressiva della malattia).

Oltre al quadro clinico grande importanza nelle scelte terapeutiche riveste il quadro neuroradiologico: in alcuni pazienti si possono osservare già all'esordio clinico dei fattori prognostici neuroradiologici "negativi", che suggeriscono una più lunga "storia biologica" pre-clinica e quindi una evoluzione sfavorevole:

- alto carico lesionale T2 non esclusivamente legato ai sintomi in atto o precedentemente presentati dal paziente
- presenza di "buchi neri" o di aumento di dimensioni dei ventricoli
- presenza di evidente atrofia corticale o lesioni corticali/miste
- alto carico lesionale nel tronco encefalico o nel midollo spinale (2 o più lesioni).

2.5.1 La terapia della ricaduta clinica

(NICE, 2010, Filippini, 2000, Lublin, 2004, EFNS, 2005, Berkovich, Neurotherapeutics, 2013; Yeh and Wienstock-Guttman, J Child Neurol, 2012; Burton, 2012)

Si definisce ricaduta (o episodio clinico o riesacerbazione) la comparsa di nuovi sintomi neurologici tipici di un evento infiammatorio demielinizzante acuto o il peggioramento di quelli preesistenti, di durata ≥ 24 ore in assenza di fattori precipitanti quali febbre o infezioni. Le ricadute vanno accuratamente distinte dalle pseudoricadute, definite come peggioramenti clinici legati ad aumento della temperatura ambientale (es. periodo estivo) o endogena (es. iperpiressia, anche modesta), o a infezioni intercorrenti per le quali ci si limita a terapia sintomatica. Sebbene l'esame neurologico dovrebbe sempre obiettivamente la disfunzione neurologica riferita dal paziente, vengono interpretati come ricadute anche i disturbi soggettivi, non obiettivabili, della sensibilità, purché presenti con caratteristiche congrue e altamente suggestive della patologia. Ad ogni persona che presenti una ricaduta con sintomi che causino una limitazione delle usuali attività viene proposto il trattamento con metilprednisolone ad alte dosi (1 g/die in soluzione fisiologica 250 ml per 3-5 gg) per via endovenosa, spiegando con chiarezza i rischi e i benefici di tale terapia. Non vi è indicazione a effettuare esami strumentali a meno che non vi siano dubbi sulla diagnosi di sclerosi multipla. Una riesacerbazione comparsa entro 1 mese dall'inizio dell'episodio clinico precedente viene considerata parte di un'unica ricaduta: è possibile effettuare un ulteriore bolo steroideo a giudizio clinico prima di utilizzare altri trattamenti in acuto.

È ampiamente riconosciuto che il trattamento steroideo accelera il recupero funzionale e che il beneficio dura 1-2 mesi, senza influenza preventiva sulle ricadute successive. Una recente revisione Cochrane ha suggerito che la somministrazione di alte dosi di steroidi per os sia equivalente per efficacia ed effetti avversi a quella intravenosa: tuttavia, nella somministrazione orale sono stati riportati con maggior frequenza disturbi psichiatrici e gastrointestinali ed è opinione dei neurologi scriventi, per consensus ed esperienza clinica consolidata su grandi numeri di pazienti, che la ricaduta di SM debba essere sempre trattata (per efficacia e tollerabilità) con alte dosi di steroidi endovena.

Quando dopo 5 giorni di steroide ad alte dosi non vi sono segni di recupero clinico il ciclo può essere prolungato fino a 7-10 giorni. Non è ritenuto consigliabile prolungare un trattamento steroideo per più di 2 settimane. In presenza di controindicazioni al metilprednisolone, o intolleranza o mancanza di beneficio, possono essere indicati un ciclo di Immunoglobuline e.v. al dosaggio di 0,4 g/kg/die per 5 giorni o, nel caso di ricadute gravi non responsive, plasmaferesi. Il bolo steroideo può essere usato in sicurezza e senza effetti dannosi sul feto nel 2° e 3° trimestre di gravidanza.

2.5.2 Terapie immunomodulanti per la SMRR (farmaci di I linea)

(Mahurkar et al., Autoimmun Rev, 2013; Thouvenot et al., Exp Rev Neurother, 2012; Aharoni, Autoimmun Rev, 2013; Johnston and So, Drugs, 2012; Giovannoni et al., Mult Scler 2012; Weber et al., Curr Pharm Des, 2012; Studi: ETOMS, CHAMPS, BENEFIT, PRECISE; Cochrane Database Syst Review, 2013, Tavolo sugli interferoni della Regione Veneto, giugno 2013; Gold R., et al., N Engl J Med. 2012; Fox RJ., et al., N Engl J Med. 2012; ÓConnor P., et al., N Engl J Med. 2011; Miller AE1., et al., Lancet Neurol. 2014).

Per la terapia di prima linea sono disponibili interferone β (IFN β), glatiramer (GA) e più recentemente teriflunomide (TER) e dimetilfumarato.

È condiviso il giudizio che i trials clinici che hanno portato all'approvazione dei diversi IFN β e del GA per la terapia della SM non siano confrontabili per i diversi impianti metodologici (selezione pazienti, controlli, endpoints primari, ecc...) e spesso soffrano di errori metodologici e di carenze statistiche.

Tuttavia, la maggioranza dei trial raggiunge l'evidenza di Classe I e l'insieme della letteratura indica che l'uso degli IFN β e del GA produce un beneficio terapeutico migliore nelle fasi precoci di malattia (i.e., alla diagnosi o, possibilmente, all'esordio clinico) e in pazienti con basso livello di disabilità (EDSS \leq 3.0).

La scelta del farmaco di prima linea deve pertanto essere basata su una adeguata miscela di Evidence Based Medicine ed esperienza clinica condivisa, quindi sull'esperienza clinica quotidiana su alti numeri di pazienti e sulla costante implementazione delle conoscenze che provengono dai trial più recenti, con particolare riferimento alle esperienze condotte nella utilizzazione degli interferoni e del glatiramer nelle CIS, che sembrano offrire elementi di valutazione più consistenti.

Tuttavia, non esistono al momento linee guida che orientino in modo univoco le scelte da fare nelle terapie di I Linea.

I farmaci di I linea, in particolare l'IFN ad alta dose e alta frequenza di somministrazione, hanno dimostrato efficacia indiscutibile sulle ricadute e sui dati RM, mentre meno robuste appaiono le evidenze sulla disabilità a lungo termine. Quindi, questi farmaci vanno usati nelle forme di SMRR e in fase precoce di malattia.

Sulla base dei dati della letteratura, si ritiene che gli IFN non modifichino il decorso delle forme secondarie progressive di SM, ma anzi ne possano accentuare - in alcuni pazienti - gli aspetti clinici più sfavorevoli in termini di disabilità e qualità della vita, incrementando ad esempio la spasticità con riduzione del movimento e ulteriore limitazione della deambulazione. Pertanto il loro impiego in queste forme cliniche è generalmente sconsigliato.

Per quanto si riferisce all'impiego degli IFN vs. GA si suggeriscono in generale i seguenti criteri:

Elementi a favore dell'avvio della terapia con IFN vs GA:

- Rapidità (relativa) della comparsa dell'azione terapeutica
- Maggiore efficacia attesa su parametri di RM
- Minor frequenza di somministrazioni

Elementi a favore dell'avvio della terapia con GA vs. IFN:

- Minori effetti collaterali di natura sistemica
- Presenza di comorbidità che sconsiglino l'impiego di interferoni.

Queste considerazioni vanno ovviamente contestualizzate e ponderate in relazione al quadro clinico specifico di ogni paziente. Si ricorda inoltre che i Trials comparativi tra IFN e GA hanno mostrato una sostanziale equivalenza di questi farmaci sui parametri clinici, ma una superiorità dell'IFN ad alte dosi e alta frequenza di somministrazione sui parametri di RMN.

I neurologi proponenti questo PDTA ritengono che tutto l'insieme dei farmaci di I linea sia utile per personalizzare, grazie alla varietà delle opzioni offerte la terapia nel rispetto sulle esigenze specifiche del singolo paziente.

Gli interferoni attualmente disponibili differiscono per: immunogenicità, tollerabilità, via di somministrazione, cinetica, formulazione/device ecc. e il loro profilo di tollerabilità varia notevolmente da paziente a paziente senza possibilità di identificare fattori predittivi all'inizio della terapia.

Tutti questi fattori devono essere tenuti in attenta considerazione e razionalmente bilanciati nella scelta terapeutica in funzione delle esigenze di ogni singolo paziente, in un'ottica sociale di sostenibilità che prevede, caso per caso, la scelta del prodotto con il miglior rapporto beneficio-rischio/costo, tenendo conto anche della migliore aderenza terapeutica.

La gravità del quadro clinico è il primo aspetto da prendere in considerazione per la scelta della terapia interferonica: alto dosaggio e alta frequenza di somministrazione dell'IFN sono orientativamente considerati più efficaci. All'interno della famiglia degli IFN, un elemento decisionale per il clinico è anche l'immunogenicità delle diverse molecole. Sulla base dei dati della letteratura disponibile e dell'esperienza clinica, si ritiene che l'IFN beta 1a induca una percentuale di anticorpi neutralizzanti (Nab) nell'ordine del 16-17% se somministrato sottocute e <5% se somministrato intramuscolo vs. un 38-40% indotto dall'IFNbeta1b. Il gap di circa 24% è un elemento da tenere in considerazione nelle scelte terapeutiche a breve termine. Comunque, i dati della letteratura indicano che: a) la comparsa di Nab persistenti ad alto titolo viene mantenuta anche cambiando tipo di interferone e via di somministrazione (per crossreattività), b) l'impatto clinico dei Nab è negativo in quanto riducono l'efficacia del farmaco sia su parametri clinici che neuroradiologici, c) in presenza di titoli Nab persistenti è consigliabile lo switch a terapia diversa dagli interferoni. Infine, l'uso di un IFNbeta che induca alta frequenza di Nab implica necessariamente un servizio di titolazione di tali anticorpi e dell'Mxa. Tale servizio, attualmente organizzato e pagato da una industria farmaceutica, dovrebbe essere fornito dalle strutture pubbliche, con conseguente aumento delle spese per il monitoraggio terapeutico.

Poiché la mancata o subottimale risposta terapeutica all'IFNbeta implica necessariamente un cambio di terapia, si ritiene che il dosaggio degli anticorpi non modifichi l'atteggiamento terapeutico verso il paziente: se il test è positivo la terapia va cambiata, se è negativo si deve concludere che l'IFN è inefficace. La possibilità di rari pazienti che sviluppino anticorpi neutralizzanti l'IFN e siano clinicamente stabili, non giustifica il monitoraggio periodico di tutti i pazienti trattati.

I neurologi proponenti questo PDTA ritengono che un significativo contenimento della spesa farmaceutica nella SM possa essere ottenuto con un più corretto utilizzo dei farmaci di I linea nelle seguenti condizioni cliniche:

- nella forma secondaria progressiva della malattia: l'uso degli interferoni è sconsigliato; in questa forma clinica, se sono presenti evidenze cliniche (ricadute) o radiologiche (lesioni attive) di attività di malattia, è consigliata una terapia immunosoppressoria, con farmaci decisamente meno costosi e meglio tollerati;
- nelle CIS: avviare un trattamento solo in presenza di fattori prognostici, clinici e di RM sfavorevoli; in presenza di fattori prognostici favorevoli, avviare un monitoraggio clinico e neuroradiologico;
- identificazione precoce dei non responder (ricadute con aumento del punteggio EDSS e/o persistente attività infiammatoria alla RM cerebrale, ricadute spinali) onde evitare il proseguimento di terapie inefficaci;
- mancato adattamento alla terapia interferonica, definito da presenza di effetti collaterali persistenti non controllati dalla terapia sintomatica e che peggiorano la qualità della vita del paziente; per favorire l'aderenza terapeutica ad un farmaco di prima linea va suggerito l'uso di appositi devices, che hanno notevolmente ridotto gli effetti collaterali al momento della somministrazione e consentito una maggiore autonomia e sicurezza del paziente nell'auto-somministrazione.

Le Figure 12 e 13 riportano gli algoritmi terapeutici per il GA e l'IFNbeta. Tali algoritmi devono essere applicati con l'adeguata elasticità che deriva dall'eterogeneità dell'evoluzione clinica e radiologica della malattia. Si potranno infatti configurare casi nei quali è necessario un monitoraggio più stretto e altri nei quali è possibile distanziare i controlli nel tempo.

Figura 12 - Algoritmo terapeutico del Glatiramer Acetato.

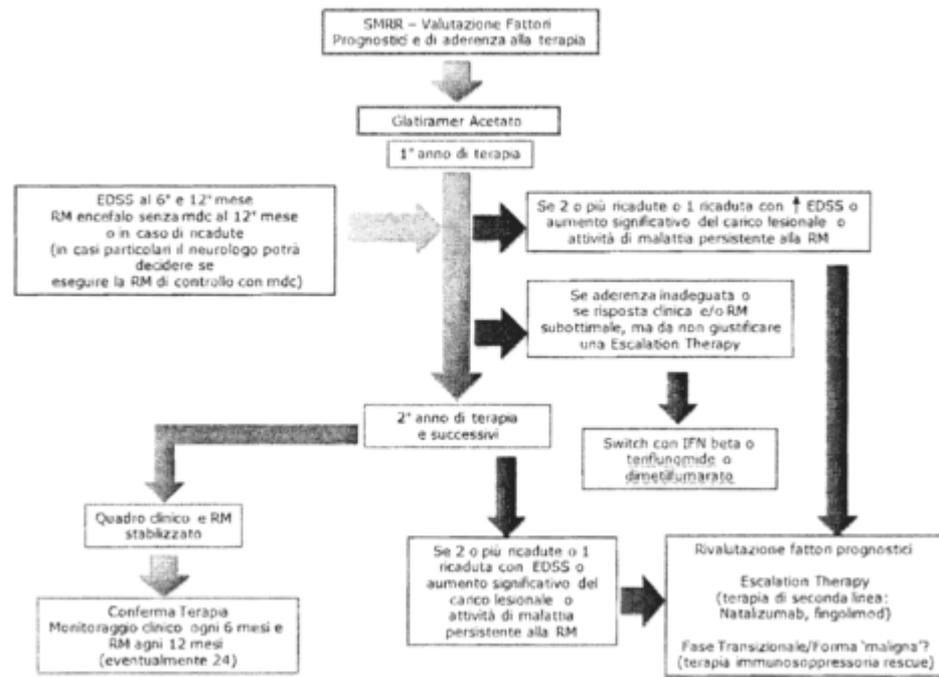
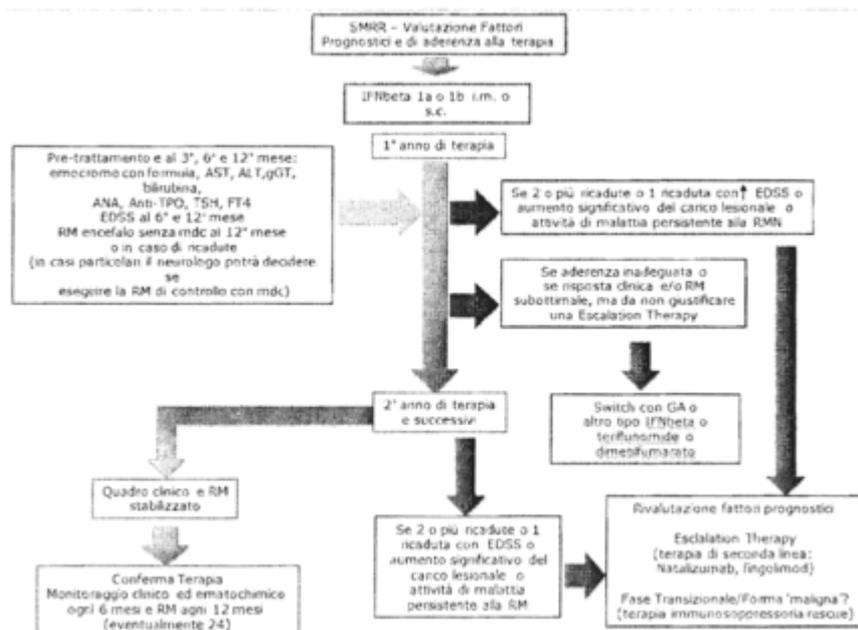


Figura 13 - Algoritmo terapeutico dell'IFNbeta.



Farmaci recentemente approvati per il trattamento di I linea

Teriflunomide (2) (Aubagio®)

La teriflunomide è un farmaco immunosoppressore che agisce inibendo in modo selettivo e reversibile l'enzima mitocondriale diidrorotato deidrogenasi, necessario per la sintesi de novo della pirimidina. Di conseguenza la teriflunomide riduce la proliferazione delle cellule in divisione. È stato testato nella SM con l'obiettivo di ridurre la proliferazione dei linfociti attivati, senza provocare un marcato effetto citolitico e linfopenizzante. L'efficacia di teriflunomide è stata valutata in diversi studi ai quali hanno partecipato oltre 5.000 pazienti adulti con SM recidivante-remittente.

Nei due studi registrativi TEMSO (Teriflunomide Multiple Sclerosis Oral) e TOWER (Teriflunomide Oral in people With relapsing remitting multiple sclerosis) teriflunomide si è rivelata più efficace del placebo: nei pazienti trattati la diminuzione delle recidive è stata superiore di circa il 30% rispetto a quella riscontrata nei soggetti trattati con placebo e il rischio di aumento della disabilità risultava inferiore del 30% rispetto a quello ottenuto con il placebo, dopo circa due anni e mezzo (132 settimane) di trattamento. Nello studio di confronto con interferone ad alta dose e alta frequenza di somministrazione (TENERE, Teriflunomide and Rebif) non sono state osservate differenze statisticamente significative tra le due terapie, ma la teriflunomide è stata associata ad una maggiore soddisfazione per il trattamento, a un minore impatto negativo sulla fatica oltre che a un minore numero di interruzioni dovute ad eventi avversi. In uno studio su pazienti all'esordio clinico (TOPIC), la teriflunomide dimostrava una migliore efficacia nel ridurre il tasso di ricadute (circa il 50%), confermando quanto già osservato con altri farmaci e ulteriormente sottolineando l'importanza e la maggior efficacia di un trattamento precoce della SM.

L'approvazione del farmaco da parte di AIFA - con le indicazioni su regime di rimborsabilità e prezzo - è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto 2014.

Il farmaco è prodotto in compresse da 14 mg, da assumere una volta al giorno, ed è prescrivibile senza restrizioni (farmaco di I linea). Una volta avviato il trattamento è necessario monitorare la pressione arteriosa e programmare un monitoraggio di emocromo completo con formula leucocitaria ogni tre mesi e della funzionalità epatica ogni 15 giorni nei primi sei mesi e successivamente ogni tre mesi. Il meccanismo di azione del farmaco non espone il paziente ad un elevato rischio di infezioni. Non è quindi necessario avviare procedure di prevenzione e/o monitoraggio di specifiche malattie infettive (e.g., TBC). Come per tutte le terapie immunosoppressive, molta attenzione deve essere posta ad una eventuale linfopenia (<200-300) persistente. È un farmaco potenzialmente teratogeno pertanto è fortemente controindicato un concepimento durante l'assunzione della terapia. Gli effetti collaterali più comuni sono rappresentati da alopecia (lieve e reversibile) e eventi gastrointestinali.

Dimetilfumarato (2) (Tecfidera®)

Il dimetilfumarato è un farmaco immunomodulante che esercita i suoi effetti terapeutici nella SM principalmente attraverso l'attivazione della via di trascrizione del fattore nucleare Nrf2 (fattore nucleare 2 eritroide 2-correlato). È stato dimostrato che nei pazienti con SM il dimetilfumarato provoca la sovraregolazione dei geni antiossidanti Nrf2 dipendenti con conseguenti proprietà antiinfiammatorie e immunomodulatorie che portano ad una sottoregolazione dei profili delle citochine pro-infiammatorie favorendo la produzione di citochine anti-infiammatorie.

La sua efficacia e sicurezza clinica derivano dai risultati di due studi randomizzati, in doppio cieco, controllati verso placebo della durata di 2 anni: studio DEFINE (Determination of the Efficacy and Safety of Oral Fumarate in Relapsing-Remitting MS) con 1.237 soggetti arruolati e studio CONFIRM (Comparator and an Oral Fumarate in Relapsing-Remitting MS) con 1.430 soggetti arruolati (in quest'ultimo studio è stato introdotto un braccio di confronto a singolo cieco di trattamento con glatiramer acetato). Da entrambi gli studi è emersa la superiorità del trattamento con dimetilfumarato verso il placebo nel ridurre il tasso di ricadute (rispettivamente del 53% e del 44%) e nella capacità di ridurre il rischio di progressione della disabilità (studio Confirm del 38%). Dimetilfumarato si è dimostrato inoltre molto efficace su tutti i parametri di Risonanza esaminati (nuove e allargate lesioni in T2/Lesioni Gad +/-nuove lesioni in T1). Importanti informazioni derivano dall'analisi dei dati nella sottopopolazione di pazienti neodiagnosticati dove il farmaco esplica la maggiore efficacia su tutti i parametri (tasso di ricadute/RMN/riduzione della progressione).

L'approvazione del farmaco da parte di AIFA - con le indicazioni su regime di rimborsabilità e prezzo - è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 19 del 24 gennaio 2015.

Non presenta limiti di prescrivibilità (farmaco di I linea). È prodotto in compresse da 240 mg da assumere 2 volte al giorno con abbondante cibo (la prima settimana si raccomanda 120 mg 2 volte al giorno). Gli effetti collaterali principali (> 10%) sono rappresentati dal rossore (flushing) al volto e torace e dagli eventi gastrointestinali (nausea, diarrea dolore addominale). Tali effetti tendono ad insorgere all'inizio della terapia (soprattutto durante il primo mese) per poi ridursi di frequenza ed intensità. Durante il trattamento con Tecfidera la conta linfocitaria media è diminuita del 30% circa rispetto al valore basale ad un anno rimanendo tuttavia entro i limiti di normalità. All'inizio del trattamento è necessario controllare emocromo

completo con formula leucocitaria, funzionalità epatica e renale con monitoraggio di tali parametri ogni 3 mesi il primo anno di trattamento poi ogni 6 mesi. Anche per questo farmaco, non sono richiesti monitoraggi per specifici rischi infettivologici, ma molta attenzione deve essere posta nei pazienti che sviluppano una linfopenia persistente (possibile rischio di PML).

2.5.3 Terapie di II linea

(Polman et al., N Engl J Med. 2006; Rudick et al., 2006; Kappos et al., 2010; Cohen et al., 2010)

Oltre ai farmaci di prima linea in uso da un ventennio, nuovi farmaci caratterizzati da un'efficacia superiore in termini di riduzione del rischio di ricadute cliniche e accumulo di disabilità, ma anche da profili di tollerabilità e sicurezza più complessi, sono entrati negli ultimi anni nel repertorio farmacologico per la SM. Tali farmaci, definiti di 'seconda linea' (Figura 14 e Figura 15) prevedono un'accurata selezione dei pazienti e l'applicazione di stretti programmi di monitoraggio clinico (per la registrazione degli eventi avversi), ma anche radiologico e laboratoristico.

Figura 14 - Algoritmo terapeutico dei farmaci di II linea

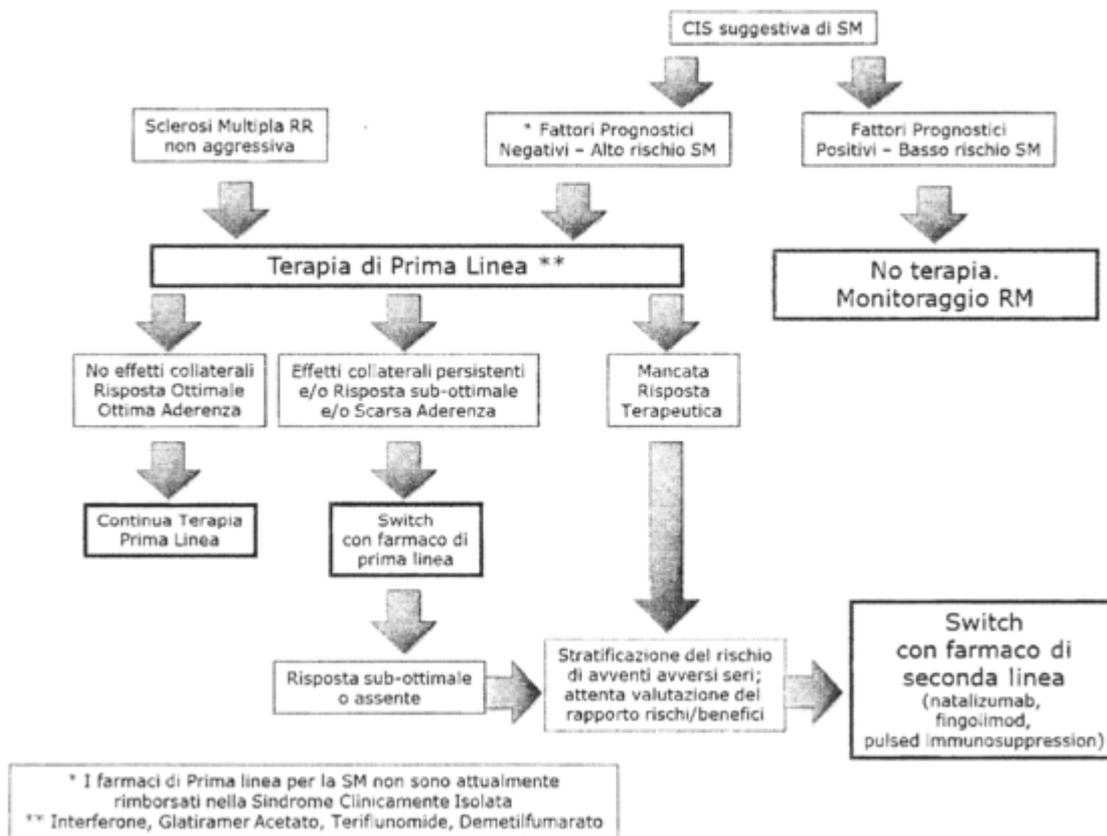
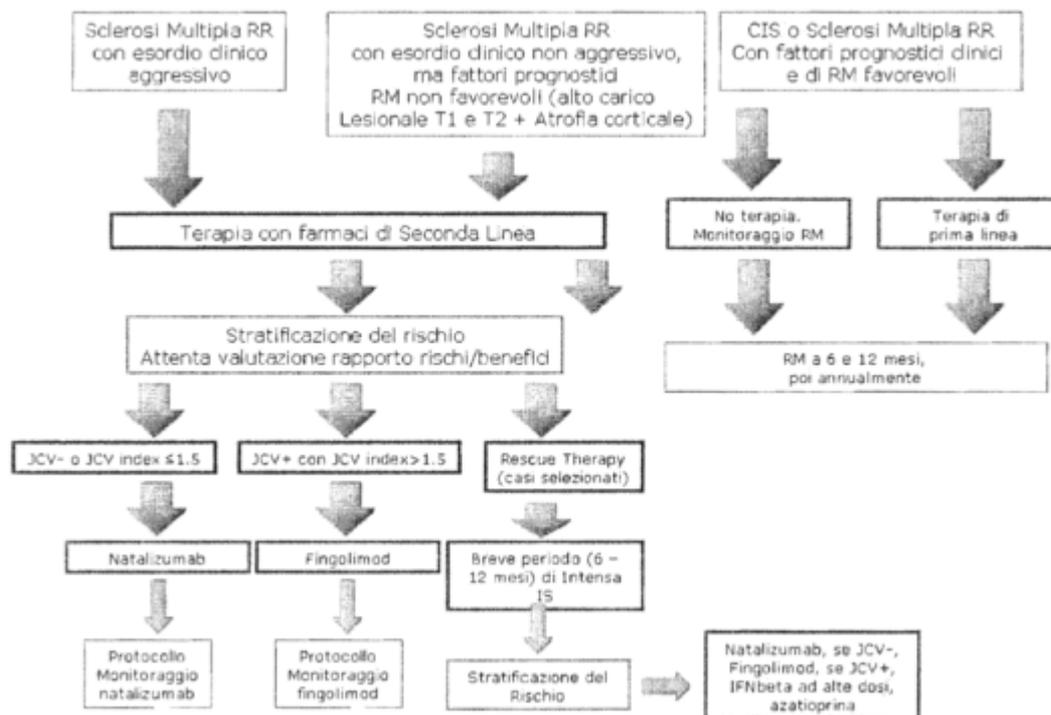


Figura 15 - Algoritmo terapeutico dei farmaci di II linea



Natalizumab

Il natalizumab è un anticorpo monoclonale umanizzato diretto contro l'integrina $\alpha 4$ espressa dai linfociti. L'efficacia del natalizumab nel ridurre il tasso di ricadute, la progressione della disabilità e l'aumento del carico lesionale alla risonanza magnetica nei pazienti con SMRR è stata non solo ampiamente documentata da studi RCT di fase III ma anche confermata da numerosi studi post-marketing di fase IV. L'efficacia clinica di natalizumab si può considerare doppia rispetto a quella dei farmaci di prima linea, con una riduzione del tasso annuo di ricadute di circa il 70% e della disabilità a due anni del 50%. Il farmaco viene somministrato ogni 4 settimane in regime di Ambulatorio Integrato, per via endovenosa, alla dose di 300 mg.

L'utilizzo di tale farmaco tuttavia è vincolato alle indicazioni dell'EMA e in Italia ai criteri di rimborsabilità AIFA, che ne limitano la somministrazione solo ai pazienti che presentino un'elevata attività di malattia nonostante il trattamento con farmaci immunomodulanti di prima linea (criterio A di prescrizione), o che abbiano una malattia con andamento severo e rapidamente evolutivo fin dall'esordio (criterio B di prescrizione) - vedi Allegato 4.

L'accurata selezione dei pazienti è motivata dal profilo di sicurezza del farmaco che, nonostante la discreta tollerabilità, determina un maggior rischio di infezioni a carico delle alte vie respiratorie e urinarie, una maggiore incidenza di effetti collaterali quali cefalea, artralgie, affaticamento, e la possibilità di reazioni anafilattiche, talora anche gravi.

Il più temibile evento avverso osservato in corso di terapia con natalizumab è la leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML), rara malattia infettiva del sistema nervoso centrale, causata dal poliomavirus JC (JCV). Tale malattia, che può portare a morte o a gravi livelli di disabilità, è stata osservata in circa 1 paziente su 1.000 trattati. Tuttavia in pazienti positivi per il JCV, precedentemente trattati con farmaci immunosoppressori e che abbiano effettuato terapia con natalizumab per almeno 24 mesi, il rischio di PML cresce a 11.1/1000. L'espressività clinica e neuroradiologica estremamente eterogenea può ritardare la diagnosi di questa grave patologia, rendendo mandatorio uno stretto monitoraggio dei pazienti in trattamento (vedi Allegato 5).

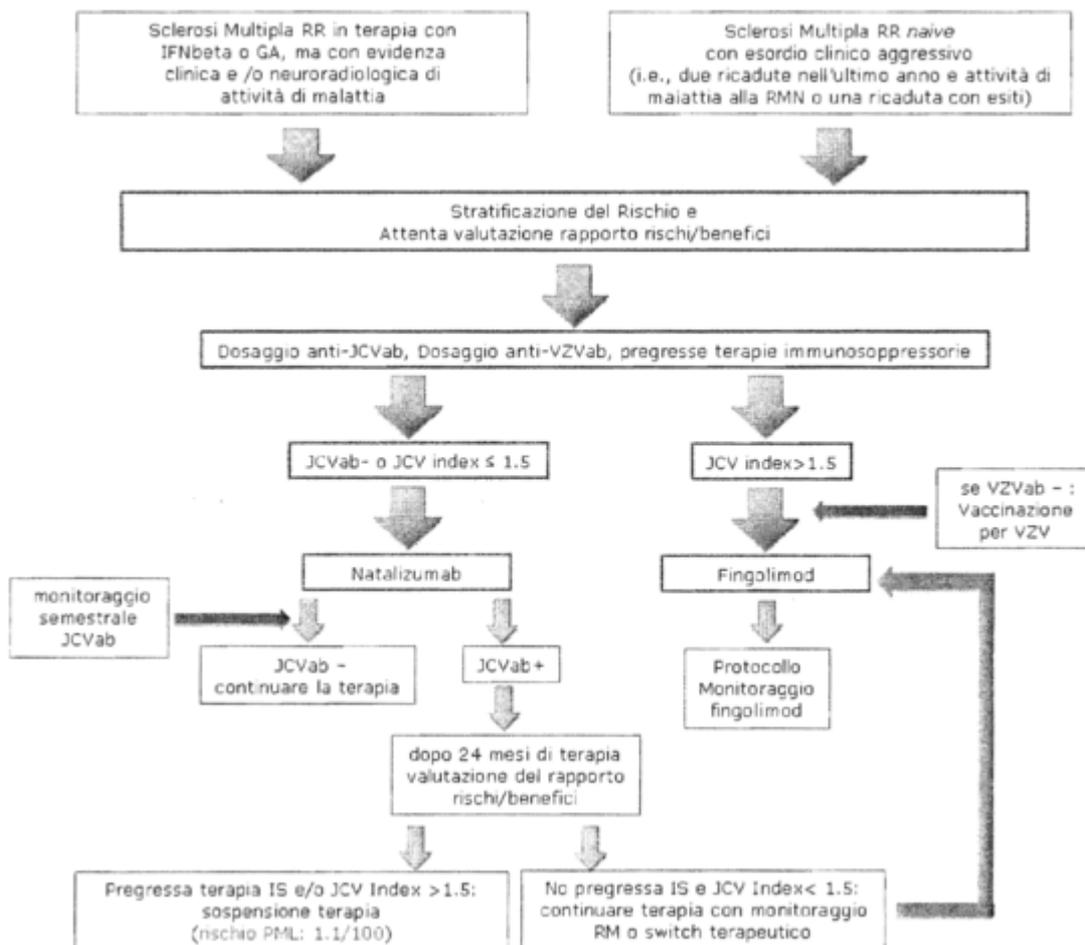
I pazienti trattati con natalizumab e ad alto rischio di PML devono essere sottoposti ad un accurato monitoraggio mediante RM, che deve essere continuato anche dopo la sospensione del trattamento. Dati della letteratura indicano, infatti, che segni neuroradiologici indicativi di PML possono comparire anche 7 mesi prima dei segni clinici e che la PML può svilupparsi fino a 5 mesi dopo la sospensione del farmaco. Più

di 300 casi di PML sono stati segnalati in pazienti trattati con natalizumab. Di questi, il 75% è sopravvissuto alla malattia con esiti anche gravi.

La recente introduzione del JCV Index (titolo anticorpale anti-JCV) nella stratificazione del rischio PML nei pazienti con SM in terapia con Tysabri potrebbe consentire di migliorare la sicurezza nell'uso del farmaco, benché a tutt'oggi i dati di sensibilità e specificità di questo parametro siano stati ottenuti in un basso numero di casi. Un JCV index >1.5 sembra conferire un rischio 10 volte maggiore di sviluppare la PML rispetto ad un index ≤1.5. I risultati di tale dosaggio, eseguito a Copenaghen non a carico del SSN, deve essere considerato nell'algorithmo terapeutico del Tysabri (Figura 16).

Per l'elenco degli esami ematochimici previsti prima dell'avvio della terapia con natalizumab e durante il monitoraggio della stessa vedi Allegato 6.

Figura 16 - Algorithmo terapeutico di Natalizumab.



Fingolimod

Approvato dall'AIFA nel novembre 2011 (i criteri di rimborsabilità sono riportati nell'Allegato 7), il fingolimod è una terapia orale (dosaggio 0,5 mg/die) per la sclerosi multipla a ricadute e remissioni, che agisce come modulatore del recettore per la sfingosina-1-fosfato (S1P), sequestrando le cellule della linea linfocitaria nei linfonodi, così da prevenirne l'ingresso nel sistema nervoso centrale, ma con un meccanismo specifico e rapidamente reversibile, che preserva l'immunità del paziente. Il farmaco si è dimostrato efficace nel ridurre fino al 54% il tasso di ricaduta annualizzato, l'accumulo di nuove lesioni infiammatorie alla RM cerebrale, ma anche nel rallentare la perdita del volume cerebrale, offrendo oggi una valida alternativa terapeutica ai pazienti che non rispondano alle terapie di prima linea.

Il farmaco, tuttavia, presenta alcuni limiti di tollerabilità e sicurezza, caratterizzati da una maggiore incidenza di effetti collaterali quali cefalea, incremento degli enzimi epatici, infezioni delle vie respiratorie, e diarrea, ma in particolare dalla possibilità che si verifichi, dopo la prima assunzione, una transitoria bradicardia. Il rallentamento del ritmo cardiaco più spesso rimane asintomatico, ma talora può causare al paziente sintomi quali malessere, vertigine, dispnea, lipotimia, che necessitano del pronto intervento dello specialista ed in casi estremi della somministrazione di farmaci quali atropina e cardiotonici. La prima somministrazione del farmaco deve dunque avvenire in ambiente ospedaliero, in genere in regime di ambulatorio integrato, sotto stretto monitoraggio ECGrafico da protrarsi per almeno sei ore, durante le quali il clinico provvederà a controllare ogni ora i valori di pressione arteriosa e lo stato generale del paziente. Tale rischio cardiologico giustifica l'utilizzo del farmaco come II linea di trattamento per la malattia.

Durante e dopo la fase registrativa del farmaco sono stati segnalati casi mortali di disturbo cardiaco, encefalite da VZV, emofagocitosi e il profilo di sicurezza del fingolimod non è ancora completamente chiarito.

Per l'elenco degli esami ematochimici previsti prima dell'avvio della terapia con fingolimod e durante il monitoraggio della stessa vedi Allegato 8.

Sia l'utilizzo di natalizumab che di fingolimod prevedono la compilazione di un registro AIFA nel quale devono essere inseriti e periodicamente aggiornati i dati demografici e clinici dei pazienti eleggibili a tali terapie: tutti i Centri Sclerosi Multipla prescrittori sono tenuti ad aderire programma di monitoraggio nazionale dei parametri di efficacia e sicurezza di tali farmaci.

2.5.4 Lo switch terapeutico tra farmaci di I linea o tra I e II linea

(Coyle PK. J Neurol. 2008; Rio J et al. Eur J Neurol. 2012; Healy BC al. Mult Scler. 2010; Portaccio E et al. Eur Neurol. 2009; Castillo-Trivino T et al. PLoS ONE. 2011; Gajofatto A et al. Mult Scler. 2009; Putzki N et al. Eur J Neurol. 2009; Carra A et al. Eur J Neurol. 2008; Coyle, CNS Drugs, 2013)

Non esistono linee guida nazionali o internazionali per lo switch tra farmaci di prima e seconda linea. Numerosi studi spontanei sono stati pubblicati su tale argomento, ma nessuno raggiunge la classe I di evidenza. In linea generale, se la malattia risponde in modo subottimale ad un farmaco di prima linea può essere preso in considerazione lo switch con un altro farmaco di prima linea. Se la risposta alla terapia di I linea è nulla o molto debole, è indicato lo switch con un farmaco di II linea (natalizumab, fingolimod).

Vi sono fondati motivi per cambiare una terapia in atto quando:

- gli effetti collaterali del farmaco sono intollerabili nonostante tutti i tentativi di ottimizzare l'aderenza e la tollerabilità
- il decorso clinico e/o neuroradiologico della SMRR non è stato significativamente modificato dalla terapia
- il paziente sta accumulando disabilità fisica e cognitiva in modo rapido
- la RM mostra un aumento di lesioni o persistenza di attività di malattia anche in assenza di ricadute cliniche.

Ipotesi di switch tra farmaci immunomodulanti di I linea:

Switch da GA a IFNbeta/teriflunomide/dimetilfumarato:

- persistenza di reazioni locali (lipodistrofia) e molto più raramente sistemiche
- mancata efficacia (ricadute cliniche/attività infiammatoria alla RMN), ma NON indicativa di necessità di switch a farmaci di seconda linea, da valutare dopo almeno un anno di terapia.

Switch da IFNbeta a GA/teriflunomide/dimetilfumarato:

- mancata efficacia clinica (NON indicativa di necessità di switch a farmaci di II linea) in presenza o assenza di anticorpi neutralizzanti persistenti
- persistenza di importanti effetti collaterali dopo 6-12 mesi di terapia (da discutere e condividere con il paziente).

Switch tra interferoni:

- da bassa dose ad alta dose se la risposta è giudicata sub-ottimale e se il farmaco è ben tollerato ma non in presenza di anticorpi neutralizzanti.

2.5.5 Nuovi farmaci in arrivo (aggiornamento a marzo 2015)

Oltre alle terapie già approvate in Italia per il trattamento della SM, sono in fase di studio/valutazione anche diverse ulteriori molecole (classificate in base al meccanismo di azione):

1) Copaxone 40® . Si tratta della versione "doppia dose" del Copaxone 20 (attualmente in commercio), che consente di ridurre le somministrazioni in quanto il farmaco viene somministrato a giorni alterni e non tutti i giorni, mantenendone invariata l'efficacia e la tollerabilità. Il Copaxone 40 è già utilizzato negli Stati Uniti ed è stato approvato dall'EMA. Attualmente è in fase di valutazione presso l'AIFA.

2) Plegridy® . Si tratta della versione pegilata dell'interferone beta-1a. La pegilazione consente una azione più prolungata del farmaco e una riduzione degli effetti collaterali. Il Plegridy verrà somministrato sottocute ogni 2 settimane. Il profilo di efficacia è molto simile a quello degli altri tipi di interferone. Il farmaco è stato approvato dalla FDA e dall'EMA. Attualmente in fase di valutazione da parte dell'AIFA.

Anticorpi monoclonali ad azione immunosoppressoria:

1) Alemtuzumab (Lemtrada®). Anticorpo monoclonale che riconosce la molecola CD52, espressa sulla membrana cellulare dei linfociti T e B, dei monociti/macrophagi e dei neutrofili. Tale anticorpo (della sottoclasse IgG1) attiva la lisi cellulare mediata sia dal complemento sia dalle cellule ad azione citotossica (macrofagi, NK e T8) provocando così una marcata e persistente deplezione linfocitaria e, quindi, una soppressione del sistema immunitario. Tale farmaco viene somministrato per 5 giorni consecutivi il primo anno di terapia e per 3 giorni consecutivi il secondo anno. L'azione è prolungata e nella maggioranza dei pazienti si assiste ad una stabilizzazione della malattia anche per diversi anni. Approvato dalla FDA e dall'EMA, in attesa di approvazione da parte dell'AIFA.

2) Daclizumab (Zenapax®). Anticorpo monoclonale che riconosce la catena alfa del recettore dell'interleuchina 2 (CD25) espresso sui linfociti T. Si tratta di un anticorpo che attiva i meccanismi citotossici (come alemtuzumab) e provoca la lisi dei linfociti T4. Da poco finita la sperimentazione di Fase III. In attesa di approvazione da parte di FDA e EMA.

3) Rituximab (Mabthera®). Anticorpo monoclonale che riconosce la molecola CD20 espressa sui linfociti B maturi. Anche questo anticorpo agisce attivando meccanismi citolitici che, in questo caso, provocheranno la deplezione dei linfociti T. La sperimentazione di Fase III è in fase di conclusione.

4) Ofatumumab (Arzerra®). Anticorpo monoclonale che riconosce il CD20 come il rituximab, ma, a differenza di questo, è completamente umanizzato. La sperimentazione di Fase III è tutt'ora in corso.

5) Laquinimod (Nerventa®). Molecola immunomodulatrice che, a fronte di una azione molto debole sul versante anti-infiammatorio, ha dimostrato una potenziale azione "neuroprotettiva" non solo in vitro o in modelli animali, ma anche nei trials clinici nell'uomo. Il farmaco è attualmente in fase di sperimentazione nelle forme progressive di SM.

2.5.6 Terapia di induzione e "rescue"

(Perini and Gallo, J Neurol 2003; Perini et al., 2007; Gladstone et al., Am J Ther 2011; Hartung et al., Lancet 2002)

I farmaci immunosoppressori utilizzati classicamente nella terapia di induzione o come terapia "rescue" sono la ciclofosfamide e il mitoxantrone (Figura 17 e Figura 18).

Figura 17 - Terapia di induzione/rescue (a)

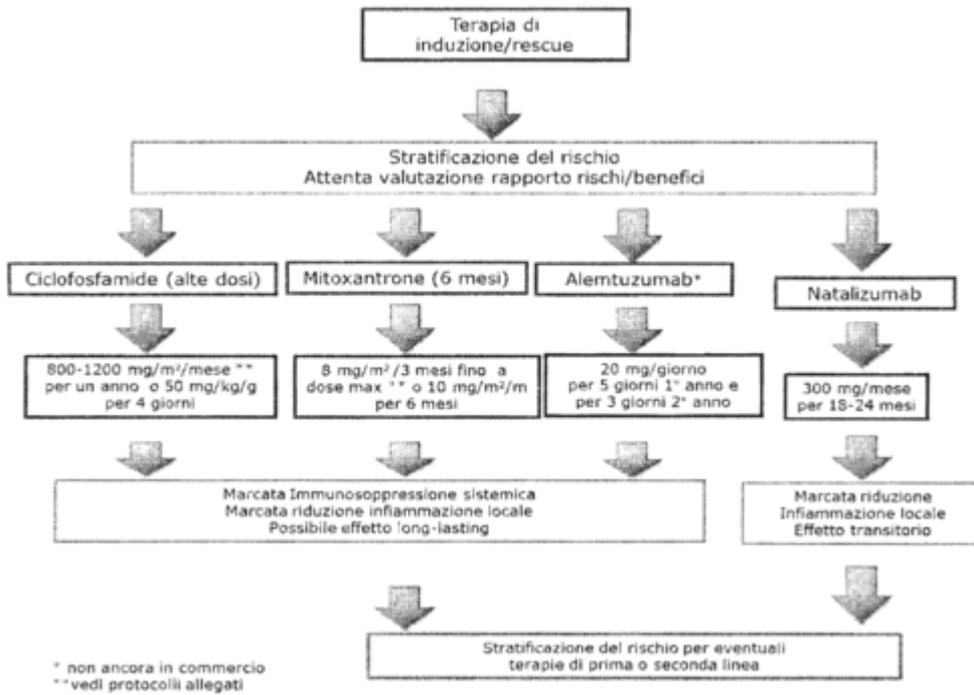
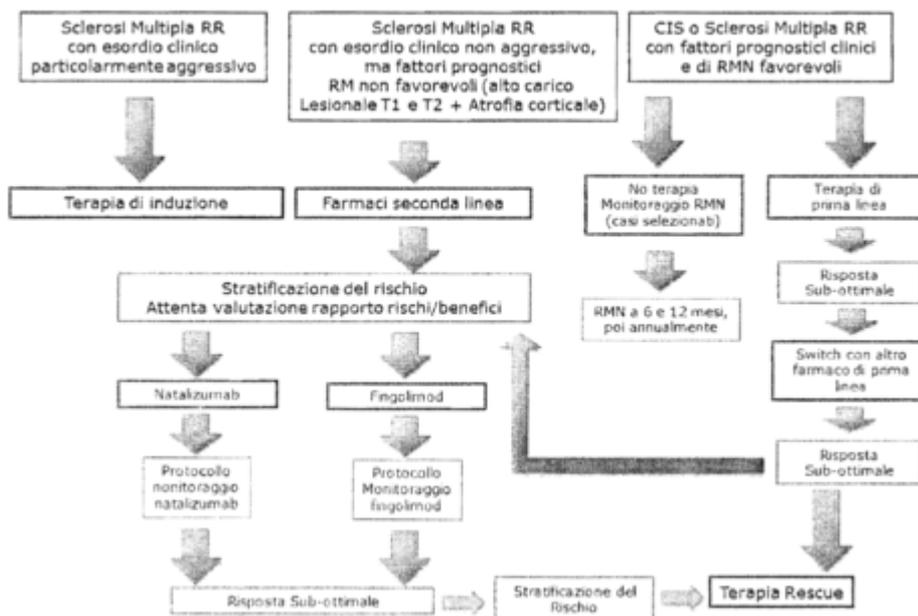


Figura 18 - Terapia di induzione/rescue (b)



Ciclofosfamide

Trattasi di un agente alchilante che lega il DNA cellulare interferendo con la mitosi e la replicazione linfocitaria, ed è indicata nel trattamento immunosoppressorio delle malattie autoimmuni del SNC; il suo uso

nella SM è limitato alle forme transizionali di malattia (da Reg. reg. a SP) che presentino ancora una residua attività infiammatoria (ricadute cliniche e aumento del carico lesionale alla RMN), o come terapia di induzione a dosi sostenute nelle forme ad evoluzione maligna. Il protocollo prevede "boli" di terapia combinata Ciclofosfamide e Metilprednisolone 1 gr, da somministrare una volta al mese il primo anno, ogni 2 mesi il secondo anno, ogni 3 mesi il terzo anno (dose cumulativa totale < 50 gr), aggiustando la posologia del farmaco in funzione del grado di linfopenia raggiunto al nadir (12° giorno dopo l'infusione del farmaco) (vedi Allegato 9).

Possibili effetti collaterali della terapia sono i seguenti:

- nausea e vomito: ben controllati da farmaci antiemetici
- alopecia: lieve entità e reversibile
- cistite emorragica: non frequente, tipicamente microscopica; prevenibile con idratazione (3 l/die)
- irregolarità mestruali
- amenorrea persistente e menopausa prematura: fattori di rischio sono l'età > di 30 anni e una dose cumulativa superiore ai 300 mg/Kg
- ridotta spermatogenesi
- potenziale aumento del rischio oncogenico (secondario alla dose cumulativa, sconsigliate dosi totali > 80 - 100 gr).

Mitoxantrone

Farmaco derivato dell'antraciclina che causando la rottura delle catene di DNA esplica un'azione citotossica ed immunosoppressiva, è indicato nei pazienti affetti da sclerosi multipla secondaria progressiva non ancora costretti alla sedia a rotelle, con o senza attacchi intermittenti, che siano in una fase attiva della malattia; questa fase viene definita da due attacchi o da un peggioramento EDSS di almeno un punto in 18 mesi.

Come immunosoppressore viene impiegato nel trattamento della sclerosi multipla secondaria progressiva, progressiva recidivante o come terapia di induzione in caso di peggioramento della SM recidivante-remittente nonostante l'assunzione regolare di farmaci di prima linea. È utilizzato a dosaggi variabili da 8 a 12 mg/m² ogni 2-3 mesi, evitando di superare la dose cumulativa di 120 mg/m². Tra gli eventi avversi gravi vanno ricordati la cardiotoxicità (insufficienza cardiaca congestizia grave, talora mortale) e la leucemia mieloide acuta (Allegato 10).

Attualmente, il mitoxantrone trova indicazione come rescue therapy o come terapia induttiva alla dose di 10-12 mg/m² al mese per non più di 6 mesi, per una dose cumulativa di 60-72 mg/m² che dovrebbe proteggere dal rischio di sviluppare una leucemia mieloide acuta. Per il protocollo di somministrazione del farmaco vedi (Allegato 10).

Azatioprina

(Yudkin, 1991, Bryant, 2001, Casetta, 2007, Invernizzi, 2008, Milanese, 2001, Massacesi, 2014)

È un antimetabolita per os usato da neurologi e reumatologi al dosaggio di 2,5-3 mg/kg/die per il trattamento delle malattie autoimmuni e nei trapianti d'organo. Sebbene non esistano studi randomizzati, placebo-controllati, di Fase III su grandi numeri di pazienti che ne abbiano inequivocabilmente dimostrato l'efficacia nella SM, tale farmaco può costituire un'alternativa ai farmaci di prima linea quando gli effetti collaterali di IFN e GA risultino intollerabili ai pazienti, a condizione che non vi sia evidenza di attività di malattia clinica o di RM tale da giustificare il passaggio a farmaci di seconda linea e non sia necessaria una terapia immunosoppressoria di tipo "rescue". Uno studio randomizzato di fase III pubblicato recentemente

ha mostrato la non inferiorità dell'azatioprina rispetto agli interferoni sui parametri clinici e di RM. La possibile riduzione di fertilità ne controindica l'uso nei soggetti giovani o in presenza di desiderio di maternità o paternità, così come la presenza di neoplasie pregresse. È necessario monitoraggio ematochimico ed esecuzione periodica di esami quali Pap-test e mammografia nelle pazienti donne per il potenziale rischio neoplastico dopo esposizione prolungata (≥ 10 anni).

2.5.7 Forme progressive di SM e terapia

(Lublin et al., *Neurology*, 1996; Rommer and Stuve, 2013; Rice et al., 2013; Rovaris, 2006, Confavreux, 2006, Tremlett, 2008, Stankiewicz et al., 2013)

La disabilità che i pazienti affetti da SM accumulano nel decorso della malattia può essere espressione sia dei deficit prodottisi a seguito di ricadute cliniche, e quindi diretta conseguenza del danno tessutale infiammatorio acuto, sia espressione del progressivo e irreversibile processo neurodegenerativo che precocemente coinvolge neuroni e assoni e che sembra successivamente evolvere indipendentemente da nuovi eventi infiammatori. Nel primo caso la disabilità fisica e/o cognitiva prodotta dalla ricaduta potrà essere parzialmente o completamente recuperata e rimarrà stabilizzata fino al successivo evento infiammatorio (questa modalità evolutiva caratterizza la fase relapsing-remitting della malattia). Nel secondo caso, la disabilità assumerà un andamento progressivo e irreversibile.

Applicato alla Sclerosi Multipla, il termine "progressiva" indica quindi la fase della malattia caratterizzata dal continuo e irreversibile accumulo di disabilità espressione dei meccanismi neurodegenerativi.

Sono riconosciute due forme cliniche/evolutive progressive di SM:

- la forma "secondaria progressiva" (SMSP) che rappresenta la fase evolutiva della SMRR: la stima del tempo mediano alla progressione secondaria è di 19 anni con un tasso annuo di conversione pari al 2,5%. Si ritiene che più del 40% delle forme Reg. reg. evolva in forme SP nell'arco di un periodo variabile tra i 10 e i 15 anni, e che a 30 anni dall'esordio il 60-70% dei casi Reg. reg. siano evoluti in SMSP. La data di inizio della fase SP è difficile da stabilire e di solito è definita retrospettivamente dopo che si è manifestato un peggioramento continuo della disabilità neurologica per almeno 6 - 12 mesi.
- la forma "primaria progressiva" (SMPP) nella quale i pazienti sviluppano un progressivo accumulo di disabilità sin dall'esordio clinico con o senza eventi clinici acuti sovrainposti definibili come relapses e con velocità di progressione molto variabile: si stima che il 10-15% dei casi di SM esordisca in forma SMPP.

Terapia nelle forme progressive di SM

(Rovaris, 2006, La Mantia, 2012, Cantisani, 2013)

Non vi è evidenza che continuare la terapia con farmaci di I linea efficaci nella Reg. reg.MS, nella fase di transizione a SP possa invertire o ritardare la progressione di malattia.

In assenza di linee guida, si ritiene che i seguenti suggerimenti possano essere dati per il trattamento delle forme SPMS:

- Ritardare la fase progressiva trattando precocemente la fase Reg. reg.; utilizzare tutti i farmaci a disposizione, ma non esitare a passare rapidamente ad una terapia più energica o a farmaci di seconda linea (escalation therapy); identificare correttamente il paziente non responder; cogliere l'inizio della fase secondaria progressiva (confermare progressione della disabilità a 3 e 6 mesi in assenza di ricadute).
- L'inizio della fase progressiva può essere clinicamente eterogenea. Se caratterizzata da ricadute e rapido accumulo di disabilità trattarla precocemente con farmaci di seconda linea. Se la terapia sopprime le ricadute, ma la progressione resta sostenuta (e.g., ≥ 0.5 punti EDSS confermato a sei mesi) eseguire RM di controllo e valutare l'opportunità o meno di mantenere la terapia in atto.

- In assenza di ricadute cliniche, la presenza di più lesioni T1-gad+ o un accumulo di lesioni in T2 deve essere interpretata come espressione di elevata attività infiammatoria: trattare questi pazienti come se avessero ricadute cliniche con farmaci di seconda linea.
- In assenza di ricadute, di lesioni attive T1-gad+ e di accumulo di lesioni T2, e se progressione clinica lenta: non vi è evidenza che il trattamento con farmaci immunomodulatori o immunosoppressori e.v. sia utile. Concentrarsi sulla terapia sintomatica e riabilitativa.
- Valutare attentamente l'ipotesi di una "rescue therapy": se l'entrata in progressione è stata particolarmente rapida, la frequenza delle ricadute è elevata (2 - 3 in sei mesi) e l'accumulo di disabilità è veloce (≥ 1 punto EDSS in 6 mesi) con mancata risposta ad immunomodulatori e immunosoppressori e marcata attività infiammatoria alla RMN (forma maligna).

Suggerimenti per SMPP (anche per questa forma clinica non vi sono linee guida terapeutiche né terapie approvate)

- se al momento della diagnosi la progressione è sostenuta (e.g., ≥ 1 punto EDSS confermato negli ultimi dodici mesi) e la RM mostra attività di malattia (lesioni T1-gad+) effettuare un tentativo terapeutico con farmaci immunosoppressori e.v. come se fosse una forma SP;
- nelle forme lente senza attività infiammatoria di malattia alla RMN non vi sono terapie attuali con rapporto costo-beneficio favorevole (in termini di effetti collaterali). Concentrarsi sulla terapia sintomatica e riabilitativa.

2.5.8 Aspetti particolari dell'assistenza: la gestione della gravidanza e del post-partum nelle pazienti con SM

(Ghezzi et al., *Expert Rev Clin Immunol*, 2013; Houtchens, *Clin Obstet Gynecol*, 2013; Charles et al., *Neurology*, 2013; Vukusic et al., *Brain* 2004; Confavreux et al., *N Engl J Med*, 1998)

La contraccezione con farmaci estro-progestinici non è controindicata nelle pazienti con SM. L'uso di un valido metodo anticoncezionale è consigliato in corso di terapia immunomodulante e, in particolare, in corso di terapia immunosoppressiva, specialmente con farmaci potenzialmente teratogeni. La gravidanza è sconsigliata sempre durante l'assunzione di natalizumab, fingolimod e farmaci citotossici, quali la ciclofosfamide, il mitoxantrone e l'azatioprina.

È utile consigliare di programmare una gravidanza in fase di stabilità clinica e neuroradiologica di malattia.

Nel caso di gravidanza in corso di terapia con interferone o glatiramer acetato, la terapia va sospesa, ma non vi sono documentati rischi di malformazioni fetali, né di un aumento significativo del rischio di aborto spontaneo. Se una donna in terapia con questi farmaci desidera una gravidanza, è oggi ritenuta buona pratica clinica sospendere preventivamente la terapia. Tuttavia, considerando la imprevedibilità del concepimento e il profilo di sicurezza di questi farmaci, in presenza di una malattia con fattori prognostici sfavorevoli può essere data indicazione a continuare la terapia in atto, che va sospesa al momento della certezza del concepimento.

Nel caso di gravidanza in corso di terapia con farmaci immunosoppressori, il monitoraggio dello sviluppo fetale e delle eventuali malformazioni a carico dell'embrione deve essere il più accurato possibile.

Studi epidemiologici hanno osservato che nel corso della gravidanza il rischio di ricadute cliniche si riduce progressivamente, fino quasi ad azzerarsi nel terzo trimestre. Nel caso di ricaduta durante la gravidanza, comunque, non vi è controindicazione all'uso del cortisone, che deve essere utilizzato con cautela nel primo trimestre.

La sclerosi multipla non interferisce sulle modalità di espletamento del parto, salvo nei casi in cui siano presenti disabilità fisica o anche solo una marcata e precoce affaticabilità, che potrebbero compromettere la capacità della donna di contrarre efficacemente la muscolatura addominale e pelvica. In tal caso, può essere

consigliato il ricorso al parto cesareo, non essendovi peraltro controindicazione alcuna all'anestesia (sia generale che spinale). In caso di parto naturale, non vi è controindicazione all'anestesia peridurale.

Nei mesi successivi al parto si assiste ad una ripresa della malattia che tende a ritornare ad un livello di attività simile a quello precedente alla gravidanza. Qualora le condizioni clinico-radiologiche suggeriscano un rischio significativo di ripresa dell'attività di malattia si ritiene sia una buona pratica clinica consigliare alla paziente di riprendere prima possibile la terapia eseguita precedentemente la gravidanza. In tal caso la paziente non potrà effettuare l'allattamento al seno, essendo i farmaci utilizzati nel trattamento della SM a rischio di passare nel latte materno e quindi al neonato. Nel caso il decorso clinico-radiologico della paziente sia stabile, è invece possibile consentire dai 3 ai 6 mesi di allattamento al seno, monitorando l'evoluzione della malattia sia clinicamente che radiologicamente (senza mezzo di contrasto).

2.5.9 Terapie sintomatiche nella SM

(Berger, 2013; Samkoff and Goodman, 2011; Goodman et al., Lancet 2009; Kheder and Nair, 2012; Amarenco et al., 2013; Sà, 2013; Dunmore, 2013; Solaro et al., 2013; Tubaro et al., 2012; Koch et al., 2007; Ben-Zacharia, 2011)

Sono rivolte a ridurre l'intensità dei sintomi della malattia ed il conseguente impatto negativo degli stessi sulla qualità di vita dei pazienti.

Comprendono farmaci contro la spasticità, i disturbi urinari e sessuali, il dolore, la fatica, le alterazioni del tono dell'umore.

La quasi totalità di questi farmaci è a totale carico del cittadino o perché classificati in Classe C o perché utilizzati "off label" (farmaci il cui impiego non risulta conforme a quanto previsto in scheda tecnica autorizzata dal Ministero della Salute, ma prescritti per indicazioni, modalità di somministrazione e dosaggi differenti da quelli indicati nel foglio illustrativo). Relativamente agli usi "off label" la Regione Veneto, con la Delib.G.R. n. 685 del 13 maggio 2014, ha aggiornato le modalità di prescrizione di tali impieghi prevedendo che la prescrizione avvenga, per singoli casi, sotto la diretta responsabilità del medico prescrittore, previa informazione al paziente e acquisizione del consenso informato dello stesso.

Tra i più importanti ricordiamo:

- per la spasticità : baclofene dai 10 ai 100 mg/die, tizanidina dai 4 ai 32 mg/die, diazepam dai 5 ai 20 mg/die, tizanidina in alternativa al baclofene per gli intolleranti o da usare in associazione. Per ridurre forme settoriali o particolarmente gravi di spasticità è possibile intervenire con la tossina botulinica. In caso di gravissima tetra- o paraparesi spastica è possibile somministrare il baclofene per via intratecale con catetere lombare e reservoir sottocutaneo; la Figura 19 sintetizza un possibile algoritmo gestionale dei pazienti affetti da spasticità nella SM.

È stata dimostrata l'efficacia dei cannabinoidi nel trattamento della spasticità e del dolore neuropatico cronico, di cui soffre il 50% dei pazienti affetti da SM.

L'associazione di due diversi cannabinoidi quali il delta-9-tetraidrocannabinolo e il cannabidiolo trova ora indicazione, come formulazione in spray orale (Sativex®), nel trattamento della spasticità, fornendo anche sollievo al dolore neuropatico e consentendo una significativa riduzione dei disturbi del sonno associati al dolore. Gli effetti indesiderati più frequenti di tale farmaco, il cui uso prevede una titolazione graduale della dose nei primi 14 giorni e poi la sostanziale autogestione da parte del paziente, sono rappresentati da vertigine e stanchezza.

- Per la fatica (Figura 20): amantadina 100 mg x 2/die, 4-aminopiridina dai 15-16 ai 30-32 mg/die (formulazione galenica su accordo con alcune farmacie), carnitina, farmaci antidepressivi serotoninergici, acido lipoico e acidi grassi omega 3.

Per quanto riguarda invece la gestione delle difficoltà motorie e di deambulazione, l'ultima novità in commercio è rappresentata dalla fampridina, bloccante dei canali del potassio derivato della ben nota 4-

aminopiridina (disponibile solo come preparazione galenica). La fampridina migliora la conduzione a livello degli assoni demielinizzanti e nei pazienti responsivi (il 35-43%) entro due settimane aumenta la velocità nella deambulazione del 25%, con un profilo di tollerabilità molto buono. Tuttavia, l'alto costo del farmaco (attualmente in Fascia C) ne limita la prescrivibilità e l'utilizzo.

La Figura 1920 sintetizza un possibile algoritmo gestionale dei pazienti affetti da SM che lamentano fatica.

- Per la vescica iperattiva minzione imperiosa: oxibutinina 5 mg x 2 o 3 volte/die, e tolterodina da 2-3 a 6-8 mg/die, solifenacina succinato, trospio cloruro, tolterodna tartrato in alternativa alla oxibutinina se è inefficace o in caso di effetti collaterali. Per la vescica ipoattiva (ritenzione urinaria): farmaci alfa-litici (in genere prescritti dal Consulente Urologo), cateterismo intermittente (o catetere a dimora se sono necessari più di 5-6 autocateterismi/die, al fine di ridurre il rischio di infezioni urinarie ricorrenti e resistenti ai comuni antibiotici); la Figura 21 sintetizza un possibile algoritmo gestionale dei disturbi minzionali/vescicali nei pazienti affetti da SM.

Figura 19 - Algoritmo gestionale dei pazienti affetti da spasticità nella SM.

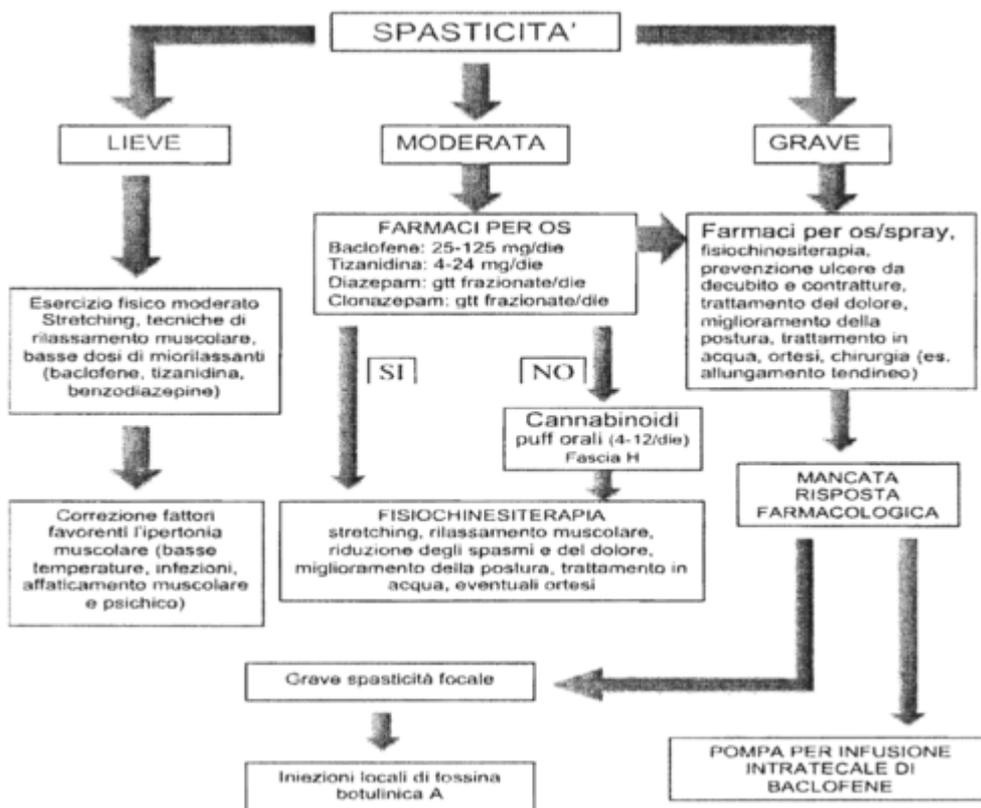
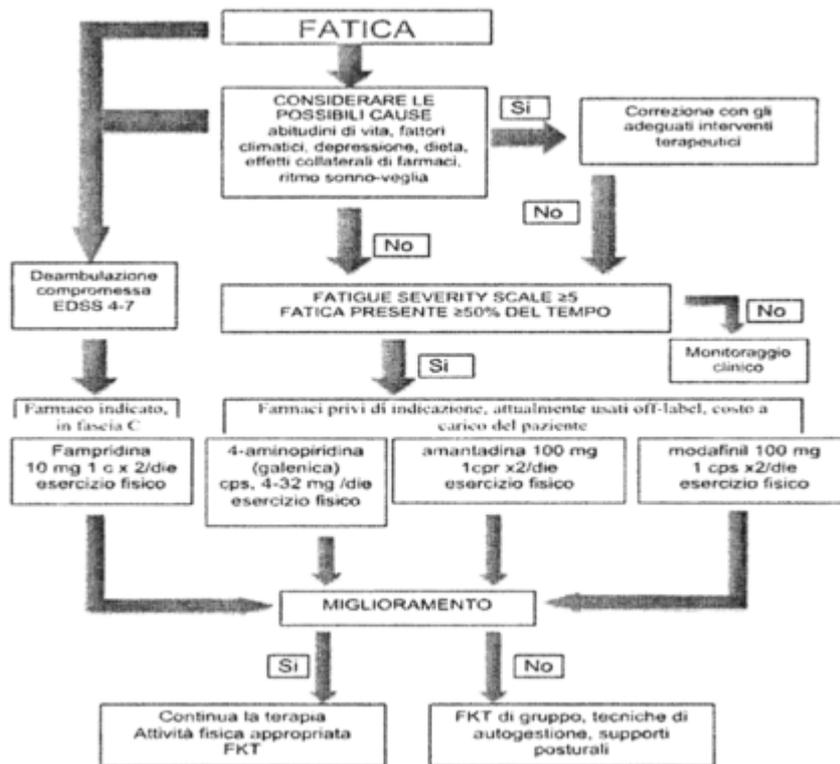
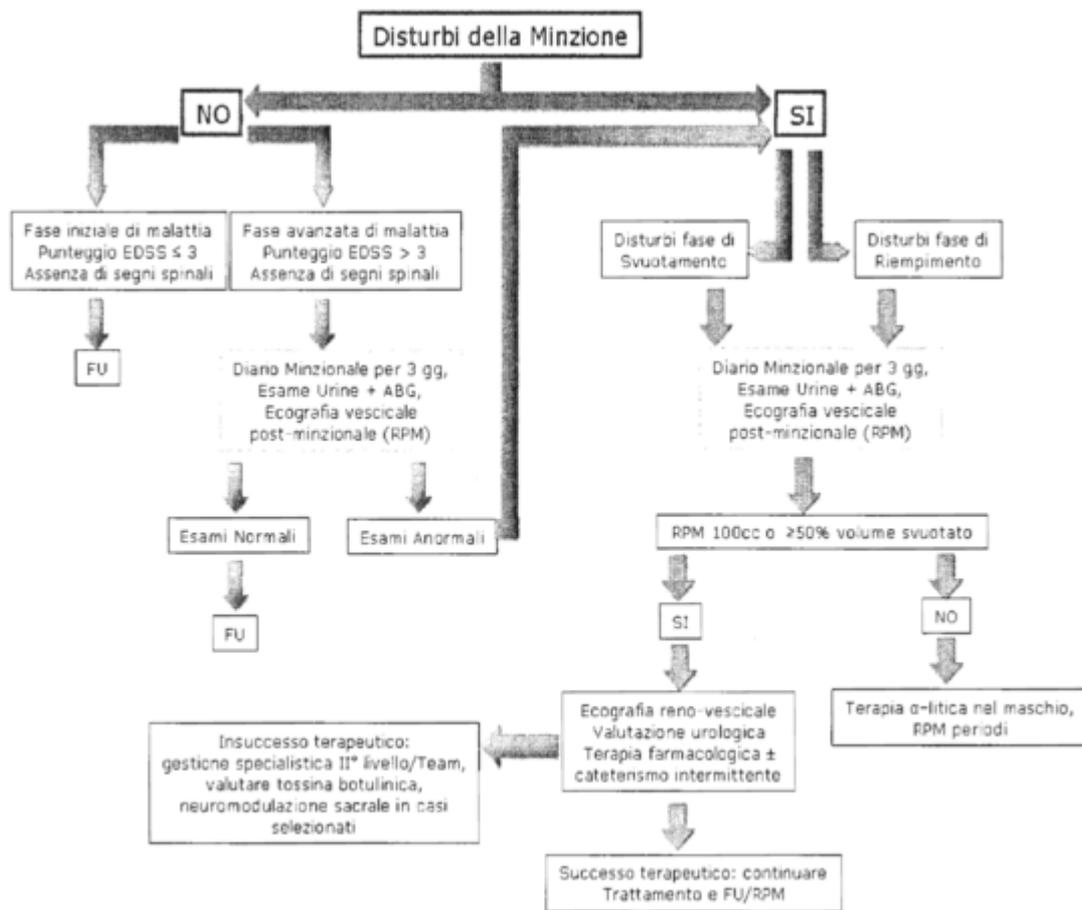


Figura 20 - Algoritmo gestionale dei pazienti affetti da fatica nella SM.



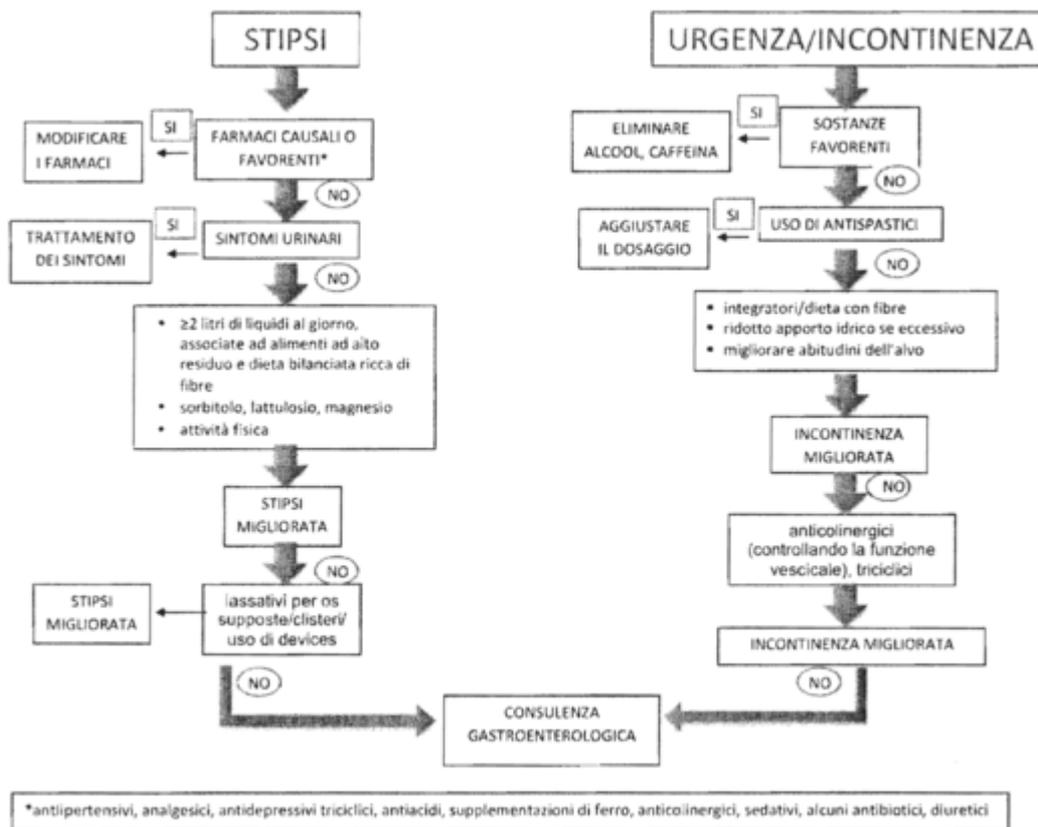
- Per i parossismi sensitivi e/o dolorosi (nevralgia trigeminale, parossismi dolorosi spinali agli arti inferiori, disestesie urteti, ecc): carbamazepina dai 200 ai 1600 mg/die, gabapentin dai 300 ai 2400 mg/die, pregabalin dai 75 ai 600 mg/die, lamotrigina dai 50 ai 400 mg/die, acido palmitoiletanolaminico 600 mg x 2/die per 21 giorni, poi 300 mg x 2/die per altri 30 giorni.
- Per i tremori cerebellari: clonazepam a dosi di 0,5-3 mg/die, levetiracetam dai 200 ai 300 mg/die, carbamazepina dai 600 mg/die.
- Anche i disturbi del transito intestinale sono particolarmente frequenti nei pazienti con SM e spesso sono influenzati dalle terapie immunomodulatorie, immunosoppressorie e sintomatiche, nonché dai fattori (psicologici, ambientali e climatici) che determinano stipsi nella popolazione generale; nella Figura 22 è sintetizzato un possibile algoritmo gestionale dei disturbi dell'alvo nei pazienti con SM.

Figura 21 - Algoritmo gestionale dei pazienti con SM affetti da disturbi della minzione.



- Per la disfunzione erettile: sildenafil dai 25 a 100 mg, tadalafil 10 mg, vardenafil da 5 a 20 mg, alprostadil (formulazione per iniezione) da 2,5 mcg a 10 mcg.

Figura 22- Algoritmo gestionale dei pazienti con SM affetti da disturbi dell'alvo.



2.6 Terapia riabilitativa e assistenza protesica (per la prevenzione, associata alle ricadute, di monitoraggio)

La riabilitazione non è un sinonimo di fisioterapia o rieducazione motoria o neuromotoria ma è parte integrante di un percorso riabilitativo, che rientra all'interno di un progetto comune in cui l'obiettivo finale è il miglioramento della qualità di vita del soggetto. Per sua stessa definizione, la riabilitazione può essere considerata un approccio adeguato nella gestione della Sclerosi Multipla (SM), malattia evolutiva che dà origine a sintomi multiformi e che produce bisogni che riguardano l'ambito non solo fisico, ma anche psicologico e sociale.

Per poter contrastare in modo ottimale la varietà di sintomi e di problemi che si presentano durante il decorso della malattia è necessario un approccio interdisciplinare che coinvolge varie figure professionali, l'equipe riabilitativa, attraverso variabili interventi riabilitativi: la fisioterapia, la terapia occupazionale, la logopedia, la riabilitazione dei disturbi sfinterici e cognitivi, il reinserimento sociale, il supporto psicologico per citarne alcuni.

Il percorso riabilitativo nella SM viene programmato per livelli di limitazione delle attività e di restrizione della partecipazione sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

In un'ottica di identificazione dei vari percorsi in base ai diversi gradi di disabilità utilizziamo la scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) implementata da scale che valutano l'autonomia nelle ADL primarie (come per esempio Functional Independence Measure-FIM-o Barthel Index-BI-) e secondarie (come ad esempio Functional Assessment Measure -FAM-) o specifici ambiti disfunzionali (come il sintomo fatica, i disturbi urinari, i disturbi cognitivi, dolore, funzionalità arti superiori, etc) integrate in una logica ICF (International Classification of Functioning Disability and Health). EDSS è uno strumento di valutazione utile a suddividere la nostra popolazione in macrogruppi e monitorare l'andamento della malattia ma ha il limite di enfatizzare le ripercussioni sulla deambulazione portando a sottovalutare disturbi particolarmente disabilitanti come i disturbi cognitivi, la fatica primaria sia mentale che fisica, il dolore neuropatico, la funzionalità degli arti superiori, i disturbi della deglutizione e della comunicazione. Per tale motivo è indispensabile l'integrazione con altre scale di valutazione validate per la SM che possano di volta in volta definire il quadro delle limitazioni nelle varie attività e della partecipazione sociale, e quindi i bisogni riabilitativi.

I livello	EDSS 0.0 - 2.5
II livello	EDSS 3.0 - 5,5
III livello	EDSS 6.0 - 7.5
IV livello	EDSS 8.0 - 9.5

La legislazione in materia della Regione del Veneto prevede che il fisiatra sia l'unico prescrittore di cure riabilitative e che le possa prescrivere solo nella struttura, pubblica o privata accreditata, in cui lavora; in questo PDTA detto problema normativo può essere superato prevedendo che il neurologo del centro SM, qualora ravveda la necessità di un intervento riabilitativo, invii la richiesta al fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale, che dovrà aver recepito questo PDTA ed essersi debitamente formato (nelle aziende ospedaliere questa richiesta andrebbe fatta attraverso un fisiatra a ciò deputato, qualora abbia preso in carico il paziente in acuto, oppure direttamente dal neurologo quando non ci sia stato alcun intervento riabilitativo all'interno dell'Azienda ospedaliera). Il fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale, qualora sia impossibilitato a gestire il caso nella struttura pubblica, potrà fare riferimento ad una struttura privata accreditata la quale dovrà avere individuato al proprio interno un fisiatra di riferimento per la SM che diventerà, per quella struttura, l'interlocutore privilegiato del fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale. Le strutture, pubbliche o private accreditate, saranno soggette ad una valutazione a monte sulla tipologia dei servizi offerti (presenza di tutte le figure sanitarie facenti parte dell'equipe minima di riabilitazione), adeguatezza dei PRI nel rispetto delle linee guida ministeriali sulla riabilitazione, formazione specifica su SM e sul percorso PDTA e, infine, garanzia della predisposizione di un accesso strutturato e tempestivo per le forme progressive e le ricadute. Dovranno essere previsti controlli per valutare l'aderenza ai requisiti richiesti alle strutture per la riabilitazione - pubbliche o private accreditate - per far parte della rete del PDTA; qualora le strutture non adempiano ai requisiti/criteri richiesti, potranno essere escluse dalla rete riabilitativa per la SM.

Il modello operativo potrebbe essere il seguente:

- 1) il fisiatra referente per la SM dell'azienda socio sanitaria locale non riesce a gestire il caso nella struttura pubblica;
- 2) a quel punto effettua una ricognizione delle disponibilità delle strutture private accreditate;
- 3) verificate le disponibilità in quel momento, le sottopone al paziente che effettuerà la propria scelta;
- 4) il fisiatra di riferimento della struttura privata accreditata darà riscontro al fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale dell'avvenuta presa in carico del paziente.

Durante il percorso riabilitativo, il fisiatra della struttura privata accreditata, qualora abbia delle richieste relative ai pazienti che ha in carico, potrà inoltrarle nelle sedi previste dall'organizzazione di questo PDTA dandone riscontro al fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale. Nel caso venga indicata la necessità di un ricovero riabilitativo in reparto codice 56 o codice 60 da parte del fisiatra di riferimento della struttura privata accreditata, questa richiesta deve essere valutata e validata dal fisiatra referente per la SM dell'Azienda socio sanitaria locale. È obbligatorio che i fisiatri di riferimento delle strutture private accreditate ricevano una formazione specifica su questo PDTA e, qualora le strutture private accreditate non adempiano a questo obbligo, potranno essere escluse dalla rete riabilitativa per la SM.

Nella Forma Primaria Progressiva viene proposto un ambulatorio ad accesso libero (un'ora alla settimana, oppure ogni due o tre o quattro settimane a seconda del numero di pazienti con SM in trattamento in ogni struttura) per i pazienti già in carico alla struttura, con disponibilità del fisiatra di riferimento per la SM. Una volta all'anno va prevista una valutazione collegiale del paziente da parte del neurologo e del fisiatra referenti per la SM; a questa valutazione dovrà essere invitato anche il fisiatra di riferimento del centro accreditato che ha eventualmente preso in carico il paziente.

Nelle Ricadute la valutazione fisiatrica va richiesta dal neurologo, se ritenuta necessaria, dopo un mese dall'evento per eventuale inizio di un percorso riabilitativo su progetto riabilitativo individuale.

I livello

La persona con SM neo diagnosticata con minor disabilità può essere inviata a visita fisiatrica solo dal neurologo (o su sua indicazione) relativamente ad un problema riabilitativo o all'esigenza di una presa in carico riabilitativa precoce. Il medico specialista in riabilitazione, in relazione ai bisogni e alla valutazione funzionale, attiva eventualmente il team riabilitativo e il percorso successivo con PRI e/o fornirà counseling per attività fisica, sportiva e/o certificazioni per riconoscimenti sociosanitari e/o interventi specialistici fisiatrici. In tutti i casi il fisiatra dovrà prevedere delle rivalutazioni periodiche che permetteranno, in caso di progressione della malattia di attivare ulteriori percorsi (almeno una visita fisiatrica all'anno già programmata alla presa in carico) (Figura 23). Il paziente neo diagnosticato ha presumibilmente una disabilità minima, in seguito ad una ricaduta o disabilità assente dopo recupero completo. I disturbi più frequenti di interesse riabilitativo sono relativi alla fatica, disturbi urinari e lievi disturbi sensitivo-motori e di equilibrio. Il Team Riabilitativo ha il compito di valutare l'aspetto sensitivo motorio, psicologico, cognitivo, ambientale e lavorativo nonché l'impatto dei vari aspetti nella autonomia funzionale anche attraverso l'uso di esami strumentali. Del Team Riabilitativo, del quale è responsabile il medico specialista in riabilitazione, fanno parte, in funzione dei bisogni, foniatra, fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, infermiere, psicologo e neuropsicologo. Attraverso U.O. Disabilità e S.I.L. vengono integrati assistenti sociali, datori di lavoro e autorità scolastiche per arrivare al miglior inserimento sociale ottenibile in questo livello (Figura 24).

Nell'ambito del PRI può essere necessaria la prescrizione di ausili in caso di disabilità residua dopo ricaduta o di altre patologie concomitanti che possono interferire con il quadro disfunzionale. I programmi riabilitativi più frequenti prevedono la gestione della fatica e dei disturbi urinari, fecali e sessuali, programmi di riabilitazione motoria per i disturbi sensitivo motori e di equilibrio, interventi per i disturbi dell'apparato osteomioarticolare con utilizzo eventuale di terapie fisiche, programmi di attività motoria a scopo preventivo, programmi mirati all'inserimento o mantenimento dell'attività lavorativa. Inoltre i programmi riabilitativi possono comprendere il supporto psicologico e programmi di gestione dello stress. Nell'ottica di presa in carico della persona possono essere necessari interventi medici fisiatrici (terapie infiltrative, bendaggi funzionali, etc) per la cura dell'apparato motorio.

Il supporto psicologico è un intervento spesso richiesto e necessario in questa fase, funzionale ad una prima elaborazione dell'evento malattia con un conseguente migliore ri-adattamento. L'attivazione di questo servizio deve essere attentamente valutata e organizzata in modo da garantirne sia la tempestività di accesso sia la continuità così da preservare il più possibile quella specifica dualità, l'alleanza e la relazione terapeutica, facendo in modo che lo stesso operatore psicologo accompagni la persona durante l'evoluzione della malattia. La fruizione dei servizi di psicologia può avvenire c/o i centri di riabilitazione che ne sono provvisti, l'UO Disabilità o i servizi territoriali di salute mentale. L'invio può avvenire tramite il medico di medicina generale, il neurologo o il fisiatra. Nel caso il paziente venga seguito da un servizio di supporto psicologico esterno al team riabilitativo dovrà esserci un raccordo frequente con lo psicologo in modo da programmare azioni e strategie di relazione/intervento congruenti ed in armonia con i vari bisogni del paziente.

In questa fase il neurologo è uno degli interlocutori preferenziali del team riabilitativo, vista l'importante presa in carico neurologica che questa fase comporta (momento diagnostico, monitoraggio, fase delle DMT). Nell'ottica della presa in carico condivisa è indispensabile che ci siano flussi informativi costanti e tempestivi che permettano una vera condivisione terapeutica soprattutto farmacologica (terapie sintomatiche).

È necessario predisporre già in questo livello la rete di specialisti (urologo, oculista, ginecologo, ecc.) necessaria a coprire le varie esigenze del paziente affetto da SM che potrebbero rendersi necessarie nell'evoluzione clinica.

Va previsto il ricorso, ove possibile e ove necessario, a risorse non sanitarie quali quelle fornite da organismi no profit o dai comuni, per esempio nell'ambito dell'attività fisica adattata che potrebbe essere indicata direttamente dal fisiatra, qualora necessario, all'interno del PDTA.

Figura 23 - Algoritmo di presa in carico persona con SM neodiagnosticata.

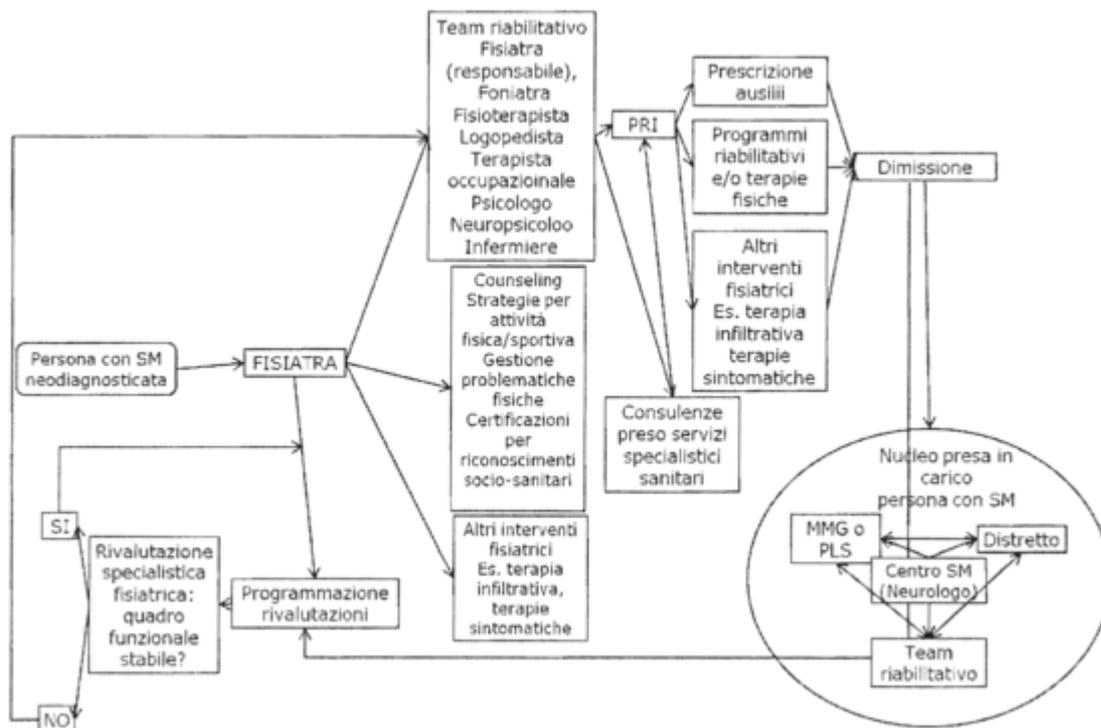
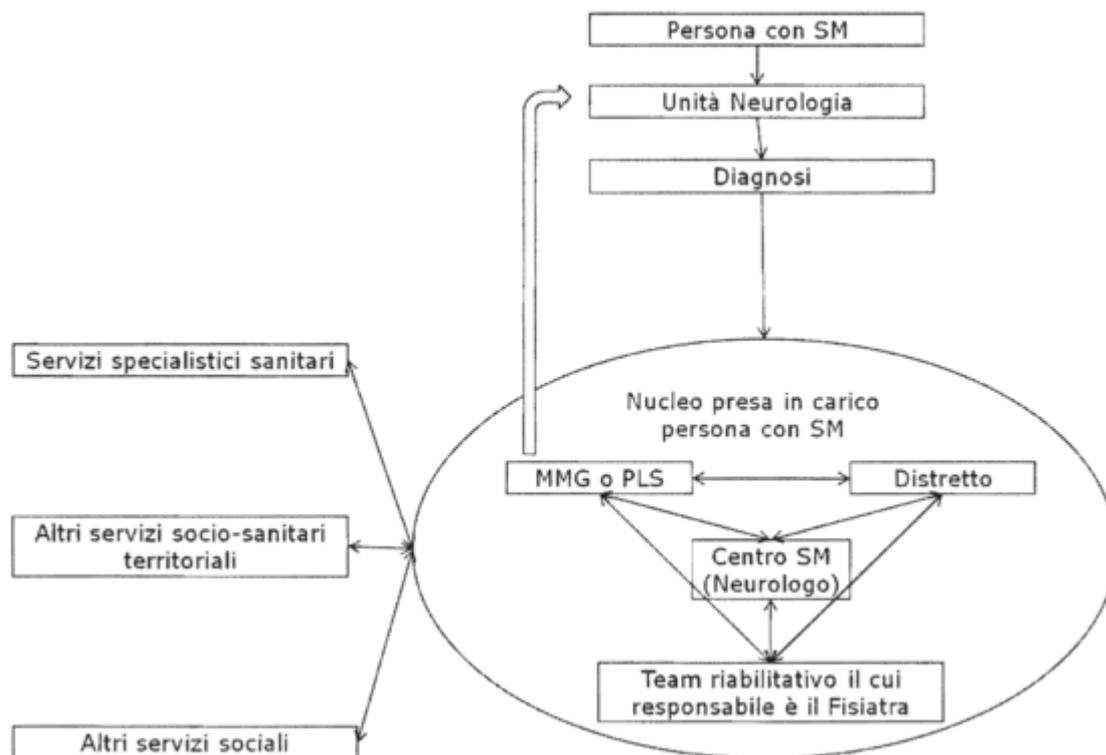


Figura 24 - Algoritmo di presa in carico persona con SM.



II livello

Le esigenze di presa in carico riabilitativo aumentano in conseguenza della progressione della disabilità e sarà necessario integrare nuovi interventi finalizzati a rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni emergenti. Il percorso deve prevedere quindi una maggiore interazione fra il Team Riabilitativo e i servizi sanitari specialistici non di diretta pertinenza riabilitativa (consulenza con ambulatorio urologico, colon

proctologico, etc.). In questa fase di disabilità è spesso indispensabile il raffronto con S.I.L. e datore di lavoro per le esigenze legate all'inserimento o al mantenimento del posto di lavoro (Figura 25).

La rete di medici specialisti (consulenze sanitarie esterne) che più frequentemente interagiscono con il team riabilitativo sono: urologo, ginecologo, colonproctologo, andrologo, ortopedico, angiologo, oculista.

Il setting più idoneo è l'ambulatoriale ad eccezione dei programmi di trasferimento delle abilità apprese o di interventi ambientali dove il setting è domiciliare o extramurale (luogo di lavoro, scuola, etc.).

In questo livello può rendersi necessario un trattamento riabilitativo intensivo con necessità assistenziali nelle 24 ore (ricovero ordinario codice 56), la cui indicazione deve essere posta dal fisiatra referente per il PDTA su segnalazione del MMG o del neurologo referente per il PDTA o del fisiatra di riferimento della struttura privata accreditata che ha preso in carico il paziente.

Il paziente con questo livello di disabilità necessita più frequentemente dei seguenti interventi riabilitativi:

- **Ausili e tutori:** il PRI può prevedere ad esempio la prescrizione di ausili per la deambulazione, tutori per favorire la deambulazione, tutori statici per gli arti per ridurre l'ipertono o di posizionamento, ausili minori per ADL, ausili per la postura e mobilità, ausili per il lavoro, ausili per la continenza/ritenzione urinaria e fecale. La prescrizione di un ausilio o tutore richiede un iter specifico che va dalla valutazione, alla prova, all'eventuale personalizzazione fino al training al loro uso e questo è un percorso che fa parte integrante del PRI. La contestualizzazione degli ausili o tutori nel PRI è condizione indispensabile per garantire l'efficacia e l'efficienza della prescrizione.
- **Programmi riabilitativi:** possono essere necessari programmi di riabilitazione per disturbi sensitivo motori, programmi mirati ai disturbi dell'equilibrio comprendenti programmi specifici per la gestione della caduta, programmi per disturbi osteomioarticolari che comprendono anche utilizzo terapie fisiche, programmi per il trattamento dei disturbi urinari, fecali e sessuali, programmi per la gestione della fatica e per migliorare la resistenza allo sforzo, programmi per la gestione e prevenzione dei disturbi vascolari e respiratori, programmi per il trattamento dei disturbi cognitivi, programmi per la gestione disturbi deglutizione e comunicazione, gestione del dolore, programmi di terapia occupazionale ed adattamenti ambientali in ambiente domestico e lavorativo, programmi di riabilitazione lavorativa mirati quindi a favorire l'inserimento e/o il mantenimento dell'attività lavorativa e infine programmi di supporto psicologico e gestione dello stress, programmi preventivi delle complicanze secondarie, programmi di counselling e nursing riabilitativo.
- **Interventi specialistici medici in ambito riabilitativo (fisiatra, foniatra):** possono comprendere la valutazione strumentale del cammino e dell'arto superiore (cinematica ed EMG dinamica, baropodometria), la valutazione strumentale dell'apparto osteomioarticolare (isocinetica, ecografia, etc.), la valutazione strumentale dell'equilibrio e della postura (stabilometria, posturografia, equitest, etc.), la valutazione strumentale della deglutizione, la valutazione strumentale della capacità aerobica, la valutazione strumentale funzionale della vescica neurologica e pavimento pelvico, trattamenti infiltrativi con farmaci antispastici, bendaggi funzionali e casting, terapie infiltrative peri e intra-articolari, agopuntura, trattamenti manipolativi. Infine è spesso necessario redigere delle certificazioni volte all'ottenimento o aggravamento dei riconoscimenti socio-sanitari che richiedono spesso valutazioni adhoc.

La terapia di fondo della SM è ovviamente competenza dello specialista neurologo, esistono però delle terapie sintomatiche la cui necessità si presenta quasi invariabilmente nel decorso della malattia e per le quali è necessario decidere lo specialista di riferimento all'interno del PDTA, oppure che per la loro prescrizione è competente il medico di medicina generale, per evitare confusione in un utente che spesso è alla ricerca della risposta più rassicurante, oppure doppiati terapeutici che potrebbero essere in contrasto tra loro provocando un danno invece dare il miglioramento atteso.

I trattamenti sintomatici che impattano maggiormente sulla riabilitazione sono quelli per la spasticità, dolore, fatica, disturbi urinari, fecali e sessuali. È indispensabile che il fisiatra condivida tempestivamente con il neurologo e il MMG i piani terapeutici previsti nel PRI così come eventuali altre terapie farmacologiche per la prevenzione o gestione delle complicanze secondarie (osteoporosi, complicanze vascolari, etc.). I piani

terapeutici farmacologici condivisi ottimizzano i risultati riabilitativi e permettono di evitare interferenze farmacologiche, minimizzare effetti indesiderati ed incrementano l'aderenza terapeutica da parte del paziente.

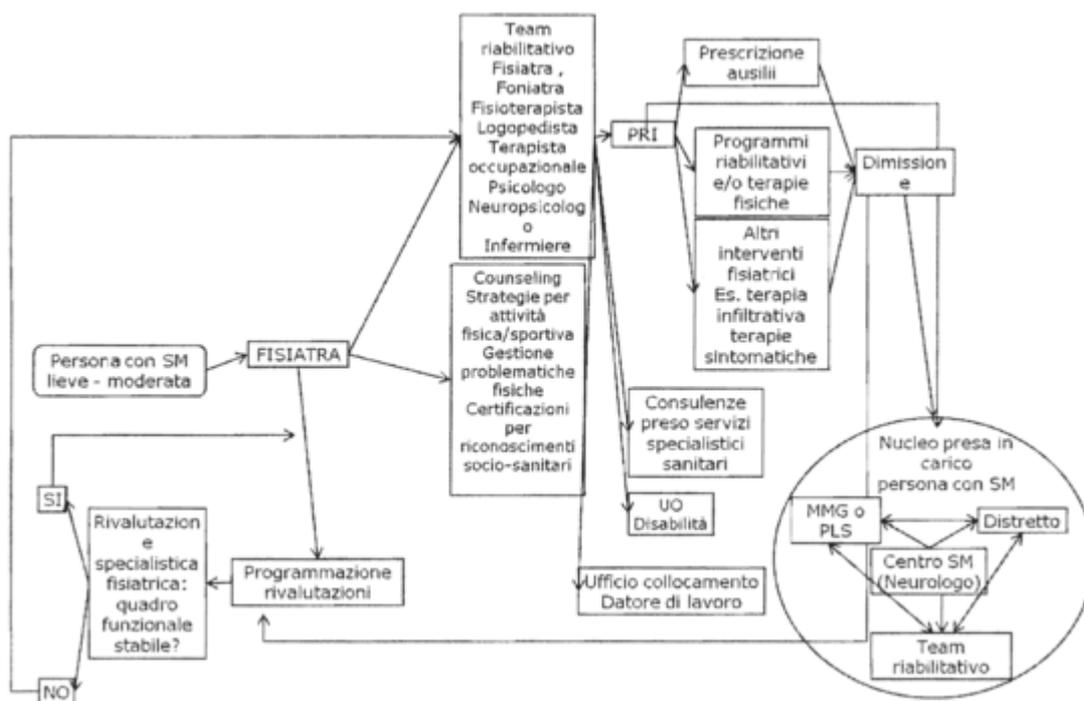
Se queste problematiche interferiscono con la vita quotidiana (dolore per la qualità del riposo e/o il nursing, spasticità per il nursing, depressione per la vita di relazione), competente è il medico di medicina generale che di volta in volta potrà avvalersi dell'aiuto dello specialista della rete che ritiene più idoneo.

Se il paziente è inserito in un progetto riabilitativo individuale, è necessario che queste variazioni della terapia vengano condivise con il fisiatra

Quando il neurologo ritiene che il trattamento della spasticità vada integrato con la terapia di fondo, oppure che il dolore vada trattato perché peggiorativo della spasticità, può ovviamente decidere di intervenire autonomamente però, se il paziente è inserito in un progetto riabilitativo individuale, anche in questo caso è necessario che queste variazioni della terapia vengano condivise con il fisiatra.

Il supporto dello psicologo è indispensabile, sia nei confronti del paziente che nei confronti del caregiver.

Figura 25 - Algoritmo di presa in carico della persona con SM con disabilità lieve-moderata.



III livello

La persona con SM con disabilità moderata-grave (Figura 26) aumenta ulteriormente le esigenze di presa in carico riabilitativa. Il percorso richiede una maggiore complessità nella presa in carico da parte del Team Riabilitativo rispetto a quanto descritto nel II livello per cui il Team Riabilitativo si deve interfacciare con un maggior numero di figure professionali. Più frequentemente il team si deve interfacciare con l'amministratore di sostegno o il tutore e condividere direttamente i percorsi con l'ADI nei momenti di presa in carico congiunta. La gestione delle complicanze secondarie che si possono verificare in questa fase (complicanze vascolari e respiratorie, stipsi ostinata, complicanze a carico apparato urinario o osteomioarticolare, etc), la partecipazione ai programmi di prevenzione primaria e secondaria il cui l'accesso per persone con disabilità richiede spesso adattamenti di vario tipo (logistica, tempistica, di percorso, tipologia di operatori), nonché la gestione di molti aspetti internistici con impatto sulla riabilitazione, rendono necessaria una condivisione di presa in carico con il MMG che diventa un interlocutore indispensabile nella presa in carico riabilitativa. Infine è una fase in cui può nascere il bisogno di ricorrere al fondo per la non autosufficienza per cui si rendono necessarie delle valutazioni e conseguenti certificazioni mediche mirate a tale scopo.

La rete di medici specialisti (consulenze sanitarie esterne) che più frequentemente interagiscono con il team riabilitativo sono: urologo, ginecologo, colonproctologo, andrologo, ortopedico, angiologo o chirurgo vascolare, pneumologo, neurochirurgo.

Il setting più idoneo è l'ambulatoriale o il domiciliare nei pazienti dove il PRI ha come obiettivo il trasferimento delle abilità apprese nel proprio ambiente di vita o dove il PRI prevede interventi di adattamento ambientale o di adattamento della persona all'ambiente domiciliare.

Nel caso di PRI che prevedano interventi su lavoro, scuola o altro ambiente di vita della persona allora il setting è extramurale.

Nei casi in cui, in seguito ad una ricaduta o evento di comorbilità acuto che richieda un programma riabilitativo intensivo non compatibile con il setting ambulatoriale o domiciliare (per impossibilità o inopportunità al trasporto del paziente oppure per complessità clinica che richieda sorveglianza medica e/o infermieristica 24h) il setting è il ricovero (ricovero ordinario codice 56), la cui indicazione deve essere posta dal fisiatra referente per il PDTA su segnalazione del MMG o del neurologo referente per il PDTA o del fisiatra di riferimento della struttura privata accreditata che ha preso in carico il paziente.

La rete di medici specialisti (consulenze sanitarie esterne) che più frequentemente interagiscono con il team riabilitativo sono: urologo, ginecologo, colon proctologo/gastroenterologo, andrologo, ortopedico, pneumologo, chirurgo vascolare, ecografista/radiologo, medico nutrizionista, neurochirurgo, anestesista.

Abbiamo visto come il setting più idoneo sia il domiciliare ma potrebbe essere anche residenziale, negli Ospedali di Comunità e nelle Unità Riabilitative Territoriali (URT); nel caso del ricovero in URT, l'indicazione deve essere posta dal fisiatra referente per il PDTA su segnalazione del MMG o del neurologo referente per il PDTA o del fisiatra di riferimento della struttura privata accreditata che ha preso in carico il paziente. Nei casi in cui in seguito ad una ricaduta o evento di comorbilità acuto che richieda un programma riabilitativo estensivo non compatibile con il setting domiciliare (per complessità clinica che richieda sorveglianza medica e/o infermieristica 24h), il setting può essere in degenza riabilitativa estensiva, con possibilità di ricovero dal domicilio in strutture codice 60 in deroga alla Delib.G.R. Veneto n. 839/2008.

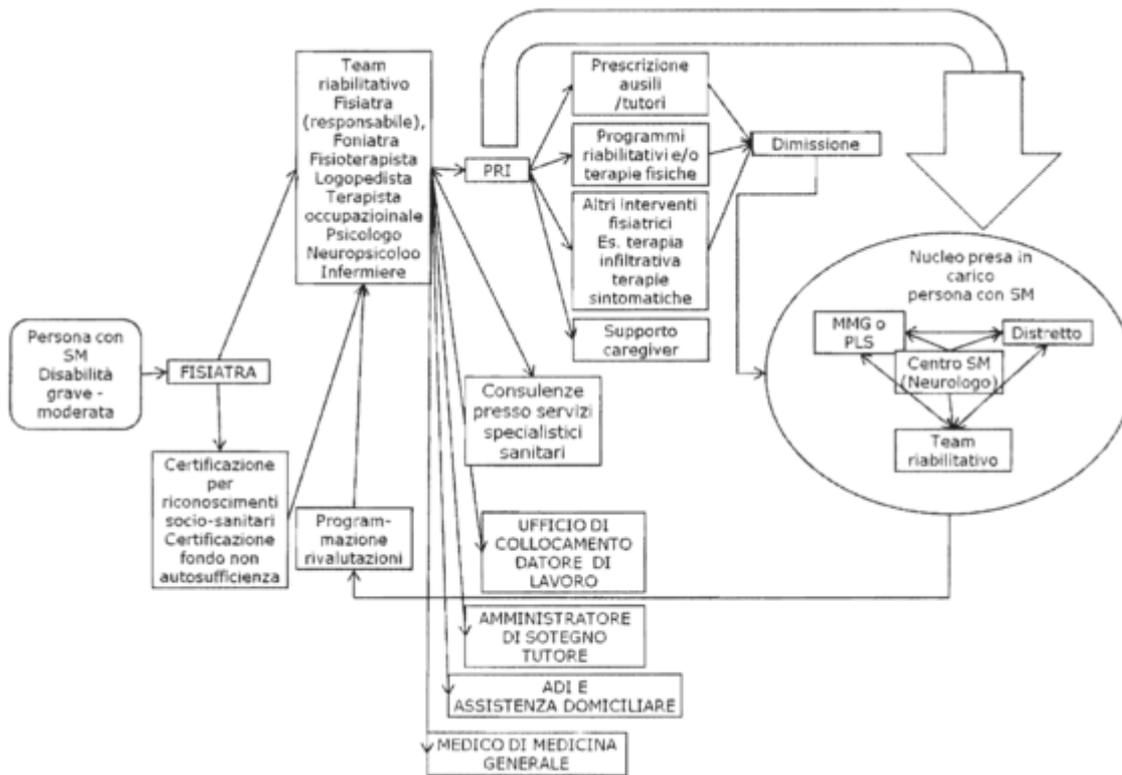
Il paziente con disabilità moderata-grave necessita più frequentemente dei seguenti interventi riabilitativi:

- Ausili e tutori: accanto agli ausili e tutori già indicati nel II LIVELLO, l'aumentata disabilità richiederà la prescrizione di nuovi ausili e tutori per la mobilità, ADL, comunicazione, continenza e ritenzione urinaria e fecale, postura, prevenzione decubito, etc. Ad esempio spesso diventano necessarie la prescrizione di carrozzine manuali od eventualmente elettriche, ausili per mantenere la verticalizzazione, sollevatori o i montascale per cui è necessario un lavoro in team ed indispensabili le valutazioni delle condizioni ambientali presso il domicilio o ambiente di lavoro del paziente per identificare l'ausilio di più idoneo (valutazione che viene fatta con il coinvolgimento del terapeuta occupazionale). Possono anche essere necessari interventi strutturali di adeguamento degli ambienti che devono essere valutati dal team riabilitativo (adattamenti per l'ambiente in cucina od in bagno ad esempio).
- Programmi riabilitativi: accanto agli interventi riabilitativi già illustrati nel II LIVELLO, spesso sarà necessario: prevenire e trattare le varie complicanze secondarie (retrazioni muscolo tendinee, sovraccarichi articolari e deformità, complicanze respiratorie, complicanze vascolari come le trombosi venose profonde, complicanze a carico apparato urinario e gastro enterico, etc.); effettuare programmi dedicati alla gestione del dolore neuropatico e di prevenzione e gestione del dolore di natura nocicettiva in particolare a carico dell'apparato osteo-mio-articolare; programmi dedicati al mantenimento della verticalizzazione, programmi dedicati al mantenimento o miglioramento di autonomie in ADL in particolare mirati al miglioramento delle capacità residue agli arti superiori; programmi mirati alla mobilità che comprendono il training all'uso degli ausili specifici come deambulatori e carrozzine; programmi di gestione nutrizionale sia per prevenire il sovrappeso che di idoneo apporto nutrizionale. Un altro aspetto spesso indispensabile da inserire nel PRI in questa fase è il supporto al caregiver. Il caregiver può essere supportato con programmi educazionali informativi e di addestramento alla gestione della persona con SM, ad esempio mirati alla corretta esecuzione dei passaggi posturali, al supporto alle autonomie nelle ADL, alla prevenzione e gestione di complicanze secondarie. Possono inoltre essere previsti programmi di addestramento al cateterismo

intermittente o alla gestione disturbi fecali, e programmi di supporto psicologico e gestione dello stress dovuti al carico assistenziale.

- Interventi specialistici medici in ambito riabilitativo (fisiatra, foniatra): accanto agli interventi illustrati nel II livello, possono essere necessari interventi di valutazione strumentale e clinica del paziente per eventuale utilizzo di pompa al baclofen e relativa gestione della titolazione e dosaggio del farmaco, interventi per il trattamento dell'osteoporosi e prevenzione fratture da fragilità, esecuzione di bendaggi funzionali, serial casting.

Figura 26 - Algoritmo di presa in carico della persona con SM con disabilità moderata-grave.



Livello IV

L'evoluzione della malattia (Figura 27) porta a quadri gravissimi che spostano il peso del Team Riabilitativo soprattutto sul versante della prevenzione e gestione delle complicanze secondarie, sul mantenimento delle abilità residue e sui programmi di supporto al caregiver. In questi casi il Team Riabilitativo si interfaccia anche con il Nucleo Cure Palliative. Le persone con disabilità gravissima possono utilizzare ventilazione assistita, alimentazione tramite PEG, avere una immobilità completa, presentare varie complicanze secondarie che interagiscono tra di loro portando a quadri di elevata complessità funzionale e internistica, e conseguentemente assistenziale. Spesso è frequente la presenza di: gravi disturbi della comunicazione fino all'anartria; gravi disturbi cognitivi e compromissione della vigilanza; grave tremore; gravi quadri di spasticità con vizi di postura; fratture da fragilità; dolore. Questi pazienti sono difficilmente trasportabili per cui l'attività assistenziale si svolge prevalentemente a domicilio o in strutture residenziali dove la persona può anche essere istituzionalizzata. Il MMG è quindi l'interlocutore principale nella gestione riabilitativa di questi pazienti. Spesso è necessario integrare i percorsi con l'ADI nei periodi di presa in carico contemporanei. Il Team Riabilitativo ha un ruolo indispensabile nel counseling o addestramento sulle modalità di gestione e tecniche assistenziali a questi pazienti degli operatori dei servizi domiciliari assistenziali. I programmi di prevenzione delle complicanze secondarie prevedono molti esami diagnostici di monitoraggio a domicilio, alcuni di competenza anche riabilitativa (monitoraggio residuo post-minzionale, fibroscopia per valutazione deglutizione, ecografia apparato scheletrico, etc.), ma molti di competenza di altre figure professionali. L'esecuzione di esami diagnostici a domicilio è spesso la soluzione più economica ed efficace per pazienti

gravissimi. Il Team Riabilitativo può dare supporto negli interventi diagnostici fornendo consulenze e strategie per favorire l'esecuzione dell'esame soprattutto nei pazienti con posture obbligate.

In questo livello è indispensabile una valutazione dell'autonomia nelle ADL e del conseguente carico assistenziale.

È altrettanto indispensabile un'integrazione con il MMG e con le cure primarie e si individua nell'UVMD lo strumento per realizzare questa integrazione e predisporre gli interventi necessari (ADI, strutture residenziali, ecc.).

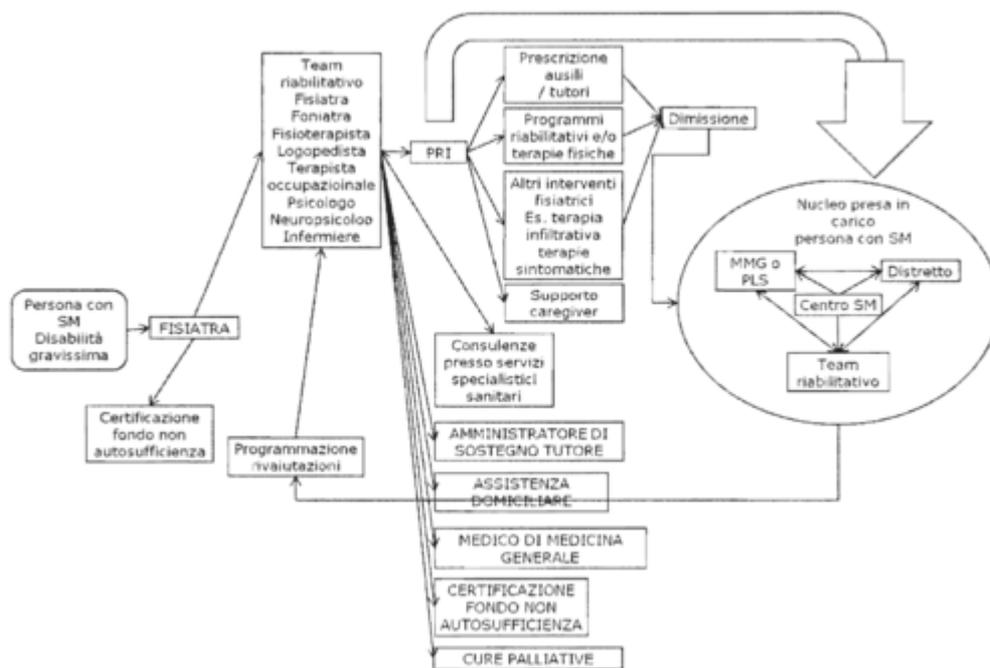
La rete di medici specialisti (consulenze sanitarie esterne) che più frequentemente interagiscono con il team riabilitativo sono: urologo, ginecologo, colon proctologo/gastroenterologo, andrologo, ortopedico, pneumologo, chirurgo vascolare, ecografista/radiologo, medico nutrizionista, neurochirurgo, anestesista.

Il setting più idoneo è il domiciliare. Nei casi in cui in seguito ad una ricaduta o evento di comorbidità acuto che richieda un programma riabilitativo intensivo non compatibile con il setting domiciliare (per complessità clinica che richieda sorveglianza medica e/o infermieristica 24h) il setting è il ricovero.

Il PRI può prevedere nella maggior parte dei casi i seguenti interventi riabilitativi:

- Ausili e tutori: In questa fase spesso sono necessari ausili per mantenere la verticalizzazione, seggioloni polifunzionali, carrozzine manuali o elettriche, ausili per la postura e letti ortopedici, ausili per la mobilità come ad esempio i sollevatori o i montascale, ausili per l'incontinenza e ritenzione, ausili antidecubito, ausili per la comunicazione, tutori/ortesi di posizionamento, tutori per l'arto superiore per favorire attività funzionali, ausili per ADL. La disabilità può essere così grave da richiedere ausili per la respirazione, aspirazione, assistenza alla tosse, dispositivi per la nutrizione. Spesso sarà necessario prescrivere ausili che prevenano la formazione di piaghe da decubito come letti e materassi idonei. Molti di questi ausili sono volti a favorire l'assistenza e quindi il training al loro uso è volto ai caregivers.
- Programmi riabilitativi: il piano riabilitativo sarà incentrato sulla prevenzione e trattamento delle retrazioni e vizi posturali, sul mantenimento delle abilità residue sia motorie che comunicative o cognitive, mantenimento o miglioramento di autonomie in ADL, la gestione della spasticità, il mantenimento della verticalizzazione e postura seduta, la prevenzione e gestione del dolore neuropatico e osteo-mio-articolare, prevenzione piaghe da decubito, rieducazione respiratoria e della tosse e programmi di prevenzione infezioni vie respiratorie, rieducazione per mantenimento della deglutizione funzionale e prevenzione ab ingestis, trattamento disturbi vascolari e programmi di prevenzione di trombosi venose profonde o altre complicanze vascolari, miglioramento/mantenimento della funzionalità del torchio addominale indispensabile per la tosse ed evacuazione, programmi per la gestione dei disturbi urinari, fecali e sessuali, programmi di prevenzione delle complicanze a carico apparato gastro-enterico e urinario, programmi di counselling e nursing riabilitativo, programmi di supporto psicologico per pazienti e familiari. I programmi di supporto ai caregivers sono quelli già descritti nel flow-chart 4 ma che sicuramente avranno, in questa fase di malattia, un peso maggiore all'interno del PRI dovuto alla complessità del quadro dei pazienti che di conseguenza comporta anche una maggiore complessità e carico dei programmi assistenziali.
- Interventi specialistici medici riabilitativi: potrà essere necessario la valutazione strumentale e clinica del paziente per eventuale utilizzo di pompa al baclofen e relativa gestione della titolazione e dosaggio del farmaco, applicazioni temporanee di un SNG o monitoraggio della PEG, cateterismo estemporaneo per gestione ritenzioni urinarie acute, monitoraggio pazienti con cateteri a dimora, il trattamento del dolore anche con pompe impiantabili e terapie infiltrative, il trattamento dell'osteoporosi e prevenzione fratture, agopuntura per gestione sintomi, confezioni di bendaggi funzionali e serial casting.

Figura 27 - Algoritmo di presa in carico di una persona con SM con disabilità gravissima.



La descrizione della rete e delle risorse riabilitative della Regione Veneto è presentata nell'Allegato 1B.

Raccomandazioni per la prescrizione degli ausili

Il D.M. 27 agosto 1999, n. 332 prevede che la fornitura dei dispositivi - siano ortesi o ausili tecnici - sia "tempestiva", ovvero avvenga in caso di prima fornitura entro venti giorni dalla richiesta.

Nella realtà Veneta la tempistica risulta estremamente disomogenea tra le Aziende ULSS, in particolare per le prime prescrizioni di ausili (es. fornitura di idonea carrozzina) e pertanto nel caso di pazienti affetti da SM si ritiene che le Aziende ULSS debbano individuare delle procedure volte all'immediata soddisfazione dei bisogni del paziente.

Anche l'accesso ai presidi e ausili essenziali, non compresi nel Nomenclatore Tariffario, deve essere tempestivo e riconosciuto ai soggetti affetti da "gravissima disabilità" di cui all'art. 1, comma 6, previa autorizzazione dell'Azienda ULSS o mediante il ricorso all'istituto della "riconducibilità" per omogeneità funzionale di cui all'art. 1, comma 5.

Pertanto, l'appropriatezza delle prescrizioni extra tariffario o in riconducibilità dovrà essere verificata dal medico fisiatra referente aziendale per il PDTA, con modalità da precisare, e a lui dovranno essere inoltrate anche le segnalazioni sulla tempistica di fornitura degli ausili per le verifiche e gli eventuali provvedimenti da attuare.

Per quanto attiene all'istituto della riconducibilità, qualora l'assistito scelga un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore ma riconducibile, per omogeneità funzionale a quello prescritto a giudizio dello specialista prescrittore, sarà a suo carico la differenza di prezzo tra la tariffa prevista nel Nomenclatore (dispositivi inclusi nell'Elenco 1) o il costo massimo che l'Azienda ULSS corrisponderà al fornitore (dispositivi inclusi negli Elenchi 2 e 3), e il prezzo del dispositivo effettivamente erogato.

2.7 Presa in carico integrata del paziente nel territorio: ruolo del Distretto Socio Sanitario

In un percorso ideale di presa in carico della persona con SM si ritiene che, ottenuta la diagnosi - in situazione di tempestività e appropriatezza (vedi Diagnosi, comunicazione della diagnosi e trattamento) - la stessa debba avere un punto di riferimento certo a livello territoriale ed in prossimità del suo ambiente di vita. Il Distretto Socio Sanitario, dunque, appare quale luogo privilegiato per l'attivazione del sistema di coordinamento dell'intero percorso di diagnosi, cura e assistenza.

Esso, infatti, rappresenta il luogo naturale in cui la persona esprime i propri bisogni, in quanto va a collocarsi nel "territorio di vita", in cui si sviluppano una complessità di relazioni, sistemi, reti di aiuto formali ed informali. Proprio per tale ragione è fondamentale che - all'interno dello stesso - si costituisca una vera e propria "cabina di regia" distrettuale che si avvalga del supporto di un nucleo di presa in carico e che agisca secondo la logica della community care, intesa come insieme di procedure volte ad organizzare misure assistenziali entro i confini e la cultura della comunità locale di appartenenza. Un tale orientamento indica di fatto un'alternativa agli istituti residenziali spersonalizzanti per richiamare piuttosto una territorializzazione delle cure basata sul principio di normalizzazione il quale recita che alle persone con disabilità cronica, anche grave, dovrebbe essere assicurato il diritto a condurre la loro vita nel modo più simile possibile a quella condotta prima dell'insorgenza della disabilità.

L'UVMD è composta da un'équipe multidisciplinare in grado di identificare, valutare e quindi prendere in carico i bisogni che la persona esprime al fine di definire e programmare un processo/percorso condiviso con la persona stessa e che coinvolga le reti di supporto. Tale gruppo di valutazione è composto da diversi operatori, quali: il MMG, l'assistente sociale, lo psicologo, il fisiatra, l'infermiere, il neurologo territoriale (nel caso in cui la persona non sia in cura presso alcun Centro Clinico). A coadiuvare l'UVMD, è il Centro SM - inteso come rete specialistica per patologia - che si pone come rete esterna di riferimento, con coinvolgimento rispetto alle fasi di evoluzione della patologia, diagnosi, terapia farmacologica.

La composizione della UVMD andrà definita nello specifico percorso di riferimento, tenendo conto dei modelli attivati da ciascuna Regione in riferimento all'organizzazione dei servizi territoriali e relativo collegamento con le reti cliniche per patologia.

Affinché il processo di presa in carico si attivi correttamente è auspicabile che la persona, in un momento successivo alla diagnosi, venga orientata - da parte di uno degli attori che hanno funzione di case manager - verso il Distretto Socio Sanitario inteso quale punto nevralgico e di snodo dell'assistenza territoriale.

All'interno del Distretto Socio Sanitario le richieste ed i bisogni della persona vengono primariamente filtrate da parte di operatori che possiedono competenze di base ed in grado di realizzare una prima valutazione del caso al fine di orientare la persona sul territorio e, ove necessario, di attivare una vera e propria presa in carico.

La UVMD, composta da un'équipe multidisciplinare raccoglie gli elementi prodotti dai punti unici di accesso territoriali e direttamente dalle persone, effettua una valutazione multidimensionale dei bisogni sociali e sanitari, redige il progetto unitario di presa in carico. L'elaborazione e l'attuazione del progetto prevede il coinvolgimento - secondo ciascun caso - degli attori del sistema di aiuto formale ed informale, con i quali si attivano processi di condivisione, di collaborazione concordata e di verifica.

Il progetto unitario di presa in carico rappresenta un patto con e per la persona in quanto comporta la definizione di problemi, l'individuazione di soluzioni alternative, prese di decisioni secondo criteri di valutazione che tengano conto delle scelte valoriali e delle aspettative di vita della persona.

Esso è pertanto condizione necessaria per l'attivazione dei singoli processi assistenziali (riabilitativo, scolastico, accertativo, ecc.): questi ultimi si possono attivare in maniera simultanea o differita nel tempo, secondo quelli che sono i bisogni attuali della persona in riferimento tanto allo stadio della malattia, quanto al suo percorso di vita.

A garanzia dell'uniformità e della qualità del percorso, si ritiene auspicabile la stipulazione di protocolli operativi con le strutture ed i servizi dedicati.

A svolgere un ruolo chiave nel coordinamento dei rapporti ed attività dell'intero sistema vi è il case manager, identificato di solito in UVMD, il quale non si pone come figura predeterminata ma varia a seconda della storia naturale della malattia. Tuttavia sembrerebbe opportuno eleggere a tale funzione l'infermiere - che curerà i contenuti del percorso con il MMG e con lo specialista di patologia - in quanto figura nevralgica per i rapporti con i vari soggetti sanitari, ma anche competente a svolgere una valutazione preliminare, rispetto a quella dell'équipe, sui bisogni riportati dalla persona.

Inoltre, affinché vi sia la reale attuazione dei percorsi e il loro monitoraggio è necessaria la presenza di un referente per ognuno dei percorsi. Anche in questo caso, tuttavia, la figura di riferimento varia a seconda del tipo di percorso attivato (esempio: il referente per il percorso riabilitativo sarà il fisiatra).

Fondamentale la creazione di registri di popolazione per poter conoscere e valutare i fenomeni in base ai quali attivare progetti di presa in carico adeguati e l'adozione di strumenti certi ed efficaci di definizione dei criteri di accesso ai servizi e modalità di loro funzionamento.

In sintesi il Distretto Socio Sanitario interviene nel PDTA della SM con le seguenti attività:

- attraverso l'attivazione della rete dei servizi socio sanitari territoriali per la disabilità ed in particolare attraverso le attività integrate delle UU.OO. distrettuali Disabilità e Cure Primarie supporta e coordina la presa in carico degli utenti con SM garantendo la necessaria collaborazione al MMG, agli specialisti neurologo, fisiatra e alle altre figure sanitarie coinvolte nelle diverse fasi di progressione della malattia per l'assistenza farmaceutica, protesica, specialistica ambulatoriale.
- con il necessario coinvolgimento dei Servizi Sociali comunali garantisce altre eventuali necessità assistenziali (trasporti, igiene domestica, pasti a domicilio, segretariato sociale ecc.) anche con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del privato sociale attivo nel territorio.
- nelle fasi iniziali della malattia la UO Disabilità in collaborazione con il SIL garantiscono il supporto alla prosecuzione della attività lavorativa e l'eventuale attivazione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGRV 1338/2013 ICDp e ICDf) <http://icd.regione.veneto.it/o> di altre modalità di supporto alla domiciliarità anche mediante la necessaria attivazione della UVMd quando necessaria.
- supporta la persona nella predisposizione della certificazione necessaria nei percorsi di accertamento medico-legale (invalidità civile, Legge 104, disabilità a fini lavorativi) ai fini di una corretta e appropriata valutazione della disabilità correlata alla SM che tenga conto anche dell'impatto sulla qualità di vita.
- in caso di necessità di ricovero ospedaliero, grazie all'attivazione delle diverse tipologie di assistenza domiciliare integrata e dei protocolli di ammissione e dimissione protetta attivi ormai in tutte le Aziende ULSS, garantisce il supporto sanitario e la continuità assistenziale. - Nelle fasi più avanzate della malattia, oltre all'attivazione della assistenza semiresidenziale o residenziale quando non fosse più sostenibile la permanenza a domicilio, il Nucleo Cure Palliative aziendale viene attivato a supporto del MMG per la gestione della terminalità.

La COT già attiva in alcune aziende ULSS in forma sperimentale, garantirà a regime a questi pazienti un riferimento continuo per l'attivazione tempestiva e integrata di tutte le attività summenzionate.

2.8 Follow Up del paziente con SM

2.8.1 Monitoraggio clinico del paziente con SM

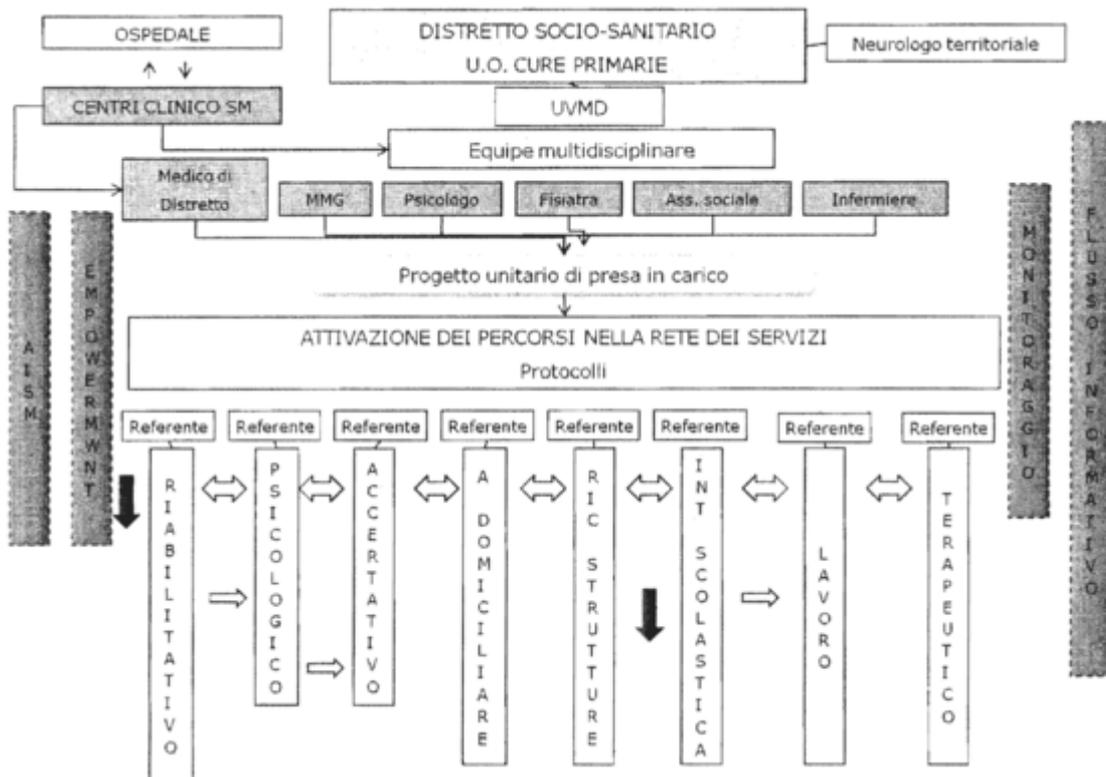
- a) Visite ambulatoriali programmate semestrali nei pazienti stabilizzati in terapia con farmaci di I linea, con immunosoppressori per os o senza terapia.
- b) Monitoraggio clinico più stretto (trimestrale) nei casi ad evoluzione sfavorevole.
- c) Visite ambulatoriale programmate annuali nei casi di SM ad evoluzione particolarmente favorevole.
- d) Valutazione in urgenza nel caso di sospetta ricaduta.
- e) Valutazione extra-ambulatoriale preventivamente programmata (fax o posta elettronica dedicata o telefono dedicato del Centro SM) per la visione di esami ed indagini strumentali.

2.8.2 Monitoraggio neuroradiologico del paziente con SM

- a) Casi Reg. reg. clinicamente stabili ed in terapia immunomodulante di I linea o con fingolimod o con altri immunosoppressori per os o e.v.: RM cerebrale senza gadolinio annuale.
- b) Pazienti in terapia con natalizumab: RM cerebrale con gadolinio una volta all'anno per i primi due anni, poi una volta ogni 6 mesi per i pazienti Ac anti-JCV negativi, una volta ogni 3 mesi per i pazienti con JCV Index superiore a 1.5.
- c) Pazienti con forme progressive di malattia: va considerato che la componente infiammatoria della malattia diventa nel tempo progressivamente sempre meno rilevante rispetto a quella degenerativa. Quest'ultima è difficilmente quantificabile con l'utilizzo delle tecniche convenzionali di risonanza magnetica, che pertanto dovrebbe essere richiesta solo in casi particolari (ricaduta di malattia, progressione rapida della disabilità).
- d) Pazienti con recente ricaduta: monitoraggio più stretto (eventualmente anche con RM cervicodorsale) nell'ambito della valutazione per il passaggio ad altro farmaco di I linea o ad una terapia di II linea.

Nella Figura 28 viene rappresentato un modello del percorso ideale del paziente con SM con particolare riferimento all'integrazione dei vari componenti della rete assistenziale.

Figura 28 - Modello del PDAT ideale. Fonte AISM modificata.



3. Percorso reale

3.1 Valutazione del paziente con sospetta SM Tabella 5

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione/note
SOSPETTO DIAGNOSTICO	Medico di Medicina Generale	In presenza di un evento neurologico focale: raccolta anamnestica con familiarità e patologie autoimmuni/infiammatorie. Invio al Neurologo di	Non iniziare indagini con richiesta diretta di RM:

		riferimento, che poi reindirizza al centro SM.	nel caso questa (RM) non sia eseguita da centri e da specialisti di riferimento, può ritardare la prima diagnosi.
	Neurologo-Centro di riferimento coadiuvato da infermiere dedicato/specializzato in SM e dallo psicologo	Diagnosi EDSS + RM encefalo/spinale. Il Neurologo è il medico specialista deputato alla prima comunicazione della diagnosi di SM, degli aspetti clinici e terapeutici. Si rivolgerà direttamente ed esclusivamente all'interessato destinatario della comunicazione. Potrà coinvolgere un familiare o il caregiver designato dal paziente, solo su richiesta della persona con SM.	Definizione del case-manager in ambito di centro sclerosi multipla e in ambito distrettuale.
DIAGNOSI DI SCLEROSI MULTIPLA	Medico di Medicina Generale	Il MMG accoglie la persona neo diagnosticata in un primo incontro "dedicato", visiona la lettera del neurologo e utilizza la conoscenza che ha del paziente con SM e del suo contesto familiare e sociale per: - meglio rassicurare e sostenere - fornire ulteriori informazioni/chiarimenti in modalità congrua e condivisa con il Neurologo - indicare quali strutture (e per quali servizi) offre il Distretto, a sostegno del cittadino.	Supporto al paziente neo-diagnostico.

3.2 Gestione programma di cura del paziente con SM Tabella 6

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione/note
PROGRAMMA TERAPEUTICO	Neurologo-entro di riferimento	Inizio terapia (I e II linea). Gestione terapia della ricaduta clinica. Gestione terapie sintomatiche. Monitoraggio clinico/terapeutico.	Utile una comunicazione specifica al MMG da parte del centro SM sulle terapie, le loro interazioni ed effetti collaterali e avversi.
	Medico di Medicina Generale	Verifica delle interazioni farmacologiche del	

trattamento SM con altri eventuali farmaci.
Gestione condivisa della terapia per la ricaduta clinica (steroidica).

3.3 Gestione programma riabilitativo del paziente con SM - I livello Tabella 7

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione/note
PROGRAMMA RIABILITATIVO I LIVELLO	Neurologo-Centro di riferimento	Supporto attraverso il Case Manager. Eventuale richiesta di V. Fisiatrica.	In caso di ricaduta clinica particolarmente grave che prevede la necessità di monitoraggio h24 è previsto il ricovero nell'UO di neurologia.
	Fisiatra*	Presenza in carico successiva alla diagnosi, sulla base del quadro clinico.	* (per definizione vedi nota introduttiva al percorso riabilitativo) Trattamento riabilitativo solo su progetto riabilitativo individuale.
	Medico di Medicina Generale	Referente territoriale.	attraverso U.O. Disabilità e S.I.L. vengono integrati assistenti sociali, datori di lavoro e autorità scolastiche. Il MMG supporta il paziente nel percorso di accertamento medico legale per la disabilità.
	Altri professionisti sanitari	In base all'organizzazione delle realtà aziendali.	Il supporto dello psicologo in questa fase è indispensabile: può essere attivato sia dal medico di medicina generale, dall'U.O. Disabilità e dal Centro SM.

3.4 Gestione programma riabilitativo del paziente con SM - II livello Tabella 8

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione/Note
	Neurologo-Centro di riferimento	Supporto attraverso il Case Manager. Richiesta di visita fisiatrica.	Se non già richiesta per il I livello. In caso di ricaduta clinica particolarmente grave che prevede la necessità di monitoraggio h24 è previsto il ricovero nell'UO di neurologia.
	Fisiatra	Trattamento riabilitativo solo su progetto riabilitativo individuale (per problematiche	Il setting è ambulatoriale perché si tratta di pazienti ancora in grado di

PROGRAMMA RIABILITATIVO II LIVELLO	Medico di Medicina Generale e Distretto	motorie, deglutitorie, urinarie, sessuali, cognitive, dopo riacutizzazione, ecc.).	accedervi; deve essere previsto il setting domiciliare per valutazione ambientale o altre esigenze specifiche valutabili da caso a caso (es. addestramento del caregiver in caso di disfagia).
		Prescrizione di ausili.	In questo livello può rendersi necessario un trattamento riabilitativo intensivo con necessità assistenziali nelle 24 ore (ricovero ordinario codice 56) la cui indicazione deve essere validata dal fisiatra referente aziendale per il PDTA su segnalazione del MMG o di altro fisiatra; è previsto anche eventuale trasferimento da UO neurologia previa consulenza fisiatrica.
PROGRAMMA RIABILITATIVO II LIVELLO	Medico di Medicina Generale e Distretto	Referente territoriale.	Attraverso U.O. Disabilità, Ufficio Protesi e S.I.L.
		Gestione delle problematiche del paziente e del familiare/caregiver. Facilitazione accesso a protesi e ausili.	vengono integrati assistenti sociali, datori di lavoro e autorità scolastiche. Il MMG supporta il paziente nel percorso di accertamento medico legale per la disabilità.
	Altri professionisti sanitari	In base all'organizzazione delle realtà aziendali.	Il supporto dello psicologo in questa fase è indispensabile sia nei confronti del paziente che del caregiver: può essere attivato sia dal medico di medicina generale, dall'U.O Disabilità e dal Centro SM.

3.5 Gestione programma riabilitativo del paziente con SM - III livello Tabella 9

Attività	Chi Fisiatra	Come/Azione Valutazione	Descrizione/Note
PROGRAMMA RIABILITATIVO III LIVELLO		dell'autonomia nelle ADL e del conseguente carico assistenziale. Trattamento riabilitativo solo su progetto	Il setting più idoneo è l'ambulatoriale o il domiciliare nei pazienti dove il PRI ha come obiettivo il trasferimento delle

	riabilitativo individuale. Prescrizione di ausili.	abilità apprese nel proprio ambiente di vita o dove il PRI prevede interventi di adattamento ambientale o di adattamento della persona all'ambiente domiciliare. Nel caso di PRI che prevedano interventi su lavoro, scuola o altro ambiente di vita della persona allora il setting è extramurale. Solo su espressa indicazione del Fisiatra referente aziendale, il setting può essere anche residenziale, negli Ospedali di Comunità e nelle Unità Riabilitative Territoriali. Nei casi in cui in seguito ad una ricaduta o evento di comorbilità acuto che richieda un programma riabilitativo estensivo non compatibile con il setting domiciliare (per complessità clinica che richieda sorveglianza medica e/o infermieristica 24h), il setting può essere in degenza riabilitativa estensiva, individuando per questi pazienti la possibilità di ricovero dal domicilio in strutture codice 60, previa valutazione del fisiatra referente aziendale.
Medico di Medicina Generale e Distretto	Integrazione con altre figure attraverso attivazione UVMD (ADI, strutture residenziali, ecc.). Facilitazione accesso a protesi e ausili.	L'attivazione dell'UVMD può avvenire anche da parte degli altri specialisti coinvolti. Integrazione con ADI. Supporto alla fornitura di protesi e ausili - Ufficio protesi.
Neurologo-Centro di riferimento	Supporto attraverso il Case Manager.	In caso di ricaduta clinica particolarmente grave che prevede la necessità di monitoraggio h24 è previsto il ricovero nell'UO di neurologia.

Altri professionisti sanitari	In base all'organizzazione delle realtà aziendali.	Il supporto dello psicologo, se richiesto, sia nei confronti del paziente che nei confronti del caregiver, può essere attivato sia dal medico di medicina generale che dall'U.O. Disabilità.
-------------------------------	--	--

3.6 Gestione programma riabilitativo del paziente con SM - IV LIVELLO

Tabella 10

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione/note
	Medico di Medicina Generale e Distretto	Integrazione con altre figure attraverso UVMD (ADI, strutture residenziali, Ufficio Protesi ecc.).	Gestione fase avanzata con nucleo cure palliative Facilitazione accesso ausili per domicilio
	Fisiatra	Valutazione dell'autonomia nelle ADL e del conseguente carico assistenziale. Trattamento riabilitativo solo su progetto riabilitativo individuale. Prescrizione protesi e ausili.	Il setting più idoneo è il domiciliare. Nei casi in cui in seguito ad una ricaduta o evento di comorbidità acuto che richieda un programma riabilitativo estensivo non compatibile con il setting domiciliare (per complessità clinica che richieda sorveglianza medica e/o infermieristica 24h) il setting è il ricovero in struttura residenziale, negli Ospedali di Comunità e nelle Unità Riabilitative Territoriali. Si deve individuare per questi pazienti anche la possibilità di ricovero dal domicilio in strutture codice 60. I ricoveri nelle Unità Riabilitative Territoriali e nei reparti codice 60 devono essere validati dal fisiatra referente Aziendale. Gestione fase avanzata con nucleo cure palliative.
	Neurologo-Centro di riferimento sanitari	Supporto attraverso il Case Manager.	Gestione fase avanzata con nucleo cure palliative.
	Altri professionisti	In base all'organizzazione delle realtà aziendali.	Disponibili a consulenze a domicilio del paziente con SM.

PROGRAMMA
RIABILITATIVO IV
LIVELLO

3.7 Lavoro, vita indipendente

La Regione del Veneto si prefigge di promuovere e sostenere l'inclusione nella vita attiva delle persone con SM (ex art. 19 della convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità) con particolare riguardo al diritto alla salute, a una buona qualità di vita, all'inserimento e mantenimento del posto di lavoro in condizioni di uguaglianza formale e sostanziale e pari opportunità. In tal senso promuove la vita indipendente, intesa come capacità del singolo individuo a prendere decisioni circa la propria vita (autodeterminazione) attraverso l'adozione ed il finanziamento di misure regionali (non solo meri trasferimenti economici bensì un mix di interventi) che vedano la persona con disabilità coinvolta come parte attiva nella stesura del progetto di vita indipendente sulla base dei suoi bisogni.

Un ruolo fondamentale nella realizzazione della vita indipendente è rivestito dall'attività lavorativa; la Regione si impegna a promuovere modelli e processi volti a garantire l'accesso ed il mantenimento al lavoro delle persone con Sclerosi Multipla:

a) favorendo una corretta applicazione della L.68/99 sul territorio;

b) promuovendo l'utilizzo di strumenti quali la corretta messa a punto della diagnosi funzionale e l'adozione di accomodamenti ragionevoli per il corretto inquadramento dell'idoneità alla mansione a prescindere dal canale di inserimento (mirato e non), nonché per il superamento di eventuali difficoltà di inserimento/mantenimento lavorativo; ciò potrà essere realizzato solo attraverso un'effettiva messa in rete degli enti ed operatori coinvolti nel percorso di inserimento lavorativo quali i Centri per l'Impiego, i Servizi per l'Inserimento Lavorativo dei disabili, i Distretti Socio-Sanitari, i servizi di riabilitazione, i Centri Clinici, l'Associazione Rappresentativa dei Pazienti;

c) favorendo la diffusione di una cultura non discriminatoria che sottolinei la compatibilità tra la condizione di persona con Sclerosi Multipla e quella di lavoratore, attraverso la conoscenza delle peculiarità della patologia e la valorizzazione ed il coinvolgimento dell'Associazione Rappresentativa dei Pazienti anche in vista del superamento di eventuali difficoltà di inserimento/mantenimento lavorativo.

3.8 Gli strumenti di valutazione medico-legali nella SM

La Regione del Veneto, al fine di uniformare la puntuale applicazione della normativa e delle procedure in materia, raccomanda l'utilizzo dell'allegato tecnico "Il percorso di accertamento medico-legale nella disabilità" redatto da AISM a livello di singole ASL. In tal senso la Regione concorda con i contenuti della "Comunicazione tecnico-scientifica per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla Sclerosi Multipla" elaborata da INPS di concerto e con il patrocinio di AISM e delle Società Scientifiche SIN e SNO e della guida "Idoneità alla mansione e Sclerosi Multipla. Orientamenti per i medici del lavoro-competenti" elaborata da AISM di concerto e con il patrocinio della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII).

Ai fini di una completa valutazione dei risvolti della Sclerosi Multipla sulla vita della persona sia in termini sanitari che sociali (si fa in particolare riferimento alla valutazione dello stato di handicap ex L. 104/92 e della L.68/99 che molta attenzione devono prestare agli aspetti di svantaggio sociale) la Regione favorisce la possibilità che un rappresentante AISM - medico o anche volontario associativo - presenzi alle visite medico-legali affiancando la persona con SM, se da questa richiesto, per supportarla, in ottica di empowerment, nella adeguata esposizione di documentazione ed elementi utili ad un corretto inquadramento medico legale.

4. Valutazione del PDTA della SM

4.1 Indicatori del PDTA della SM

Una volta definito il PDTA della SM è necessario delineare una fase di valutazione per verificare in modo sintetico la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione. La valutazione richiede quindi la definizione di indicatori ovvero variabili che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni.

Nella Tabella 11 sono riportati gli indicatori proposti per il PDTA della SM le cui schede tecniche sono inserite nella sezione dedicata agli allegati.

Tabella 11 - Indicatori del PDTA della SM.

INDICATORE	DEFINIZIONE
1 Prevalenza della SM	Numero di pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014/numero di residenti in Veneto nel 2014 per 100.000.
2 Incidenza della SM	Numero di pazienti con nuova diagnosi di SM residenti in Veneto nel 2014/numero di residenti in Veneto a rischio di ammalarsi per 100.000.
3 Risonanze magnetiche eseguite nei pazienti con SM	Numero medio di risonanze magnetiche eseguite nei pazienti con SM nel 2014.
4 Visite neurologiche eseguite nei pazienti con SM	Numero medio di visite specialistiche eseguite nei pazienti con SM nel 2014.
5 Elettromiografie eseguite nei pazienti con SM	Numero medio di elettromiografie eseguite nei pazienti con SM nel 2014.
6 Pazienti in terapia con farmaci di prima linea	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci di prima linea nel 2014.
7 Pazienti in terapia con farmaci di seconda linea	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci di seconda linea nel 2014.
8 Pazienti con switch tra farmaci di I linea	Percentuale di pazienti che passano da un farmaco di I linea ad un altro nel 2014.
9 Pazienti con switch tra farmaci di II linea	Percentuale di pazienti che passano da un farmaco di II linea ad un altro nel 2015
10 Pazienti con switch tra I e II linea	Percentuale di pazienti che passano da un farmaco di I linea ad uno di II linea nel 2015.
11 Pazienti in terapia con antibiotici	Percentuale di pazienti in trattamento con antibiotici nel 2014.
12 Pazienti in terapia con antidepressivi	Percentuale di pazienti in trattamento con antidepressivi nel 2014.
13 Pazienti in terapia con antiacidi	Percentuale di pazienti in trattamento con antiacidi nel 2014.
14 Ospedalizzazioni nei pazienti con SM	Tasso di ospedalizzazione nei pazienti con SM per l'anno 2014.
15 Accessi al PS nei pazienti con SM	Tasso di accesso al PS nei pazienti con SM per l'anno 2014.
16 Pazienti con SM presi in carico dal servizio di cure domiciliari (CD)	Percentuale di pazienti con SM presi in carico dalle CD nel 2014.

Bibliografia

- Aharoni R. The mechanism of action of glatiramer acetate in multiple sclerosis and beyond. *Autoimmun Rev.* 2013 Mar; 12 (5): 543-53.
- Amarenco G, Chartier-Kastler E, Denys P, Jean JL, de Sèze M, Lubetzki C. First-line urological evaluation in multiple sclerosis: validation of a specific decision-making algorithm. *Mult Scler.* 2013 May 22.
- Amato MP. Pharmacoeconomic considerations of multiple sclerosis therapy with the new diseasemodifying agents. *Expert Opin Pharmacother.* 2004 Oct; 5 (10): 2115-26. Review
- Ben-Zacharia AB. Therapeutics for multiple sclerosis symptoms. *Mt Sinai J Med.* 2011 May; 78 (2): 176-91. doi: 10.1002/msj.20245. Review.
- Berger T. Multiple sclerosis spasticity daily management: retrospective data from Europe. *Expert Rev Neurother.* 2013 Feb; 13 (3 Suppl 1): 3-7.

- Berkovich R. Treatment of acute relapses in multiple sclerosis. *Neurotherapeutics*. 2013 Jan; 10 (1): 97-105.
- Bigi S, Banwell B. Pediatric multiple sclerosis. *J Child Neurol*. 2012 Nov; 27 (11): 1378-83. Epub 2012 Aug 21. Review.
- Boringa JB, Lazeron RH, Reuling IE, Adèr HJ, Pfenning L, Lindeboom J, de Sonnevill LM, Kalkers NF, Polman CH. The brief repeatable battery of neuropsychological tests: normative values allow application in multiple sclerosis clinical practice. *Mult Scler*. 2001; 7 (4): 263-7.
- Brex PA, Ciccarelli O, ÒRiordan JI, Sailer M, Thompson AJ, Miller DH. A longitudinal study of abnormalities on MRI and disability from multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2002 Jan 17; 346 (3): 158-64.
- Burton JM, ÒConnor PW, HoholM, Beyene J. Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 3: CD006921.
- Carra A, Onaha P, Luetic G, et al. Therapeutic outcome 3 years after switching of immunomodulatory therapies in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis in Argentina. *Eur J Neurol*. 2008; 15: 386-93.
- Casetta I, Iuliano G, Filippini G. Azathioprine for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD003982.
- Castillo-Trivino T, Mowry EM, Gajofatto A, et al. Switching multiple sclerosis patients with break through disease to second- line therapy. *PLoS ONE*. 2011; 6: 1-5.
- Chitnis T, Tardieu M, Amato MP, Banwell B, Bar-Or A, Ghezzi A, Kornberg A, Krupp LB, Pohl D, Rostasy K, Tenenbaum S, Waubant E, Wassmer E. International Pediatric MS Study Group Clinical Trials Summit: meeting report. *Neurology*. 2013 Mar 19; 80 (12): 1161-8.
- Cohen JA, Barkhof F, Comi G, Hartung HP, Khatri BO, Montalban X, Pelletier J, Capra R, Gallo P, Izquierdo G, Tiel-Wilck K, de Vera A, Jin J, Stites T, Wu S, Aradhye S, Kappos L; TRANSFORMS Study Group. Oral fingolimod or intramuscular interferon for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2010 Feb 4; 362 (5): 402-15.
- Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet*. 2002 Apr 6; 359 (9313): 1221-31.
- Comi G, Martinelli V, Rodegher M, et al. PreCISe study group. Effect of glatiramer acetate on conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with clinically isolated syndrome (PreCISe study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009 Oct 31; 374 (9700): 1503-11.
- Confavreux C, Vukusic S, Adeleine P. Early clinical predictors and progression of irreversible disability in multiple sclerosis: an amnesic process. *Brain*. 2003 Apr; 126 (Pt 4): 770-82
- Confavreux C, Vukusic S. Natural history of multiple sclerosis: a unifying concept. *Brain*. 2006 Mar; 129 (Pt 3): 606-16.
- Coyle PK. Switching algorithms: fom one immunomodulatory agent to another. *J Neurol*. 2008; 255 (S1): 44-50.
- Coyle PK. Switching therapies in multiple sclerosis. *CNS Drugs*. 2013 (e-pub march, 19).
- Dunmore FR. Fatigue in multiple sclerosis: an overview of assessment and pharmacologic treatment. *Adv NPs PAs*. 2013 Apr; 4 (4): 23-5, 32.
- Eriksson M, Andersen O, Runmarker B. Long-term follow up of patients with clinically isolated syndromes, relapsing-remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2003 Jun; 9 (3): 260-74.

- Filippi M, Rovaris M, Inglese M, Barkhof F, De Stefano N, Smith S, Comi G. Interferon beta-1a for brain tissue loss in patients at presentation with syndromes suggestive of multiple sclerosis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (ETOMS Study) *Lancet*. 2004 Oct 23-29; 364 (9444): 1489-96.
- Filippini G, Brusaferrri F, Sibley WA, Citterio A, Ciucci G, Midgard R, Candelise L. Corticosteroids or ACTH for acute exacerbations in multiple sclerosis (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4): CD0013312007.
- Filippini G, Del Giovane C, Vacchi L, D'Amico R, Di Pietrantonj C, Beecher D, Salanti G. Immunomodulators and immunosuppressants for multiple sclerosis: a network metaanalysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 6; 6: CD008933. doi: 10.1002/14651858. CD008933. pub2. Review.
- Fox RJ, Miller DH, Phillips JT, Hutchinson M, Havrdova E, Kita M, Yang M, Raghupathi K, Novas M, Sweetser MT, Vigiuetta V, Dawson KT; CONFIRM Study Investigators, Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 or glatiramer in multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2012 Sep 20; 367 (12): 1087-97.
- Gajofatto A, Bacchetti P, Grimes B, et al. Switching first-line disease-modifying therapy after failure: impact on the course of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009; 15: 50-8.
- Gajofatto A, Stefani A, Turatti M, Bianchi MR, Lira MG, Moretto G, Salviati A, Benedetti MD. Prevalence of multiple sclerosis in Verona, Italy: an epidemiological and genetic study. *Eur J Neurol*. 2013 Apr; 20 (4): 697-703. doi: 10.1111/ene. 12045. Epub 2012 Dec 24.
- Ghezzi A, Carone R, Del Popolo G, Amato MP, Bertolotto A et al. Recommendations for the management of urinary disorders in multiple sclerosis: a consensus of the Italian Multiple Sclerosis Study Group. *Neurol Sci* 2011; 32: 1223-31.
- Giovannoni G, Southam E, Waubant E. Systematic review of disease-modifying therapies to assess unmet needs in multiple sclerosis: tolerability and adherence. *Mult Scler*. 2012 Jul; 18 (7): 932-46.
- Gladstone DE, Peyster R, Baron E, Friedman-Urevich S, Sibony P, Melville P, Gottesman M. Highdose cyclophosphamide for moderate to severe refractory multiple sclerosis: 2-year follow-up (investigational new drug No. 65863). *Am J Ther*. 2011 Jan; 18 (1): 23-30.
- Gold R, Kappos L, Arnold DL, Bar-Or A, Giovannoni G, Selmaj K, Tornatore C, Sweetser MT, Yang M, Sheikh SI, Dawson KT; DEFINE Study Investigators, Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2012 Sep 20; 367 (12): 1098-107.
- Goodman AD, Brown TR, Krupp LB, Schapiro RT, Schwid SR, Cohen R, Marinucci LN, Blight AR; Fampridine MS-F203 Investigators. Sustained-release oral fampridine in multiple sclerosis: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2009 Feb 28; 373 (9665): 732-8
- Granberg T, Martola J, Kristoffersen-Wiberg M, Aspelin P, Fredrikson S. Radiologically isolated syndrome--incidental magnetic resonance imaging findings suggestive of multiple sclerosis, a systematic review. *Mult Scler*. 2013 Mar; 19 (3): 271-80.
- Gray OM, McDonnell GV, Forbes RB. A systematic review of oral methotrexate for multiple sclerosis. *Mult Scler* 2006; 12: 507-10.
- Gronseth GS, Ashman EJ. Practice parameter: the usefulness of evoked potentials in identifying clinically silent lesions in patients with suspected multiple sclerosis (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*.2000; 54: 1720-1725
- Hartung HP, Gonsette R, König N, Kwiecinski H, Guseo A, Morrissey SP, Krapf H, Zwingers T; Mitoxantrone in Multiple Sclerosis Study Group (MIMS). Mitoxantrone in progressive multiple sclerosis: a placebo-controlled, double-blind, randomised, multicentre trial. *Lancet*. 2002 Dec 21-28; 360 (9350): 2018-25.

- Healy BC, Glanz BI, Stankiewicz J, et al. A method for evaluating treatment switching criteria in multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2010; 16: 1483-9.
- Hughes SE, Spelman T, Gray OM, et al. for the MSBase study group. Predictors and dynamics of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2013 Oct 9. [Epub ahead of print].
- Invernizzi P, Benedetti MD, Poli S, Monaco S. Azathioprine in multiple sclerosis. *Mini Rev Med Chem* 2008; 8: 919-926.
- Kappos L, Freedman MS, Polman CH, Edan G, Hartung HP, Miller DH, Montalbán X, Barkhof F, Radü EW, Bauer L, Dahms S, Lanius V, Pohl C, Sandbrink R; BENEFITStudy Group. Effect of early versus delayed interferon beta-1b treatment on disability after a first clinical event suggestive of multiple sclerosis: a 3-year follow-up analysis of the BENEFITstudy. *Lancet.* 2007 Aug 4; 370 (9585): 389-97.
- Kappos L, Radue EW, ÓConnor P, Polman C, Hohlfeld R, Calabresi P, Selmaj K, Agoropoulou C, Leyk M, Zhang-Auberson L, Burtin P; FREEDOMS Study Group. A placebo-controlled trial of oral fingolimod in relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2010 Feb 4; 362 (5): 387-401.
- Kheder A, Nair KP. Spasticity: pathophysiology, evaluation and management. *Pract Neurol.* 2012 Oct; 12 (5): 289-98.
- Koch M, Mostert J, Heersema D, De Keyser J. Tremor in multiple sclerosis. *J Neurol.* 2007 Feb; 254 (2): 133-45. Epub 2007 Feb 21. Review.
- Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Fredrikson S, Jonsson B (2006) Costs and quality of life of patients with multiple sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77 (8): 918-926
- Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Battaglia MA, Lucioni C, Uccelli A (2006) Costs and quality of life of multiple sclerosis in Italy. *Eur J Health Econ* 7: S45-S54
- Krupp LB, Tardieu M, Amato MP, Banwell B, Chitnis T, Dale RC, Ghezzi A, Hintzen R, Kornberg A, Pohl D, Rostasy K, Tenembaum S, Wassmer E; International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group. International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Mult Scler.* 2013 Sep; 19 (10): 1261-7.
- Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology.* 1983 Nov; 33 (11): 1444-52.
- Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, Kinkel RP, Brownschidle CM, Murray TJ, Simonian NA, Slasor PJ, Sandrock AW. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. CHAMPS Study Group. *N Engl J Med.* 2000 Sep 28; 343 (13): 898-904.
- Johnston J, So TY. First-line disease-modifying therapies in paediatric multiple sclerosis: a comprehensive overview. *Drugs.* 2012 Jun 18; 72 (9): 1195-211.
- La Mantia L, Vacchi L, Rovaris M, Di Pietrantonio C, Ebers G, Fredrikson S, Filippini G. Interferon β for secondary progressive multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 1: CD005181
- Lassmann H. Pathology and disease mechanisms in different stages of multiple sclerosis. *J Neurol Sci.* 2013 Oct 15; 333 (1-2): 1-4.
- Lassmann H, van Horssen J, Mahad D. Progressive multiple sclerosis: pathology and pathogenesis. *Nat Rev Neurol.* 2012 Nov 5; 8 (11): 647-56.

- Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology*. 1996 Apr; 46 (4): 907-11; *Neurology*, 2014. *Neurology* July 15, 2014 vol. 83 no. 3 278-286.
- Mahurkar S, Suppiah V, O'Doherty C. Pharmacogenomics of interferon beta and glatiramer acetate response: A review of the literature. *Autoimmun Rev*. 2013 Nov 2. doi: pii: S1568-9972.
- Martinelli Boneschi F, Vacchi L, Rovaris M, Capra R, Comi G. Mitoxantrone for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31; 5: CD002127. doi: 10.1002/14651858.CD002127.pub3. Review.
- Massacesi L, Tramacere I., Amoroso S., Battaglia M.A., Benedetti M.D., Filippini G., La Mantia L., Repice A., Solari A., Tedeschi G., Milanese C.. Azathioprine versus Beta Interferons for Relapsing- Remitting Multiple Sclerosis: A Multicentre Randomized Non-Inferiority Trial. *Ploce One*, November 2014|Volume 9|Issue 11|e113371
- Massacesi L, Parigi A, Barilaro A, et al. Efficacy of Azathioprine on multiple sclerosis new brain lesions evaluated using magnetic resonance imaging. *Arch Neurol* 2005; 62: 1843-1847.
- Miller DH, Chard DT, Ciccarelli O. Clinically isolated syndromes. *Lancet Neurol*. 2012 Feb; 11 (2): 157-69. doi: 10.1016/S1474-4422(11)70274-5. Review.
- Miller DH, Weinshenker BG, Filippi M, et al. Differential diagnosis of suspected multiple sclerosis: a consensus approach. *Mult Scler* 2008; 14: 1157-74.
- Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Lancet Neurol*. 2005 May; 4 (5): 281-8. Review.
- Miller AE1, Wolinsky JS2, Kappos L3, Comi G4, Freedman MS5, Olsson TP6, Bauer D7, Benamor M8, Truffinet P8, O'Connor PW9, TOPIC Study Group, Oral teriflunomide for patients with a first clinical episode suggestive of multiple sclerosis (TOPIC): a randomised, double-blind, placebocontrolled, phase 3 trial, *Lancet Neurol*. 2014 Oct; 13 (10): 977-86. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70191-7. Epub 2014 Sep 2
- Minneboo A, Uitdehaag BM, Jongen P, Vrenken H, Knol DI, van Walderveen MA, Polman CH, Castelijns JA, Barkhof F. Association between MRI parameters and the MS severity scale: a 12 year follow-up study. *Mult Scler*. 2009 May; 15 (5): 632-7.
- Montalban X, Tintoré M, Swanton J, Barkhof F, Fazekas F, Filippi M, Frederiksen J, Kappos L, Palace J, Polman C, Rovaris M, de Stefano N, Thompson A, Yousry T, Rovira A, Miller DH. MRI criteria for MS in patients with clinically isolated syndromes. *Neurology*. 2010 Feb 2; 74 (5): 427-34.
- NICE. Multiple sclerosis: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care, 7 June 2010 update
- Nielsen JM, Uitdehaag BM, Korteweg T, Barkhof F, Polman CH. Performance of the Swanton multiple sclerosis criteria for dissemination in space. *Mult Scler*. 2010 Aug; 16 (8): 985-7.
- O'Connor P, Wolinsky JS, Confavreux C, Comi G, Kappos L, Olsson TP, Benzerdjeb H, Truffinet P, Wang L, Miller A, Freedman MS, Randomized trial of oral teriflunomide for relapsing multiple sclerosis *N Engl J Med*. 2011 Oct 6; 365 (14): 1293-303. doi: 10.1056/NEJMoa1014656
- Okuda DT, Mowry EM, Beheshtian A et al. Incidental MRI anomalies suggestive of multiple sclerosis: the radiologically isolated syndrome. *Neurology*. 2009; 72: 800-805
- Ontaneda D, LaRocca N, Coetzee T, Rudick R; NMSS MSFC Task Force.

- Revisiting the multiple sclerosis functional composite: proceedings from the National Multiple Sclerosis Society (NMSS) Task Force on Clinical Disability Measures. *Mult Scler.* 2012 Aug; 18 (8): 1074-80.
- Patti F, Amato MP, Trojano M, Solaro C, Pappalardo A, Zipoli V, Portaccio E, Paolicelli D, Paolillo A, Mennini FS, Marcellusi A, Ricci C, Battaglia MA. Multiple sclerosis in Italy: cost-of-illness study. *Neurol Sci.* 2011 Oct; 32 (5): 787-94.
- Perini P, Gallo P. Cyclophosphamide is effective in stabilizing rapidly deteriorating secondary progressive multiple sclerosis. *J Neurol.* 2003 Jul; 250 (7): 834-8.
- Perini P, Calabrese M, Rinaldi L, Gallo P. The safety profile of cyclophosphamide in multiple sclerosis therapy. *Expert Opin Drug Saf.* 2007 Mar; 6 (2): 183-90. Review.
- Pittock SJ, McClelland RL, Mayr WT, et al. Clinical Implications of Benign Multiple Sclerosis: A 20-Year Population-Based Follow-up Study. *Ann Neurol* 2004; 56: 303-306.
- Polman CH, Reingold SC, Edan G, Filippi M, Hartung HP, Kappos L, Lublin FD, Metz LM, McFarland HF, ÓConnor PW, Sandberg-Wollheim M, Thompson AJ, Weinshenker BG, Wolinsky JS. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". *Ann Neurol.* 2005 Dec; 58 (6): 840-6. Review.
- Polman CH, ÓConnor PW, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Miller DH, Phillips JT, Lublin FD, Giovannoni G, Wajgt A, Toal M, Lynn F, Panzara MA, Sandrock AW; AFFIRM Investigators. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2006 Mar 2; 354 (9): 899-910.
- Polman CH, Bertolotto A, Deisenhammer F, Giovannoni G et al. Recommendations for clinical use of data on neutralising antibodies to interferon-beta therapy in MS. *Lancet Neurol* 2010, 9: 740-750.
- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, Fujihara K, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Lublin FD, Montalban X, ÓConnor P, Sandberg-Wollheim M, Thompson AJ, Waubant E, Weinshenker B, Wolinsky JS. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol.* 2011 Feb; 69 (2): 292-302.
- Ponzio M, Gerzeli S, Bricchetto G, Bezzini D, Mancardi GL, Zaratin P, Battaglia MA. Economic impact of multiple sclerosis in Italy: focus on rehabilitation costs. *Neurol Sci.* 2015 Feb; 36 (2): 227-34.
- Portaccio E, Zipoli V, Siracusa G, et al. Switching to second-line therapies in interferon-beta-treated relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *Eur Neurol.* 2009; 61: 177-82.
- Puthenparampil M, Seppi D, Rinaldi F, Federle L, Calabrese M, Perini P, Gallo P; Multiple Sclerosis Epidemiology Veneto Study Group (MuSEV). Increased incidence of multiple sclerosis in the Veneto region, Italy. *Mult Scler.* 2013 Apr; 19 (5): 601-4.
- Putzki N, Kollia K, Woods S, et al. Natalizumab is effective as second line therapy in the treatment of relapsing remitting multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2009; 16: 424-6.
- Ranzato F, Perini P, Tzintzeva E, Tiberio M, Calabrese M, Ermani M, Davettag F, De Zanche L, Garbin E, Verdelli F, Villacara A, Volpe G, Moretto G, Gallo P. Increasing frequency of multiple sclerosis in Padova, Italy: a 30 year epidemiological survey. *Mult Scler.* 2003 Aug; 9 (4): 387-92.
- Rao SM, Leo GJ, Ellington L, Nauertz T, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology.* 1991 May; 41 (5): 692-6.
- Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology.* 1991 May; 41 (5): 685-91.

- Rice CM, Cottrell D, Wilkins A, Scolding NJ. Primary progressive multiple sclerosis: progress and challenges. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013 Oct; 84 (10): 1100-6.
- Río J, Tintore M, Sastre-Garriga J, et al. Change in the clinical activity of multiple sclerosis after treatment switch for suboptimal response. *Eur J Neurol*. 2012; 19: 899-904.
- Río J, Comabella M, Montalban X. Multiple sclerosis: current treatment algorithms. *Curr Opin Neurol* 2011; 24: 230-7.
- Rommer PS, Stüve O. Management of secondary progressive multiple sclerosis: prophylactic treatment—past, present, and future aspects. *Curr Treat Options Neurol*. 2013 Jun; 15 (3): 241-58.
- Rovira A, Swanton J, Tintoré M, Huerga E, Barkhof F, Filippi M, Frederiksen JL, Langkilde A, Miszkiel K, Polman C, Rovaris M, Sastre-Garriga J, Miller D, Montalban X. A single, early magnetic resonance imaging study in the diagnosis of multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 2009 May; 66 (5): 587-92.
- Rubin JP, Kuntz NL. Diagnostic criteria for pediatric multiple sclerosis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2013 Jun; 13 (6): 354.
- Rudick RA, Stuart WH, Calabresi PA, Confavreux C, Galetta SL, Radue EW, Lublin FD, Weinstock-Guttman B, Wynn DR, Lynn F, Panzara MA, Sandrock AW; SENTINEL Investigators. Natalizumab plus interferon beta-1a for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2006 Mar 2; 354 (9): 911-23.
- Samkoff LM, Goodman AD. Symptomatic management in multiple sclerosis. *Neurol Clin*. 2011 May; 29 (2): 449-63. doi: 10.1016/j.ncl.2011.01.008. Review.
- Schiavolin S, Leonardi M, Giovannetti AM, Antozzi C, Brambilla L, Confalonieri P, Mantegazza R, Raggi A. Factors related to difficulties with employment in patients with multiple sclerosis: a review of 2002-2011 literature. *Int J Rehabil Res*. 2013 Jun; 36 (2): 105-11.
- Sá MJ. Exercise therapy and multiple sclerosis: a systematic review. *J Neurol*. 2013 Nov 22. (Epub ahead of print).
- Scott TF, Frohman EM, De Seze J, Gronseth GS, Weinschenker BG; Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of American Academy of Neurology. Evidence-based guideline: clinical evaluation and treatment of transverse myelitis: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2011; 77: 2128-34.
- Sellebjerg F, Barnes D, Filippini G, Midgard R, Montalban X, Rieckmann P et al. EFNS TASK FORCE EFNS guideline on treatment of multiple sclerosis relapses: report of an EFNS task force on treatment of multiple sclerosis relapses. *Eur J Neurol* 2005, 12: 939-946.
- Shaw C, Chapman C, Butzkueven H. How to diagnose multiple sclerosis and what are the pitfalls. *Intern Med J*. 2009 Dec; 39 (12): 792-9.
- Shirani A, Zhao Y, Karim ME, Evans C, Kingwell E et al. Association Between Use of Interferon Beta and Progression of Disability in Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *JAMA* 2012; 308: 247-256.
- Solaro C, Trabucco E, Messmer Uccelli M. Pain and multiple sclerosis: pathophysiology and treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2013 Jan; 13 (1): 320. doi: 10.1007/s11910-012-0320-5. Review.
- Stankiewicz JM, Kolb H, Karni A, Weiner HL. Role of immunosuppressive therapy for the treatment of multiple sclerosis. *Neurotherapeutics*. 2013 Jan; 10 (1): 77-88.
- Thouvenot E, Carlander B, Camu W. Subcutaneous IFN-β1a to treat relapsing-remitting multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother*. 2012 Nov; 12 (11): 1283-91.

- Tubaro A, Puccini F, De Nunzio C, Digesu GA, Elneil S, Gobbi C, Khullar V. The treatment of lower urinary tract symptoms in patients with multiple sclerosis: a systematic review. *Curr Urol Rep.* 2012 Oct; 13 (5): 335-42. doi: 10.1007/s11934-012-0266-9. Review.
- Thrower BW. Clinically isolated syndromes: predicting and delaying multiple sclerosis. *Neurology.* 2007 Jun 12; 68 (24 Suppl 4): S12-5. Review.
- Verhey LH, Signori A, Arnold DL, Bar-Or A, Sadovnick AD, Marrie RA, Banwell B, Sormani MP. Clinical and MRI activity as determinants of sample size for pediatric multiple sclerosis trials. *Neurology.* 2013 Oct 1; 81 (14): 1215-21.
- Vukusic S, Hutchinson M, Hours M, Moreau T, Cortinvis-Tourniaire P, Adeleine P, Confavreux C, The Pregnancy In Multiple Sclerosis Group; Pregnancy In Multiple Sclerosis Group. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain.* 2004 Jun; 127 (Pt 6): 1353-60.
- Weber MS, Menge T, Lehmann-Horn K, Kronsbein HC, Zettl U, Sellner J, Hemmer B, Stüve O. Current treatment strategies for multiple sclerosis - efficacy versus neurological adverse effects. *Curr Pharm Des.* 2012; 18 (2): 209-19. Review.
- Weinshenker BG, Bass B, Rice GP, Noseworthy J, Carriere W, Baskerville J, Ebers GC. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. 2. Predictive value of the early clinical course. *Brain.* 1989 Dec; 112 (Pt 6): 1419-28.
- Weinshenker BG, Bass B, Rice GP, Noseworthy J, Carriere W, Baskerville J, Ebers GC. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. I. Clinical course and disability. *Brain.* 1989 Feb; 112 (Pt 1): 133-46
- Yeh EA, Weinstock-Guttman B. The management of pediatric multiple sclerosis. *J Child Neurol.* 2012 Nov; 27 (11): 1384-93.
- Yudkin PL, Ellison GW, Ghezzi A et al. Overview of azathioprine treatment in multiple sclerosis. *Lancet* 1991; 338: 1051-105.

Link Utili

- AISM-INPS: COMUNICAZIONE TECNICO SCIENTIFICA PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI INVALIDANTI http://allegati.aism.it/manager/UploadFile/2/20130116_098_diritti.pdf
- IDONEITÀ ALLA MANSIONE E SCLEROSI MULTIPLA. ORIENTAMENTI PER I MEDICI DEL LAVORO COMPETENTI (AISM-SIMLII) <http://www.aism.it/FormMansioneIframe.aspx>
- VERSO UN PERCORSO DI PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA SM. LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DI PDTA PER LE PERSONE CON SCLEROSI MULTIPLA http://www.aism.it/index.aspx?codpage=2015_02_diritti_assistenza_sclerosi_multipla_pdta

(2) Per questi nuovi farmaci orali non vi sono ancora algoritmi specifici in letteratura

Allegato 1A
Centri Hub & Spoke

AZIENDA ULSS 1

S.O.C. DI NEUROLOGIA OSPEDALE SAN MARTINO - BELLUNO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

U.L.S.S. n. 1 - BELLUNO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT. CORRADO MARCHINI

tel.: 0437516325

email: corrado.marchini@ulss.belluno.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

DOTT.SSA ROSA MARIA CANDEAGO

tel.: 0437516370

email: rosamaria.candeago@ulss.belluno.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

SABRINA BOGO-SANDRA REOLON

tel.: 0437516343

email: uoa.neurologia.bl@ulss.belluno.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: radiologo

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 24

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 6

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: Ambulatori di Neurofisiologia e Sonologia, Ambulatorio terapia infusiva ed Educazione terapeutica

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 17

Numero ausili per le ADL: 17

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: PDTA gruppo inter-aziendale SM Treviso-Belluno

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: Carta Servizi SOC Neurologia

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida internazionali (NICE), e Nazionali; Linee guida diagnostiche: Criteri diagnostici di Mc Donald, revisione di Polman 2010; Criteri di Swanton, Criteri di Montalban; Linee guida farmaci (es. Cannabis).

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: - UO

Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0437516343

Disponibilità di consulenza telefonica: dal lunedì al venerdì h. 8:00-16:00

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: uoa.neurologia.bl@ulss.belluno.it

Pagina web del Centro: www.ulss.belluno.it - carta servizi neurologia 9

AZIENDA ULSS 2

U.O.C. NEUROLOGIA OSPEDALE CIVILE DI FELTRE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE CIVILE DI FELTRE

VIA BAGNOLS SUR CEZE 3

32032 FELTRE (BL)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GIORGIO CANEVE

tel.: 0439883500

email: canevegiorgio@libero.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

PIERO NICOLAO

tel.: 0439883504

email: p.nicolao@libero.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

WALFRE DE ROCCO

tel.: 439883503

email: deroccow63@gmail.com

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: no

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: no Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 5

Numero ausili per le ADL: 10

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: 0.4 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front - Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0439883506

Disponibilità di consulenza telefonica: si, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neurologia@ulssfeltre.veneto.it

Pagina web del Centro: <http://www.ulssfeltre.veneto.it/area/ospedale/neurologia.html>

AZIENDA ULSS 3

UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE SAN BASSIANO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT ALESSANDRO BURLINA

tel.: 0424888425

email: alessandro.burlina@aslbasano.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

ROBERTO BOMBARDI, ROSSI PATRIZIA

tel.: 0424888425

email: roberto.bombardi@aslbasano.it, patrizia.rossi@aslbasano.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

ORIENTA DAL MORO, KATIA ANDREATTA

tel.: 0424888425

email: centrosclerosimultipla@aslbassano.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: no

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 24

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: 2

LOCALI PER LA NEUROFISIOLOGIA, UN AMBULATORIO PER LE URGENZE

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 4

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: linee guida SM TRIVENETO

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: -

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0424888425 (segreteria dell'ambulatorio neurologico)

Disponibilità di consulenza telefonica: martedì in orari specifici

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: centrosclerosimultipla@aslbassano.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 4

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE DELL'ALTO VICENTINO-AZIENDA ULSS 4 ALTO VICENTINO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

FLAVIO SANSON

tel.: 0445571653

email: flavio.sanson@ulss4.veneto.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

GIOVANNA DI PALMA

tel.: 0445571068

email: giovanna.dipalma@ulss4.veneto.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

FRANCESCA BRAZZALE

tel.: 445571068

email: francesca.brazzale@ulss4.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 18

Numero posti letto Day Hospital: 4

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: - UO

Disabilità: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0445571068

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: giovanna.dipalma@ulss4.veneto.it

Pagina web del Centro: www.ulss4.veneto.it

AZIENDA ULSS 5

AMBULATORIO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA

OSPEDALE CAZZAVILLAN

VIA DEL PARCO n. 1 36071 ARZIGNANO (VI)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MICHELE MORRA

tel.: 0444479301

email: michele.morra@ulss5.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

LAURETTA SILVESTRI

tel.: 0444479309

email: lauretta.silvestri@ulss5.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

CLAUDIO CONSOLARO

tel.: 0444 479309

email: claudio.consolaro@ulss5.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: no

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: no

Dietologo/Nutrizionista: no

Pneumologo: si

Colonproctologo: no

Foniatra/ORL: no

Gastroenterologo/Chirurgo: no

Angiologo/Linfologo: no

Reumatologo: no

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: no

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 18

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: linee guida mondiali diagnosi e terapia

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: - UO

Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0444479309

Disponibilità di consulenza telefonica: si dalle 8 alle 15.30

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: claudio.consolaro@ulss5.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 6

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE "SAN BORTOLO" VICENZA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

FRANCA BORTOLON

tel.: 0444752518-752568

email: centrosclerosimultipla@lssvicenza.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

FRANCA BORTOLON

tel.: 3209245448

email: centrosclerosimultipla@lssvicenza.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

SANTINA BATTISTIN

tel.: 0444752568

email: santina.battistin@ulssvicenza.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si Neurologo

Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 26

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: DSA

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 12

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 3 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: Rapporti con il territorio

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida della Società Italiana di Neurologia

NICE INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0444752518/752568

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: centrosclerosimultipla@ulssvicenza.it

Pagina web del Centro: [ulss 6 Centro sclerosi multipla](http://ulss6centro.sclerosimultipla.it)

AZIENDA ULSS 7

IRCCS "E. MEDEA". ISTITUTO PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ASSOCIAZIONE "LA NOSTRA FAMIGLIA",

VIA MONTE GRAPPA 96, PIEVE DI SOLIGO (TV)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR ANDREA MARTINUZZI

tel.: 04384141

email: andrea.martinuzzi@cn.lnf.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

FIORENZA PRIVATO

tel.: 04389062

email: fiorenza.privato@ps.lnf.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

FEDERICA PASE

tel.: 0438980326

email: federica.pase@ps.Inf.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: no

Ginecologo: no

Dietologo/Nutrizionista: no

Pneumologo: no

Colonproctologo: no

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: no

Angiologo/Linfologo: no

Reumatologo: no

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: educatori professionali

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 11

Numero posti letto Day Hospital: 15

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 13

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: laboratorio espressivo, laboratorio tecnico, ludoteca, stanza per la riabilitazione neurovisiva

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 6

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 46

Numero ausili per le ADL: 38

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: no

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: progetti e programmi riabilitativi studiati sul singolo paziente

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: protocolli riabilitativi per Sclerosi Multipla

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 04389062

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: direzione@ps.lnf.it

Pagina web del Centro: www.emedeia.it; www.lanostrafamiglia.it

AZIENDA ULSS 7

AMBULATORIO MALATTIE DEMIELINIZZANTI UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROLOGIA STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE CIVILE DI CONEGLIANO VENETO ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT. SANDRO BRUNO

tel.: 0438663277

email: sandro.bruno@ulss7.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIANNA FORTUNATO

tel.: 0438663366

email: marianna.fortunato@ulss7.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

MARINA CASAGRANDE

tel.: 0438663518

email: marina.casagrande@ulss7.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: no

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: no

Gastroenterologo/Chirurgo: no

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 1

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0438663278 - 0438663518

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neurologia@ulss7.it

Pagina web del Centro: <http://www.ulss7.it/magnoliaPublic/istituzionale/strutture-e-assistenza/ospedali/conegliano/neurologia>

AZIENDA ULSS 8

AMBULATORIO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA ULSS 8 ASOLO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GIUSEPPE MACCARRONE

tel.: 0423732590

email: giuseppe.maccarrone@ulssasolo.ven.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MICHELA TIBERIO; BRUNO MARINI

tel.: 0423732590

email: michela.tiberio@ulssasolo.ven.it;bruno.marini@ulssasolo.ven.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

CHIARA ZAMPROGNO

tel.: 0423731814

email: chiara.zamprogno@ulssasolo.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: no

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 0

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0423731819

Disponibilità di consulenza telefonica: si, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: cuneu1@ulssasolo.ven.it

AZIENDA ULSS 9

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA, AZIENDA ULSS9 TREVISO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MARIA TERESA RIGONI

tel.: 0422322527

email:

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIKA VIANELLO

tel.: 0422322659

email: mvianello@ulss.tv.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

MICHELA RONFIN

tel.: 0422322659

email: mronfin@ulss.tv.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 22

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 5

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Indicazioni AIFA per farmaci 2° livello linee guida Centro Regionale per immunosoppressione

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0422322659

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, lun-ven 10,30-15,00

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: dayserviceneurologia@ulss.tv.it

Pagina web del Centro: www.ulss.tv.it, siti specializzati, neurologia, DH neurologia

AZIENDA ULSS 10

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA - UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE SAN TOMMASO DEI BATTUTI - PORTOGRUARO (VE)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

SEBASTIANO D'ANNA

tel.: 04210764782

email: sebastianodanna@ulss10.veneto.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

ANTONIO PALMIERI

tel.: 0421764330

email: antonio.palmieri@ulss10.veneto.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

LUCIA ZANCO

tel.: 0421764331

email: lucia.zanco@ulss10.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: sì

Fisiatra: sì

Logopedista: sì

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 18

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 7

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 6

Numero ausili per le ADL: 2

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: no

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida Società Italiana di Neurologia

Linee guida European Federation of Neurological Societies

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0421764330

Disponibilità di consulenza telefonica: 8-14 lun-ven

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neurologia.portogruaro@ulss10.veneto.it

Pagina web del Centro: <http://centrisclerosimultipla.it/z067.php>

AZIENDA ULSS 12

CENTRO SM UOC NEUROLOGIA MESTRE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ULSS12 VENEZIANA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ROCCO QUATRALE

tel.: 0419657388

email: rocco.quatrale@ulss12.ve.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIA CRISTINA MANTOVAN

tel.: 0419657388

email: mariacristina.mantovan@ulss12.ve.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

OPI ADRIANA

tel.: 0419657388

email: adriana.opi@ulss12.ve.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: no

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: no

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 30

Numero posti letto Day Hospital: 4

Ambulatori medici: 6

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 2

Numero ausili per le ADL: 4

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0419657388

Disponibilità di consulenza telefonica: si, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: OCMeneuroseg@ulss12.ve.it

Pagina web del Centro: <http://ulss12.ve.it/unitaOperativa.aspx?idUO=73&idP=241>

AZIENDA ULSS 12

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA UOC NEUROLOGIA ULSS12 VENEZIANA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE DELL'ANGELO MESTRE (VENEZIA)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ROCCO QUATRALE

tel.: 0419657388

email: rocco.quatrale@ulss12.ve.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIA CRISTINA MANTOVAN

tel.: 0419657388

email: mariacristina.mantovan@ulss12.ve.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

OPI ADRIANA

tel.: 0419657388

email: adriana.opi@ulss12.ve.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: no

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 30

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 6

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: NICE. Multiple sclerosis: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care, 7 June 2010 update

Gruppo Regionale (Emilia-Romagna) SM. Percorso Regionale (Emilia- Romagna) di Diagnosi e Terapia della Sclerosi Multipla. Versione 1.1; Maggio 2011

McDonald WI, Compston A, Edan G et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann.Neurol. 2001; 50:121-127

Polman et al. Recommendations for clinical use of data on neutralising antibodies to interferon-beta therapy in MS. Lancet Neurol 2010, 9: 740-750

Rìo J, Comabella M, Montalban X. Multiple sclerosis: current treatment algorithms. Curr Opin Neurol. 2011; 24:230-7.

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0419657388

Disponibilità di consulenza telefonica: si, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: OCME.neuro@ulss12.ve.it

Pagina web del Centro: <http://www.ulss12.ve.it/unitaOperativa.aspx?idUO=73&idP=241>

AZIENDA ULSS 13

CENTRO SCLEROSI STRUTTURA DI APPARTENENZA

U.O.C. NEUROLOGIA - O.C. MIRANO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

CARLO FATTORELLO SALIMBENI

tel.: 0415794570

email: carlo.fattorello@ulss13mirano.ven.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

CRISTINA ZULIANI

tel.: 0415794585-561

email: cristina.zuliani@ulss13mirano.ven.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

SILVIA PRETO

tel.: 0415794576

email: silvia.preto@ulss13mirano.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: allergologo, dermatologo

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 21

Numero posti letto Day Hospital: 5

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: ambulatorio neuropsicologico; sala incontri pazienti;

ambulatorio neurofisiologia e senologia, ambulatorio terapia infusiva

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 1

Numero ausili per le ADL: 1

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: protocollo diagnostico (Mc Donald 2010); PDTA interaziendale provincia Venezia; protocollo esame liquorale; protocollo sec. linee guida Iscos (International Continence Society) per la diagnosi e monitoraggio dei disturbi vescicali ed intestinali; linee guida Regione Veneto per monitoraggio pazienti in trattamento DMT; protocollo addestramento cateterismo intermittente; protocollo addestramento utilizzo Peristeen (irrigazione transanale); protocolli di trattamento farmaci per via parenterale (Tysabri, Mitoxantrone, Cicolfosfamide, Rituximab); protocollo monitoraggio prima dose Fingolimod

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Criteri diagnostici Mc Donald 2010; linee guida ISCOS; PDTA interaziendale provincia Venezia; linee guida utilizzo CIC e Peristeen; linee guida monitoraggio terapie DMT di I[^] e II[^] linea; linee guida INPS

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0415794576

Disponibilità di consulenza telefonica: sportello telefonico lunedì-giovedì 13-15; altri orari per urgenze; cellulare medico referente per emergenze in casi particolari (es. pz in trattamento con Tysabri)

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neuromirano@ulss13mirano.ven.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 14

SERVIZIO DI NEUROLOGIA - DIPARTIMENTO MEDICO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE CIVILE DI CHIOGGIA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR. SALVINO CASSON

tel.: 0415534661

email: scasson2@asl14chioggia.veneto.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

DR. SALVINO CASSON

tel.: 0415534661

email: scasson2@asl14chioggia.veneto.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

I.P. BOSCOLO BOZZA RENZO

tel.: 0415534433

email: scasson2@asl14chioggia.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: no

Neuropsicologo: no

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 3

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 2

Numero ausili per le ADL: 1

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no S

M pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: -

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0415534433

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: scasson2@asl14chioggia.veneto.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 15

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOA DI NEUROLOGIA ULSS 15 OSPEDALE DI CITTADELLA

VIA RIVA OSPEDALE 35013 CITTADELLA (PD)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MARIA GRAZIA PICCINNO

tel.: 0499424662/4651

email: mariagrazia.piccinno@ulss15.pd.it; luisella.colledan@ulss15.pd.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIA GRAZIA PICCINNO; LUISELLA COLLEDAN

tel.: 0499424662/4651; 0499324512

email: mariagrazia.piccinno@ulss15.pd.it; luisella.colledan@ulss15.pd.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

MAGDA GARDIN

tel.: 049-9424651

email: magda.gardin@ulss15.pd.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: no

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 2

Numero posti letto Day Hospital: 8

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 1

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida di valutazione passaggio a trattamento di seconda linea I

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0499424662/4651

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: mariagrazia.piccinno@ulss15.pd.it;
neurologia_cit@ulss15.pd.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 16

AMBULATORIO DEDICATO ALLA SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

CLINICA NEUROLOGICA II-UOC DI NEUROLOGIA DELL'ULSS 16

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR. BRUNO GIOMETTO

tel.: 0498216699

email: bruno.giometto@unipd.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MATTEO ATZORI

tel.: 0498215315

email: matteo.atzori@sanita.padova.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

SILVIA RIZZO

tel.: 0498215315

email: silvia.rizzo@sanita.padova.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: no

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 1

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 0

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 1

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee Guida Internazionali per la diagnosi (2010 Revised McDonald MS Diagnostic Criteria) e nazionali per il trattamento della Sclerosi Multipla.

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità?: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0498215309

Disponibilità di consulenza telefonica: mail

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: dr.matteo.atzori@gmail.com

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 17

AMBULATORIO MALATTIE DISIMMUNI

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT. SANDRO GUZZON

tel.: 0429788355

email: sandro.guzzon@ulss17.it; neurologia.segreteria@ulss17.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MORENA CADALDINI

tel.: 0429788355

email: morena.cadaldini@ulss17.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

VIVIANA FERRARO

tel.: 0429788355

email: neurologia.segreteria@ulss17.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: no

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 40

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 6

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 25

Numero ausili per le ADL: 5

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: neurite ottica

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: diagnosi secondo i Criteri di Polman; PDTA Az. Osp. Padova in perfezionamento

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0429788355

Disponibilità di consulenza telefonica: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 15

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neurologia.segreteria@ulss17.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 18

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE S. MARIA DELLA MISERICORDIA

VIALE TRE MARTIRI, 140

45100 ROVIGO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ROBERTO L'ERARIO

tel.: 0425393499

email: lerario.roberto@azisanrovigo.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

CHIARA PERIN

tel.: 0425394023

email: chiarin76perin@yahoo.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

EMANUELA MIGLIORINI

tel.: 0425394227

email: migliorini.emanuela@azisanrovigo.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: no

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 19

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 2

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 3

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0425394023

Disponibilità di consulenza telefonica: Lascia numero in agenda, i pazienti vengono richiamati o contattati tramite mail

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: chiarin76perin@yahoo.it; daniela.fulitano@gmail.com

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 19

AMBULATORIO NEUROLOGICO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA ULSS 19 DISTRETTO SOCIO SANITARIO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MARIA PIA BELTRAME

tel.: 0426940569

email: poliambulatorio@ulss19adria.vneto.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

VINCENZO PALOMBA

tel.: 0426940527

email: palombavincenzo@hotmail.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

PAOLA ARMAROLLI

tel.: 0426940569

email: poliambulatorio@ulss19adria.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: no

Neuropsicologo: no

Neurofisiologo: no

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: no

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: no

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: no

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 4

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: no PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): -

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: -

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: -

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: -

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: -

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: -

Datori di lavoro: -

UO Disabilità: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: -

Disponibilità di consulenza telefonica: no

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: 0

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 20

UOS DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE G. FRACASTORO, SAN BONIFACIO (VR)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

SIMONE FUSINA

tel.: 456138661

email: sfusina@ulss20.verona.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

SIMONE FUSINA

tel.: 0456138661

email: sfusina@ulss20.verona.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

ROBERTA FASOLO

tel.: 0456138662

email: neurologia@ulss20.verona.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 0

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Annals of Neurology, Volume 58, Issue 6: 840-846

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: mai

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0456138662

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: neurologia@ulss20.verona.it

Pagina web del Centro: www.ulss20.verona.it

AZIENDA ULSS 21

CENTRO MALATTIE DEMIELINIZZANTI

U.O NEUROLOGIA - AULSS121

STRUTTURA DI APPARTENENZA

U.O NEUROLOGIA - ULSS121

OSPEDALE "MATER SALUTIS" LEGNAGO (VR)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ALBERTO POLO

tel.: 0442622326

email: alberto.polo@aulsslegnago.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

FRANCESCA ROSSI

tel.: 0442622458

email: Michelangelo Turazzini; Raffaele Del Colle

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

NICOLETTA COSTANTINI

tel.: 0442622592

email: nicolcosta69@yahoo.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: no

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 7

Numero ausili per le ADL: 30

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: PDTA: percorso di diagnosi e terapia della sm e sindromi correlate

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: PDTA locale: percorso di diagnosi e terapia della sclerosi multipla e sindromi correlate

PDTA della Sclerosi Multipla nell'area di Verona

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0442622592

Disponibilità di consulenza telefonica: si, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: francesca.rossi@aulsslegnago.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA ULSS 22

U.O. COMPLESSA DI NEUROLOGIA

AMBULATORIO MALATTIE DEMIELINIZZANTI

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE CLASSIFICATO - EQUIPARATO SACRO CUORE - DON CALABRIA NEGRAR (VERONA)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

CLAUDIO BIANCONI

tel.: 0456013927-3394399215

email: claudio.bianconi@acrocuore.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

FABIO MARCHIORETTO

tel.: 0456013111-3336160111

email: fabio.marchioretto@acrocuore.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

GLORIA GIRELLI

tel.: 0456013111

email: gloria.girelli@acrocuore.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: centro valutazione disturbi del sonno

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 14

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 10

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 10

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: medicina nucleare

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: AISM - SIN

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: costantemente

Datori di lavoro: costantemente

UO Disabilità: costantemente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0456013111-0456013644

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: segr.neurologia@acroc cuore.it

Pagina web del Centro: Ospedale Negrar siti ospedale

AZIENDA ULSS 22

UOC DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

CASA DI CURA PEDERZOLI, PESCHIERA DEL GARDA, VERONA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GIAMPIETRO ZANETTE

tel.: 3477274898 - 0456449148

email: gi.zanette@libero.it; gpzanette@cdcpederzoli.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARCO TURATTI

tel.: 3382556165 - 0456449133

email: turatti_marco@hotmail.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

ELENA CIOCCHETTA

tel.: 0456449130; 3393112034

email: eciocchetta@cdcpederzoli.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: no

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 21

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 2

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 6

Numero ausili per le ADL: 5

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: altrove

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Pdta terapeutico assistenziale della sclerosi multipla nella provincia di Verona, 2013; Nice. Multiple sclerosis: national clinical guideline for diagnosis and management of primary and secondary care, 2010

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0456449111 - 0456449130

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: gpzanette@cdcpederzoli.it; neurologia@cdcpederzoli.it; mturatti@cdcpederzoli.it

Pagina web del Centro: cdcpederzoli.it

AZIENDA ULSS 22

SERVIZIO DI NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

EBBA BUFFONE

tel.: 0456712134-2618

email: ebuffone@ulss22.ven.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

EBBA BUFFONE

tel.: 0456712134

email: ebuffone@ulss22.ven.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

NAPOLI MARIA

tel.: 0456712134

email: mnapoli@ulss22.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: no

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: 2 neuropsicologia

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 2

Numero ausili per le ADL: 2

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 1,5 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: riguardante unità operativa

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0456712134

Disponibilità di consulenza telefonica: ebuffone@ulss22.ven.it

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: ebuffone@ulss22.ven.it

Pagina web del Centro: no

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

CENTRO SPECIALIZZATO SCLEROSI MULTIPLA (CESMUV)

STRUTTURA DI APPARTENENZA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE - CLINICA NEUROLOGICA, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

PROF. DOMENICO D'AVELLA

tel.: 0498213642

email: domenico.davella@unipd.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

PAOLO GALLO - STAFF CLINICO: PAOLA PERINI (*), FRANCESCA RINALDI (*), ALICE FAVARETTO (*), LISA FEDERLE (*), ALICE RICCARDI (**) ((*) NEUROLOGO, (***) PSICOLOGA)

tel.: 0498213631

email: paolo.gallo@unipd.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

ELENA BORTOLAMI

tel.: 0498218149

email: elena.bortolami@sanita.padova.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: si

Fisiatra: si

Logopedista: si

Neuropsicologo: si

Neurofisiologo: si

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: si

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: Pediatra, Genetista, Endocrinologo

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 24

Numero posti letto Day Hospital: 2 PL per punture lombari, 17 poltrone reclinabili per terapia infusiva

Ambulatori medici: 2 (viste neurologiche e test cognitivi)

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: no

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: si (ambulatorio infermieristico con archivio, ambulatorio neuropsichiatrico per SM presso Dip. Pediatria)

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 4

Numero ausili per le ADL: 2

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: si: 3 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: si (PEV, OCT)

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: Protocollo terapia induttica e rescue con farmaci immunosoppressori.

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no, si - Sito Internet, si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: PDTA Aziendale per la SM.

Linee guida internazionali per la diagnosi precoce di SM.

Consensus italiano per l'uso della RMN nella SM.

Consensus Internazionale per la diagnostica liquorale.

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0498218149

Disponibilità di consulenza telefonica: sì, sempre

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: dr.paola.perini@gmail.com; dr.francesca.rinaldi@gmail.com

Pagina web del Centro: Pagina Facebook: CeSMuV.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC NEUROLOGIA B - POLICLINICO BORGO ROMA AOUI VERONA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

SALVATORE MONACO

tel.: 0458124285

email: salvatore.monaco@ospedaleuniverona.it; salvatore.monaco@univr.it

NEUROLOGO DI RIFERIMENTO

MARIA DONATA BENEDETTI, RESPONSABILE; ALBERTO GAJOFATTO; MASSIMILIANO CALABRESE (PARZIALE); LUCIANO DEOTTO (BORGO TRENTO)

tel.: 0458124678 (0458123774 Borgo Trento)

email: mariadonata.benedetti@ospedaleuniverona.it; alberto.gajofatto@univr.it; calabresem@hotmail.com; luciano.deotto@ospedaleuniverona.it

INFERMIERE DI RIFERIMENTO

FLAVIO ROSSI (BORGO ROMA), CRISTINA BERTASO (BORGO TRENTO)

tel.: 0458124170 (DH/AMID); (0458122958)

email: flavio.rossi@ospedaleuniverona.it; (cristina.bertaso@ospedaleuniverona.it)

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Neuroradiologo: sì

Fisiatra: sì

Logopedista: sì

Neuropsicologo: sì

Neurofisiologo: sì

Fisioterapista: si

Psichiatra/Psicologo: si

Terapista occupazionale: no

Urologo: si

Ginecologo: si

Dietologo/Nutrizionista: si

Pneumologo: si

Colonproctologo: si

Foniatra/ORL: si

Gastroenterologo/Chirurgo: si

Angiologo/Linfologo: si

Reumatologo: si

Oculista: si

Terapia del dolore NCH intratecale: si

Andrologo: si

Neurologo Pediatra/Neuropsichiatra infantile: si

Assistente sociale: si

Altro: Genetista e Endocrinologo

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 48

Numero posti letto Day Hospital: 8

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 8

Numero ausili per le ADL: 0

STRUMENTAZIONE

Strumentazione neuroradiologica: entrambe 1,5 Tesla e 3 Tesla

Diagnostica neuroimmunologica, sierica e liquorale: si: nel Centro

Strumentazione neurofisiologica: no

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: PDTA interaziendale

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, materiale cartaceo e sito internet AISM

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida diagnostiche e terapeutiche da PDTA interaziendale

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

MODALITÀ DI CONTATTO

Numero telefonico diretto: 0458126404

Disponibilità di consulenza telefonica: mercoledì e giovedì dalle 11 alle 17

Indirizzo di posta elettronica diretto del Centro: centrosm.policlinico@ospedaleuniverona.it

Pagina web del Centro: www.ospedaleuniverona.it

Allegato 1B

Strutture di riabilitazione

AZIENDA ULSS 1

U.O. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE SAN MARTINO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

LAURA BLOCCARI

tel.: 0437/516233

email: laura.bloccari@ulss.belluno.it; paolo.vecchione@ulss.belluno.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

PAOLO VECCHIONE

tel.: 0437/516564

email: paolo.vecchione@ulss.belluno.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

NESSUNO

tel.: nessuno

email: nessuno

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 9

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 0

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Nell'ambito della formazione sul campo è stato fatto un percorso per la SM condiviso insieme alla U.O. di Neurologia di questa ULSS per la presa in carico della SM, in particolare durante il ricovero in Neurologia

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: -

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

AZIENDA ULSS 2

U.O.C. DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

SEDE DI FELTRE E DI LAMON

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ULSS n. 2 FELTRE (BL)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MASSIMO BALLOTTA

tel.: 3285304602

email: direttore@riabilitazionelamon.it; massimo.ballotta@ulssfeltre.veneto.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MASSIMO BALLOTTA

tel.: 3285304602

email: direttore@riabilitazionelamon.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

PACI FIORENZA

tel.: 0439700970

email: segreteria.rrf@ulssfeltre.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: analisi EMG del passo, ecografia dei tessuti molli, biofeedback, pedana stabilometrica, treadmill

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 48

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 4

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 3

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 40

Numero ausili per le ADL: 6

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 3

OSPEDALE SAN BASSIANO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

CRISTINA SMIDERLE

tel.: 0424888745

email: cristina.smiderle@aslbassano.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

SILVIO ZACQUINI

tel.: 424888745

email: silvio.zacquini@aslbassano.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

LINO ZANATO

tel.: 0424888745

email: lino.zanato@aslbassano.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: gait analysis

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 4

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 4

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: gait analysis

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 6

Numero ausili per le ADL: 12

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: disfagia

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 4

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

FISIOKINESITERAPIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE DELL'ALTO VICENTINO-AZIENDA ULSS 4

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GIUSEPPE FILIPPI

tel.: 0445571350

email: giuseppe.filippi@ulss4.veneto.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

LAURA CAROLLO

tel.: 445571320

email: laura.carollo@ulss4.veneto.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ROBERTA MAZZUCCO

tel.: 0445598116

email: roberta.mazzucco@ulss4.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: gait analysis

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 22

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 16

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: laboratorio analisi del movimento

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 50

Numero ausili per le ADL: 10

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 5

UOC DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE DI LONIGO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

STEFANO MAZZON

tel.: 0444431222-35

email: stefano.mazzon@ulss5.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

ALESSANDRO ZANNI

tel.: 0444.431235

email: alessandro.zanni@ulss5.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

BARBARA ROVIARO

tel.: 0444431235

email: barbara.roviaro@ulss5.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: no

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: no

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 30

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 30

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 25

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: -

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: -

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: -

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: -

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

AZIENDA ULSS 6

U.O. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE SAN BORTOLO VICENZA ULSS 6

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GIANNETTORE BERTAGNONI

tel.: 0444753346

email: g.bertagnoni@ulssvicenza.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

ANNA MARANGONI

tel.: 0444 753603

email: anna.marangoni@ulssvicenza.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

NON PREVISTO

tel.: non previsto

email: non previsto

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: no

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: no

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: no

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 36

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 8

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 0

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 7

U.O. MFR

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ULSSASOLO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT. ROBERTO SILVESTRIN

tel.: 0423732390

email: roberto.silvestrin@ulssasolo.ven.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

LUCIA FRANCESCHI

tel.: 423732390

email: lucia.franceschi@

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

LAURA.RODEGHIERO

tel.: 0423732390

email: laura.rodeghiero@ulssasolo.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: no

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: tecnologie per la deambulazione, mobilizzazione passiva, rieducazione arto superiore

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 6

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 15

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 10

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 8

UO NEUROLOGIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA ULSS 8

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MACCARONE GIUSEPPE

tel.: 04237232590

email: giuseppe.maccarone@ulssasolo.ven.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MATTEO ROSSI

tel.: 4237236666

email: Maria Verdi

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

MATTEO.ROSSI@ULSSASOLO.VEN.IT

tel.: 04237236667

email: maria.verdi@ulssasolo.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: Educatore

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 10

Numero posti letto Day Hospital: 10

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 5

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 20

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 20

Numero ausili per le ADL: 25

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: si

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Inserimento lavorativo

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 9

AMBULATORIO DEDICATO - STRUTTURA COMPLESSA ATTIVITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI E DOMICILIARI

STRUTTURA DI APPARTENENZA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA - ULSS 9 TREVISO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

PAOLO BOLDRINI

tel.: 0422322022

email: pboldrini@ulss.tv.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

SARA REGAZZO

tel.: 422322022

email: sregazzo@ulss.tv.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ROSANNA MARESCHI

tel.: 0422322022

email: rmareschi@ulss.tv.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 40

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 10

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 15

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 5

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 40

Numero ausili per le ADL: 10

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida

NICE INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 9

IRCCS "E. MEDEA"

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ASSOCIAZIONE "LA NOSTRA FAMIGLIA", VIA MONTE GRAPPA 96, PIEVE DI SOLIGO (TV)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ANDREA MARTINUZZI

tel.: 04394141

email: andrea.martinuzzi@cn.lnf.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

GABRIELLA PAPARELLA

tel.: 0438-9062

email: gabriella.paparella@ps.lnf.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

DANIELA SCARPEL

tel.: 04389062

email: daniela.scarpel@ps.lnf.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: educatori professionali, ortottista

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: no

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: gait trainer, programmi computerizzati, gait trainer

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 11

Numero posti letto Day Hospital: 15

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 12

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: laboratori tecnico ed espressivo, ludoteca, stanza per la riabilitazione ortottica, neurofisiopatologia

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 6

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 46

Numero ausili per le ADL: 38

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: progetti e programmi riabilitativi specifici per il singolo paziente

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: protocolli riabilitativi per SM

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: costantemente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 9

REPARTO DI MEDICINA FISICA E RAIBILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

ULSS7

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

FRANCESCA GATTINONI

tel.: 0438665284

email: francesca.gattinoni@ulss7.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MASSIMO CORDINI tel.: 438668256

email: massimo.cordini@ulss7.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

/

tel.:/

email:/

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 24

Numero posti letto Day Hospital:

0 Ambulatori medici: 8

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 55

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 74

Numero ausili per le ADL: 17

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 10

UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA DEI PRESIDIO OSPEDALIERI DI PORTOGRUARO, SAN DONÀ DI PIAVE E JESOLO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA ULSS 10 VENETO ORIENTALE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ALESSANDRO BOCCIGNONE

tel.: 0421764211

email: alessandro.boccignone@ulss10.veneto.it;

boccigno@gmail.com

FISIATRA DI RIFERIMENTO

SONIA DALLA NORA

tel.: 421764738

email: sonia.dallanora@ulss10.veneto.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ANNALISA TRAVAN

tel.: 0421764386

email: annalisa.travan@ulss10.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: Lo psicologo è presente nella struttura ospedaliera; una logopedista è laureata in neuropsicologia

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: RMN, TAC, Rx, Diagnostica Ultrasonografica, Spirometria, Densitometria Ossea

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 24

Numero posti letto Day Hospital: 1

Ambulatori medici: 7

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 26

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: Locali per terapia fisica, logoterapia, linfodrenaggio manuale

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 20

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 0

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 12

UOC MIELOOLESIONI - SCLEROSI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

IRCCS - OSPEDALE SAN CAMILLO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT FRANCESCO PICCIONE

tel.: 0412207208

email: francesco.piccione@ospedalesancamillo.net

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARIA ROSARIA STABILE tel.: 041/2207513

email: mariariosaria.stabile@ospedalesancamillo.net

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

SIMONETTA ROSSI

tel.: 0412207527

email: simonetta.rossi@ospedalesancamillo.net

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: RMN, NEUROFISIOLOGIA CLINICA, ANALISI DEL PASSO, PIATTAFORMA POSTUROGRAFICA SMART BALANCE MASTER, GAIT TRAINER, ROBOTICA, REALT? VIRTUALE, TELERIABILITAZIONE, RIABILITAZIONE COGNITIVA ASSISTITA DA COMPUTER, IPPOTERAPIA, GIARDINO TERAPEUTICO, MUSICAARTTERAPIA

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 15

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 5

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: IPPOTERAPIA, GIARDINOTERAPEUTICO, MUSICARTTERAPIA

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 15

Numero ausili per le ADL: 50

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office,

PREDISPOSIZIONE LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: LINEE GUIDA NICE - RACCOMANDAZIONI RIMS

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 12

CENTRO MEDICO SOCIALE UILDM VENEZIA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UILDM

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR PAOLA CARRER

tel.: 041935778 - 3939127711

email: paolacarrer@uildmve, it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

DR SILVIA BAROVIER

tel.: 041/935778 - 3288281635

email: dott.barovier.uildm@gmail.com

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ELISA ORTOTTI

tel.: 041935778 - 3939754847

email: elisauildm@gmail.com

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: no

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 2

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: studio psicologa

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 5

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 12

POLICLINICO SAN MARCO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO SPA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR MICHELANGELO BEGGIO

tel.: 0415071849

email: michelangelo.beggio@policlinicosanmarco.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

DR MICHELANGELO BEGGIO

tel.: 041/5071611

email: michelangelo.beggio@policlinicosanmarco.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

NICOLETTA SCATTOLIN

tel.: 0415071760

email: ufficio.formazione@policlinicosanmarco.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: fisioterapisti della riabilitazione

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: pedana delos - treadmill

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 10

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 6

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: ambulatorio logopedico - ambulatorio neuropsicologia - ambulatorio psicologo

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 3

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 20

Numero ausili per le ADL: 30

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali, incontri settimanali al bisogno con volontari AISM - formazione

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: protocollo interno

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: -

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 12

OSPEDALE VILLA SALUS

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE VILLA SALUS

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR GIAMPIETRO BONIVENTO

tel.: 0412906538

email: g.bonivento@ospedalevillasalus.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

DR GIAMPIETRO BONIVENTO

tel.: 041/2906538

email: g.bonivento@ospedalevillasalus.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ALESSIO DE PIERI

tel.: 0412906902

email: coord.fisioterapisti@ospedalevillasalus.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: si

Altro: terapisti della riabilitazione

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 60

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 4

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 2

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 20

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: costantemente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 12

OSPEDALE SAN RAFFAELE ARCANGELO FATEBENEFRAPELLI

STRUTTURA DI APPARTENENZA

PROVINCIALOMBARDO VENETA - FATEBENEFRAPELLI - ORDINE OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO - S.
RAFFAELE ARCANGELO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR GUIDO SATTIN

tel.: 041783111

email: s.raffaele@fatebenefratelli.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

DR DANIELE VOLPE

tel.: 041/7831111

email: s.raffaele@fatebenefratelli.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

MARINA DAL BIANCO

tel.: 041783111

email: s.raffaele@fatebenefratelli.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: terapisti della riabilitazione

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 80

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 0

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 20

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front- Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 13

ULSS 13 - MIRANO (VE)

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

SANDRO BUOSO

tel.: 0415896641

email: sandro.buoso@ulss13mirano.ven.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

PAOLO CORTE

tel.: 041 5896277

email: paolo.corte@ulss13mirano.ven.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ELISA FERRARESSO

tel.: 0415896276

email: elisa.ferraresso@ulss13mirano.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 5

Ambulatori medici: 2

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: rieducazione vescico-rettale; laboratorio ausili informatici

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 14

UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - DIPARTIMENTO MEDICO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE CIVILE DI CHIOGGIA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR. ANDREA RONCATO

tel.: 0415534677

email: aroncato@asl14chioggia.veneto.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

DR. ANDREA RONCATO

tel.: 415534677

email: aroncato@asl14chioggia.veneto.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

DOTT.SSA LAURA BONDESAN

tel.: 0415534161

email: lbondesan@asl14chioggia.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: si Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 3

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 2

Numero ausili per le ADL: 1

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 15

U.O. MFR U.L.S.S. 15 ALTA PADOVANA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE DI CITTADELLA

OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DOTT.SSA DANIELA PRIMON

tel.: 0499324871

email: daniela.primon@ulss15.pd.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARZIA FAVARON, PAOLA GALLIGIONI

tel.: 049 9324471

email: marzia.favaron@ulss15.pd.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

MARIEMMA FURLAN

tel.: 0499324875

email: mariemma.furlan@ulss15.pd.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: treadmill, EMG superficie, dinamica del passo, WII

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 26

Numero posti letto Day Hospital: 4

Ambulatori medici: 7

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 12

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 67

Numero ausili per le ADL: 17

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

116 PADOVA

UOC DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA OSPEDALE S. ANTONIO DI PADOVA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ULSS 16 - PADOVA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ALESSANDRO GIOVANNINI

tel.: 0498216581-6582

email: alessandro.giovannini@sanita.padova.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARIELLA RIZZI

tel.: 049.8216585

email: mariella.rizzi@sanita.padova.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

DA DEFINIRE

tel.: 0498216583

email: da definire

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: no

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 1

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: mai

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: mai

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 17

ULSS 17 - ESTE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

U.O. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - CONSELVE (PD)

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

DR. PIETRO GENOVESE

tel.: 3292104113

email: pietro.genovese@ulss17.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARTA FEDELI

tel.: 3491763906

email: marta.fedeli@ulss17.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ENRICO DAINESE

tel.: 0498217412

email: riabilitazione.conselve@ulss17.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: dietista

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: ecografia muscolare di superficie

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 38

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 8

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 6

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 25

Numero ausili per le ADL: 5

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 17

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

PIETRO GIOVANNI GENOVESE

tel.: 3292104113; 0429788356

email: dipartimento.neuro@ulss17.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARTA FEDELI

tel.: 3491763906

email: marta.fedeli@ulss17.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ENRICO DAINESE

tel.: 0498217412

email: riabilitazione.conselve@ulss17.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: ecografia muscolare di superficie

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 38

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 40

Numero di sale d'attesa: 3

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 6

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 25

Numero ausili per le ADL: 5

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 18

CENTRO SCLERODI MULTIPLA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE S. MARIA DELLA MISERICORDIA

VIALE TRE MARTIRI, 140

45100 - ROVIGO

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MARGHERITA CATTOZZO

tel.: 0425394322

email: cattozzo.margherita@azisanrovigo.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

ALBERTO LANDO

tel.: 333/4103083

email: albertolando@liberto.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

RITA RIGOBELLO

tel.: 0425394263

email: rigobello.rita@azisanrovigo.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 20

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 4

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 35

Numero di sale d'attesa: 0

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 1

Numero ausili per le ADL: 7

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 19

U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA ULSS 19 OSPEDALE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

EZIO BOTNER DIRETTORE MEICO DI PRESIDIO

tel.: 0426940494

email: dirigenzamedica@ulss19adria.veneto.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

GIOVANNI GRAGGIO

tel.: 0426/940729

email: gio08greggio@yahoo.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ANGELA BOLZAN

tel.: 0426940729

email: bolza.angela@ulss19adria.veneto.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: no

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 1

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 4

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): mai

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: -

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: -

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: -

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 20

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE DON CALABRIA NEGRAR-VERONA

CENTRO MEDICO SOCIALE CLAUDIO SANTI U.O. ADULTI

STRUTTURA DI APPARTENENZA

CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ALESSANDRO GALVANI

tel.: 0458184111

email: alessandro.galvani@centrodoncalabria.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

BARBARA MONTAGNANA

tel.: 458184242

email: barbara.montagnana@centrodoncalabria.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

FLORA PANICO

tel.: 0458184209

email: flora.panico@centrodoncalabria.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: educatori, ass. sociale

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: analisi cammino

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 8

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: arteterapia, ass. sociale

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 10

Numero ausili per le ADL: 10

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Multiple sclerosis national clinical guide line --- NICE

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: costantemente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 20

DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

GASPARE CRIMI

tel.: 0458075146

email: riabilitazione@ulss20.verona.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MATTIA GAMBARIN

tel.: 045/8075315

email: riabilitazione@ulss20.verona.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

MARCO LAMPO

tel.: 0458075262

email: riabilitazione@ulss20.verona.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: no

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 23

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 8

Numero di sale d'attesa: 4

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 3

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 40

Numero ausili per le ADL: 5

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Front-Office

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: occasionalmente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: occasionalmente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 21

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA

NEGRAR VERONA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

FR. MARIO BONORA

tel.: 0456013212

email: segreteria.direzione@sacrocuore.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

RENATO AVESANI

tel.: 456013914

email: renato.avesani@sacrocuore.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

GUIDO PENNATI

tel.: 0456013528

email: guido.pennati@sacrocuore.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 79

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 20

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: arteterapia

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (solleventori): 10

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 120

Numero ausili per le ADL: 20

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: costantemente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: costantemente

AZIENDA ULSS 21

OSPEDALE MATER SALUTIS LEGNAGO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

CLAUDIO MARTINI

tel.: 0442622292

email: claudio.martini@aulsslegnago.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MONICA CORNO

tel.: 0442 622292

email: monicacorno@yahoo.it; monica.corno@aulsslegnago.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

ELISA LOVATO;MADDALENA MANDELLI

tel.: 0442622152; 045 6068243

email: elisa.lovato@aulsslegnago.it; maddalena.mandelli@aulsslegnago.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: no

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: no

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: no

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 90

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 20

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 100

Numero ausili per le ADL: 2

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: -

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA ULSS 22

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

STRUTTURA DI APPARTENENZA

OSPEDALE MALCESINE

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

MASSIMO ROSSI

tel.: 0456589311

email: mrossi@ulss22.ven.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

PHILIPP LA MARCA

tel.: 456589311

email: philippamarca@libero.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

LINO FIA

tel.: 0456589311

email: fisiomalce@ulss22.ven.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: no

Riab. Disturbi della deglutizione: no

Riab. Disturbi fecali: no

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: no

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: EMG/ENG

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 80

Numero posti letto Day Hospital: 10

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 20

Numero di sale d'attesa: 6

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: no

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 4

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 12

Numero ausili per le ADL: 10

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: CARTA SERVIZI DELL'UNITA OPERATIVA

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: costantemente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: costantemente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: costantemente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AISM DI PADOVA

CENTRO RIABILITAZIONE AISM PADOVA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AISM ONLUS

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ELISABETTA PEDRAZZOLI

tel.: 0498974135

email: elisabetta.pedrazzoli@aism.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

ELISABETTA PEDRAZZOLI - INES IGNELZI

tel.: 0498974135

email: elisabetta.pedrazzoli@aism.it - ines.ignelzi@aism.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

tel.:

email: ines.ignelzi@aism.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: foniatra, urologo, assistente sociale

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: Equitest, Bladder scan, Reo go, Gait trainer, balance trainer, cicloergometro, pelveencare, sans

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 5

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: segreteria, direzione

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozine/deambulatori): 4

Numero ausili per le ADL: 20

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida AISM fisioterapia, fatica, impianto pompa al baclofen, tossina botulinica, spasticità, gestione disturbi sfinterici, disturbi vascolari, strumenti compensativi per disturbi comunicazione, ausili, terapia manuale, terapia occupazionale, trattamento logopedico, linee guida INPS accertamento medico-legale, Nice guidelines, Linee guida MS Council Fatica

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: costantemente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

STEFANO MASIERO

tel.: 0498211270

email: stef.masiero@unipd.it; riabilitazione.ortopedica@sanita.padova.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

STEFANO MASIERO

tel.: 049 8211270

email: stef.masiero@unipd.it; riabilitazione.ortopedica@sanita.padova.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

MARIA GRAZIA PIETRAFORTE

tel.: 049 8211270

email: mariagrazia.pietraforte@sanita.padova.it; riabilitazione.ortopedica@santia.padova.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: no

Logopedista: no

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: no

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: no

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: no

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: no

Terapia manuale: no

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: no

Nursing riabilitativo: no

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: no

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: gait analysis

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 5

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 5

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 4

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: ambiente laser, ambiente propriocettiva

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 0

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 0

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: no

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: no

Specificazione delle linee guida utilizzate:

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): mai

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: -

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: -

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: -

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: -

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: -

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: mai

Distretti sociosanitari: -

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: -

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

USO RIABILITAZIONE NEUROLOGICA

CENTRO DI RICERCA IN RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA E COGNITIVA (CRRNC)

STRUTTURA DI APPARTENENZA

RIABILITAZIONE D.O.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

NICOLA SMANIA

tel.: 0458124573

email: nicola.smania@univr.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

MARIALUISA GANDOLFI

tel.: 458124573

email: marialuisa.gandolfi@univr.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

RICCARDO TOSONI

tel.: 0458124950

email: riccardo.tosoni@ospedaleuniverona.it

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: no

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: no

Neuropsicologo: si

Altro: no

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: no

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: no

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: si

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: no

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: no

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: no

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: Tecnologie diagnostiche: EMG di superficie, elettrostimolazione, ecografia per infiltrazione tossina, posturografia, analisi del cammino (Gwalk, Gaitrite). Riabilitazione robotica del cammino: GEo system, Treadmill, Gang Trainer. Riabilitazione robotica della mano: Amadeo system e Gloreha system, BiManutrack.

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 10

Numero posti letto Day Hospital: 2

Ambulatori medici: 3

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 8

Numero di sale d'attesa: 2

Palestra: si

Piscina: si

Sala terapia occupazionale: no

Laboratorio di ricerca: si

Altri locali: Studio logopedia: 4 locali; Studio neuropsicologiche: 1 locale.

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozzine/deambulatori): 8

Numero ausili per le ADL: 1

PDTA

Donne: no

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: Riabilitazione instabilità posturale, riabilitazione robotica del cammino e dell'arto superiore.

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: no

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Sclerosi Multipla training quotidiano. Kunzle U. Società svizzera Sclerosi Multipla.

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: occasionalmente

Medici di famiglia (MMG): occasionalmente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: occasionalmente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: costantemente

Servizi comunali di assistenza: -

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: -

UO Disabilità: -

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: costantemente

Datori di lavoro: -

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

CENTRO AISM DI ROSÀ

CENTRO RIABILITAZIONE AISM VICENZA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

AISM ONLUS VICENZA

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ELISABETTA PEDRAZZOLI

tel.: 0424585868

email: elisabetta.pedrazzoli@aism.it

FISIATRA DI RIFERIMENTO

ELISABETTA PEDRAZZOLI - LISA LAIN

tel.: 0424585868

email: elisabetta.pedrazzoli@aism.it - lisa.lain@aism.it

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO

tel.:

email:

FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI

Psicologo: si

Infermiere: si

Logopedista: si

Terapista occupazionale: si

Neuropsicologo: no

Altro: foniatra, urologo, assistente sociale

SERVIZI

Riab. Disturbi urinari: si

Riab. Respiratoria: si

Riab. Disturbi sessuali: si

Riab. Disturbi della deglutizione: si

Riab. Disturbi fecali: si

Riab. Disturbi vascolari: si

Riab. Disturbi della comunicazione: si

Terapia occupazionale: si

Servizi comunicazione alternativa e aumentativa: si

Consulenza ausili e adattamenti ambientali: si

Idrochinesiterapia: no

Riab. Cognitiva: si

Terapia manuale: si

Riab. Lavorativa: si

Terapia medica infiltrativa: si

Tossina botulinica: si

Nursing riabilitativo: si

Supporto psicologico: si

Terapia fisica: si

Programmi per gestione fatica: si

Agopuntura: si

Gestione pompa al Baclofen: si

Gestione dolore: si

Impiego tecnologie diagnostiche e riabilitative: bladder scan, balance trainer, cicloergometro, Myomed, sans

LOCALI E AUSILI

Numero posti letto ordinari: 0

Numero posti letto Day Hospital: 0

Ambulatori medici: 1

Numero di stanze dedicate alla riabilitazione: 3

Numero di sale d'attesa: 1

Palestra: si

Piscina: no

Sala terapia occupazionale: si

Laboratorio di ricerca: no

Altri locali: segreteria

ACCESSIBILITÀ DELLA STRUTTURA

Numero ausili per il trasferimento (sollevatori): 1

Numero ausili per la mobilità (Carrozze/deambulatori): 3

Numero ausili per le ADL: 30

PDTA

Donne: si

SM pediatrica: no

Forme gravi: si

Altro: no

CARTA DEI SERVIZI

È stata predisposta e diffusa la carta dei servizi: si - Sito Internet, si - Front-Office, si - Affissione nei locali

LINEE GUIDA SPECIFICHE

Sono state utilizzate linee guida specifiche per la SM: si

Specificazione delle linee guida utilizzate: Linee guida Asim fisioterapia, fatica, impianto pompa al baclofen, tossina botulinica, spasticità, gestione disturbi sfinterici, disturbi vascolari, strumenti compensativi per disturbi comunicazione, ausilii, terapia manuale, terapia occupazionale, trattamento logopedico, linee guida INPS accertamento medico legale, Nice guidelines, linee guida MS Council Fatica

INTERAZIONE CON STRUTTURE AZIENDALI E TERRITORIO

Centro clinico per la SM: costantemente

Medici di famiglia (MMG): costantemente

Il Centro rilascia relazioni cliniche sullo stato del paziente per il MMG: costantemente

Strutture assistenziali sanitarie ambulatoriali: occasionalmente

Servizi domiciliari sanitari e sociali: costantemente

Strutture residenziali/temporanee, Case famiglia, Centri diurni per persone con disabilità: occasionalmente

Strutture riabilitative o Servizi riabilitativi domiciliari: occasionalmente

Servizi comunali di assistenza: occasionalmente

Commissioni invalidità: occasionalmente

Servizi di inserimento lavorativo: occasionalmente

UO Disabilità: occasionalmente

Uffici protesi e ausili: costantemente

Distretti sociosanitari: occasionalmente

Datori di lavoro: occasionalmente

Assistenza Domiciliare Integrata: occasionalmente

Allegato 2

Criteri Diagnostici di McDonald/Polman

<p>Presentazione clinica 2 o più attacchi; evidenza clinica oggettiva di 2 o più lesioni o di 1 lesione soltanto con anamnesi attendibile di un attacco precedente</p>	<p>Requisiti supplementari per la diagnosi nessuno, sono sufficienti i segni clinici</p>
<p>2 o più attacchi; evidenza clinica oggettiva di 1 lesione</p>	<p>Disseminazione spaziale in RM dimostrata da: ≥ 1 lesione in T2 in almeno 2 su 4 regioni tipiche di SM (periventricolare, juxtacorticale, infratentoriale, spinale); oppure attesa di 1 ulteriore attacco clinico in una sede differente</p>
<p>1 attacco; evidenza clinica oggettiva di 2 o più lesioni</p>	<p>Disseminazione temporale in RM dimostrata da: presenza contemporanea di lesioni asintomatiche attive e non al Gd in qualsiasi epoca; oppure 1 nuova lesione in T2 e/o lesioni attive in una RM successiva in qualsiasi epoca dopo quella baseline oppure attesa di un secondo attacco clinico</p>
<p>1 attacco; evidenza clinica oggettiva di 1 lesione (sindrome clinicamente isolata)</p>	<p>Disseminazione nello spazio e nel tempo in RM dimostrata da: per la disseminazione nello spazio (DIS): ≥ 1 lesione in T2 in almeno 2 su 4 regioni tipiche di SM (periventricolare, juxtacorticale, infratentoriale, spinale); oppure attesa di 1 ulteriore attacco clinico in una sede differente; per la disseminazione nel tempo (DIT): presenza contemporanea di lesioni asintomatiche attive e non al Gd in qualsiasi epoca; oppure 1 nuova lesione in T2 e/o lesioni attive in una RM successiva in qualsiasi epoca dopo quella baseline oppure attesa di un secondo attacco clinico</p>
<p>Progressione di sintomi neurologici suggestivi di SM</p>	<p>Progressione di malattia per 1 anno (determinata in modo prospettico o retrospettivo) più 2 su 3 dei criteri seguenti: 1. evidenza di DIS alla RM cerebrale (≥ 1 lesioni in T2 nelle regioni tipiche di SM: periventricolare, juxtacorticale, infratentoriale, spinale); 2. evidenza di DIS nel midollo spinale (≥ 2 lesioni in T2) 3. Liquor positivo (BO + all'isoelettrofocusing)</p>

Allegato 3
Expanded Disability Status Scale (sintesi dello score finale)

SISTEMI FUNZIONALI (SF)

- Funzione piramidale
- 0 = Normale.
- 1 = Segni anormali senza disabilità.
- 2 = Disabilità minima.
- 3 = Lieve e moderata para/emiparesi; severa monoparesi.
- 4 = Marcata para/emiparesi o moderata tetraparesi o monoplegia.
- 5 = Paraplegia/emiplegia o marcata tetraparesi.
- 6 = Tetraplegia.

- V = Non noto.
- Funzione cerebellare
- 0 = Normale.
- 1 = Segni anormali senza disabilità.
- 2 = Lieve atassia.
- 3 = Moderata atassia del tronco o degli arti.
- 4 = Marcata atassia ai 4 arti.
- 5 = Incapacità a svolgere movimenti coordinati per atassia.
- V = Non noto.

Indicare con X dopo ogni numero quando l'ipostenia (punteggio 3 o maggiore della funzione piramidale) interferisce sulla funzione cerebellare.

- Funzione troncoencefalica
- 0 = Normale.
- 1 = Segni anormali asintomatici.
- 2 = Moderato nistagmo o altra lieve disabilità.
- 3 = Nistagmo severo, o marcata ipostenia dei muscoli extraoculari o moderata disfunzione di altri nervi cranici.
- 4 = Marcata disartria o altra marcata disabilità.
- 5 = Impossibilità a deglutire o parlare.
- V = Non noto.
- Funzione sensitiva
- 0 = Normale.
- 1 = Solo deficit della pallestesia o della grafoestesia in 1-2 arti.
- 2 = Lieve deficit del tatto, dolore o della sensibilità di posizione, e/o moderato deficit della pallestesia in 1-2 arti; o solo deficit della pallestesia in 3-4 arti.
- 3 = Moderata ipoestesia tattile/dolorifica o della sensibilità di posizione e/o perdita della pallestesia in 1-2 arti; o lieve deficit sensibilità tattile o dolorifica e/o moderato deficit in tutti i test propriocettivi in 3-4 arti.
- 4 = Marcata ipoestesia tattile o dolorifica o perdita della propriocettiva, sola o in combinazione, in almeno 1-2 arti oppure moderato deficit tattile, dolorifico e/o severo deficit propriocettivo in più di 2 arti.
- 5 = Anestesia in 1-2 arti o moderata ipoestesia tattile o dolorifica e/o perdita della propriocettiva al di sotto del capo.
- 6 = Anestesia a! di sotto del capo.
- V = Non noto.
- Funzioni sfinteriche
- 0 = Normale.
- 1 = Lieve esitazione o ritenzione o urgenza nella minzione.
- 2 = Moderata esitazione, ritenzione o urgenza nella minzione o defecazione, o rara incontinenza urinaria.
- 3 = Frequente incontinenza urinaria.
- 4 = Quasi costante cateterizzazione.
- 5 = Perdita della funzione vescicole.
- 6 = Perdita della funzione urinaria e intestinale.
- V = Non noto.
- Funzione visiva
- 0 = Visus normale.
- 1 = Scotoma con acuità visiva corretta, visus superiore a 6-7/10.
- 2 = Occhio peggiore con scotoma e acuità visiva massima corretta tra 6-7/10 e 3/10.
- 3 = Occhio peggiore con ampio scotoma o modesto deficit campimetrico ma acuità visiva corretta tra 3/10 e 2/10.
- 4 = Occhio peggiore con grave difetto campimetrico e acuità visiva corretta tra 2/10 e 1/10; oppure punteggio 3 più acuità massima dell'occhio migliore inferiore a 7/10.
- 5 = Occhio peggiore con acuità visiva massima corretta inferiore a 1/10; oppure punteggio 4 più massima acuità visiva corretta nell'occhio migliore inferiore a 7/10.
- 6 = Punteggio 5 più massima acuità visiva corretta nell'occhio migliore inferiore a 7/10.

- V = Non noto.
- X = È aggiunto ai gradi da 0 a 6 per presenza di pallore temporale.
- Funzioni mentali
- 0 = Normale.
- 1 = Lievi alterazioni dell'umore (ma senza effetto sull'invalidità).
- 2 = Modesto decadimento mentale.
- 3 = Moderato decadimento mentale.
- 4 = Marcato decadimento mentale (moderata sindrome cerebrale-cronica).
- 5 = Demenza o sindrome cerebrale cronica (gravemente incapace).
- V = Non noto.
- Altre funzioni (ogni altra funzione neurologica attribuibile alla sclerosi multipla)
- Spasticità
- 0 = Assente.
- 1 = Lieve.
- 2 = Moderata.
- 3 = Grave.
- V = Non noto.
- SCALA DI INVALIDITÀ ESPANSA (Expanded Disability Status Scale - EDSS)
- 0,0 = Esame neurologico normale (punteggio 0 in tutti i SF).
- 1,0 = Nessuna disabilità, segni minimi (punteggio 1) in 1 SF.
- 1,5 = Non vi è disabilità, segni minimi in più di 1 SF (più di uno con punteggio 1, esclusa la funzione mentale con punteggio 1).
- 2,0 = Disabilità minima in 1 SF (1 SF con punteggio 2, altri con punteggio 0 o 1).
- 2,5 = Disabilità minima in 2 SF (2 SF con punteggio 2, altri con punteggio 0 o 1).
- 3,0 = Disabilità moderata in 1 SF (1 SF con punteggio 3, altri con punteggio 0 o 1) o disabilità lieve in 3 o 4 SF (3-4 SF con punteggio 2, altri con punteggio 0 o 1); il paziente è completamente deambulante.
- 3,5 = Del tutto autonomo ma con disabilità moderata in 1 SF (1 SF con punteggio 3) e 1 o 2 SF con punteggio 2; oppure 2 SF con punteggio 3; oppure 5 SF con punteggio 2 (altri con punteggio 0 o 1).
- 4,0 = Del tutto autonomo senza aiuto, autosufficiente per anche 1 2 ore al giorno nonostante una disabilità relativamente marcata consistente in 1 SF con punteggio 4 (altri con punteggio 0 o 1), o combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti dei punteggi precedenti; in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 500 metri.
- 4,5 = Del tutto autonomo senza aiuto, anche per tutto il giorno, in grado di lavorare durante tutto il giorno, può tuttavia avere qualche limitazione per un'attività completa e richiedere un minimo di assistenza; caratterizzato da una disabilità relativamente marcata consistente in 1 SF con punteggio 4 (altri con punteggio 0 o 1) o per combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti dei punteggi precedenti; è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 300 metri.
- 5,0 = In grado di camminare senza aiuto e senza fermarsi per circa 200 metri; la disabilità è tale da compromettere una completa attività quotidiana (per es. lavorare per tutto il giorno senza provvedimenti particolari), (di solito l'equivalente nelle SF è: punteggio 5 per 1 sola funzione 1, gli altri con punteggio 0 o 1, oppure combinazioni di punteggi inferiori che tuttavia superano i limiti del punteggio EDSS di 4,0).
- 5,5 = In grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 100 metri; la disabilità è tale da impedire una completa attività quotidiana (di solito l'equivalenti nei SF è: un solo SF con punteggio 5, altri con punteggio 0 o 1; o combinazioni di gradi inferiori che superano quelli del punteggio EDSS di 4,0).
- 6,0 = Assistenza intermittente o costante e unilaterale (bastone, stampella, sostegni) per camminare per circa 100 metri con o senza sosta (di solito equivale a combinazioni di più di 2 SF con punteggio maggiore di 3).
- 6,5 = Assistenza bilaterale costante (bastone, stampella, sostegni) per camminare per circa 20 metri senza fermarsi (di solito equivale a combinazioni di più di 2 SF con punteggio maggiore di 3).
- 7,0 = Incapace di camminare oltre 5 metri anche con aiuto, essenzialmente obbligato

	su una sedia a rotelle; in grado di spostarsi da solo sulla sedia a rotelle e di trasferirsi da essa ad altra sede (letto, poltrona); passa in carrozzella circa 12 ore al giorno (di solito equivale a combinazioni di più di un SF con punteggio 4+; raramente SF piramidale con punteggio 5).
7,5 =	Incapace di fare più di qualche passo, obbligato sulla sedia a rotelle; può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia ad altra sede; si sposta da solo sulla carrozzella ma non può muoversi su una carrozzella standard per un giorno intero. Può avere bisogno di una carrozzella a motore. Di solito equivale a combinazioni di più di un SF con punteggio 4+.
8,0 =	Essenzialmente obbligato a letto o su una sedia, viene trasportato sulla carrozzella, ma può stare fuori dal letto per gran parte del giorno; mantiene molte funzioni relative alla cura di sé; ha generalmente un uso efficace degli arti superiori (di solito equivale a combinazioni di più SF con punteggio 4+).
8,5 =	Uso efficace di uno o entrambi gli arti superiori; mantiene alcune funzioni relative alla cura di sé (di solito equivale a combinazioni con punteggio 4+ in più SF).
9,0 =	Obbligato a letto e dipendente; può solo comunicare e mangiare (di solito equivale a combinazioni di più SF con punteggio 4+).
9,5 =	Paziente obbligato a letto e totalmente dipendente; incapace di comunicare efficacemente o mangiare/deglutire (di solito equivale a combinazioni di SF quasi tutte con punteggio 4+).
10,0 =	Morte dovuta a SM.

Allegato 4

Criteria di rimborsabilità AIFA per natalizumab

Criterio A

- paziente adulto e adolescenti tra i 12 e i 18
- diagnosi di SM recidivante-remittente con elevata attività di malattia
- trattamento con terapia immunomodulante (interferone o glatiramer acetato) per almeno dodici mesi (il periodo può essere inferiore se la mancata risposta al trattamento è chiaramente documentabile in un arco di tempo più breve)
- presenza di 1 ricaduta nel corso dell'ultimo anno in terapia (se paziente Ac anti-JCV negativo) o di 2 ricadute o 1 con esiti (se paziente Ac anti-JCV positivo)
- presenza di almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla RM

oppure

- presenza di almeno 1 lesione gadolinio-positiva alla RM.

Criterio B

- paziente adulto di età uguale o superiore ai 18 anni
- diagnosi di SM recidivante-remittente grave ad evoluzione rapida
- presenza di almeno 2 ricadute disabilitanti nel corso dell'ultimo anno con incompleto recupero, e comparsa di un aumento significativo del carico lesionale in T2

oppure

- comparsa di 1 o più lesioni captanti gadolinio rispetto a una precedente RM cerebrale effettuata di recente.

Allegato 5

Percorso diagnostico-terapeutico nella PML

La stratificazione del rischio di PML per i pazienti in terapia con natalizumab si basa sui seguenti fattori:

- positività degli anticorpi anti JCV nel siero
- precedente terapia immunosoppressoria
- durata della terapia con natalizumab

Il rischio di PML nei pazienti trattati oltre i due anni con natalizumab, positivi per anticorpi anti-JCV nel plasma e precedentemente sottoposti a terapie immunosoppressive (IS) è stimato attualmente in 1:94. Si ritiene che tale rischio sia elevato, considerando che la PML è una malattia potenzialmente mortale e sempre invalidante.

Si ritiene che le seguenti indicazioni debbano essere seriamente considerate:

- Se il paziente è Ac anti-JCV negativo, può essere trattato, ma il suo stato anticorpale va monitorato semestralmente (rischio PML: 1/10.000)
- Se il paziente è Ac anti-JCV positivo e non è mai stato trattato con farmaci IS può essere trattato per due anni; infatti, il rischio di PML passa da 1:1.900 a 1:250 dopo il secondo anno di terapia
- Se il paziente è Ac anti-JCV positivo ed è stato precedentemente trattato con IS è preferibile evitare il natalizumab (rischio di 1:600 nei primi due anni di terapia, 1:94 dopo il secondo anno).

Il percorso diagnostico-terapeutico, in caso di sospetta PML, prevede l'immediata sospensione del trattamento con natalizumab, la richiesta in urgenza di RMN cerebrale con gadolinio, e l'esecuzione di rachicentesi per evidenziare la presenza di copie di DNA virale. Non esiste ad oggi alcuna terapia farmacologica specifica; è utile la plasmferesi al fine di accelerare l'eliminazione del farmaco (in tal caso considerare il rischio di IRIS - sindrome infiammatoria da ricostituzione immunitaria, che va trattata con boli di steroidi ad alte dosi).

Allegato 6

Esami ematochimici per l'avvio e il monitoraggio della terapia con natalizumab

Prima dell'inizio della terapia:

Emocromo con formula

Urea e creatinina, AST, ALT e gGT; bilirubina totale, coniugata e non coniugata

Sierologia per HBV, HCV, CMV, HSV tipo 1 e 2

Ogni 3 mesi:

Emocromo con formula

AST, ALT e gGT; bilirubina totale, coniugata e non coniugata

Ogni 6 mesi:

Anticorpi anti-natalizumab (da eseguire prima dei 6 mesi se ricaduta, reazione allergica, effetti collaterali importanti)

Anticorpi anti-JCV nel paziente Ac anti-JCV negativo o positivo con JCV Index < 1.5 (*)

(*) esame eseguito da UNILABS, Copenaghen, costo a carico di Biogen-Idec, Spedizione organizzata da TNT

Ogni 12 mesi:

Sierologia per HBV, HCV, CMV, HSV tipo 1 e 2, Toxoplasma

Allegato 7

Criteri di rimborsabilità AIFA per fingolimod

Criterio A

- paziente adulto di età uguale o superiore ai 18 anni
- diagnosi di SM recidivante-remittente con elevata attività di malattia
- trattamento con terapia immunomodulante (interferone) per almeno dodici mesi
- presenza di 1 ricaduta nel corso dell'ultimo anno in terapia
- presenza di almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla RM

oppure

- presenza di almeno 1 lesione gadolinio-positiva alla RM
- un paziente non-responder può anche essere definito come un paziente che presenta un tasso di recidive invariato o aumentato rispetto all'anno precedente o che presenta recidive gravi

Criterio B

- - paziente adulto di età uguale o superiore ai 18 anni
- - diagnosi di SM recidivante-remittente grave ad evoluzione rapida
- - presenza di almeno 2 ricadute disabilitanti nel corso dell'ultimo anno con incompleto recupero e comparsa di un aumento significativo del carico lesionale in T2

oppure

- - comparsa di 1 o più lesioni captanti gadolinio rispetto a una precedente RM cerebrale effettuata di recente.

Inoltre, il farmaco risulta inserito nell'elenco dei medicinali di cui alla Legge 648/96 per il trattamento in monoterapia, come farmaco modificante la malattia, nella sclerosi multipla recidivante-remittente nei pazienti con un'elevata attività di malattia nonostante la terapia con glatiramer acetato.

Questi pazienti possono essere definiti come coloro che non hanno risposto ad un ciclo terapeutico completo ed adeguato (normalmente almeno un anno di trattamento) con glatiramer acetato. I pazienti devono avere avuto almeno 1 recidiva nell'anno precedente mentre erano in terapia, e presentare almeno 9 lesioni

iperintense in T2 alla RM cerebrale o almeno 1 lesione captante gadolinio. Un paziente non responder può anche essere definito come un paziente che presenta, rispetto all'anno precedente, un tasso di recidive invariato o aumentato o che presenta recidive gravi.

Allegato 8

Esami ematochimici e strumentali per l'avvio ed il monitoraggio della terapia con fingolimod

Prima dell'inizio della terapia:

Emocromo con formula

Urea e creatinina, AST, ALT, gGT, bilirubina totale, coniugata e non coniugata, glicemia

Sierologia per VZV (*), HBV, HCV, CMV, HSV tipo 1 e 2

Assetto lipidico completo (colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi) (*)

ECG con specifica dei valori di FC e QTc

Visita Dermatologica con mappatura dei nevi (**)

Visita Oculistica (***)

Per le donne HPV Test e PAP Test

(*) un aumento del colesterolo e delle LDL è osservato nella maggioranza dei pazienti trattati con fingolimod; se colesterolo > 250 e/o LDL > 160 trattare il paziente, specialmente se sono presenti altri fattori di rischio circolatorio.

(**) è consigliata una mappatura dei nei cutanei prima di qualsiasi terapia immunosoppressoria o modificante l'assetto immunitario; il successivo eventuale monitoraggio sarà programmato sulla base delle indicazioni del Collega Dermatologo.

(***) la visita oculistica basale è consigliata solo in pazienti selezionati (diabetici o con storia di pregressa patologia retinica); è invece indicata una visita oculistica con eventuale OCT al terzo mese di trattamento (secondo linee guida); successivo monitoraggio in accordo al reperto del terzo mese.

Successivamente:

Emocromo con formula (al 1°, 3°, 6°, 9°, 12° mese nel primo anno poi ogni 6 mesi)

AST, ALT, gGT (al 1°, 3°, 6°, 9°, 12° mese nel primo anno poi ogni 6 mesi)

Assetto lipidico completo (colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi, ogni 6 mesi)

PAP Test ogni 12 mesi (o ogni 6 se HPV+),

Nel paziente VZV negativo, è raccomandata la vaccinazione e l'inizio della terapia con fingolimod dopo l'avvenuta immunizzazione.

Allegato 9

Linee guida per il trattamento con Ciclofosfamide

Introduzione

Una terapia con farmaci immunosoppressori - quale quella con ciclofosfamide descritta nel presente protocollo - è indicata nelle seguenti forme cliniche di Sclerosi Multipla:

- forma secondaria progressiva (perdita di 1 o più punti di EDSS nell'ultimo anno);
- forma relapsing-remitting, con più di 3 ricadute clinicamente documentate all'anno, con o senza accumulo di disabilità, refrattari ad altre terapie;
- forma primaria progressiva ad evoluzione rapida.

I pazienti che, in base alle esperienze internazionali, sembrano rispondere meglio alla terapia con ciclofosfamide sono:

- pazienti giovani (< 40 anni)
- in grado di deambulare senza ausili ??con malattia in attiva progressione
- con breve durata della malattia
- con minore disabilità.

Il paziente selezionato per il trattamento con ciclofosfamide deve essere adeguatamente informato sulle finalità e le modalità di esecuzione del trattamento, sulla durata e sugli effetti collaterali a breve e lungo termine.

Accertarsi che il paziente non presenti infezioni in atto o abbia avuto malattie infettive nei 10 giorni precedenti, non sia affetto da grave insufficienza renale o epatica, non abbia grave ritenzione urinaria, non sia portatore di catetere a dimora. Discutere con il/la paziente i problemi relativi alla procreazione (come brevemente riportato nella scheda informativa). La terapia con ciclofosfamide può essere eseguita in regime di Ambulatorio Integrato, e può essere preceduta da una fase di induzione, riservata ai pazienti con malattia in fase particolarmente attiva (e.g., gravi ricadute polisintomatiche e/o rapida progressione).

Terapia con boli di Ciclofosfamide

Procedere alla somministrazione endovena dei seguenti farmaci seguendo l'ordine riportato. Si consiglia, dato che la terapia infusiva perdura per molte ore, di utilizzare un ago cannula (20-22 g). I farmaci possono essere somministrati tramite lo stesso deflussore.

1. Metilprednisolone (Solumedrol)

1 gr in 250 cc di soluzione fisiologica

tempo di somministrazione: 1 ora e 1/2

2. Antiemetico (Zofran 1 fle.v.)

3. Ciclofosfamide (Endoxan Asta)

a) Iniziare con 800 mg/m² di superficie corporea, da ricostituire sotto cappa (adatta alla manipolazione di prodotti chimici), con soluzione per preparazioni iniettabili (50 cc di soluzione per ogni grammo di farmaco). Tempo di somministrazione: 60 minuti.

b) Eseguire un emocromo con formula tra l'8° e il 12° giorno successivo al trattamento per cogliere la caduta dei globuli bianchi (nadir). Se il giorno del prelievo coincide con un weekend il sangue va prelevato il giorno lavorativo più vicino. Inoltre, è necessario eseguire un prelievo poco prima del successivo bolo (entro le 24 ore precedenti).

c) La dose successiva di ciclofosfamide viene aggiustata in base al precedente nadir come segue:

- aumentare mensilmente la dose di 200 mg/m² fino ad ottenere un numero di leucociti di circa 2000/mm³ al nadir di metà mese;
- se si arriva ad una dose di 1200 mg/m² prima di assistere ad una riduzione dei leucociti a 2000/mm³, aumentare il dosaggio di 100 mg/m² al mese fino ad ottenere il nadir desiderato;
- se i leucociti al nadir dovessero scendere sotto i 1500/mm³, ridurre il dosaggio di 100-200 mg/m²;

- la dose di ciclofosfamide somministrata deve inoltre tener conto del numero dei leucociti dell'emocromo eseguito prima della terapia; generalmente a fine mese si assiste ad un ritorno dei leucociti sopra i 4000, in tal caso la dose viene confermata. In caso contrario, il seguente schema è proposto:

- leucociti tra 3000 e 4000/mm³ 75% della dose precedente
- leucociti tra 2000 e 3000/mm³ 50% della dose precedente
- leucociti < 2000/mm³ SOSPENSIONE. Controllare l'emocromo dopo una settimana ed, eventualmente, dopo 15 giorni, prima di riprendere la terapia.

d) Una volta stabilita la dose che consente di ottenere la riduzione dei leucociti desiderata, questa diventerà la dose standard per quel paziente e sarà mantenuta nel tempo, controllando sempre l'emocromo prima del bolo (sono sufficienti invece controlli trimestrali dell'emocromo a metà mese).

Il bolo mensile di ciclofosfamide deve sempre essere accompagnato da:

- trattamento preventivo antinausea come suddescritto.
- idratazione successiva alla terapia (1 L e 1/2 per os o e.v.), al fine di ridurre al minimo il rischio di cistiti emorragiche.
- Mesna (Uromitexan): dose in mg equivalente alla dose di ciclofosfamide.

Nei pazienti con ritenzione urinaria e storia di cistiti ricorrenti o di pregressa documentata ematuria, è opportuno prevenire una eventuale cistite emorragica applicando un catetere di Foley, irrigando quindi la vescica con 150 ml/h di soluzione salina iniziando un'ora prima della terapia e continuando per le successive 21 ore, e nelle successive tre ore (22-24) con un antibiotico ad ampio spettro in soluzione salina isotonica.

È nostra opinione - tuttavia - che tali pazienti non dovrebbero essere inseriti in un protocollo di terapia con ciclofosfamide, ma bensì trattati con altri farmaci immunosoppressori privi di effetti collaterali a livello vescicale.

È bene che il paziente faccia colazione la mattina della terapia; è consigliabile inoltre che il paziente segua una dieta leggera il giorno della terapia e il giorno successivo. Il digiuno è sconsigliato.

Nelle 24/48 ore successive alla terapia è bene somministrare al paziente 1c di Plasil o di Peridon prima dei pasti al fine di prevenire la nausea e il vomito (peraltro non frequenti). Viene segnalata che la presenza di pasta nell'alimentazione riduce la nausea e il vomito. È opportuno inoltre mantenere un adeguato apporto idrico il giorno successivo la terapia (almeno due litri).

Controlli periodici.

- Controllare mensilmente il peso corporeo del paziente!
- Eseguire ogni 3 mesi citologia urinaria (3 campioni).
- Ogni sei mesi eseguire Ecografia vescicale e post-minzionale.

Allegato 10
Protocollo per la somministrazione del Mitoxantrone

Protocollo Hartung.

- Metilprednisolone (Solumedrol) 500 mg - 1 gr in 250 cc di fisiologica (in 60 minuti)
- Ondansetron (Zofran) 1 fl in 100 cc di soluzione fisiologica (in 15 minuti) o
- Mitoxantrone (Novantrone) alla dose di 8 mg/m² di superficie corporea, in 250 cc di soluzione fisiologica (in 30 - 45 minuti)
- Fisiologica 500 cc e adeguata idratazione a domicilio

Frequenza: 1 volta al mese per i primi tre mesi, poi 1 volta ogni 2 mesi

Prima dell'avvio della terapia è richiesta l'esecuzione di ECG ed Ecocolorcardiogramma transtoracico con calcolo della LVEF. Durante il monitoraggio della terapia è previsto il prelievo per emocromo con formula al 12° giorno dall'infusione, per emocromo con formula, funzionalità epatica e renale un paio di giorni prima della successiva infusione; si richiede inoltre controllo di Ecocolorcardiogramma trans-toracico con calcolo della LVEF ogni 6 mesi o prima di ogni ciclo se la dose cumulativa raggiunta > 100 mg/m².

Si consiglia di interrompere la terapia se:

Conta basale dei leucociti < 2.000/ml o neutrofili < 1.000/ml

LVEF ridotta ≥ 10% rispetto al basale (confermata in 2 controlli)

LVEF < 50% o clinicamente significativa

Dose cumulativa ≥ 140 mg/m²

Protocollo Rescue.

- Metilprednisolone (Solumedrol) 500 mg - 1 gr in 250 cc di fisiologica (in 60 minuti)
- Ondansetron (Zofran) 1 fl in 100 cc di soluzione fisiologica (in 15 minuti) o
- Mitoxantrone (Novantrone) alla dose di 10-12 mg/m² di superficie corporea, in 250 cc di soluzione fisiologica (in 30 - 45 minuti)
- Fisiologica 500 cc e adeguata idratazione a domicilio

Frequenza: 1 volta al mese per 6 mesi

Invariato il monitoraggio.

Effetti collaterali della terapia con Mitoxantrone

Effetti collaterali maggiori

- Leucemia Mieloide Acuta
- Miocardiopatia: insufficienza cardiaca congestizia (dose > 140 mg/m²)
- Alterazioni del ciclo mestruale (amenorrea permanente 7% donne < 35 anni e 14% donne >35 anni)
- Possibile riduzione della fertilità.

Effetti collaterali minori

- Nausea e vomito (62%)
- Alopecia (47%)
- Infezione delle vie urinarie
- Flebiti in sede di iniezione
- Leucopenia-Anemia
- Alterazioni del ciclo mestruale (irregolarità del ciclo).

MTX e cardiotoxicità

- Rischio dose-cumulativo
- I disturbi cardiovascolari comprendono:
 - modificazioni del tracciato ECG
 - episodi di aritmia acuta
 - riduzione della LVEF asintomatica
 - insufficienza cardiaca congestizia

Può insorgere durante la terapia o dopo la sua sospensione (mesi - anni).

MTX e leucemia mieloide acuta

Gli inibitori della Topoisomerasi II, come il Mitoxantrone, possono indurre una LMA:

- periodo di latenza dalla fine della terapia: 3 mesi - 5 anni
- esordio acuto, non preceduto da sdr. Mielodisplastica associata ad anomalie citogenetiche che principalmente consistono in traslocazioni che coinvolgono la regione 11q23
- generalmente responsiva alla terapia anti-leucemica.

Nella casistica Italiana: 30 casi di LMA con un'incidenza di 9.3 casi di LMA/1000 pz (1/108) un tasso di mortalità del 37%.

Allegato 11

Schede tecniche degli indicatori del PDTA della SM

Indicatore 1	Prevalenza della SM
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 Denominatore: residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG Fonte Denominatore = ISTAT
Livello	Azienda ULSS

Indicatore 2	INCIDENZA della SM
Costruzione	Numeratore: pazienti residenti in Veneto con nuova diagnosi di SM nel 2014 Denominatore: residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = numero di pazienti con nuova diagnosi di SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG Fonte Denominatore = ISTAT
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 3	Risonanze magnetiche eseguite nei pazienti con SM
Costruzione	Numero medio di RM eseguite dai pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte: - pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 4	Visite neurologiche eseguite nei pazienti con SM
Costruzione	Numero medio di visite neurologiche eseguite dai pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte: - pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 5	Elettromiografie eseguite nei pazienti con SM
Costruzione	Numero medio di Elettromiografie eseguite dai pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte: - pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 6	Pazienti in terapia con farmaci di prima linea
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con farmaci di prima linea Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 7	Pazienti in terapia con farmaci di seconda linea
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con farmaci di seconda linea Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 8	Pazienti in terapia con farmaci per le ricadute
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con farmaci per le ricadute Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore =

	- numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 9 Costruzione	Pazienti con switch tra farmaci di I linea Numeratore: pazienti che passano da un farmaco di I linea ad un altro nel 2014 Denominatore: pazienti in trattamento con farmaci per la SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = flusso della distribuzione diretta Fonte Denominatore = flusso della distribuzione diretta
Livello	Azienda Sanitaria
Indicatore 10 Costruzione	Pazienti con switch tra farmaci di I linea Numeratore: pazienti che passano da un farmaco di II linea ad un altro nel 2015 Denominatore: pazienti in trattamento con farmaci per la SM nel 2015
Fonte dati	Fonte Numeratore = flusso della distribuzione diretta Fonte Denominatore = flusso della distribuzione diretta
Livello	Azienda Sanitaria
Indicatore 11 Costruzione	Pazienti con switch tra I e II linea Numeratore: pazienti che passano da un farmaco di I linea ad uno di II linea nel 2015 Denominatore: pazienti in trattamento con farmaci per la SM nel 2015
Fonte dati	Fonte Numeratore = flusso della distribuzione diretta Fonte Denominatore = flusso della distribuzione diretta
Livello	Azienda Sanitaria
Indicatore 12 Costruzione	Pazienti in terapia con antibiotici Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con antibiotici Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 13 Costruzione	Pazienti in terapia con antidepressivi Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con antidepressivi Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 14 Costruzione	Pazienti in terapia con antiacidi Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 in terapia con antiacidi Denominatore: pazienti con SM nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso della distribuzione diretta/farmaceutica territoriale

	Fonte Denominatore = numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 15	Tasso di ospedalizzazioni nei pazienti con SM
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 con almeno un'ospedalizzazione nel 2014 Denominatore: pazienti residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso SDO Fonte Denominatore = ISTAT
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 16	Tasso di accesso al PS dei pazienti con SM
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 con almeno un accesso in PS nel 2014 Denominatore: pazienti residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso PS Fonte Denominatore = ISTAT
Livello	Azienda ULSS
Indicatore 17	Percentuale di pazienti con SM presi in carico dalle CD nel 2014
Costruzione	Numeratore: pazienti con SM residenti in Veneto nel 2014 presi in carico dal servizio di CD nel 2014 Denominatore: pazienti residenti in Veneto nel 2014
Fonte dati	Fonte Numeratore = - numero di pazienti con SM individuati utilizzando l'algoritmo ACG - flusso ADI Fonte Denominatore = ISTAT
Livello	Azienda ULSS