

L'importanza delle figure di supporto al centro SM

Sara Montepietra

Centro Sclerosi Multipla di Reggio Emilia

La gestione della sclerosi multipla negli ultimi anni è stata completamente sovvertita rispetto ad anni orsono, quando la paucità degli approcci terapeutici limitava le possibilità di intervento del medico di riferimento, che è da sempre stato il neurologo. Del resto dopo un primo evento clinico era necessario attendere un secondo evento a conferma dell'avvenuta disseminazione temporale del processo patologico e in molti casi ciò rimandava il momento della diagnosi e l'effettiva presa in carico del paziente da parte di un Centro di riferimento. Con il crescere della conoscenza e competenza neurologica e la separazione dalle cliniche psichiatriche, la Neurologia ha avviato una rivoluzione al suo interno e nel campo della cura delle malattie infiammatorie si è dotata di Centri clinici specializzati, base di quella rete tra Centri regionali e nazionali di cui l'Italia può davvero vantarsi a livello internazionale.

Le conoscenze sono progredite sia a livello eziopatogenetico, sia a livello terapeutico e ciò ha stimolato in primo luogo tavoli di discussione su aspetti classificativi delle diverse

forme di malattia, superando con la classificazione di Lublin la dicotomia tra forma recidivante e forma progressiva e aprendo alla ricerca di quadri di attività e di progressione in evoluzione e quindi potenzialmente suscettibili di cura; parallelamente, il progredire di neuroimaging, l'avvento di nuovi marcatori prognostici, la ricerca di marcatori liquorali, le conferme neurofisiologiche.

La patologia oggi è in aumento con una incidenza stimata di 5-6 casi ogni 100.000 abitanti in Italia (incidenza doppia in Sardegna) ed una prevalenza di 122.000 casi; le Regioni devono stimare una prevalenza di 198 casi su 100.000 abitanti (Barometro SM, 2019) e disponiamo di una molteplicità di terapie che tuttavia richiedono, per essere somministrate in sicurezza, un monitoraggio attento e periodico dei possibili effetti avversi. Ciò fa sì che l'intera presa in carico del paziente non possa ricadere più solo sulla figura del neurologo, che continua a mantenere un ruolo centrale, ma occorra una presa in carico *d'équipe*. È di quest'anno una pubblicazione in merito (Sorelberg Sorensen P et al., *Mult Scler.*

2019) dal titolo *The Multiple Sclerosis Care Unit*. Analogamente ai benefici documentati che un paziente con problematica ischemica acuta può avere se ricoverato in una *Stroke Unit*, si sta ponendo l'attenzione sulla necessità di riconoscere un'organizzazione adeguata e specifica anche per la gestione della sclerosi multipla, patologia complessa, con decorso variabile, cronica ma con riacutizzazioni e con possibile coinvolgimento di più sistemi funzionali (Tabella 1).

I neurologi che progressivamente da tempo si sono resi conti di questa necessità, ciascuno a modo proprio, a seconda delle possibilità del contesto clinico assistenziale, hanno cercato di rispondere a questa esigenza, procurandosi consulenze specifiche e confrontandosi spesso con colleghi di territori attigui per cercare di rispondere alle esigenze dei pazienti. La definirei una costruzione dal "basso" del PDTA, quando ancora di questo non si parlava; mi riferisco in particolare al percorso effettuato già prima del 2011 dai neurologi referenti dei Centri SM della Regione Emilia Romagna.

- Malattia e complessità del trattamento
- Diagnosi precoce
- Carenza di neurologi SM
- Selezione delle strategie di trattamento
- Offerta tempestiva dell'intero spettro di interventi
- Coinvolgimento del paziente nel processo decisionale
- Monitoraggio appropriato
- Minimizzazione del rischio
- Integrazione delle competenze
- Continuità dell'assistenza
- Contributo al perfezionamento *post-marketing* del profilo del farmaco

Tabella 1. Motivi per una SM Care Unit completa per ottimizzare il trattamento.

Queste organizzazioni sono differenti sul territorio nazionale e regionale e ovviamente il “fai da te” più o meno sostenuto dalle Direzioni delle varie Aziende Ospedaliere o Universitarie non è garanzia di equità di cura e tuttora sul territorio nazionale vi è molta discrepanza. È fondamentale, quindi, che venga un riconoscimento istituzionale e un mandato organizzativo specifico che superi la buona volontà dei singoli clinici.

Una SM Care Unit consente, per la *expertise* al suo interno, di effettuare una diagnosi corretta e rapida coordinando i servizi diagnostici (*Day Hospital*, laboratorio, risonanza, neurofisiologia, etc.), di proporre la terapia più corretta per il paziente non essendo vincolata nella scelta da difficoltà nell'erogazione del farmaco, nella difficoltà di avere personale infermieristico dedicato e formato, di monitorare adeguatamente il paziente in termini di periodici esami sierologici e strumentali, minimizzando i rischi, di integrare le conoscenze multispecialistiche mettendo

a punto protocolli condivisi (penso ad esempio alla necessaria collaborazione con il collega infettivologo e il Servizio di Igiene per il corretto *timing* delle vaccinazioni), di fornire risposte in tempi congrui alle richieste di certificazioni e chiarimenti a più livelli tramite servizi di *infopoint* e adeguata gestione della segreteria.

In questo senso va la costruzione dei PDTA regionali e l'implementazione a livello locale nelle singole realtà ospedaliere; date le differenze in termini di contenuto e di coinvolgimento di professionisti, la stessa Associazione dei pazienti (AISM) si è battuta per la redazione di un documento di indirizzo nazionale, un PDTA che declini i punti cardine che devono essere affrontati nella stesura del PDTA, lasciando poi alle singole realtà la declinazione con modelli organizzativi specifici e territoriali (Figura 1).

Una delle figure di supporto all'attività del Centro SM fortemente richiesta dal neurologo stesso è quella di un *case manager* che possa aiutare nella gestione dei percorsi dei pazienti, soprattutto tenendo le fila degli scambi tra il territorio e l'Ospedale. Sebbene da molti invocata

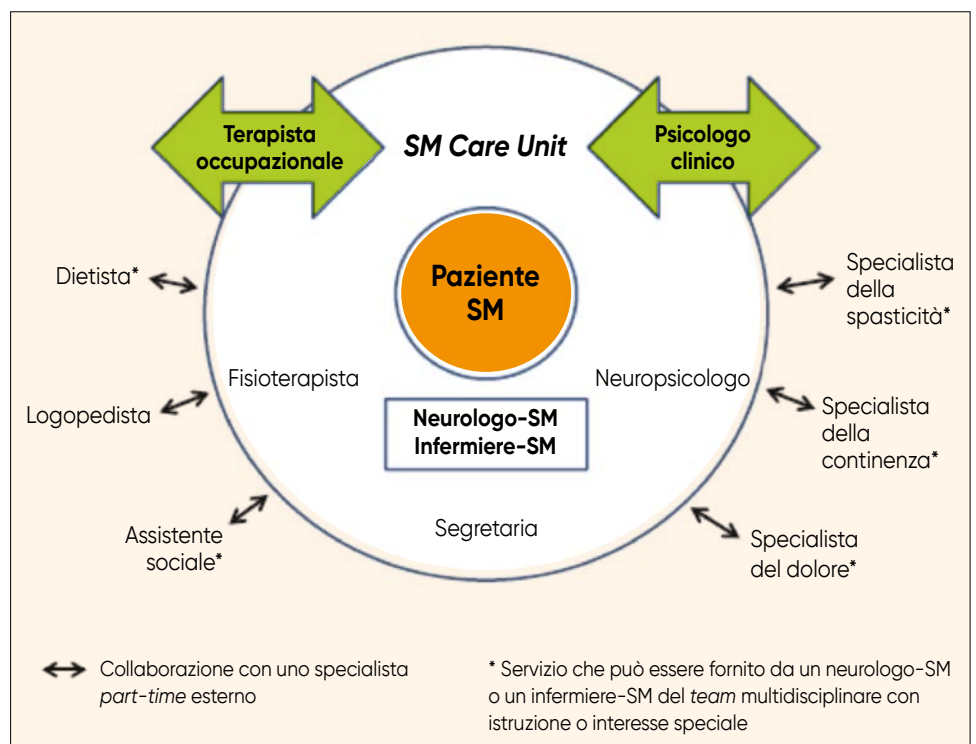


Figura 1. Requisiti minimi per una SM Care Unit.

come figura di supporto potenzialmente utile, meno della metà dei Centri SM ne dispone (Barometro SM, 2019); altresì, non è chiaro quale figura possa espletare meglio questa funzione; chi propende per un infermiere, chi per uno psicologo o un *data manager*, chi per una segretaria. Dovrebbe avere un ruolo di monitoraggio dei percorsi del paziente soprattutto nelle fasi di transizione tra una modalità di presa in carico ospedaliera e territoriale, ad esempio, ed interfacciarsi con il medico di medicina generale.

Da sempre i pazienti alla diagnosi e con disabilità tra 0 e 3 alla EDSS sono gestiti ambulatorialmente e sono quelli a cui è rivolta la maggiore scelta terapeutica, devono essere garantiti i controlli nei tempi corretti e la possibilità di uno *shift* terapeutico nei casi in cui la terapia si riveli inefficace o non sia tollerata; le figure specialistiche più coinvolte possono essere l'oculista, l'urologo e già da subito il fisiatra, trovando però nei Servizi fisiatrici territoriali la risposta in termini anche di attività fisica adattata. Con livelli superiori di disabilità EDSS tra 3 e 6, la presa in carico si fa ancor più multidisciplinare; è necessaria una stretta collaborazione con i Servizi socio-assistenziali territoriali che aiutino a conservare l'attività lavorativa con i possibili riconoscimenti derivanti dallo stato di *handicap*. Per i livelli di EDSS superiori a 6, l'intervento principale è la gestione dei sintomi e dei segni neurologici accumulati; fondamentale il confronto talora con lo specialista

antalgico e palliativista, il medico di medicina generale, il nutrizionista, il fisiatra, il fisioterapista e il logopedista. Se chiaramente la presa in carico non può che essere multiprofessionale e interdisciplinare, le figure di supporto essenziali per ogni Centro SM sono l'infermiere, lo psicologo e l'*équipe* riabilitativa.

La figura dell'infermiere è ritenuta sia dai pazienti, sia dai professionisti di primaria importanza; da sempre, per una maggior vicinanza e contatto al malato, ha una posizione privilegiata per stabilire un'empatia con la persona e facilitare lo scambio di informazioni, sensazioni, timori per una maggior confidenza. In generale, il ruolo dell'infermiere come professione ha subito notevoli cambiamenti anche in Italia dove si è tuttora più ancorati ad un modello tradizionale; sebbene in altri Paesi l'infermiere adeguatamente formato svolga senza indugi ruoli di *triage* e prescrizione di alcune terapie, in Italia ancora questo non è del tutto condiviso e accettato. In particolare, il ruolo dell'infermiere specializzato in sclerosi multipla è stato sottolineato negli anni '70 in Nord America, inizialmente in Canada; Forbes nel 2003 ha evidenziato i seguenti campi dimensionali in cui si gioca il ruolo:

- dimensione psicologica ed intervento
- dimensione sociale ed intervento
- valutazione della mobilità ed intervento
- coordinazione della presa in carico
- gestione degli aspetti specifici terapeutici

- *education* e supporto
- ricerca ed *audit*

Secondo Champion e Cole (1997), lo specialista infermiere può aiutare nel diminuire il ricorso all'ospedalizzazione e nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari. Costello e Harris, insieme all'Organizzazione Mondiale degli Infermieri, hanno elaborato un modello degli *outcomes* di presa in carico (Figura 2).

Nonostante sia evidente nella pratica clinica, sono stati condotti pochi studi rigorosi sul ruolo dell'infermiere in termini di misura di miglioramento di *outcome*, talora risultati non così significativi; tra le ragioni evocate, la difficoltà di valutare un ruolo così poliedrico e composito.

Esempio di questa difficoltà è il risultato dello studio pubblicato da Forbes nel 2006 in cui è stato confrontato un disegno sperimentale che prevedesse un gruppo d'intervento con postazione infermieristica rispetto ad un gruppo senza infermiere. L'unico dato significativo è stata la riduzione dell'incidenza delle ulcere da decubito nel gruppo d'intervento (17%) *versus* il 3% del gruppo di controllo. Addirittura il gruppo d'intervento ha mostrato un peggioramento delle scale di disabilità e dei sintomi in confronto al gruppo di controllo; ciò è stato interpretato considerando che probabilmente i pazienti più gravi necessitano di un contatto più frequente con il Centro SM per le molteplici problematiche. Impatto positivo risultò ovviamente nel costituire un contatto con il Centro SM e la disponibilità di un sup-

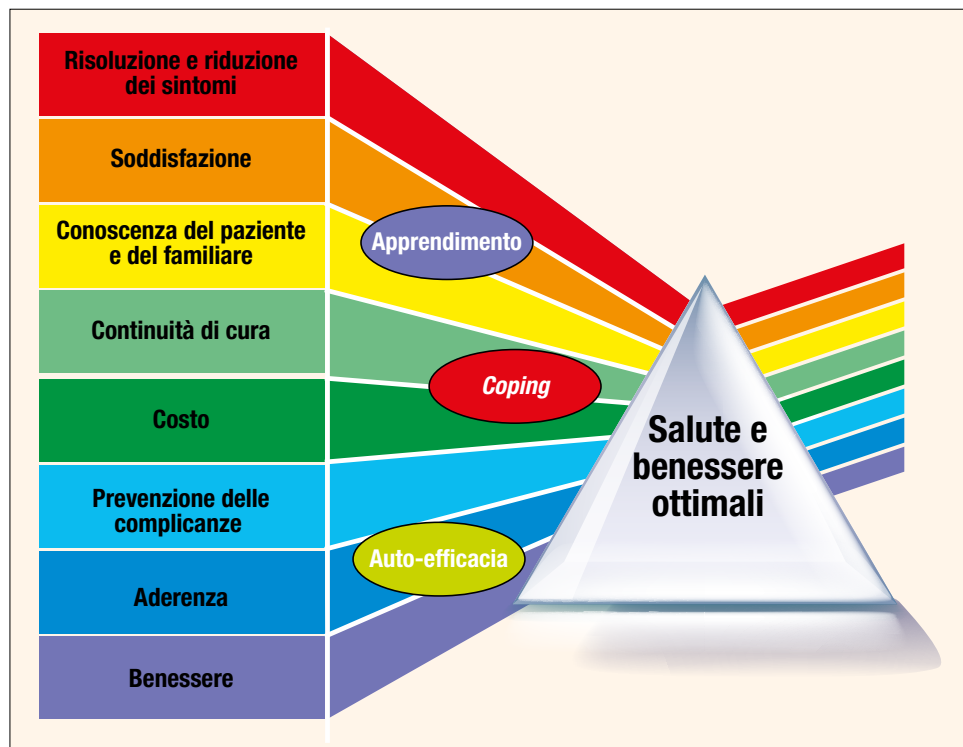


Figura 2. Esiti di pratica infermieristica avanzata nella SM (Costello e Harris, 2004).

porto, in termini anche di miglior stato mentale in chi presentava una ricaduta considerando di aver a disposizione un punto di riferimento da chiamare.

Nel campo della sclerosi multipla è oggi richiesto un infermiere preparato e dedicato, che possa dedicare gran parte del proprio operato ai pazienti affetti dalla malattia; per fare ciò occorre formarsi, aggiornarsi, condividere e soprattutto esperienza diretta. Questa esigenza di specializzazione si scontra con le realtà delle organizzazioni ospedaliere, in cui per ovviare a carenza di risorse è richiesto all'infermiere soprattutto il contrario, ovvero una conoscenza base e una duttilità a spaziare da una branca all'altra dell'assistenza, quindi contro una visione specialistica. Eppure dove presente e formato, l'infermiere arricchisce enorme-

mente la qualità della presa in carico; accoglie la persona con SM nei vari *setting* di degenza, valuta alcune problematiche relative all'autonomia, al dolore, coglie insieme agli altri membri dell'*équipe* fragilità sociali e familiari, valuta domini legati alla nutrizione, alla deglutizione, al respiro, al riposo, al dolore, al controllo sfinterico, all'integrità della cute; rafforza le indicazioni date dal medico neurologo ascolta e consiglia, talora consola, filtra i quesiti dei malati sapendo riconoscere i sintomi meritevoli di valutazione sollecitata da altri. Coinvolge il *caregiver* assicurandolo e istruendolo sui percorsi, sulle modalità di aiuto al paziente, sui comportamenti da tenere e dà consigli pratici. Per fare ciò è evidente che occorre un infermiere preparato *ad hoc*; la stessa AISM ha promosso dei corsi di

formazione per infermiere e fondato la Società Infermieri Sclerosi Multipla (SISM): per effettuare i *setting* di educazione al trattamento delle terapie iniettive, per monitorare i percorsi di *follow-up*, somministrare in sicurezza le terapie e prevenire o cogliere precocemente segni di complicanze, l'infermiere deve conoscere la patologia ed essere aggiornato sulle continue innovazioni nel campo.

Altra figura chiave di supporto è rappresentata dallo psicologo, spesso sostenuta con contratti temporanei nei vari Centri, grazie al supporto delle associazioni e dei malati stessi e, nei Centri più grossi, assunta a tempo pieno.

Lo psicologo è ormai essenziale in tutte le tappe della presa in carico; dalla comunicazione della diagnosi accompagna il paziente in sinergia con il neurologo offrendo un ascolto preparato e competente al vissuto del paziente, fornendo strategie per cercare di superare le fasi più critiche, ad esempio legate al verificarsi di una ricaduta, o alla necessità di cambiare una terapia o al viraggio in forma progressiva (solo per citare alcuni esempi). Nel nostro Centro SM, a Reggio Emilia, è la stessa figura che svolge una valutazione cognitiva mirata, calmierata nei tempi rispetto alla diagnosi stessa; è presente al momento della diagnosi, incontra ogni persona affetta da SM per un incontro conoscitivo, effettua una valutazione cognitiva condizionalizzata. Coglie condizioni di fragilità, si interfaccia con colleghi psichiatri o

psicologici territoriali e con gli altri membri dell'*équipe*.

Oggi, sempre più, non basta dare supporto al paziente ma occorre offrire un aiuto anche ai *caregivers*, acquisendo competenze specifiche e differenti a seconda del contesto e dell'età del paziente; in caso di pazienti giovani o pediatrici occorre sapersi rapportare con i genitori e sostenerli nel percorso di cura e di vita.

La valutazione cognitiva iniziale è svolta dallo psicologo del Centro SM su indicazione del neurologo di riferimento. Viene effettuata al momento della diagnosi a tutti i pazienti e successivamente, a distanza, come *follow-up* a discrezione del clinico psicologo e/o del neurologo, in caso in cui si evidenzino alterazioni in uno o più test all'esordio o nei casi in cui compaiano segni di possibile interessamento cognitivo nel corso della storia naturale del paziente, soggettivi o obiettivi, o nei casi in cui il *caregiver* evidenzi problematiche in questo senso.

La valutazione viene effettuata con prescrizione di *test* cognitivi nell'ambito del *setting* specifico in cui è seguito il paziente ed è volta a testare i domini cognitivi più frequentemente interessati nella patologia. Il *deficit* cognitivo più comune nelle persone con diagnosi di SM è la velocità di elaborazione delle informazioni. Altre funzioni cognitive coinvolte possono essere: l'attenzione, le funzioni esecutive, la memoria di lavoro, la memoria a lungo termine.

La valutazione consiste nella somministrazione della batteria di RAO,

Raos's Brief Repeatable Battery, unita allo *Stroop Test*. I test di cui la batteria è composta sono: SRT (valutazione della memoria verbale a breve e a lungo termine); SPART (valutazione della memoria visuo-spaziale a breve e a lungo termine); SDMT (attenzione e velocità procedurale); PASAT (attenzione e velocità di elaborazione delle informazioni); WLG (fluenza verbale). Lo *Stroop Test* valuta l'attenzione sostenuta ed alcuni aspetti delle funzioni esecutive. Per la valutazione di base si stima un tempo dedicato di almeno 45' a persona.

Nei casi in cui occorra una valutazione neuropsicologica estesa, lo studio viene arricchito da test di approfondimento selezionati in base ai *deficit* rilevati dallo *screening* di base. Nei casi pediatrici la valutazione cognitiva viene effettuata dalla neuropsichiatria infantile mediante strumenti idonei per età. Gli strumenti maggiormente in uso per lo *screening* di base sono la batteria di RAO, con la sostituzione del test PASAT con il TMT (*Trail Making Test*, Reitan 1958) e la WISC (*Wechsler Intelligent Scale for Children*), una scala di valutazione delle funzioni cognitive per i bambini dai 6 ai 16 anni. Dall'età dei 15 anni, è consuetudine del nostro Centro svolgere noi stessi la valutazione cognitiva, vista la possibilità di usare i medesimi strumenti in uso per gli adulti ed in modo tale da garantire una continuità clinica ed assistenziale negli anni successivi.

I *deficit* cognitivi destano sempre di

più interesse nello studio della patologia, impattano notevolmente sulla capacità del paziente di relazionarsi, di mantenere un'attività lavorativa, sulla propria figura all'interno della famiglia e, al contrario, determinano dipendenza da terzi e impegno del *caregiver*; altresì hanno un peso anche nelle valutazioni ai fini del riconoscimento di invalidità. In particolare, assume rilevanza l'eventuale interessamento cognitivo nei casi ad esordio pediatrico-adolescenziale data la delicatezza dello sviluppo psico-sociale del bambino e dei ritardi che un mancato riconoscimento può comportare in ambito educativo, scolastico e di sviluppo cerebrale.

L'alterazione nei test descritti viene tenuta in considerazione dal neurologo di riferimento, come espressione di ulteriore estensione della patologia, definendo un maggior grado di severità ed espressione della patologia; altresì, non è necessariamente correlata al carico lesionale neuroradiologico usualmente considerato, e può essere presente già nelle prime fasi della patologia.

L'importanza delle figure di supporto (in questo caso infermiere e psicologo) emerge nella comunicazione della diagnosi. Nel momento in cui il neurologo di riferimento è certo che si tratti di sclerosi multipla, ciò deve essere comunicato dal medico stesso al paziente e, se lui desidera, al familiare/*caregiver* da cui è accompagnato, preferibilmente in uno spazio e tempo dedicato. Le modalità comunicative della diagnosi pos-

sono variare da persona a persona; è bene, quindi, che il clinico possa leggere il contesto, l'atteggiamento e la tendenza caratteriale della persona al fine di adattare il linguaggio e le indicazioni, non tanto nei termini di contenuto, quanto di processo comunicativo, al fine di rendere la comunicazione comprensibile, ed al fine di instaurare un rapporto di fiducia fra clinico e paziente. Nella comunicazione della diagnosi il neurologo darà informazioni circa le caratteristiche della malattia, la proposta terapeutica ed il percorso clinico in cui la persona sarà inserita. Oltre al neurologo, nella fase diagnostica è fondamentale coinvolgere anche l'infermiere dedicato e lo psicologo, l'infermiere specializzato in SM dà informazioni, indicazioni e rappresenta un punto di riferimento per il paziente. Lo psicologo può dare supporto psicologico sia durante il processo di diagnosi, sia nel percorso della patologia. È necessario fin dall'inizio destrutturare alcuni stereotipi relativi alla patologia: di SM non si muore; il decorso è variabile e soggettivo; non è detto che la patologia porti alla perdita di capacità motoria; la SM non si identifica necessariamente con la disabilità grave; esistono molte terapie in grado di rallentare il decorso della malattia. Il medico e gli altri operatori professionali coinvolti (*in primis* l'infermiere) hanno il compito di concedere al paziente tutto il tempo necessario perché egli chiarisca i propri dubbi, anche in incontri successivi. Essi devono essere in grado

di valutare e se necessario “correggere” le informazioni che la persona ha già. Devono anche “insegnar loro” come scegliere le fonti di informazione. Oggi è molto facile ottenere informazioni navigando su *Internet*, purtroppo non sempre veritiere. L'ideale è che siano disponibili informazioni specifiche sui vari argomenti di interesse (singoli sintomi, come ad esempio fatica o disturbi visivi, lavoro, etc.), perché la persona possa selezionare gli argomenti su cui informarsi, poco alla volta, secondo le proprie esigenze. Una buona comunicazione sarà la base per l'alleanza terapeutica futura e l'intera presa in carico.

La comunicazione della diagnosi di malattia è un atto medico fondamentale, particolarmente difficile e complesso, affidato al neurologo referente. “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” dice al punto 8 la Legge del 22 dicembre 2017, n.219. Ricevere la diagnosi di SM per una persona il più delle volte molto giovane, spesso all'inizio o nel pieno della propria vita affettiva e lavorativa, è sempre un momento di grande impatto emotivo. Decidere di sposarsi, pensare alla maternità o alla paternità, progettare una carriera, mantenere le relazioni sociali, apparire improvvisamente diverso, complicato, incerto.

La comunicazione della diagnosi è un evento estremamente delicato, che condizionerà il futuro rapporto del paziente con la malattia e la futura relazione medico-paziente. Com'è

noto, la SM è una malattia cronica che inizia nel giovane adulto, spesso disabilitante, talora benigna, comunque variabile e imprevedibile.

È esperienza di tutti i neurologi dedicati che una cattiva comunicazione è molto difficile da recuperare, richiede tempo e molto lavoro. Una buona comunicazione è indispensabile per l'alleanza tra paziente e Centro, ed è condizione e presupposto per un percorso leale, costruttivo ed efficace. La diagnosi di SM spesso non è immediata, ma può richiedere passaggi successivi nel tempo ed “i tempi sospesi” costituiscono un grosso motivo di stress. In seguito all'analisi della domanda posta dal paziente nella sede del primo colloquio, si definisce il percorso che differisce per metodi, tempi ed obiettivi e viene declinato sul caso specifico:

- Supporto psicologico clinico, individuale e/o familiare. Un numero limitato di colloqui (circa 10) della durata di circa 50 minuti, volti a identificare, definire e ristrutturare il disagio emotivo correlato alla specifica problematica, mediante l'individuazione e condivisione di obiettivi concreti, a partire dai costrutti e dalle aspettative soggettive.
- Psico-educazione. Consulenze finalizzate a definire, informare e guidare da un punto di vista comportamentale la persona o la famiglia, al fine di gestire concretamente le problematiche portate. Percorsi di *Mindfulness*. Percorsi di apprendimento di pratiche finalizzate alla gestione dello stress e all'accettazione dello stato presente.

- *Mindfulness* è quella particolare consapevolezza che emerge dal prestare attenzione intenzionalmente, nel momento presente, in modo non giudicante (Jon Kabat Zinn, 1994); il percorso si articola in almeno 5 incontri individuali o di gruppo ed è finalizzato a costruire degli strumenti che possono poi essere gestiti autonomamente dal paziente. Recenti studi hanno dimostrato l'efficacia dei trattamenti basati sulla *mindfulness* nei contesti clinici. Nell'ambito della SM, Grossmann (2010, 2011) e Pakenham (2012) hanno messo in luce come i protocolli basati sulla *mindfulness* possano ridurre notevolmente sintomi correlati alla fatica e alla depressione, migliorando la complessiva percezione di qualità della vita.

La DT (*Dignity Therapy*) è una psicoterapia focale breve. È costitui-

ta da una serie di domande aperte, proposte al paziente attraverso un'intervista semi-strutturata. La conversazione è registrata, dopo consenso informato del paziente, trascritta e sottoposta ad un processo di *editing*, rivista con il paziente per eventuali modifiche e stampata in una versione definitiva.

La SM presenta complesse sfide emotive al momento della diagnosi e durante il decorso. L'impatto psicologico, che può talora sfociare in disturbi conclamati, riguarda non solo le persone colpite, ma anche familiari e *caregiver*. Da ciò la necessità di assicurare una risposta concreta a questi bisogni al fine di poter costruire dei progetti di presa in carico individualizzati sulla base degli obiettivi definiti con il paziente.

Uno degli aspetti che più influisce sulla reazione emotiva alla SM è la

percezione di un cambiamento rilevante e improvviso determinato dall'esperienza di una perdita, dove si ha l'impressione che alcune caratteristiche fisiche, o psichiche, si siano modificate.

Elaborare un cambiamento di queste proporzioni richiede tempo e risorse personali, laddove il percorso da intraprendere può essere assimilabile a quello di chi ha perso una persona cara, anche se in questo caso la perdita riguarda una componente interiore legata all'immagine di sé.

L'altra figura fortemente richiesta dai pazienti ed essenziale nella presa in carico è quella fisiatrica, o meglio l'attivazione dell'*équipe* riabilitativa che si compone di più figure multidisciplinari strettamente integrate e in grado di intervenire su livelli differenti: il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale.

Lecture consigliate

- Barometro della Sclerosi Multipla 2019. AISM.
- Battaglia MA, Zagami P. Sclerosi Multipla. Il momento della diagnosi. Edizioni AISM, 2001
- Bonino S. Aspetti psicologici nella Sclerosi Multipla. Dalla diagnosi alla gestione della malattia. Springer Verlag, 2002.
- Chochinov HM. Dignity Therapy. Oxford University Press, 2011.
- Forbes A, While A, Dyson L, et al. Impact of clinical nurse specialists in multiple sclerosis--synthesis of the evidence. J Adv Nurs. 2003;42(5):442-62.
- Forbes A, While A, Mathes L, Griffiths P. Evaluation of a MS specialist nurse programme. Int J Nurs Stud. 2006;43(8):985-1000.
- Köpke S, Solari A, Khan F. Information provision for people with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(4):CD008757.
- Messina MJ, Dalla Costa G, Rodegher M, et al. Communication of Multiple Sclerosis Diagnosis: The Patient's perspective. Mult Scler Int. 2015;2015:353828.
- PDTA Regione Emilia Romagna, 2016
- Soelberg Sorensen P, Giovannoni G, Montalban X, et al. The Multiple Sclerosis Care Unit. Mult Scler. 2019;25(5):627-636
- Solari A, Acquarone N, Pucci E, et al. Communicating the diagnosis of multiple sclerosis - a qualitative study. Mult Scler. 2007;13(6):763-9.

Segreteria Organizzativa



MediMay Communication Srl
Via G. Antonelli, 47
00197 Roma
e-mail: info@medimay.it

Provider



MAPY Consulenza & Servizi Sas
Viale G. Matteotti, 1 - 50121 Firenze
e-mail: info@mapyformazione.it
Tel. 055 2342566, Fax 055 4641420

Con il supporto non condizionante di

