

UP PARKINSON VERONA

UNIONE PARKINSONIANI VERONA ODV

GUIDA PRATICA & INFORMATIVA

MANUALE DI SOPRAVVIVENZA DEL MALATO DI PARKINSON

Affrontare la malattia giorno per giorno: dalla diagnosi alle nuove acquisizioni scientifiche, terapie innovative, diritti e risorse nel territorio veronese.



SOMMARIO DELLA PUBBLICAZIONE

Parte 1: Inquadramento Clinico

- **Pag. 3:** Introduzione e Messaggio della Presidenza
- **Pag. 4:** Cos'è il Parkinson: Fisiopatologia e Alfa-Sinucleina
- **Pag. 5:** La Diagnosi e i Nuovi Biomarker (SAA)
- **Pag. 6:** Sottotipi Biologici: Brain-First vs Gut-First

Parte 2: Terapie e Gestione

- **Pag. 7:** Gestione dei Sintomi Motori e Non Motori
- **Pag. 8:** Terapie Farmacologiche Convenzionali
- **Pag. 9:** Terapie Avanzate: DBS e Infusioni Sottocutanee
- **Pag. 10:** Riabilitazione, Logopedia ed Esercizio Fisico

Parte 3: Stile di Vita e Quotidianità

- **Pag. 11:** Nutrizione, Proteine e Salute Intestinale
- **Pag. 12:** Prevenzione Cadute e Adattamento Domestico
- **Pag. 13:** Aspetti Psicologici e Gestione dello Stress

Parte 4: Burocrazia e Territorio

- **Pag. 14:** Guida alla Burocrazia: INPS, 104 e Patente
- **Pag. 15:** Mappa dei Servizi e Ambulatori a Verona
- **Pag. 16:** Contatti, Sostegno e Scheda di Adesione

MESSAGGIO DELLA PRESIDENZA

Carissimi soci, familiari e amici, la stesura di questo Manuale nasce dall'esigenza concreta di offrire una bussola orientativa a chi si trova ad affrontare la diagnosi di Malattia di Parkinson. Quando si riceve questa comunicazione, il senso di disorientamento e la quantità di informazioni frammentate possono sopraffare la persona e il suo nucleo familiare.

L'Unione Parkinsoniani Verona ODV ha voluto aggiornare questo testo includendo le più recenti ed entusiasmanti scoperte della comunità scientifica internazionale. Oggi la medicina non guarda più al Parkinson come a una patologia unica e inesorabile, ma come a un percorso complesso, ampiamente personalizzabile nei trattamenti, dove l'attività fisica, la prevenzione e la rete associativa svolgono un ruolo terapeutico fondamentale affiancato ai farmaci.

Il nostro impegno: "Nessuno deve affrontare il Parkinson da solo. A Verona e in tutta la provincia, la nostra Associazione è al vostro fianco con servizi, supporto psicologico, gruppi di movimento ed eventi informativi."

BENVENUTI NEL MANUALE DI SOPRAVVIVENZA

L'espressione "Manuale di Sopravvivenza" non è scelta a caso. Vivere con la malattia di Parkinson richiede l'acquisizione di nuove competenze strategiche, la riorganizzazione della routine familiare e la capacità di decodificare segnali del proprio corpo che in precedenza venivano dati per scontati. Sopravvivere significa imparare a **convivere attivamente** con la condizione, mantenendo la migliore qualità di vita possibile.

I Tre Pilastri della Gestione Attiva

1**Alleanza Medica**

Costruire un rapporto di fiducia continuo con il neurologo curante ed il team multidisciplinare.

2**Esercizio Fisico**

Considerare il movimento quotidiano un farmaco naturale insostituibile per stimolare il cervello.

3**Rete Sociale**

Partecipare alle attività associative ed evitare drasticamente il ritiro sociale ed il burnout del caregiver.

GLI ERRORI DA EVITARE NEI PRIMI MESI

Dall'esperienza diretta dei pazienti affetti da Parkinson emergono alcuni comportamenti ricorrenti che rischiano di ostacolare il percorso di cura iniziale:

- **Il "Turismo Medico" frenetico:** Consultare decine di specialisti in regioni diverse alla ricerca di un verdetto differente o di una cura miracolosa. Questo produce frammentazione terapeutica, elevati costi economici e forte stress. È consigliabile scegliere un Centro Parkinson territoriale di comprovata esperienza e farne il proprio punto di riferimento.
- **Il Fai-da-te Terapeutico:** Modificare autonomamente gli orari o i dosaggi della levodopa sulla base delle sensazioni del momento. La terapia dopaminergica richiede una precisione cronometrica per evitare fluttuazioni e discinesie.
- **La Riduzione dell'Attività Motoria:** Fermarsi per paura di cadere o per senso di stanchezza. La sedentarietà accelera il rigido deterioramento articolare e muscolare.

Nota importante: Il Parkinson è una malattia highly eterogenea. L'evoluzione di un altro paziente incontrato in sala d'attesa non sarà mai uguale alla tua. Ogni persona sviluppa un "proprio" Parkinson unico.

COS'È LA MALATTIA DI PARKINSON?

La malattia di Parkinson è descritta clinicamente come un disturbo neurodegenerativo progressivo del sistema nervoso centrale. Sotto il profilo biochimico, la caratteristica principale è la progressiva morte dei neuroni dopaminergici situati nella *substantia nigra pars compacta*, una struttura profonda del mesencefalo.



Il Ruolo Chiave della Dopamina

La dopamina è un neurotrasmettitore fondamentale che funge da "messaggero chimico" tra la substantia nigra e i nuclei della base (in particolare lo striato). Questa rete neuronale è responsabile della pianificazione, del controllo e dell'esecuzione fluida dei movimenti volontari. Quando la produzione di dopamina scende al di sotto del 60-70%, iniziano a manifestarsi i sintomi motori caratteristici.

L'Alfa-Sinucleina e i Corpi di Lewy

Negli ultimi anni, la ricerca ha spostato l'attenzione sulla proteina **alfa-sinucleina**. In condizioni fisiologiche, questa proteina regola il rilascio dei neurotrasmettitori nelle sinapsi. Nel Parkinson, per ragioni metaboliche e genetiche in corso di chiarimento, l'alfa-sinucleina cambia conformazione tridimensionale, ripiegandosi in modo anomalo ed aggregandosi in strutture tossiche chiamate **Corpi di Lewy**.

ACQUISIZIONE SCIENTIFICA

L'accumulo di alfa-sinucleina anomala non avviene soltanto nel cervello, ma può iniziare molti anni prima nel sistema nervoso enterico (intestino) o nei bulbi olfattivi, spiegando comparsa di stipsi ostinata e perdita dell'olfatto molto prima dei tremori.

LA DIAGNOSI DEL PARKINSON OGGI

Per decenni la diagnosi di Malattia di Parkinson è stata strettamente di natura clinica, basata sull'osservazione dei segni motori e sulla risposta terapeutica alla levodopa. Oggi, la convergenza tra neuroimaging e biologia molecolare ha rivoluzionato questo scenario, consentendo diagnosi estremamente precise.

1. Esami Neurofunzionali e Radiologici

- **DatSCAN (SPECT cerebrale con ioflupane I-123):** Valuta la densità dei trasportatori della dopamina nello striato. Permette di distinguere il Parkinson essenziale da tremori essenziali non dopaminergici.
- **Risonanza Magnetica Cerebrale (RMN 3T):** Utilizzata principalmente per escludere lesioni vascolari, idrocefalo normoteso o segni specifici di parkinsonismi atipici (es. MSA o PSP).
- **PET cerebrale con fluorodopa o fluorodeossiglucosio:** Mappa il metabolismo glucosidico nei nuclei della base nei casi clinicamente complessi.

2. La Svolta dei Nuovi Biomarker Molecolari (SAA)

I Saggi di Amplificazione dei Semi (Seed Amplification Assays - SAA)

La vera rivoluzione diagnostica del recente quinquennio è rappresentata dai test SAA. Questa tecnica consente di rilevare infinitesimali tracce di alfa-sinucleina patologica nel liquido cerebrospinale (liquor), nel siero o persino tramite biopsia cutanea o tampone della mucosa nasale.

Vantaggi per il Paziente

- Conferma diagnostica con precisione vicina al 95%.
- Possibilità di diagnosi nella fase prodromica (prima dei tremori).
- Differenziazione netta rispetto ad altri disturbi motori.

Impatto sulla Ricerca

- Inclusione di pazienti omogenei negli studi clinici.
- Sviluppo accelerato di farmaci bloccanti l'alfa-sinucleina.
- Monitoraggio oggettivo dell'efficacia delle nuove molecole.

Cosa cambia nella pratica a Verona? L'accesso a queste tecnologie diagnostiche innovative è garantito dalle strutture di Neurologia universitaria dell'AOUI di Verona (Borgo Roma), ponendo il territorio veronese all'avanguardia nella gestione tempestiva della malattia.

I SOTTOTIPI BIOLOGICI: BRAIN-FIRST VS GUT-FIRST

Una delle domande più frequenti poste dai pazienti è: *"Perché la mia malattia si manifesta in modo così diverso da quella del mio conoscente?"*. Alcuni studi hanno ipotizzato che vi possano essere due principali traiettorie patogenetiche di origine e diffusione della malattia.

Sottotipo BRAIN-FIRST (Cervello-Intestino)

In questo profilo, la patologia da alfa-sinucleina ha origine direttamente nel cervello (o nel sistema olfattivo) per poi discendere lungo il tronco encefalico verso il sistema nervoso autonomo intestinale.

- Sintomi motori asimmetrici fin dall'esordio (es. tremore ad un solo braccio).
- Assenza iniziale di disturbi del sonno REM (RBD) o di stipsi grave.
- Buona ed idonea risposta iniziale alla terapia con levodopa.

Sottotipo GUT-FIRST (Intestino-Cervello)

La patologia inizia dai plessi nervosi della parete intestinale, diffondendosi lungo il nervo vago in senso risalente verso il cervello e la substantia nigra.

- Presenza di stipsi ostinata molti anni prima dei sintomi motori.
- Presenza di disturbo comportamentale nel sonno REM (urlare o agitarsi durante i sogni).
- Sintomi motori più simmetrici e precoce interessamento autonomo.

Rilevanza per la Terapia Personalizzata

Riconoscere se il paziente appartiene prevalentemente al profilo *Gut-First* o *Brain-First* consente ai neurologi di anticipare la comparsa di determinate complicanze e personalizzare gli interventi non motori:

- **Nei pazienti Gut-First:** Priorità assoluta al trattamento della stipsi, al ripristino del microbiota intestinale ed al monitoraggio della qualità del sonno REM.
- **Nei pazienti Brain-First:** Priorità alla gestione precoce dei sintomi motori fini e al supporto cognitivo-emotivo.

SINTOMO PRECURSORE

Il Disturbo del Sonno REM (RBD): Consiste nell'attuazione fisica dei sogni (il paziente si muove, calcia o parla nel sonno). Oggi è considerato uno dei marker prodromici più importanti per le alfa-sinucleinopatie.

SINTOMI MOTORI E NON MOTORI

La malattia di Parkinson è tradizionalmente nota per la sua triade motoria, ma la componente non motoria influenza in modo determinante la qualità della vita quotidiana.

I Sintomi Motori Principali

Sintomo	Manifestazione Clinica	Strategia di Gestione
Bradicinesia	Lentezza dei movimenti, micrografia, riduzione della mimica facciale.	Terapia dopaminergica, esercizi di ampiezza ritmica.
Rigidità	Aumento del tono muscolare a "ruota dentata", dolori articolari.	Fisioterapia, stretching, idroterapia in acqua calda.
Tremore a Riposo	Oscillazione ritmica (4-6 Hz) a riposo, spesso alla mano ("contar monete").	Farmaci antiparkinsoniani, tecniche di gestione dello stress.
Freezing (Congelamento)	Improvviso blocco dei piedi al suolo all'avvio del cammino o ai passaggi stretti.	Indici visivi/uditivi (cueing), passi laterali deliberati.

L'Universo dei Sintomi Non Motori

Spesso trascurati nelle prime visite, i sintomi non motori devono essere sistematicamente riferiti al neurologo per un trattamento mirato:

Disturbi Neuropsichiatrici

Apatia, ansia, depressione reattiva, anedonia. Nelle fasi avanzate, possibili disturbi del controllo degli impulsi (DCI) legati ad alcuni farmaci dopamino-agonisti.

Disfunzioni Autonomiche

Ipotensione ortostatica (cali di pressione nel passaggio in piedi), stipsi ostinata, vescica neurogena (urgenza minzionale), scialorrea (eccesso di saliva).

Disturbi del Sonno

Insonnia iniziale e centrale, frammentazione del sonno night-time, sindrome delle gambe senza riposo (RLS), sonnolenza diurna eccessiva.

Disturbi Sensoriali

Iposmia (riduzione olfattiva), dolori muscolo-scheletrici diffusi ma non correlati ad artrosi, parestezie e affaticamento cronico (fatigue).

TERAPIE FARMACOLOGICHE CONVENZIONALI

La terapia farmacologica nel Parkinson è strettamente sintomatica ed ha l'obiettivo di ripristinare i corretti livelli di trasmissione dopaminergica nel cervello.

Le Principali Classi di Farmaci

1. LEVODOPA (L-DOPA) + Inibitori Decarbossilasi (Carbidopa/Benserazide)

Resta il farmaco più efficace in assoluto. La levodopa attraversa la barriera ematoencefalica e viene convertita direttamente in dopamina nei neuroni cerebrali. Gli inibitori associati prevengono la sua scomposizione periferica nel sangue, riducendo la nausea.

2. DOPAMINO-AGONISTI (Pramipexolo, Ropinirolo, Rotigotina)

Molecole che mimano l'azione della dopamina legandosi direttamente ai suoi recettori post-sinaptici. Spesso utilizzati nelle fasi iniziali nei pazienti più giovani per ritardare l'esordio delle discinesie da levodopa.

3. INIBITORI DELLE MAO-B (Rasagilina, Selegilina, Safinamide)

Bloccano l'enzima Monoamino-Ossidasi B responsabile della degradazione fisiologica della dopamina nel cervello, prolungandone l'effetto utile ed offrendo un'azione neuroprotettiva indiretta.

4. INIBITORI DELLE COMT (Entacapone, Opicapone)

Prorogano la mezza vita della levodopa impedendo la sua degradazione da parte dell'enzima COMT. Utilizzati per ridurre i periodi di blocco ("OFF").

Gestione delle Fluttuazioni Motorie e Discinesie

Con il passare degli anni (generalmente dopo 5-7 anni di terapia), l'efficacia delle singole dosi di levodopa tende ad abbreviarsi (effetto *wearing-off*), producendo un'alternanza tra fasi di buona mobilità ("ON") e fasi di blocco motorio ("OFF"), talvolta accompagnate da movimenti involontari coreici (discinesie) nei momenti di picco ematico del farmaco.

Punto Chiave: Le fluttuazioni motorie non indicano che il farmaco "non funziona più", ma che la capacità del cervello di immagazzinare dopamina si è ridotta. Occorre frazionare le dosi con precisione scientifica.

TERAPIE AVANZATE NEL PARKINSON COMPLESSO

Quando le fluttuazioni motorie ed i movimenti involontari non sono più controllabili in modo soddisfacente mediante terapia orale, si apre la possibilità di accedere alle cosiddette **terapie della fase avanzata**.

1. Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS - Deep Brain Stimulation)

Consiste nell'impianto neurochirurgico di elettrocateri sottili in specifici nuclei cerebrali (nucleo subtalamico o globo pallido interno) collegati a un neurostimolatore sottocutaneo posizionato nella regione pettorale (simile a un pacemaker cardiaco).

Candidato Ideale DBS

- Età indicativamente inferiore a 70 anni.
- Eccellente risposta motoria alla levodopa.
- Assenza di decadimento cognitivo o disturbi psichiatrici severi.
- Presenza di fluttuazioni invalidanti non gestibili con farmaci orali.

Benefici Clinici

- Soppressione o drastica riduzione del tremore.
- Riduzione fino al 50-70% della necessità di farmaci orali.
- Stabilizzazione continua della mobilità "ON".

2. Terapie Infusionali Continue

Forniscono una stimolazione dopaminergica continua nelle 24 ore, eliminando gli sbalzi ematici tipici della somministrazione in pillole.

Nuova Terapia Sottocutanea: FOSLEVODOPA / FOSCARBIDOPA

Rappresenta una delle più recenti innovazioni: una formulazione solubile di pro-farmaco della levodopa somministrata continuamente per via sottocutanea mediante una pompa portatile ultraleggera 24/7. Non richiede interventi di chirurgia addominale.

Infusione Intraintestinale (Duodopa / Lecigon)

Somministrazione di gel di levodopa direttamente nel digiuno mediante una sonda posizionata tramite gastrostomia endoscopica percutanea (PEG-J).

Infusione Sottocutanea di Apomorfina

Uso di una micropompa sottocutanea per l'erogazione continua di apomorfina (dopamino-agonista potente e a rapida azione) durante le ore diurne.

RIABILITAZIONE E NEUROPLASTICITÀ

Per anni la fisioterapia è stata considerata un semplice ausilio passivo per prevenire le contratture. Oramai la neuroscienza ha ampiamente dimostrato che l'esercizio fisico mirato e ad alta intensità induce **neuroplasticità**, stimolando la produzione di fattori neurotrofici (BDNF) capaci di proteggere i circuiti cerebrali residui.

Settori della Riabilitazione Integrata

1. Fisioterapia del Cammino ed Equilibrio

Programmi focalizzati su passi ad ampiezza maggiorata (es. metodo LSVT BIG), utilizzo di stimoli ritmici acustici o visivi (rhythmic auditory cueing) per superare i blocchi di freezing e rieducazione dell'equilibrio dinamico su pedane oscillanti.

2. Logopedia e Rieducazione della Deglutizione

Il Parkinson causa spesso *ipofonia* (voce bassa e monotona) e *disfagia* (difficoltà a deglutire cibi solidi o liquidi). Il trattamento logopedico precoce (es. metodo LSVT LOUD) riallena la percezione dell'intensità vocale e previene complicanze polmonari da aspirazione.

3. Terapia Occupazionale (TO)

Valuta l'autonomia del paziente nelle attività della vita quotidiana (vestirsi, igiene personale, uso di utensili in cucina, scrittura) suggerendo adattamenti ambientali ed ausili compensativi per preservare l'indipendenza.

Attività Sportive Consigliate

Nordic Walking

L'uso dei bastoncini forza l'alternanza braccia-gambe ed allunga il passo.

Tango Terapeutico

Allena i cambi di direzione, l'equilibrio ed il ritmo musicale.

Idroterapia

L'acqua sostiene il peso corporeo riducendo la paura di cadere.

A Verona: L'Associazione collabora con le Palestre della Salute certificate dall'ULSS 9 per erogare corsi di Esercizio Fisico Adattato (EFA) sotto la guida di laureati in scienze motorie.

NUTRIZIONE STRATEGICA NEL PARKINSON

La nutrizione nel paziente parkinsoniano non è solo una questione di benessere generale, ma condiziona direttamente l'assorbimento dei farmaci orali ed il controllo della sintomatologia motoria.

L'Interazione tra Proteine e Levodopa

La levodopa è un amminoacido neutro. Nell'intestino tenue, utilizza i medesimi trasportatori di membrana (trasportatori LAT-1) impiegati dagli amminoacidi derivati dalle proteine alimentari (carne, pesce, uova, formaggi, legumi). Se la pillola viene assunta contemporaneamente ad un pasto proteico, le proteine "competono" con il farmaco, riducendone drasticamente l'assorbimento ematico.

Regola d'Oro dell'Assunzione: Assumere la levodopa almeno **30-45 minuti PRIMA del pasto** oppure **60-90 minuti DOPO il pasto**, sempre accompagnata da un bicchiere d'acqua naturale.

La Dieta a Ridistribuzione Proteica

Nelle persone con fluttuazioni motorie evidenti, i nutrizionisti raccomandano la strategia della ridistribuzione proteica:

- **Pranzo (A prevalenza glucidica):** Pasta, riso, cereali integrali, verdure di stagione, frutta. Questo permette un rapido svuotamento gastrico e la massima efficacia della levodopa durante le ore lavorative e pomeridiane.
- **Cena (A quota proteica concentrata):** Carne magra, pesce, uova, latticini o legumi associati a verdure. Gli amminoacidi assorbiti durante la notte non interferiranno con le fasi "ON" diurne.

Combattere la Stipsi ed Accudire il Microbiota

La stipsi rallenta lo svuotamento dello stomaco (gastroparesi), trattenendo le pillole di levodopa nell'ambiente acido gastrico dove si degradano prima di raggiungere l'intestino.

Idratazione e Fibre

Bere almeno 1,5-2 litri d'acqua al giorno. Consumare verdure cotte, kiwi, prugne e cereali integrali per stimolare la peristalsi.

Uso dei Probiotici

L'integrazione con ceppi specifici di lattobacilli e bifidobatteri aiuta a riequilibrare il microbiota alterato ed a ridurre le infiammazioni intestinali.

PREVENZIONE DELLE CADUTE ED AMBIENTE SICURO

Le cadute rappresentano una delle complicanze più temibili nel decorso della malattia di Parkinson, potendo causare fratture (particolarmente del femore) e conseguente immobilizzazione prolungata. La prevenzione ambiente-dipendente riduce il rischio del 60%.

Mappatura della Sicurezza in Casa

Ingresso e Corridoi

- Rimuovere tassativamente TUTTI i tappeti o fissarli con nastro biadesivo professionale.
- Eliminare cavi elettrici o prolunghe volanti lungo i camminamenti.
- Installare luci notturne automatiche con sensore di movimento.

Bagno e Servizi

- Sostituire la vasca da bagno con una doccia a filo pavimento.
- Installare maniglioni di supporto in acciaio accanto al WC e dentro la doccia.
- Utilizzare sedie da doccia antiscivolo e rialzi per il WC.

Come Gestire il "Freezing" ed Imparare a Cadere

Il congelamento della deambulazione si verifica spesso in corrispondenza di strettoie (porte, ascensori) o nei cambi di direzione. Forzare la marcia in avanti provoca inevitabilmente la perdita di equilibrio all'indietro o in avanti.

Strategie Anti-Freezing:

1. **STOP:** Fermarsi completamente, non lottare contro il blocco.
2. **RESPIRE:** Fare un sospiro profondo e riportare il peso al centro.
3. **Pensa all'ampiezza:** Visualizzare di scavalcare un ostacolo alto o fare un deliberato passo laterale prima di ripartire.

Abbigliamento e Calzature

- **Calzature:** Utilizzare scarpe chiuse, con suola in gomma non antiscivolo eccessiva (suole troppo 'grippanti' possono favorire l'inciampo se il piede non si solleva a sufficienza). Evitare ciabatte aperte dietro.
- **Abbigliamento:** Sostituire bottoni complessi e cerniere piccole con chiusure in velcro o elastici per facilitare la vestizione autonoma.

ASPETTI PSICOLOGICI, ANSIA E BURNOUT DEL CAREGIVER

La salute mentale nel Parkinson non è secondaria agli aspetti motori. L'ansia, la depressione e l'apatia riconoscono sia una genesi biologica (legata al deficit neurotrasmettitoriale di dopamina, serotonina e noradrenalina) sia una componente reattiva all'adattamento alla malattia.

La Gestione dell'Ansia e dello Stress

Lo stress emotivo incrementa istantaneamente il tono adrenergico, il quale blocca transitoriamente l'efficacia della dopamina residua, scatenando un improvviso peggioramento del tremore e della rigidità.

Tecniche di Rilassamento

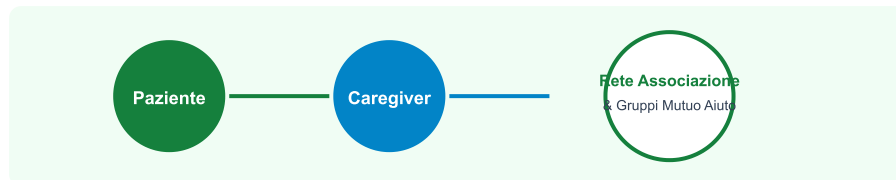
La mindfulness, il training autogeno ed il biofeedback aiutano il paziente a modulare la risposta ansiosa, riducendo l'impatto dei tremori da stress.

Supporto Psicologico

Percorsi di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuali o di gruppo consentono di elaborare la diagnosi ed evitare la deriva apatica.

Il Ruolo Insostituibile ed il Supporto al Caregiver

Il familiare che assiste la persona con Parkinson (caregiver principale) affronta un carico emotivo, fisico ed organizzativo enorme. La sindrome da *burnout* del caregiver si riflette negativamente sulla salute dell'intero nucleo familiare.



Consigli per il Caregiver:

- Ritagliarsi spazi personali settimanali inderogabili.
- Imparare a delegare compiti ad altri familiari o servizi di assistenza.
- Partecipare ai Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) organizzati dall'Unione Parkinsoniani Verona.

SOPRAVVIVERE ALLA BUROCRAZIA

Ottenere il tempestivo riconoscimento dei propri diritti contrasta il rischio di disagio economico e garantisce l'accesso ad agevolazioni fondamentali per la gestione quotidiana.

1. Iter per l'Invalidità Civile e Legge 104/92

1. **Certificato Medico Introduttivo:** Il Medico di Medicina Generale o lo specialista ospedaliero compila per via telematica il certificato INPS, specificando "Malattia di Parkinson" e codici diagnostici ICD-9.
2. **Presentazione Domanda:** Entro 90 giorni dall'emissione del certificato, si invia la domanda via web tramite il portale INPS (con SPID/CIE) o avvalendosi di un Patronato.
3. **Visita della Commissione Medica:** L'INPS convoca il paziente presso la Commissione ASL/INPS. È fondamentale portare tutta la documentazione neurologica recente.
4. **Verbale e Benefici:** In base alle percentuali riconosciute vengono erogati: assegni di invalidità, esenzione ticket (codice 038), permessi retribuiti e congedi (Legge 104/92) o indennità di accompagnamento nei casi di non autosufficienza.

2. Carta Europea della Disabilità (Disability Card)

Sostituisce i verbali cartacei e consente l'accesso gratuito o agevolato a servizi di trasporto pubblico, musei, luoghi di cultura ed eventi sul territorio nazionale e nell'Unione Europea. Si richiede dal sito INPS.

3. Rinnovo della Patente di Guida

L'art. 119 del Codice della Strada stabilisce che la conferma della validità della patente per chi è affetto da malattie del sistema nervoso centrale debba avvenire tramite la **Commissione Medica Locale (CML) Patenti dell'ULSS 9 Scaligera**. Il conducente deve esibire una relazione neurologica approfondita redatta da una struttura pubblica, attestante la stabilità dei sintomi e l'assenza di sonnolenza improvvisa.

4. Permesso di Sosta Disabili (Contrassegno H)

Rilasciato dal Comando di Polizia Locale del proprio Comune di residenza previa certificazione medico-legale dell'ULSS 9 che attesta la ridotta capacità di deambulazione a lungo raggio.

LA RETE DEI SERVIZI SANITARI NELLA PROVINCIA DI VERONA

Il territorio veronese offre una rete capillare di strutture sanitarie specializzate per la diagnosi, cura e riabilitazione della Malattia di Parkinson.

Centri e Ambulatori Specialistici Parkinson

Struttura Sanitaria	Indirizzo	Recapito / Contatto
AOUI Borgo Roma Clinica Neurologica Univ.	P.le L.A. Scuro 10, 37134 Verona	Tel. 045 8121212 CUP Veneto
AOUI Borgo Trento U.O.C. Neurologia	P.le A. Stefani 1, 37126 Verona	Tel. 045 8121212 CUP Veneto
IRCCS Sacro Cuore Neurologia - Ingresso F	Via S. Giovanni di Dio 5, Negrar di Valpolicella	Tel. 045 6013644
Ospedale San Bonifacio Ambulatorio Neurologico	Via Circonvallazione 1, San Bonifacio	Tel. 045 6138661
Ospedale Mater Salutis Neurologia ULSS 9	Via Gianella 1, Legnago	Tel. 0442 632638
Ospedale Pederzoli Unità di Neurologia	Via Monte Baldo 24, Peschiera d/G	Tel. 045 6449111

Presidi Riabilitativi e Palestre della Salute

Presidio Don Calabria Verona

Centro di riabilitazione extraospedaliera convenzionato. Accesso mediante prescrizione del Medico di Medicina Generale su apposita "scheda di richiesta presa in carico".

Palestre della Salute ULSS 9

Strutture sportive certificate idonee ad erogare programmi di Esercizio Fisico Adattato (EFA) per patologie croniche stabilizzate. Consultare il portale prevenzione ULSS 9.

Uffici Assistenza Protesica ULSS 9: Per la richiesta di ausili (letti, deambulatori, sedie a rotelle), gli sportelli distrettuali sono consultabili alla pagina web: www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=distretti

UNISCITI ALLA NOSTRA GRANDE FAMIGLIA

L'Unione Parkinsoniani Verona ODV vive grazie al contributo volontario dei propri soci, delle famiglie e di chi crede in un futuro libero dalle limitazioni del Parkinson. Insieme organizziamo incontri di mutuo aiuto, gite, corsi di movimento adattato e conferenze scientifiche con i principali esperti.

UNIONE PARKINSONIANI VERONA ODV

Sede Legale: Aula 5, via Mario Todeschini 39 – Verona

Iscrizione RUNTS: Repertorio n. 55463 (Trasmigrazione 13/10/2022 - Decreto n. 574)

Codice Fiscale: 03062850239

Telefono / Mobile: 340.378.00.97

E-mail: unioneparkinsonianiverona@gmail.com

Sito Internet: www.unioneparkinsonianiverona.it

PEC: unioneparkinsonianiveronaodv@pec.it

Sostieni la Nostra Associazione

Puoi sostenere le nostre attività gratuite a favore dei malati e delle loro famiglie attraverso:

Conto Corrente Bancario (UniCredit SpA):

IBAN: IT 76 P 02008 59910 000005577534

Conto Corrente Postale: 18314450

Donazione 5x1000: Inserisci il Codice Fiscale **03062850239** nella tua dichiarazione dei redditi.

SCHEDA DI ADESIONE / RICHIESTA INFORMAZIONI

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita: ____/____/____

Indirizzo: _____

Città: _____ CAP: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Invia la scheda via email a unioneparkinsonianiverona@gmail.com o consegnala presso la nostra sede.

"Camminare insieme rende il percorso più leggero. Vi aspettiamo!"