

PSDTA SCLEROSI MULTIPLA

Gennaio 2026

Allegato 1



Riabilitazione e SM

La **Riabilitazione** è orientata a massimizzare l'indipendenza funzionale attraverso la stimolazione del recupero, la facilitazione delle funzioni lese dalla patologia, la riduzione della disabilità e la prevenzione di complicanze secondarie, attraverso un processo educativo di partecipazione dell'individuo in un ambiente accessibile. È dunque un processo di cambiamento attivo attraverso il quale una persona disabile acquisisce ed utilizza le conoscenze e le abilità necessarie per rendere ottimali le proprie funzioni fisiche, psicologiche e sociali associate alle facilitazioni ambientali presenti o da predisporre.

La riabilitazione non è quindi sinonimo di fisioterapia, ma è parte integrante di un percorso condiviso di cura in cui l'obiettivo finale è la tutela della salute e della qualità di vita del soggetto. La riabilitazione, peraltro, non è da assimilare ad attività di benessere generiche, le quali possono migliorare la qualità di vita, ma non sono in grado di ridurre la disabilità.

La **Sclerosi Multipla** è caratterizzata dalla variabilità di sintomi che si possono associare tra di loro traducendosi in una molteplicità di quadri clinico-funzionali che comportano la necessità di adottare progetti riabilitativi individualizzati. A seconda dello stato di disabilità, variamente espressa, indotta dalla SM e dalle eventuali comorbidità della persona devono essere attivati percorsi differenti, con il coinvolgimento di diverse figure professionali e diversi setting di attività. Non è infatti possibile suddividere i pazienti in sottogruppi accomunati da bisogni di salute omogenei, riferendosi alla sola scala EDSS, che identifica la disabilità correlata alla patologia.

In riferimento specifico alla SM, la riabilitazione si prefigge, inoltre, un risultato biologico: quello di preservare la riserva neuronale del soggetto (costituita dal volume encefalico e dal livello cognitivo) e massimizzare le capacità di compensare i danni subiti nel corso della patologia in molti casi ad andamento cronico-evolutivo.

La **visita fisiatrica** viene effettuata da medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione e costituisce la garanzia di un Percorso Riabilitativo Individuale obbiettivo, circoscritto nel tempo, appropriato e specifico per ogni persona con equità di accesso alle prestazioni.

Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità
Settore "Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari"
Azienda Zero
SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia

Pag. I

A tal fine, per poter contrastare in modo ottimale la varietà di sintomi e problematiche che si presentano durante il decorso della malattia, è necessario un approccio interdisciplinare che coinvolge, oltre al neurologo ed al fisiatra, varie figure professionali e variabili interventi terapeutici. La valutazione funzionale ed il trattamento riabilitativo multisistemico devono avere, infatti, una reale valenza multidisciplinare ed in tal senso sono fondamentali in affiancamento alla terapia farmacologica.

Modalità di attuazione

a) La Presa in carico riabilitativa

La diagnosi di SM viene posta o confermata dallo Specialista Neurologo, referente clinico del decorso della malattia.

La presa in carico riabilitativa della persona affetta da SM è garantita dallo Specialista in Riabilitazione, referente del progetto riabilitativo individuale.

È opportuno che il Neurologo pianifichi precocemente una visita fisiatrica, anche in assenza di evidente disabilità, in modo che la persona e la famiglia possano conoscere ed avere accesso alla rete dei servizi presenti sul territorio. Deve essere dunque generata una impegnativa dematerializzata di “prima visita fisiatrica” indirizzando il paziente presso la struttura riabilitativa territoriale di residenza.

La segnalazione di un paziente alla rete riabilitativa territoriale può avvenire anche da parte del medico di medicina generale o da altro specialista.

La visita fisiatrica identifica la disabilità ed il potenziale residuo di recupero del paziente; in base alle informazioni ricevute dal neurologo ed alla valutazione delle limitazioni funzionali indotte da eventuali altre patologie, si definisce il progetto riabilitativo individuale in cui vengono indicati gli obiettivi e le prestazioni previste.

La visita fisiatrica in fase precoce ha funzione di “counselling” a valenza psico-educazionale e concorre a porre le basi di una corretta alleanza terapeutica, promuovendo l'adozione di comportamenti e stili di vita adeguati alla persona affetta da SM. È evidenza che il “minimal advice”, ovvero consiglio breve, proposto da un professionista sanitario sia efficace a motivare il paziente ad intraprendere e mantenere pratiche salutari quali l'attività fisica.

b) Il Progetto Riabilitativo Individuale

Il Progetto riabilitativo è lo strumento riabilitativo unico attraverso il quale vengono definiti gli obiettivi, i setting, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi, che successivamente vengono declinati dai professionisti sanitari nei Programmi Riabilitativi.

La presa in carico riabilitativa inizia con la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), redatto a cura del fisiatra, il quale definisce le indicazioni riabilitative specifiche per il paziente, appropriate e circostanziate nel tempo, garantendo al contempo equità di accesso alle prestazioni per l'intera collettività.

Per potere affrontare la disabilità che si presenta durante il decorso della malattia è importante identificare e circostanziare specifici obiettivi che possono includere:

- ricondizionamento per il contenimento della fatigue in ambiente a temperatura controllata
- trattamento delle limitazioni indotte da disturbi motori e sensitivi
- valutazione della deglutizione e rimediazione della disfagia
- facilitazione della comunicazione verbale ed alternativa
- riabilitazione per i disturbi cognitivo-comportamentali
- riabilitazione respiratoria
- riabilitazione dei disturbi vescico-sfinterici
- trattamento delle co-morbidità, che interferiscono con il funzionamento della persona
- ausili per la persona e per la facilitazione ambientale
- terapia occupazionale
- l'informazione e la formazione delle persone con SM e dei familiari o "caregivers".

c) Il team riabilitativo

È importante un approccio globale interdisciplinare e multiprofessionale che coinvolge, oltre al neurologo ed al fisiatra, diverse figure professionali per l'attuazione di vari interventi, quali: attività fisica, fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, riabilitazione cognitiva, valutazione di ausili.

Infine, un ruolo non secondario va riconosciuto al supporto psicologico ed al reinserimento sociale con la necessità di inserire ulteriori figure professionali a supporto del team riabilitativo.

A seconda dello stato di disabilità, variamente espressa, indotta dalla SM e dalle contestuali eventuali comorbidità della persona, devono dunque essere attivati percorsi differenti e diversi setting di attività.

La riabilitazione potrà essere eseguita presso strutture pubbliche o private convenzionate secondo il principio di equità di accesso alle prestazioni.

È fondamentale creare sin dall'inizio la giusta alleanza terapeutica tra team-paziente-familiari. Attraverso l'attività di counselling il Team riabilitativo deve incrementare la consapevolezza e la motivazione nel paziente e nel caregiver, fondamentale per qualsiasi percorso riabilitativo di una malattia ad andamento cronico-evolutivo.

d) Setting di attuazione

La prima visita fisiatrica può essere erogata in regime di ricovero, di day Hospital, ambulatoriale.

Il team riabilitativo può operare a livello territoriale o all'interno di una azienda sanitaria ospedaliera o universitaria.

In base alla prevalenza dei bisogni individuali rilevati alla visita fisiatrica (riabilitativi, clinici o assistenziali) tenendo conto delle informazioni cliniche fornite dal medico inviante, verrà definito il setting più appropriato per l'attuazione del progetto individuale:

- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (non specifica per SM);
- riabilitazione intensiva;

- riabilitazione estensiva, che prevede i regimi di:
 - assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (day-hospital);
 - day-service;
 - assistenza extraospedaliera a carattere residenziale, a ciclo continuativo,
 - semiresidenziale o diurno;
 - assistenza ambulatoriale;
 - assistenza domiciliare;
 - teleriabilitazione.

Tutti i setting sono efficaci se appropriati in base al livello di disabilità ed agli obiettivi del progetto.

In merito all'attività di ricovero ordinario sono da prevedere anche **opzioni non riabilitative**:

- ricovero temporanei di sollievo indicati solitamente da MMG in caso di grave disabilità (ex articolo 26) senza obiettivi riabilitativi specifici;
- ricovero temporaneo in Lungodegenza o CAVS indicati solitamente da medico specialista ospedaliero previa esclusione fisiatica di indicazioni riabilitative;
- strutture residenziali e semiresidenziali, con finalità sociali di integrazione e facilitazione del caregiver.

La **teleriabilitazione** è una declinazione specialistica della telemedicina e consiste nell'erogazione a distanza, al domicilio del paziente, di terapie riabilitative con il supporto delle nuove tecnologie digitali. Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di appositi dispositivi medici interattivi che utilizzano "serious games" gestiti tramite il movimento con un sistema di restituzione correttiva dell'esecuzione del compito motorio e cognitivo.

Va prescritta dal medico specialista in riabilitazione che conosce il paziente e l'ausilio proposto e deve essere supervisionata da professionisti della riabilitazione in modo valutarne l'adeguatezza e l'aderenza al trattamento in corso d'opera.

L'attivazione della teleriabilitazione è indicata quando appropriata per bisogni/obiettivi del PRI e va privilegiata quale modalità complementare per ridurre accessi non necessari e migliorare aderenza, garantendo sostenibilità e qualità attraverso monitoraggio degli esiti.

e) Le strategie di Rete

Il successo del lavoro del team riabilitativo dipende fortemente dalla rete di collaborazione e dal coordinamento fra le varie aree interessate nella gestione della persona affetta da SM (Medica, Riabilitativa, Sociale). Un approccio di Rete, che garantisca uno scambio di informazioni e una cooperazione efficace tra le varie figure professionali, potrà garantire la corretta gestione del percorso clinico e riabilitativo, nonché la gestione della disabilità dovuta alle ricadute, alle malattie concomitanti ed alle complicanze, la gestione delle condizioni di disabilità elevata fino alle eventuali cure palliative e la promozione della salute nel contesto sociale.

Il coordinamento di questa attività di Rete delinea la figura di un Case manager che pianifica e gestisce tutte le possibili necessità riabilitative favorendone le attività, la partecipazione ed il flusso di informazione, garantendo una coerente successione ed integrazione degli interventi e la copertura dei servizi.

Il censimento delle strutture esistenti ed afferenti alla rete territoriale riguarderà anche le possibili valutazioni clinico-riabilitative di secondo livello (esami strumentali della deglutizione, valutazione e trattamento della spasticità, riabilitazione respiratoria, valutazione e prescrizione di dispositivi di assistenza alla tosse o di supporto ventilatorio) presenti nelle strutture riabilitative disponibili all'interno di ogni quadrante, in una strategia di Rete tra centri riabilitativi.

f) Promozione dell'attività fisica

La promozione dell'attività fisica da parte del medico è parte del processo più generale di promozione della salute, finalizzato a favorire ed incrementare la capacità delle persone di esercitare un maggior controllo positivo sul proprio benessere.

Molti studi hanno evidenziato i benefici dell'attività fisica per le persone affette da SM in termini di mobilità nel cammino, affaticamento, funzioni cognitive, umore, qualità di vita, prevenzione delle comorbidità; in particolare sono state evidenziate le potenzialità dell'esercizio fisico aerobico nell'influenzare positivamente il decorso della malattia, modificando i processi fisiopatologici determinanti, potenziando i fenomeni di neuroplasticità ed incrementando la riserva cerebrale.

L'attività fisica, strutturata oppure adattata, è uno strumento di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e non va confusa con la riabilitazione che si occupa di recuperare, facilitare o vicariare le funzioni compromesse e che deve essere prescritto dal fisiatra.

g) Addestramento del caregiver

Il progetto riabilitativo non si esaurisce nel rapporto tra i professionisti del team e il paziente. Fondamentale è anche l'addestramento del caregiver finalizzato all'utilizzo contestuale ecologico delle abilità apprese in sede terapeutica.

h) Prescrizione degli ausili e adattamenti ambientali

La valutazione e la prescrizione di ausili, nonché gli adattamenti ambientali, sono parte integrante del progetto condiviso di cura e di riabilitazione. Gli ausili, dalle ortesi su misura alle carrozzine ad auto-spinta e/o elettriche, possono essere prescritti in contesti intensivi o territoriali estensivi. La competenza specifica propria del team riabilitativo risulta necessaria per l'individuazione dei presidi più appropriati oltre che degli ausili tecnologici finalizzati alla funzione comunicativa e alla funzione respiratoria.

La prescrizione di ausili e adattamenti ambientali deve essere orientata a criteri di appropriatezza e verifica di utilizzo (follow-up), per ridurre forniture non efficaci e garantire contenimento degli sprechi.

i) Valutazione dei Risultati e Sospensione del trattamento

Durante la valutazione iniziale ogni figura professionale, nel proprio ambito di competenza, deve fornire misura dei parametri funzionali, di outcome e di durata del trattamento necessari per la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la modalità di proseguimento.

Il termine del ciclo riabilitativo coincide con il raggiungimento degli obiettivi condivisi e definiti nel progetto o con il momento in cui si valuti che l'obiettivo sia diventato non raggiungibile.

Flusso del percorso

Il percorso si avvia quando il neurologo ritiene che il paziente possa beneficiare di una valutazione riabilitativa per deficit funzionale evidenziato, per il miglioramento delle abilità, per la prevenzione delle complicanze, per facilitare l'accessibilità ambientale e la gestione domiciliare del paziente.

Nella storia di malattia è opportuno che il neurologo pianifichi in fase precoce una visita fisiatrica, come già esplicitato.

Il percorso può iniziare a livello ambulatoriale o in corso di ricovero.

a) Se Paziente ambulatoriale

Il neurologo del Centro SM o del territorio genera una impegnativa dematerializzata di "prima visita fisiatrica" con priorità B, P o D indirizzando il paziente presso la struttura riabilitativa territoriale di residenza. L'invio al fisiatra è accompagnato da una relazione neurologica in cui la condizione clinica ed i deficit funzionali sono dettagliatamente descritti. Quando possibile, nell'intenzione di un lavoro in rete, è opportuno prevedere un'agenda con slot dedicati a prima Visita Fisiatrica per pazienti con SM, su cui il neurologo possa pianificare direttamente la visita, con l'aiuto del case manager.

L'organizzazione degli slot dedicati può essere modulata in base alle risorse locali, mantenendo invariata la capacità complessiva mediante riallineamento dell'agenda e criteri di priorità.

La segnalazione di un paziente alla rete territoriale può avvenire anche da parte del MMG o di altro specialista del territorio.

La riabilitazione può essere eseguita presso strutture pubbliche o private convenzionate secondo il principio di equità di accesso alle prestazioni che è auspicabile siano comunque in rete con il centro neurologico di riferimento

Ai Reparti di riabilitazione presenti presso Centri ad elevata specificità (CRESM, Città della Salute e della Scienza) potranno afferire pazienti ambulatoriali seguiti dal Centro in caso di prossimità e/o all'interno di specifici progetti di particolare complessità riabilitativa o percorsi intra-interaziendali.

b) Se paziente ricoverato in RO o DH

Il neurologo genera una richiesta di consulenza fisiatrica; lo specialista effettua la visita e valuta se il paziente necessita di riabilitazione nel corso della degenza e/o di essere avviato all'interno di un progetto riabilitativo individuale successivo al ricovero in uno specifico setting di post acuzie.

In entrambi i casi, sia che il paziente venga valutato in regime ambulatoriale che durante un ricovero, il setting più appropriato per l'attuazione del progetto riabilitativo verrà definito in base alla prevalenza dei bisogni individuati (riabilitativi, clinici o assistenziali) ed alla fase di malattia, con setting differenziati che vanno dall'assistenza domiciliare all'ambulatorio o al day hospital, fino al ricovero ospedaliero in modalità estensiva che intensiva.

Qualora non si evidenzino bisogni riabilitativi specifici o non vi siano obiettivi raggiungibili ed il paziente non abbia possibilità di rientrare/rimanere al domicilio, si attiverà la valutazione socioassistenziale per un percorso di continuità assistenziale e/o di dimissioni protette.

Supporto psicologico e Psicoterapia

Nell'ambito dei trattamenti non farmacologici, parallelamente alla terapia fisica un ruolo fondamentale è rivestito dalla terapia di supporto psicologico.

Nell'ambito dell'équipe multidisciplinare lo psicologo assume un ruolo fondamentale in quanto opera su differenti livelli: sia con la persona con SM e la famiglia, sia con il team e le sue dinamiche emotive. La presa in carico del paziente con SM non può prescindere dalla possibilità di accedere ad un trattamento di sostegno psicologico qualora si rendesse necessario, in fase di diagnosi o in occasione di particolari circostanze, nel corso della malattia: l'inizio o il cambiamento di una terapia cronica; una ricaduta o un aggravamento della malattia con conseguente peggioramento della disabilità ed eventuale perdita di funzione fisica, lavorativa o sociale; per problematiche affettive e/o familiari legate alla patologia. L'obiettivo psicoterapico prevede pertanto un lavoro sull'autoefficacia del paziente, sulle proprie risorse interne fondamentali per convivere con la malattia per poi ricostruire la sua identità e i suoi progetti di vita.

Parimenti il supporto deve essere offerto al caregiver che si trovi in situazioni di particolare sovraccarico emotivo e ai familiari, per aiutarli a rielaborare i sentimenti di rabbia e contrastare atteggiamenti iperprotettivi che potrebbero danneggiare il senso di indipendenza costruito con il paziente o, al contrario, gli atteggiamenti di negazione e svalutazione delle difficoltà incontrate nella gestione dei sintomi.

Rispetto al team riabilitativo, lo psicologo si pone come elemento all'interno del gruppo e quindi conoscitivo delle dinamiche, ma anche come osservatore all'esterno del gruppo stesso in grado di esplorarle ed elaborarle insieme al gruppo. Questo rappresenta un vantaggio per l'équipe, in quanto la figura psicologica rappresenta l'operatore che più di altri può costruire processi evolutivi a differenti livelli (ad esempio sollecitare riflessioni all'interno del team, potenziare il dialogo migliorando il lavoro di gruppo, desensibilizzare e rielaborare particolari situazioni ad elevato carico emotivo).

È auspicabile quindi che l'équipe del Centro SM annoveri tra i suoi componenti uno psicologo o che vengano definiti percorsi dedicati all'interno di Servizi Territoriali di prossimità al paziente che coinvolgano professionisti specificatamente formati nel supporto alle persone con sclerosi multipla.

**La presente copia e' conforme all'originale depositato
presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino**

3A-1F-07-76-80-8F-AA-E2-91-A3-FD-01-25-F8-6E-4E-B5-37-DB-8F

CAdES 1 di 5 del 13/02/2026 17:23:10

Soggetto: Adriano Leli

S.N. Certificato: 17F6322

Validità certificato dal 05/02/2024 09:34:59 al 05/02/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

CAdES 2 di 5 del 13/02/2026 13:05:07

Soggetto: Arturo Pasqualucci

S.N. Certificato: 1FE179E

Validità certificato dal 04/11/2025 13:03:24 al 04/11/2028 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

CAdES 3 di 5 del 13/02/2026 12:59:01

Soggetto: Patrizia Nebiolo

S.N. Certificato: 1A89D39

Validità certificato dal 06/05/2024 07:44:20 al 06/05/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

CAdES 4 di 5 del 12/02/2026 14:40:03

Soggetto: Cristian Rolle

S.N. Certificato: 18CDCEB

Validità certificato dal 07/03/2024 13:28:32 al 07/03/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

CAdES 5 di 5 del 12/02/2026 13:34:15

Soggetto: Federica Riccio

S.N. Certificato: 128C110

Validità certificato dal 05/07/2023 12:58:08 al 05/07/2026 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT
