

FISIATRIA ITALIANA

ISSN 2785-745X

*Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e
Riabilitativa*



*Editore Domenico Uliano - Via Giosuè Carducci, 48 - 86100 Campobasso
Conforme Indicazioni FNOMCeO
Registrazione Tribunale di Campobasso, Registro della Stampa Periodica n.3/17 del
25/10/2017*



FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa
fondata da David Antonio Fletzer e Domenico
Uliano

Direttore Responsabile / Editore

- Domenico Uliano (*Centro di Riabilitazione e Fisioterapia Kinesis di Campobasso; già Direttore del Dipartimento Interaziendale di Riabilitazione ASREM Regione Molise e Docente presso l'Università degli Studi del Molise*)

Comitato di Redazione

- Caterina Albensi (*Dirigente Medico Neuroriabilitazione 5 IRCSS-Fondazione Santa Lucia Roma; Professore a contratto dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*)
- Giuseppe Cannata (*Ricercatore Confermato – Professore Aggregato della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Direttore Sanitario del Presidio Multifunzione Comunità Capodarco di Roma*)
- Accursio Miraglia (*Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Direttore Sanitario del Centro di Educazione Psicomotoria di Sciacca, Agrigento*)
- Morena Ottaviani (*Direttore Sanitario del CMR Centro Medico Riabilitativo di Casarza Ligure, Genova; Responsabile dell'Ambulatorio di Riabilitazione c/o Studio Radiologico Tenconi e Centro Radiologico Fisioterapico Gallaratese di Milano*)

Comitato Scientifico

- Renato Avesani (*già Direttore del Dipartimento di Riabilitazione IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Verona*)
- Daniella Branco Nolasco (*Professore Ordinario, Primario del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale Dr. Francisco Mouran, São Paulo, Brasile; Post-Laurea in Economia e Gestione della Salute*)
- Eduardo de Melo Carvalho Roca (*MD, PhD; Physiatrist Assistant from Rehabilitation Center of Santa Casa de São Paulo, Brazil; Professor of Physical Medicine and Rehabilitation in Santa Casa de São Paulo Medicine Faculty, Brazil*)

- Paolo Di Benedetto (*Consulente Fisiatra presso Centro Polimedica di Udine; già Direttore di Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione*)
- David Antonio Fletzer (*Specialista in Fisioterapia; Specialista in Ortopedia; già Direttore dell'UOC Centro Spinale del Centro Paraplegici di Ostia, ASL Roma D; già Presidente della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa 2008-2011*)
- Calogero Foti (*Professore Ordinario, Titolare della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Responsabile del Programma Clinico di Tipo A di Fisioterapia del Policlinico Tor Vergata di Roma*)
- Antonio Frizziero (*MD, PhD; Professore Associato di Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*)
- Ziad Mohammad Hawamdeh (*Professor of Physical Medicine and Rehabilitation, School of Medicine, The University of Jordan; Head of Rehabilitation Medicine Department, Jordan University Hospital*)
- Marco Monticone (*Professore Ordinario, Direttore della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Cagliari; Direttore della Struttura Complessa di Neuroriabilitazione dell'ARNAS G. Brotzu di Cagliari*)
- Jannis Vasileios Papathanasiou (*Professore Ordinario, Cattedra di Kinesiterapia, Facoltà di Sanità Pubblica "Prof. Dr. Tzecomir Vodenicharov, DSc.", Università di Medicina di Sofia, Bulgaria; Cattedra di Radiologia, Allergologia e Fisioterapia, Facoltà di Odontoiatria, Università di Medicina di Plovdiv, Bulgaria*)
- Eugenia Rosulescu (*PhD, MD; PRM Specialist; Associate Professor, Vice Dean Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physical Therapy and Sports Medicine, University of Craiova, Romania*)

Social

- Mihaela Murè (*Responsabile e Dirigente di Struttura Complessa, Centro Ambulatoriale e Residenziale dell'Istituto Santa Chiara di Lecce, Presidio di Riabilitazione Funzionale*)
- Elena Saccoliti (*Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*)

Editore Domenico Uliano – via Giosuè Carducci, 48 – 86100 Campobasso

ISSN 2785-745X – Conforme Indicazioni FNOMCeO

Registrazione Tribunale di Campobasso, Registro della Stampa Periodica n. 3/17 del 25/10/2017



FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

FISIATRIA ITALIANA è cresciuta, da quando, nel 2016, un po' visionari, abbiamo immaginato un percorso che non è ancora concluso. È ormai diventata uno strumento efficace di informazione per i fisiatristi, utile per un confronto sulle questioni che si pongono nelle attività lavorative/sociali e per raccontare le semplici "eccellenze" del quotidiano (si raccontano le virtù di grosse strutture o si pubblicizzano finanziamenti importanti, ma poco si dice e si sa delle occasioni promosse e portate avanti dai singoli). Insomma una PAGINA per I FISIATRI, dove ci sia inclusione e divulgazione.

Non siamo una lobby professionale, ma una categoria lavorativa, riconosciuta nel mondo intero, che crede nelle potenzialità del recupero di funzioni una volta instauratasi una disabilità causata da una patologia. Dopo la crescita dei posti letto di riabilitazione negli ospedali, assistiamo ora alla loro contrazione specialmente negli ospedali a gestione pubblica, accompagnata da un impulso, non sempre omogeneo e coerente, delle offerte sul territorio e quindi ci rivolgiamo, con molta attenzione, anche a quei fisiatristi che lavorano negli ambulatori, che certamente sono stati per anni dimenticati. Allo stesso tempo ci rivolgiamo a quanti esercitano nel privato e che spesso devono rispondere alle richieste che le lunghe liste di attesa nel pubblico non soddisfano. Due mondi che meritano grande attenzione e che sono possibile fonte di crescita, sia professionale che aziendale, anche per molte industrie del settore, sia degli elettromedicali sia farmaceutiche.

Ci rivolgiamo soprattutto ai giovani neospecialisti e specializzandi che rappresentano il nostro futuro e che stanno trovando su Fisiatriaitaliana.it uno spazio accogliente dove pubblicare i propri lavori scientifici.

La Rivista si è rifatta il look ed è dotata di nuove potenti funzioni, con una nuova veste grafica. Ci siamo dotati di un Comitato di Redazione e di un Comitato Scientifico, che vede la partecipazione di diversi colleghi, che rivestono o hanno rivestito ruoli di lustro in Università ed Aziende ospedaliere nazionali ed internazionali. E tutto è sempre in divenire.

Ci siamo così sottoposti alla revisione da parte del CNR ed abbiamo conquistato un altro traguardo: l'attribuzione del codice ISSN (2785-745X), che ha rappresentato, per noi, una prima ed importante tappa nel percorso di crescita scientifica della Rivista che non si è ancora concluso.

Fisiatria Italiana è presente nel catalogo ANCE (codice E266519), il database gestito dal Consorzio Interuniversitario CINECA in cui vengono censite a livello nazionale le riviste e le serie vevolevoli per l'attività scientifica valutabile dall'ANVUR, l'Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca.

Fisiatria Italiana è una rivista completamente open access: tutti i contenuti sono liberamente disponibili senza spese a carico dell'utente o del suo istituto. Gli utenti possono leggere, scaricare, copiare, distribuire, stampare, cercare o linkare i testi completi degli articoli o

utilizzarli per qualsiasi altro scopo legittimo, senza chiedere preventiva autorizzazione all'editore o agli autori.

Crediamo nella voglia dei giovani di afferrare con forza il proprio futuro professionale, evitando a loro, ma anche ai nostri occhi, le tristi scene che li hanno visti solo come massa da manovrare, in fila per due, nelle occasioni elettorali. A loro sarà sempre riservato un posto in primo piano tra di noi.

E se tutto questo servirà anche a dare nuove gambe e menti alla FISIATRIA in Italia, sarà un bel regalo per tutti.



fisiatriaitaliana.it

CALL FOR PAPERS

La rivista Fisiatria Italiana invita i lettori ad inviare contributi riguardanti esperienze quotidiane e sul campo, buone prassi, progetti innovativi, riflessioni sul mondo della FISIATRIA. L'invito è rivolto AI COLLEGHI FISIATRI ED AGLI OPERATORI del settore riabilitativo dei servizi pubblici e privati, ma anche alle Associazioni delle Persone con disabilità, agli utenti ed ai loro familiari. I contributi, previa valutazione del Comitato di Redazione, saranno pubblicati nella relativa categoria di attribuzione.

Altresì Fisiatria Italiana è aperta al contributo di articoli scientifici, provenienti dal mondo dei ricercatori e degli studiosi. Le proposte di articoli saranno valutate con una procedura anonima dal Comitato Scientifico. Successivamente alla valutazione, gli articoli verranno redazionati e impaginati nel formato tradizionale della rivista. Il PDF sarà reso disponibile per il download. La rivista aderisce alle linee guida descritte nei [Principi di Trasparenza e Buone Pratiche nell'Editoria Accademica del COPE \(Committee on Publication Ethics\)](#).

Gli articoli di Fisiatria Italiana vengono pubblicati assegnandoli alle seguenti categorie:

- Editoriali
- Attualità
- Disabilità e Società
- Interviste
- Linee Guida/EBM/EBP
- Articoli di Ricerca
- Revisioni della Letteratura e Recensioni
- Case Report e Report Brevi
- Perle Cliniche e Professionali
- Angolo del Legale
- Specialisti in Formazione
- Arte, Tempo Libero e Disabilità
- Storia e Ricordi

Gli articoli della categoria Specialisti in Formazione possono essere scritti dagli stessi Specialisti in Formazione, oppure da Docenti, Specialisti già formati, organi accademici, legislativi e amministrativi e qualsiasi figura professionale interessata, purché incentrati sul mondo degli Specialisti in Formazione. A questa categoria possono essere assegnati in seconda battuta anche articoli categorizzati altrove per tipologia (Articoli di Ricerca, Case Report e Report Brevi, Revisioni della Letteratura e Recensioni, ecc.), di cui è primo autore e/o corresponding author uno Specialista in Formazione.

Nella submission di un articolo, è opportuno che gli autori indichino una o più categorie cui possa essere assegnato; l'assegnazione definitiva sarà comunque a discrezione del Board.

Invia il tuo articolo

L'articolo da sottoporre per la pubblicazione deve essere inviato a info@fisiatriaitaliana.it. Deve essere preliminarmente uniformato al [template](#) in formato Word, inserendolo nel [template](#) stesso e seguendone con cura tutte le indicazioni redazionali e tipografiche. In caso di accettazione, il file Word risultante verrà convertito nel file PDF dell'articolo scaricabile dal sito, pertanto è indispensabile che gli autori prestino la massima attenzione alla sua veste redazionale e tipografica fin dalla prima stesura.

La traduzione in inglese del titolo e i riassunti e le parole chiave in italiano e in inglese sono obbligatori per Articoli di Ricerca, Revisioni della Letteratura, Case Report e Report Brevi. Si sottolinea la necessità che i riassunti in italiano e in inglese vengano mantenuti entro la lunghezza massima di 150 parole ciascuno, per consentire una corretta impaginazione.

L'articolo va inviato in formato Word, unitamente alla [cover letter](#), debitamente compilata nel relativo template, firmata dal corresponding author a nome di tutti gli autori e quindi convertita direttamente dal corresponding author in formato PDF non modificabile.

Il Direttore Responsabile e il Comitato di Redazione effettueranno una prima valutazione della qualità complessiva dell'articolo, della sua attinenza alle tematiche trattate dalla rivista e della sua conformità al [template](#) ed alle istruzioni per gli autori in esso contenute. In caso di esito favorevole, a seconda della tipologia l'articolo verrà pubblicato oppure sottoposto al Comitato Scientifico, che sceglierà almeno due esperti incaricati della peer review, dove referee e autori rimarranno anonimi: entro 30 giorni il processo di referaggio deciderà se accettare l'articolo, oppure richiederne una revisione (gli autori avranno a disposizione fino a 30 giorni per effettuarla), oppure rifiutarlo.

Gli articoli non conformi al [template](#) ed alle istruzioni verranno rispediti agli autori affinché provvedano alle necessarie modifiche prima di avviare il processo di referaggio.

La pubblicazione open access è gratuita, ma gli autori dovranno curare a proprie spese la formattazione dell'articolo secondo il [template](#), la corretta forma inglese delle traduzioni ed eventuali revisioni che si rendano necessarie. La Direzione potrà eventualmente richiedere agli autori l'attestazione formale di una traduzione di madrelingua.

Gli autori mantengono i diritti sul proprio articolo e cedono a Fisiatria Italiana il diritto di prima pubblicazione sotto una [licenza Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale \(CC BY 4.0\)](#), che consente di utilizzare liberamente l'articolo indicandone gli autori e la prima pubblicazione su questa rivista, fornendo un link alla licenza e specificando se sono state effettuate delle modifiche.



Gentili utenti, anche ai sensi e per gli effetti delle Linee Guida emesse dal Garante della Privacy in data 25 gennaio 2012, l'Editore intende comunicare alcune avvertenze per l'utilizzo dei servizi di questo sito, connesse all'invio di post e contributi da pubblicare:

- **Vi ricordiamo che i dati di contatto (quali ad esempio l'indirizzo di posta elettronica) da voi inseriti nel messaggio saranno pubblicati unitamente al vostro commento; • Vi invitiamo a valutare attentamente l'opportunità di inserire, all'interno dei commenti, dati personali;**
- **Vi invitiamo a valutare attentamente l'opportunità di pubblicare foto o video che consentano di identificare o rendere identificabili persone e luoghi;**
- **Vi invitiamo a prestare particolare attenzione alla possibilità di inserire, nei vostri interventi, dati che possano rivelare, anche indirettamente, l'identità di terzi;**
- **Vi ricordiamo che i dati da voi immessi nei vostri post e commenti saranno resi pubblici sul sito internet fisiatriaitaliana.it e rimarranno archiviati nello stesso senza limiti di tempo e saranno indicizzabili e reperibili anche dai motori di ricerca generalisti (Google, Yahoo etc.);**
- **Il Board Editoriale non pu essere ritenuto responsabile delle opinioni e dei contenuti espressi dagli autori negli articoli pubblicati in questa Rivista.**



FISIATRIA ITALIANA

Anno 2024 – Volume 9 – Fascicolo 16 (lug-set)

INDICE

Editoriali

[1. When the sun of culture is low, even dwarves will cast long shadows](#)

Domenico Uliano

Perle cliniche e professionali

[3. I disturbatori delle riunioni](#)

Vincenzo Rucco

Storia e ricordi

[12. Giampaolo de Sena ci ha lasciati](#)

Domenico Uliano

Perle cliniche e professionali

[15. Perché il Fisiatra è un medico e il Fisioterapista NO](#)

Morena Ottaviani

Case Report e Report brevi, Perle cliniche e professionali

[18. Un caso raro, ma emblematico](#)

Accursio Miraglia

Arte, Tempo Libero e Disabilità

[24. La storia del vino: dalla nascita alle sue proprietà nutraceutiche](#)

Diego Monsignore

Perle cliniche e professionali

[29. Contro l'abusivismo della professione medica!](#)

Fisiatria Italiana

Articoli di Ricerca

[32. Piccola insufficienza venosa cronica e Omeo Mesoterapia – confronto tra trattamento BrSM e convenzionale](#)

M. C. Lazzarini



When the sun of culture is low, even dwarves will cast long shadows

Domenico Uliano

Dir. Resp. Fisiatria Italiana

Un pochino obnubilati dal caldo asfissiante di questa estate soffocante, navigando distrattamente su internet, ci siamo imbattuti in diverse esilaranti perle comunicative, che ci hanno fatto sobbalzare ripetutamente sulle nostre comode poltrone. Cominciamo dalla più gustosa. Questo fisioterapista si propone per Consigli via mail e ci tiene a sottolineare che lui non fa una diagnosi, ma elargisce soltanto consigli al modico prezzo di una ventina di euro. In pratica lui si esprime dopo aver letto il referto di (Raggi come scrive lui) tac e rmn e, soprattutto, "questo vi consente di risparmiare centinaia di euro per una visita di dieci minuti". Un mito davvero, un Don Chisciotte del terzo millennio! E allora meglio rilassarsi guardando la TV, ma chi ti ritrovi ad Unomattina? Un cosiddetto osteopata che scrocchia il collo in diretta al Conduttore televisivo. E così un titolo non riconosciuto in Italia, in assenza di alcun percorso formativo accademico, balza in pole position e rivendica il ruolo di specialista primario prima ancor di Medici Fisiatri e Ortopedici, Amen! "Hai mai avuto una sensazione di sbandamento quando ti sei trovato in un luogo troppo affollato? Si tratta di instabilità posturale, comunemente chiamate vertigini. Chiamami e ti dirò da che dipende." Questa un'altra perla clinica da pubblicare nel firmamento della ingenua ignoranza, Inutile sottoporsi a visite medico specialistiche per fare diagnosi, andate dal Fisioterapista e risolvete ogni problema! Però in vacanza si mangia qualcosa in più ed allora ecco che arrivano i consigli del solito Osteopata di turno, nonché imprenditore del benessere che ci spiega che lui vi risolverà il mal di schiena e vi modellerà un fisico perfetto. Ma poi perché non segnalare, come ha fatto un fisioterapista con "ben 20 anni di esperienza" al proprio Ordine professionale, che un Fisiatra ha scritto un articolo sul ruolo degli zainetti sul rachide dei bambini, proprio nella giornata mondiale della fisioterapia, Quanta lesa maestà, dai su...questi Fisiatri esagerano proprio. Fortunatamente non è questa la maggioranza dei professionisti della riabilitazione e, siamo tutti testimoni quotidiani, di come, nei nostri ambulatori e nei nostri reparti, ci sia una collaborazione costante, basata sulla stima e sul reciproco rispetto dei ruoli.



Purtroppo, quello descritto prima rappresenta davvero un bel panorama, tra imbecillità, presunzione ed ignoranza, scritto prevalentemente da quei fisioterapisti che giocano a fare i “fisiatri bonsai” debordando in ruoli non propri, per un prevalente interesse economico. Sinceramente, però, non è questo che ci preoccupa. Ci preoccupa invece molto di più il silenzio delle Società scientifiche e degli ormai inesistenti Sindacati medici. Per non parlare dell'Ordine dei Medici, ridotto ormai ad un certificatificio. In compenso alla Società scientifica si discute della importanza di avere un Presidente napoletano ed un Segretario romano. Prosit! «Dum Romae consulitur, Saguntum expugnatur»



I Disturbatori delle Riunioni

The Meeting Killers

Vincenzo Rucco

Studio fisiatrico privato, Udine

Riassunto

Nell'ambito di una Unità Operativa (o di un Dipartimento Clinico), esistono varie tipologie di riunioni con scopi e caratteristiche diverse.

Le riunioni più critiche sono le riunioni di decisione, in quanto maggiore è l'importanza dell'argomento e maggiori sono le tensioni emotive che si scatenano nel gruppo di lavoro.

Si possono distinguere due diversi gruppi di disturbatori:

un gruppo a bassa dannosità per il gruppo di lavoro: il divagatore, il lamentoso, il burlone e il cavillatore disturbano il relatore, possono far perdere all'intero gruppo l'interesse a continuare la riunione, ma non compromettono i rapporti tra i componenti del gruppo di lavoro.

Un gruppo ad alta dannosità per il gruppo di lavoro: il sapientone ed il complottista possono avere un'azione devastante sull'intero gruppo di lavoro ed innescare conflittualità e rancori difficilmente sanabili tra i vari componenti del gruppo di lavoro.

Summary

Within an Rehabilitation Unit (or a Clinical Department), there are various types of meetings with different purposes and characteristics.

The most critical meetings are decision-making meetings, as the greater the importance of the topic and the greater the emotional tensions that are unleashed in the work group.

Two different groups of meeting-killers can be distinguished:

a group with low harmfulness for the working group: The digressionist, the whining, the joker and the quibbler disturb the speaker, can cause the entire group the interest in continuing the meeting, but do not compromise the relationships between the members of the working group.

A highly damaging group for the work group: The know-it-all and the conspirator can have a devastating effect on the entire work group and stir up conflicts and resentments that are difficult to heal between the various members of the work group.



Introduzione

Nell'ambito di una Unità Operativa (o di un Dipartimento Clinico), esistono varie tipologie di riunioni con scopi e caratteristiche diverse: le riunioni di lavoro (nelle quali si fa il punto sulla situazione dei pazienti), le riunioni di informazione (nelle quali si illustrano recenti delibere o disposizioni aziendali), le riunioni di decisione (nelle quali si cerca di raggiungere un accordo su specifiche problematiche organizzative) ed infine, ma non meno importanti, le riunioni di distensione (nelle quali si festeggia un compleanno, un pensionamento o altro ancora).

Le riunioni più critiche sono le riunioni di decisione, in quanto maggiore è l'importanza dell'argomento e maggiori sono le tensioni emotive che si scatenano nel gruppo di lavoro.

La tensione emotiva ha la capacità di amplificare alcuni aspetti comportamentali peculiari delle persone che partecipano alla riunione, trasformandoli in veri e propri "killer" della riunione stessa.

Il riconoscimento delle varie categorie di disturbatori è importante, in quanto un Direttore di Dipartimento, o un Direttore di Struttura Complessa, o un Responsabile di Struttura Semplice, o una Coordinatrice delle professioni sanitarie, se vuole giungere a delle soluzioni condivise e fare in modo che la riunione sia proficua, deve saper gestire queste tipologie di persone.

Non esistono, attualmente, manuali o corsi che descrivano quali strategie utilizzare per tenere sotto controllo questi "disturbatori", i quali consapevolmente o inconsapevolmente, mettono tutto il loro impegno a rendere vana la riunione.

Si deve a Sue Shellenbarger, giornalista del Wall Street Journal, il merito di aver portato questo problema all'attenzione del grande pubblico e di aver proposto una prima catalogazione delle varie tipologie di disturbatori, da essa denominati "i killer delle riunioni".

Partendo da questo articolo abbiamo riesaminato le categorie di disturbatori sia in base alle attuali conoscenze psicologiche che sulla base dell'esperienza maturata in circa 15 anni di direzione di un Dipartimento di Riabilitazione, studiando le motivazioni dei disturbatori e le tecniche di neutralizzazione.

Categorie di disturbatori

Le categorie di disturbatori possono essere così riassunte:

1. Il divagatore

Il "divagatore" chiede la parola durante le riunioni ed inizia a parlare prendendo l'argomento molto alla lontana.



Ha una memoria sorprendente e ricorda episodi insignificanti che la maggior parte delle persone ha ormai dimenticato.

Mentre parla, i ricordi prendono il sopravvento e, spesso, il divagatore porta avanti 2 o 3 argomenti contemporaneamente, tanto che finisce per perdere il filo del discorso e chiede: "...perché ho iniziato a parlare di questo? ...da cosa eravamo partiti?".

Il suo intervento annoia tutti in modo mortale e fa perdere l'interesse a continuare la riunione.

Ognuno inizia a parlare del più o del meno col suo vicino di posto, senza più concentrarsi sull'argomento oggetto della riunione.

Perché si comporta così?

Il divagatore ha un elevato stato di ansia ed utilizza la parola per scaricare la sua tensione.

Si comporta allo stesso modo anche nei rapporti quotidiani con colleghi, amici e conoscenti ed il suo comportamento è ben noto a tutto il gruppo di lavoro.

Ma, se nei rapporti quotidiani, i vari membri del gruppo generalmente riescono a sfuggire al suo noioso e mortale abbraccio, nelle riunioni ciò non è possibile e sono costretti ad ascoltarlo.

Così facendo, però, affonda la riunione rendendola inefficace.

Come neutralizzarlo?

Per neutralizzare il divagatore e cercare di portare a termine in modo proficuo la riunione, appena egli prende la parola, è necessario bloccarlo immediatamente, senza offenderlo, dicendo, anche in modo brusco: "per favore concludi perché c'è poco tempo!".

2. Il lamentoso

Il "lamentoso" è una sottovariante del divagatore. Infatti, anch'esso è un divagatore, in quanto interviene nella riunione per lamentarsi di situazioni molto specifiche della sua Unità Operativa, che lui non riesce a risolvere e che nulla hanno a che vedere con l'argomento della riunione.

Un direttore di struttura complessa di riabilitazione che faceva parte del dipartimento da me diretto, in ogni riunione (indipendentemente dall'argomento oggetto di discussione) prendeva la parola ed iniziava a parlare dei problemi che aveva col reparto di ortopedia nel quale prestava le sue consulenze.

Era talmente ripetitivo, che in ogni riunione tutti i partecipanti scommettevano non sull'argomento di cui avrebbe parlato (che era sempre quello), ma entro quanto tempo avrebbe tirato fuori quell'argomento.

In fondo, anche il lamentoso ha una personalità ansiosa, pensa che gli altri lo criticino per tutto ciò che non funziona nel suo reparto ed ha bisogno di far sapere agli altri che non è colpa sua.



Quale situazione è migliore di una riunione dove i presenti, non potendo fuggire, sono “obbligati” ad ascoltare i suoi piagnistei?

Anche in questo caso è necessario bloccarlo subito, dicendogli: “...scusami, ma non è un argomento oggetto della riunione!”.

3. Il burlone

Il “burlone” interrompe in continuazione il relatore con le sue battute, facendo perdere la concentrazione all’intero gruppo.

Le battute (generalmente molto argute) vengono pronunciate proprio nei momenti più critici della riunione, cioè quando lo stato di attenzione è elevato e si sta per prendere una decisione importante.

La battuta e la conseguente esplosione di risate deconcentra il gruppo e spesso il relatore ha difficoltà a riprendere in mano le redini della riunione e a ricreare quello stato di “attenzione responsiva” del gruppo che è necessaria per giungere ad una decisione condivisa.

Perché si comporta così?

Il burlone generalmente è una persona molto intelligente, che non ha nulla contro il relatore e non vorrebbe affondare la riunione, ma fare una battuta nel momento di massima attenzione del gruppo è il suo modo per scaricare la sua ansia.

Purtroppo le risate che ne conseguono fanno crollare la tensione dell’intero gruppo, deconcentrandolo e spesso si perde la possibilità di giungere ad un accordo.

Come neutralizzarlo?

Col burlone bisogna “giocare d’anticipo”. Il burlone è una persona molto intelligente e può rappresentare una risorsa per il gruppo. Per tale ragione è bene consultarlo alcuni giorni prima della riunione e poi, durante la riunione, citare i suoi consigli, ringraziandolo pubblicamente.

L’essere stato coinvolto prima della riunione riduce la sua ansia e lo farà sentire compartecipe dell’idea.

In questo modo limiterà notevolmente la sua azione di disturbo, in quanto difficilmente una persona fa battute su quello che lui stesso ha contribuito a proporre.

4. Il cavillatore

Il cavillatore è una persona molto attenta ai dettagli e fa domande in continuazione sugli aspetti pratici ed applicativi della proposta, con il rischio di far perdere la pazienza sia al relatore che agli altri partecipanti.

Perché si comporta così?

Generalmente i cavillatori sono proprio le persone operative, cioè quelle persone che sono in prima linea e che devono poi applicare direttamente le nuove disposizioni.



Nella mia esperienza si trattava quasi sempre di segretari o di coordinatori professionali.

Spetta ad essi il compito di tradurre nella pratica quotidiana le proposte teoriche e, conoscendo bene gli aspetti tecnici del problema, sono in grado di valutare immediatamente le migliori modalità di attuazione o, al contrario, di indicare le difficoltà di tradurre sul piano operativo alcune proposte.

Come neutralizzarlo?

Il cavillatore è stato definito un “neutrale scomodo”. Non ha intenzione di affondare la riunione, né è intenzionato ad opporsi alla proposta organizzativa.

È semplicemente un esperto operativo, che riesce a vedere i dettagli più precisamente di chi propone le modifiche organizzative.

È buona norma, quindi, prima di proporre la modifica organizzativa a tutto il gruppo, confrontarsi a quattrocchi con questa persona, la quale, in fondo, è una risorsa sia per il gruppo che per il relatore.

Ciò vi permette di comprendere in anticipo eventuali problematiche pratiche ed applicative della vostra proposta.

Se poi, durante la riunione ufficiale, lo ringraziate per i consigli che vi ha dato, otterrete un alleato fedele e leale.

5. Il sapientone

Il sapientone è una persona pericolosa: riesce a trasformare una riunione in una rivolta. È una persona che conosce poco e male i contratti, le delibere, le leggi ecc., però cerca una sua visibilità e vuole presentarsi al gruppo di lavoro come un leader alternativo.

Spesso ha un parente sindacalista o avvocato e, per luce riflessa, ritiene di essere ferrato in materia.

Per tale ragione interrompe in continuazione il relatore contestando ogni affermazione ed ogni proposta con argomentazioni di tipo sindacalistico-legalistiche, facendo domande tranello, lanciando in continuazione frecciate e cercando di delegittimare in continuazione il relatore.

Perché si comporta così?

Al sapientone non interessa trovare una soluzione ad un problema del gruppo di lavoro. Il sapientone ha come unico obiettivo l'essere riconosciuto come leader alternativo ed approfitta di qualunque occasione per mettersi in evidenza.

Quale occasione è migliore di una riunione dove tutti sono presenti? Per ottenere questa visibilità egli disturba in continuazione la riunione, rintuzza continuamente ogni affermazione del relatore, deforma ogni affermazione reinterpreandola in senso negativo, ricorre a slogan populistici, infiamma gli animi dei presenti e così via.



Purtroppo, con i suoi slogan populistici, ha facilmente presa su una parte dei partecipanti e rischia di trascinarli in una catastrofe, perché li induce a prendere decisioni che sono contrarie ai contratti o alle delibere aziendali.

Come neutralizzarlo?

Il sapientone è facile da individuare perché generalmente si comporta come disturbatore già nella prima riunione.

Per contrastare la sua nefasta azione, la strategia migliore è comportarsi nel seguente modo: appena inizia la riunione, rivolgendosi al sapientone, bisogna dire: “...Bene. Son contento che tu sia presente. Ho bisogno di tutte le tue critiche, perché più sarai critico e più mi aiuterai a mettere a fuoco i problemi che a me possono essere sfuggiti e così mi aiuterai a raggiungere il mio obiettivo più rapidamente. È importante avere persone così critiche nel nostro reparto...”

A questo punto il sapientone si rende improvvisamente conto che, se inizia a contestarvi, vi agevola a mettere a fuoco i problemi.

Quindi generalmente ed inconsciamente sceglie di non intramettersi più nel problema in modo da non aiutarvi a risolverlo.

In psicologia clinica questa si chiama “prescrizione del sintomo”, cioè gli prescrivete di fare quello che lui farebbe in ogni caso, togliendogli il piacere maligno che proverebbe nel darvi fastidio.

Se poi decide ugualmente di dare fastidio, si può ricorrere alla “ingiunzione paradossale”, basta domandargli: “Bene, quindi tu cosa proponi per superare il problema che hai individuato?”.

A questo punto è nuovamente paralizzato: non conosce l’argomento e non ha proposte alternative e rischia di far capire agli altri partecipanti che il suo è un parlare vacuo.

Quindi, la “prescrizione del sintomo” e la “ingiunzione paradossale” generalmente disinnescano questa tipologia di disturbatori.

Poiché il sapientone non capisce la differenza tra la sua opinione ed i problemi reali, qualcuno potrebbe pensare che sarebbe più facile sbugiardarlo vicino a tutti i presenti, mettendo in risalto la vacuità delle sue affermazioni.

Invece, è necessario stare molto attenti a “dargli contro”, in quanto generalmente è molto vendicativo e ciò potrebbe innescare una sete di vendetta e trasformarlo nella categoria successiva (il complottista).

6. Il complottista

Il complottista, a differenza del sapientone, non apre mai bocca durante tutta la riunione, non fa mai domande, non interviene in alcun modo, non viene mai allo scoperto, non si espone mai.

Insomma, non disturba mai direttamente la riunione, ma è molto attento a quello che viene detto e, generalmente, ha davanti a sé un quaderno sul quale prende molti appunti.



Egli esprime il meglio (o il peggio) di sé dopo la riunione, perché cerca di affondare con ogni mezzo le decisioni che tutti gli altri hanno condiviso.

Infatti, quando è terminata la riunione ed è ritornato alle comuni attività quotidiane, inizia la sua attività di complottista: parla con gli altri partecipanti, dapprima a quattrocchi, poi convocandoli in piccole riunioni clandestine lungo i corridoi.

In queste riunioni clandestine critica le decisioni prese, aizza gli animi, cerca di convincere gli altri partecipanti a firmare delle lettere nelle quali si contesta qualunque decisione sia stata presa.

Purtroppo per lui, trova scarso seguito nei suoi colleghi ed allora alza il tiro e riversa il suo odio non solo verso il relatore, ma anche verso i suoi colleghi e, quindi, va a parlare con esponenti politici locali e/o con il responsabile della sua associazione professionale.

Riesce ad ottenere un certo credito presso queste persone e riesce a convincerle a scrivere delle lettere all'alta dirigenza o a rilasciare delle interviste ai giornali con contenuti diffamanti verso il relatore o verso i suoi colleghi.

Perché si comporta così?

Il complottista ha un disturbo narcisistico della personalità: è convinto che le sue idee riguardanti la soluzione di qualunque problema siano le migliori in assoluto e che tutti gli altri (sia i dirigenti che i colleghi di lavoro) siano delle nullità.

Come tutti i narcisisti, però, è anche un insicuro, ha paura delle critiche, non si prende mai la responsabilità delle proprie azioni, ci tiene molto alla sua immagine perché spera di far carriera all'interno dell'azienda sanitaria e, quindi, non si espone mai personalmente. Questo spiega perché fa firmare le lettere ad altre persone.

Come neutralizzarlo?

Il complottista la prima volta vi frega sempre, in quanto ancora non sapete che è un complottista.

Questa sua caratteristica la imparerete quando per la prima volta vi troverete in difficoltà per il suo comportamento.

Una volta individuato, per ridurre al minimo la sua azione di disturbo, è necessario adottare varie strategie:

-prima di tutto, durante le riunioni è necessario farlo venire allo scoperto e pressarlo ripetutamente, chiedendo: "...e lei cosa ne pensa?".

In questo modo lo obbligate a rendere palese il suo parere. La sua idea, una volta esposta in pubblico, perde il fascino della cospirazione e quindi diventa difficile per il complottista coagulare altre persone intorno alla sua posizione.

-Inoltre, è necessario non lasciar cadere nel vuoto né le lettere inviate dai personaggi politici locali o dal responsabile della sua associazione professionale, né le interviste rilasciate da questi personaggi ai giornali, ma è necessario affidarsi ad uno studio



legale ed impiantare una causa civile per diffamazione con richiesta di risarcimento del danno.

Nella mia esperienza, il risultato è stato che quando hanno ricevuto l'atto di citazione giudiziaria, un personaggio politico locale è venuto a chiedere personalmente scusa per evitare il processo, un altro che ha deciso di affrontare il processo è stato condannato a risarcire il danno, a pagare tutte le spese legali e a pubblicare una lettera ufficiale di scuse su un quotidiano locale, mentre il responsabile dell'associazione professionale, per evitare che l'associazione fosse coinvolta in richieste di risarcimenti per diffamazione, ha obbligato il complottista a venire allo scoperto e ad inviare una lettera ufficiale di scuse firmata da lui.

-Infine, è necessario tener continuamente d'occhio il complottista durante la sua attività lavorativa e prendere dei provvedimenti disciplinari ogni volta che ha dei comportamenti non perfetti.

Poiché ci tiene molto alla sua reputazione ed alla possibilità di far carriera, questo espediente gli fa limitare molto le sue azioni di disturbo.

Inibire del tutto la sua attività denigratoria è invece impossibile, perché è affetto da un disturbo della personalità e sarebbe necessario ricorrere ad una lunga psicoterapia.

Discussione

I disturbatori delle riunioni, quindi, possono essere divisi in due grosse categorie:

1. Una categoria a bassa dannosità per il gruppo di lavoro: il divagatore, il lamentoso, il burlone e il cavillatore sono delle categorie di disturbatori a bassa dannosità per l'intero gruppo di lavoro, in quanto disturbano il relatore, possono far perdere all'intero gruppo l'interesse a continuare la riunione, ma non compromettono i rapporti tra i componenti del gruppo di lavoro. Inoltre, il burlone ed il cavillatore possono, se ben gestiti, rivelarsi delle risorse per tutto il gruppo.
2. Una categoria ad alta dannosità per il gruppo di lavoro: il sapientone ed il complottista possono avere un'azione devastante sull'intero gruppo di lavoro ed innescare conflittualità e rancori difficilmente sanabili.

Anche se sembrano agli antipodi come comportamento, in realtà queste due tipologie di disturbatori hanno una caratteristica in comune: si danno un gran da fare per aggiungere "a posteriori", nei verbali delle riunioni, delle postille, delle precisazioni, dei distinguo, spesso aggiungendo anche frasi mai dette durante la riunione (ma da loro pensate successivamente).

Questo problema si risolve molto facilmente: non esiste alcuna disposizione legislativa che obblighi il relatore a redigere un verbale dettagliato di una riunione di reparto.

Quindi bisogna limitarsi a scrivere nel quaderno dei verbali solo il giorno della riunione, le persone presenti, il titolo dell'argomento discusso e null'altro.



In questo modo bloccate anche quest'altra caratteristica nefasta del sapientone e del complottista.

Conclusioni

Saper gestire le varie categorie di disturbatori è fondamentale per poter giungere ad un accordo condiviso.

Quindi, la riunione deve essere considerata un processo attivo, di continue azioni e retroazioni, dove chi gestisce la riunione deve conoscere bene le problematiche psicologiche del suo "pubblico" al fine di applicare delle tecniche di comunicazione strategica per raggiungere gli obiettivi che si era prefisso.

Tutti i dirigenti (medici e professionali) e tutti i coordinatori del personale del comparto dovrebbero imparare le strategie necessarie per tenere sotto controllo questi "disturbatori", i quali più o meno consapevolmente, mettono tutto il loro impegno a rendere vane le riunioni.

Bibliografia:

1. Basaglia N, Gamberoni L. L'infermiere della riabilitazione. Milano: Edi-Ermes, 2002
2. Shellenbarger S. Meet the Meeting Killers, The Wall Street Journal: May 15, 2012
3. Erickson M H. Opere. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1982
4. Nardone G, Mariotti R, Milanese R, Fiorenza A. La terapia dell'azienda malata. Milano: Ponte alle Grazie, 2000
5. Colonnello W, Arrigoni M, Pellegrini E, Rucco V. Team Riabilitativo: superare le resistenze al cambiamento. Il Fisioterapista 2005; 3: 7-13.
6. Gonzales MH. Interactional approach to interpersonal attraction. J Person Soc Psychol. 1983; 31: 390-400
7. Cialdini R. Le armi della persuasione. Firenze: Giunti Editore, 1989

Conflitti di interessi

L'Autore dichiara l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti

L'Autore dichiara di non aver ricevuto finanziamenti.



Giampaolo de Sena ci ha lasciati

Domenico Uliano

Dir. Resp. Fisiatria Italiana

Il 6 agosto ci ha lasciati Giampaolo de Sena.

Ho conosciuto Giampaolo in una circostanza casuale, in un viaggio a Brescia, quando lui era ancora alle prime armi della nostra Disciplina ed apprezzai molto la sua passione ed il suo entusiasmo, oltre che una istintiva simpatia, che trasmetteva in modo naturale ed empatico. Continuammo a sentirci e, quando io divenni Segretario del SIMFiR, lo cooptai nel Direttivo nazionale per occuparsi di abusivismo professionale.

Era sempre pieno di idee ed in quel triennio creammo l'Ufficio Legale del Sindacato ed iniziammo battaglie per la difesa della Professione, anche con il Sito antiabusivismo, dove raccogliemmo le segnalazioni dei Colleghi.

Giampaolo venne poi eletto nell' Ufficio di Presidenza della Società scientifica e condividemmo anche questo percorso, ma soprattutto consolidammo una amicizia che divenne occasione di lunghe ed affettuose chiacchierate e disquisizioni su di noi e sulle sorti di tutto ciò che ci riguardava.

Poi sono arrivate scelte diverse che ci hanno gradualmente allontanati, ma è sempre rimasto vivo un sentimento di amicizia e di simpatia, oltre che un bel ricordo per le tante cose fatte insieme.

La notizia della sua scomparsa ha gelato il sangue a tutta la nostra comunità e ricorderemo sempre il suo sorriso contagioso e la sua grande passione.

Alla famiglia la grande vicinanza di FISIATRIA ITALIANA.

E di seguito il messaggio ricevuto dall'amico Brian O' Young.



Giampaolo, You Have Never Said Goodbye

Brian O'Young, MD

From a Professional Perspective

I first met Giampaolo in 2003 at the ISPRM World Congress in the Czech Republic. He was enthusiastic and passionate about PM&R, having just translated PM&R Secrets: second edition into his native tongue, Italian. He was so eager to meet me and let me know of his translation as I was the chief editor, along with my treasured co-editors: Professors Mark Young and Steve Stiens. At the time, it turned out that he had also worked closely with my dear mentor, Dr. Andrew Fisher, who introduced a clinical paradigm, translating bench research of pain as sensitization to clinical practice.

Since those early days, Giampaolo and I have enjoyed countless episodes of joy and laughter in traveling to different parts of the world to educate, research, and spread the news about spinal sensitization. In 2008, Dr. Andrew Fisher passed away, and to honor his memory, we had endless conversations about starting a school on spinal segmental sensitization. Generous, spirited, and didactically driven, Giampaolo was passionate about spreading the important news about spinal segmental sensitization and the impressive evidence-based functional outcomes that it yielded. In 2012, the International School of Spinal Sensitization was established with the core faculty of Dr. Giampaolo de Sena, Dr. Bryan O'Young, Dr. Marta Imamura, Dr. Mark Young, and Dr. David Cassius. Giampaolo's influence on the school was profound, and he remained a primary leading force in spreading spinal segmental sensitization in different corners of the world.

From an Endearing Friend's Perspective

During the 21 years I have known him, Giampaolo has always been about passion. His passion for life and PM&R. He is always full of laughter and vitality. He was someone who cared deeply about his friends and his family. Giampaolo's confident and reassuring smile always permeated the souls of those fortunate to be around him. The generous spirit of Giampaolo's caring and bountiful nature was evident when he traveled across the Atlantic Ocean from Naples to attend my wedding in 2012. He met my wife and shared many humorous stories about my endless search for a perfect wife. He has left an indelible impression on my wife, who has ever since been trying to introduce him to her dear unmarried friends to this caring and charming prince from Napoli.



The Unexpected Call

I last called Giampaolo on July 4, 2024, at 2:34 PM, with the phone unanswered. I received a text at 5:51 PM, “My friend call you tomorrow.” I received a text on July 13, 2024 at 2:53 AM with the message “My friend, call you tomorrow.” I also saw a “Missed phone call” message about an hour later at 3:54 AM. On August 6, Domenico Uliano called and informed me that our dear friend Giampaolo had departed.

Heartfelt Memories

I have since had many fond recollections of my conversations and friendships with Giampaolo. Warmth and heartfelt memories fill my soul to the brim. I shall never forget his confident demeanor and his passion for life. At first, I was upset that he had never had the opportunity to say “goodbye.” However, after much thought about our time together, he filled me with positive memories. Then, I understood why he never said goodbye. All the memories are there, and they will graciously always be with me. Suddenly, It became clear why he never said goodbye; he never left.



Perché il Fisiatra è un medico e il Fisioterapista NO

Morena Ottaviani

Dir. San. C.M.R. Centro Medico Riabilitativo di Casarza Ligure (GE)

È un periodo questo in cui l'arroganza di alcuni personaggi e la mancanza di precisione in certe affermazioni rischiano di creare confusione su argomenti seri ed importanti quali la salute dei cittadini. Non sono certo questioni sulle quali si può essere approssimativi ma occorre rigore, serietà professionale e chiarezza.

Quotidianamente ci troviamo di fronte ad interventi in cui il confine (nemmeno tanto sottile, se proprio vogliamo) tra Medici e Professionisti sanitari "Tecnici" sembra sbiadire di fronte a chi afferma sempre più spesso e sempre più spudoratamente che la figura del Medico e del Medico Fisiatra nello specifico sia come dire.... superflua, inutile. Dobbiamo abbattere le liste d'attesa? E allora perché non risolviamo il problema eliminando la Visita Medica Specialistica? Tanto poi l'assistito viene accolto da un Fisioterapista direttamente, il quale può procedere tranquillamente in virtù della propria "indipendenza d'azione", concetto di cui si riempiono troppe bocche senza averne realmente compreso il significato.

Essere "indipendente" nella propria azione riabilitativa non significa essere improvvisamente investiti di "Tuttologia": al Medico compete la parte medica, al Fisioterapista compete la parte riabilitativa. Insieme si dovrebbe collaborare, non lottare per prevaricare l'altrui ruolo.

Ora è necessario considerare che gli strumenti a disposizione per il trattamento riabilitativo possono includere terapie ad esempio biostimolanti, che sono assolutamente controindicate in presenza di patologie neoplastiche. Parimenti c'è da rabbrivire di fronte all'ipotesi di un trattamento manipolativo o, peggio ancora, osteopatico in presenza di una frattura o di una osteoporosi. Non parliamo poi nemmeno di cosa potrebbe comportare, in un banale caso di lombalgia, non identificare una pulsazione addominale quale segnale di un aneurisma dell'aorta. Quindi attenzione a non sottovalutare il processo complesso che sta alla base della prescrizione di un trattamento: la **diagnosi**.

Per fare chiarezza, vogliamo ricordare che solo un Medico, un Dottore in Medicina e Chirurgia, può fare diagnosi. Questa affermazione non è tricotanza ma scaturisce in primo luogo dall'art. 348 del Codice Penale. Tuttavia, al di là della Legge, prendiamoci un attimo di tempo ed analizziamo i percorsi formativi che l'Università di Pavia traccia per le due figure professionali: il Medico Chirurgo ed il Fisioterapista (v. Tab.



1); facciamo infine anche una analisi della Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione

La prima differenza, in assoluto la più evidente, è data dalla durata dei due corsi di Laurea: 6 anni per Medicina e Chirurgia contro i 3 anni per Fisioterapia. Ma andiamo un po' più nello specifico. Alla facoltà di Medicina sono 232 le ore di anatomia (160) e istologia (72); a Fisioterapia le due materie sono riunite in un unico corso della durata di 56 ore. Proseguendo, troviamo che Medicina prevede 144 ore di chimica biologica e 32 di biologia; al corso di fisioterapia le due materie ancora una volta sono aggregate in un corso della durata di 40 ore. Il corso di Fisica di Medicina prevede 40 ore, mentre a Fisioterapia fisica è aggregata a statistica e informatica per un totale di 48 ore. Altra materia cardine per Medicina (e per essere in grado di fare diagnosi) è fisiologia con 160 ore di corso; per poter effettuare un parallelo con Fisioterapia però dobbiamo considerare anche anatomia patologica (64 ore) ed il corso BLSD (8 ore) perché i Fisioterapisti affronteranno un corso di "fisiopatologia e nozioni di primo soccorso" di 56 ore. Gli aspiranti Medici dovranno sostenere il corso di Semeiotica Medica per 54 ore, mentre gli aspiranti Fisioterapisti dovranno districarsi nel corso di Anatomia Palpatoria di 16 ore. E adesso arriva la ciliegina sulla torta. Sempre a Medicina infine sono previste in totale 688 ore di studio delle varie cliniche contro le 88 ore della laurea in Fisioterapia: le varie discipline cliniche sono l'anticamera che prelude alla capacità di fare diagnosi.

Se poi prendiamo in considerazione il corso di 4 anni per la Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, troveremo 372 ore di Medicina fisica e riabilitativa e tecnologia strumentale delle terapie fisiche che si svolgono nei 4 anni di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione contro le 152 ore di fisioterapia.

Questi sono numeri inconfutabili che palesano come il percorso di Fisioterapia non possa fornire le competenze necessarie per fare diagnosi. E se non c'è diagnosi, non c'è patologia o disabilità. Allora se pretendiamo di "curare" il paziente, dobbiamo presumere che a monte ci sia stato un processo diagnostico effettuato da un Medico, che, nel caso delle disabilità, è specializzato in medicina fisica e riabilitazione. Questo medico specialista, a seguito di una visita fisiatrica emetterà una diagnosi clinica ed il Progetto Riabilitativo Individuale; a questo punto il fisioterapista prenderà in carico l'assistito e, in virtù della propria "autonomia", gestirà il percorso riabilitativo sempre e comunque rimanendo in linea col PRI emesso.

E a tutti coloro che decantano quanto avviene all'estero, consiglio di informarsi onestamente di quale sia stato il percorso formativo seguito dai colleghi fisioterapisti di altre nazioni: state certi che le sorprese non mancheranno.

C'è da domandarsi a questo punto se non sia finalmente il momento di una ferma presa di posizione da parte di FNOMCEO, Ministero della Salute e società scientifiche per mettere fine a questo delirio di onnipotenza cui assistiamo quotidianamente e che rischia di porre seriamente a rischio la salute dei cittadini.



	MEDICINA e CHIIRURGIA (N.ore)	FISIOTERAPIA (N.ore)	MED. FIS. E RIABILIT. (N.ore)	DIFF. ORARIA TOT.	BRANCHE
ANATOMIA	160		8		ANAT. / ISTOL.
ISTOLOGIA	72				
ANATOMIA E ISTOLOGIA		56		-184	
BIOLOGIA	32				CH./BIOL
CHIMICA BIOLOGICA	144				
BIOL. E CH. BIOLOGICA		40			
FISICA	40		8+8 (FIS. E INFORM.)		FISICA/INF ORMATICA
FISICA, STATISTICA E INFORMATICA		48		-8	
FISIOLOGIA	160		16		FISIOL. / ANAT. PAT.
ANAT. PATOLOGICA	64				
BLSO	8				
FISIOPATOLOGIA E NOZIONI DI I SOCCORSO		56		-192	
SEMEIOTICA MED.	54				SEME IOTIC A
ANATOMIA PALPATORIA		16			
MAL. APP. DIGERENTE	48				CLINICHE
MAL.APP. RESP.	40		4		
MAL. CARDIOVASCOLARI	48		4		
MAL. CUTANEE E CHIR. PLASTICA	32				
MAL. DEL RENE E APP. URINARIO	40				
MAL. SIST. IMM. E REUMATOLOGIA	32		8 (REUM)		
MAL. APP. LOCOMOTORE	32		8 (ORTOP.)		
CLINICA MEDICA 1	40				
MAL. INFETTIVE	40				
MAL. DEGLI ORGANI DI SENSO	64		8		
PEDIATRIA	40		15+8 (NUOPSICH. INFANTILE)		
CLINICA MEDICA 2	64				
GINECOL. E OSTETRICIA	64				
MEDICINA PUBBLICA	104				
TOT	688				
SC. CLINICO-SPECIALISTICHE		64			
SC. MEDICHE		24	15		
TOT		88		-670	
SC. NEUROLOGICHE	48		15		NEUROL.
SC. NEUROLOGICHE E RIABILITAZ.		56		-7	
TIROCINIO	1500	1200	---		
SCIENZE DELLA FISIOTERAPIA		64		-220	FKT
RIABILITAZ. AVANZATA		88			
MED. FISICA E RIABILITATIVA			340		
TECNOLOGIA STRUMENTALE APPLICATA ALLE TTERAPIE FISICHE			32		



Un caso raro, ma emblematico

Accursio Miraglia

Consulente tecnico presso il Tribunale di Sciacca

Direttore sanitario "Centro di Educazione Psicomotoria", Sciacca (AG)

Quella che sto per raccontarvi è la storia di un infortunio e dei successivi trattamenti riabilitativi la cui pessima riuscita potrebbe aver cambiato la vita professionale di un giovane.

Accolgo al mio studio un giovane, al quale daremo lo pseudonimo di Luca, che circa 7 mesi prima, mentre era impegnato nella preparazione fisica utile ad affrontare le prove fisico-attitudinali per entrare in un Corpo Militare, aveva iniziato ad accusare un dolore all'anca ed alla coscia di sinistra. Considerata l'intensità degli allenamenti il dolore era stato imputato ad un banale sovraccarico e trattato con l'assunzione di qualche compressa di Tachipirina.

A causa della persistenza della sintomatologia il paziente si rivolgeva, su consiglio di un conoscente medico (sic!), ad un sedicente fisioterapista (sedicente in quanto non in possesso del titolo a quell'epoca), che consigliava l'immediata esecuzione di un esame ecografico alla coscia.

L'ecografia evidenziava una "assenza di alterazioni ecostrutturali della trama miofibrillare delle strutture muscolo-tendinee del distretto anatomico esaminato". Il medico radiologo, alla luce della sintomatologia e della clinica rilevata, consigliava l'esecuzione di una risonanza magnetica all'anca sinistra, omolaterale alla regione dolente.

Il paziente, ritenuto evidentemente che il parere del radiologo fosse subordinato a quello del terapeuta, gli riferiva la prescrizione ricevuta, che, per fortuna, veniva ritenuta adeguata.

La risonanza evidenziava chiaramente una frattura intraspongiosa da stress del collo femorale sinistro.

Il paziente, così, circa due mesi dopo l'esordio della sintomatologia ed esibendo gli accertamenti eseguiti, si sottoponeva a "visita" presso il suddetto terapeuta che, contraddicendo le chiarissime risultanze strumentali, imputava la causa della sintomatologia ad uno strappo muscolare a carico della coscia sinistra.

Il paziente veniva quindi sottoposto a 30 sedute di Tecarterapia e Crioterapia, senza riceverne alcun beneficio.



A causa della persistenza di sintomatologia algica ed impotenza funzionale, dopo altri 3 mesi il paziente, sfibrato dalla persistente sintomatologia, si sottoponeva a visita fisiatrica.

Il medico, concordando con la diagnosi di frattura da stress, sottoponeva il paziente a trattamento con campi magnetici, dal quale derivava notevole beneficio.

Dovendo per motivi logistici sospendere il trattamento presso il centro di fisioterapia presso il quale era in carico, il paziente afferiva ad un nuovo centro, dove veniva sottoposto ad una seconda visita fisiatrica. Anche in questo caso il paziente, in accordo con la diagnosi di frattura da stress, veniva sottoposto a trattamento con campi magnetici, con ulteriore beneficio.

Così, a distanza di circa 10 mesi dall'esordio della sintomatologia, il paziente riprendeva l'attività fisica, avendo però perso l'occasione di partecipare alle selezioni fisiche per il concorso.

Alla luce della storia clinica e, soprattutto, degli accertamenti esibiti, appare evidente che Luca è stato vittima di una frattura da stress a carico del femore sinistro.

In questo caso il trattamento strumentale dovrebbe prevedere l'utilizzo di campi magnetici.

Il trattamento tramite Tecarterapia e crioterapia, pur indicato nei traumi acuti dell'apparato muscolare e tendineo, non poteva migliorare il quadro di frattura da stress del collo femorale sofferto dal paziente.

La colpa

Anche se il paziente si era rivolto ad una figura non medica, l'iter diagnostico degli esami strumentali è stato corretto, con esecuzione di una ecografia e, successivamente, di una risonanza magnetica, come consigliato dal medico radiologo che aveva eseguito l'ecografia.

Gli ingredienti per il corretto inquadramento del problema e per stilare un piano riabilitativo adeguato c'erano tutti e non si comprende come, a fronte di accertamenti strumentali che escludevano la presenza di uno strappo muscolare ed invece indicavano con chiarezza la presenza di una frattura da stress, il terapeuta abbia insistito sulla diagnosi di strappo muscolare.

In primis è indubbia una evidente imperizia (imperito colui che non sa o non sa fare quello che ogni altro collega di pari livello professionale avrebbe correttamente eseguito nello stesso caso clinico), considerato che l'espressione clinica di uno strappo muscolare è ben diversa da quella di una frattura da stress, che il paziente non presentava alcun ematoma e che non vi era dolore alla mobilizzazione attiva, anche contro resistenza, della gamba sulla coscia.

Il terapeuta si è macchiato anche di una gravissima negligenza (che, si ricorda a chi scrive, è la meno scusabile delle colpe in materia sanitaria perché, a causa di



svogliatezza, leggerezza, superficialità o altro, vengono trascurate le regole comuni di diligenza richieste nell'esercizio della professione) in quanto non ha prestato adeguata attenzione agli accertamenti strumentali, che avevano escluso categoricamente la presenza di uno strappo muscolare, a favore della diagnosi della frattura da stress del femore sinistro.

Se è vero che in campo medico vi è l'obbligo di mezzi e non di risultato, nel caso in oggetto proprio la scelta dei mezzi è stata errata. In tal senso il risultato sperato (la guarigione) era irraggiungibile.

A conferma dell'infelice scelta terapeutica, conseguenza della scellerata insistenza su una diagnosi errata, quando il paziente è stato sottoposto a trattamenti adeguati, il quadro clinico è migliorato rapidamente, fino alla completa risoluzione.

Quando ho conosciuto Luca una parte del mio cervello si è immediatamente chiesta se il suo caso si potesse definire "malasanità". Considerato che quest'ultima è definita come "una carenza generica della prestazione dei servizi professionali rispetto alle loro capacità che causa un danno al soggetto beneficiario della prestazione", non ho avuto dubbi nel collocare questa storia nella casella della malasanità, aggravata, a mio parere, da diversi altri fattori.

Diagnosi: tutte le opzioni

Definita come la procedura di ricondurre un fenomeno a una categoria dopo averne considerato ogni aspetto, la diagnosi è l'identificazione della natura e/o della causa di qualcosa.

Oggi, verrebbe da dire, la diagnosi è alla portata di tutti: esistono diversi siti che offrono un "controllo dei sintomi self-service" e innumerevoli sono le figure sanitarie e parasanitarie che offrono consulenze, pareri, opinioni e dispensano "consigli".

Su internet si trova di tutto.

Ad esempio, un fisioterapista afferma che "...un fisioterapista è in grado di valutare un paziente e stabilire un piano terapeutico mirato. Non è indispensabile assolutamente l'esame strumentale o la diagnosi clinica...sarà lo stesso fisioterapista a consigliarle l'esame qualora lo ritenesse opportuno".

Il fisioterapista "valuta" non "visita", "stabilisce un piano terapeutico mirato" non "prescrive un protocollo riabilitativo", "consiglia l'esame" (strumentale!) ma non lo "prescrive".

Si viaggia sul filo della semantica per non dare alle cose al loro nome, cioè "diagnosi" e "prescrizione", nel tentativo di schivare il reato di "abusivo esercizio"



Un altro terapeuta offre, per 20 euro, un “servizio di lettura e traduzione di referti di indagini radiologiche, parere che non sostituisce quello del professionista sanitario” (neanche la parola medico viene usata!), ma poco male visto che quest’ultimo “vi darà un appuntamento di 10 minuti dove pagherete 150 euro per ottenere la lettura del referto e l’aumento immotivato di paure e preoccupazioni”.

Spulciando su internet si trova anche l’offerta di un videocorso per manipolazioni vertebrali interamente online, che fa, quindi, a meno della parte pratica in presenza!

Il fisioterapista? Insostituibile!

A scanso di equivoci chiarisco che l’analisi di questo caso non è una critica ai fisioterapisti. È questa una categoria indispensabile per il Fisiatra, parte integrante ed indispensabile del trattamento riabilitativo, effettori di un progetto che hanno merito quanto il medico dei risultati ottenuti sul campo.

Difendo anche la fisiologica autonoma capacità valutativa dei fisioterapisti che, ad esempio, attraverso l’esame fisioterapico valutano le variabili inerenti alla patologia (libertà di movimento, forza muscolare, autonomia nella vita quotidiana) all’inizio del trattamento e alla fine, in modo da poter confrontare i due dati ed evidenziare un eventuale miglioramento con valutazione posturale, test muscolari, test neurologici e test propriocettivi.

Da fisiatra non potrei mai fare a meno dei fisioterapisti.

Ciò che mi stupisce è che talvolta accada il contrario.

Diagnosi: il ruolo del medico

Secondo il codice di deontologia medica “la diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità”.

Ed inoltre “La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico”.

L’Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) ha pubblicato un documento che contiene la “Definizione europea di Atto Medico”. Questa definizione, adottata per la prima volta nel 2005, dice che “L’atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute,



prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”

Sembra quasi banale che si debba fare riferimento a delle normative quando il buon senso sarebbe sufficiente a far comprendere che il trattamento di un paziente deve essere assolutamente preceduto da una diagnosi di patologia ed una diagnosi differenziale oltre che dalla consultazione o prescrizione di esami specialistici, e che questi compiti sono di esclusiva ed insostituibile pertinenza del medico.

Eppure, è prassi quotidiana che la diagnosi sia formulata da soggetti che medici non sono, con le relative, inevitabili, conseguenze.

Forse perché il business dei trattamenti aumenta ogni giorno di più, visti anche i milioni di nostri connazionali affetti da forme di algia meritevole di trattamento fisioterapico. La torta è molto grande, e molti vogliono sedersi al tavolo per averne una fetta.

Un po' di giurisprudenza

L'abusivo esercizio della professione medica rappresenta un fenomeno di allarme sociale sempre maggiore.

Per l'esercizio di determinate professioni (cc.dd. “professioni protette” individuate ai sensi dell'art. 2229 c.c.) la legge richiede il conseguimento di una speciale abilitazione cui seguirà l'iscrizione all'apposito albo o elenco professionale. L'esercizio di tali professioni che avvenga senza il conseguimento di tale abilitazione è dunque abusivo. La Corte di cassazione sezione penale, con sentenza n.8885 del 3 marzo 2016 ha confermato che “ciò che rileva ai fini dell'accertamento del reato di esercizio abusivo della professione medica (...) è la natura dell'attività svolta. Ciò che caratterizza l'attività medica, per la quale è necessaria una specifica laurea e una altrettanto specifica abilitazione, è la diagnosi, cioè l'individuazione di un'alterazione organica o di un disturbo funzionale, la profilassi, ossia la prevenzione della malattia e la cura. La legge non consente, quindi, di ritenere lecito l'esercizio di un'attività medica da parte di chi non ha le competenze tecnico-scientifiche formalmente asseverate a seguito del conseguimento dell'abilitazione.

L'esercizio abusivo della professione c.d. protetta è punito ai sensi dell'art. 348 del codice penale.

In tale reato incorre persino il laureato in Medicina e Chirurgia non abilitato o non iscritto all'albo.

Ciò premesso non comprendo, neanche sforzandomi, come un professionista, anche serio, anche preparato, ma NON laureato in Medicina possa pensare di formulare una diagnosi e prescrivere piani terapeutici o accertamenti strumentali.



Conclusioni

È chiaro che la storia clinica di Luca è caratterizzata da un episodio di rara imperizia e negligenza, che non deve in alcun modo gettare discredito su qualunque figura sanitaria.

Tuttavia, è un caso emblematico di come il medico, nel nostro campo il fisiatra, sia sempre più spesso scavalcato, considerato non indispensabile, quasi un accessorio in ambito riabilitativo.

Dispiace che debbano essere i tanti “Luca” a pagare lo scotto di scelte anche solo errate se non chiaramente dissennate.

Da una scelta errata possono derivare danni, fisici e morali.

Intanto Luca, guarito in tempi oltremodo lunghi per un errato inquadramento diagnostico e terapeutico, per raggiunti limiti di età non potrà più partecipare al concorso e dovrà forzatamente riscrivere la sua vita professionale.



La storia del vino: dalla nascita alle sue proprietà nutraceutiche

Wine chronicles: from the beginning to its nutraceutical properties

Diego Monsignore^{1,2,3*}

¹*Ambulatorio di Riabilitazione Neuromotoria Capodarco-Anteo*

²*Consorzio Univesitario Humanitas-Lumsa*

³*Università San Raffaele*

Riassunto

Citato già in diversi sacri, così come da Plinio Seniore, il vino risulta essere uno degli alimenti presenti da più tempo all'interno della dieta Mediterranea. Così come la sua storia, anche le sue caratteristiche chimiche e nutraceutiche sono state e sono ancora oggi oggetto di studi medico-scientifici per le loro implicazioni positive sulla salute umana. Proposito di questa revisione è quello di illustrarne in particolar modo i risvolti di prevenzione nei confronti delle patologie cardiovascolari e neurologiche.

Parole chiave: vino, antiossidanti, nutraceutici, dieta mediterranea, patologie cardiovascolari.

Abstract

The origins of wine can be traced back thousands of years to holy texts and to ancient civilizations, such as Roman empire with poems written by Plinio Seniore. The antioxidant compounds of red wine, such as resveratrol and ellagic acid, exhibit several pharmacological properties, including cardiovascular protection, anticancer activity and neuroprotection. The aim of this review is to expose current knowledge and their application on prevention in human health.

Keywords: wine, antioxidant compounds, nutraceuticals, mediterranean diet, cardiovascular diseases.

La coltivazione della vite e la produzione del vino nella storia dell'uomo

1. Gli inizi dell'agricoltura e della produzione del vino

Nella storia non esiste bevanda o alimento tanto citato quanto il vino, parallelamente al fatto che il vino stesso è stato ed è attualmente oggetto di discussioni scientifiche sulle proprietà che esprime sull'organismo umano. Tuttavia è necessario un piccolo "excursus" sulla storia del vino, che risale a più di 6000 anni fa.

Addirittura da fermentazione, dall'ebraico yine ovvero bollire, deriva l'etimologia della parola vino, vin, wein e wine, usata dai popoli occidentali.

□□ Corresponding author: Diego Monsignore (diego.monsignore@gmail.com)



Nonostante la certezza della visione allegorica del racconto, nel Vangelo secondo Giovanni, edito tra il 90 e 130 d.C., e probabilmente proprio per questo ne assume un carattere riflessivo e maggiormente simbolico, l'inizio della vita adulta di Gesù di Nazareth coincide con lo sposalizio a Cana di Galilea, ma molto più comunemente conosciuto come la trasmutazione dell'acqua proprio in vino, ponendo l'accento su un alimento evidentemente considerato anche 2000 anni fa particolarmente pregiato e ricco di innumerevoli proprietà benefiche.

E proprio in questa finestra temporale si innesta anche l'Impero Romano, dove la viticoltura si diffuse enormemente, raggiungendo l'Europa settentrionale, tanto che i più celebri scrittori del tempo non lesinavano inchiostro per elargire i propri giudizi e decantare le virtù dei vini a loro più graditi.

2. Il vino nell'Impero Romano

Ne sono chiari esempi, spesso citati da Plinio Seniore, il Falerno Opiniano, derivante da un vitigno che cresce sulle pendici del Vesuvio che produce un vino rosso di media struttura, dai riflessi violacei e che spesso accompagnava i lauti banchetti nella Roma Imperiale.

Ma, nonostante la disquisizione sui nutraceutici contenuti maggiormente nel vino rosso, sono dovuti dei piccoli rimandi a due vitigni a bacca bianca autoctoni laziali. Uno è il Bellone, che cresce in modo egregio nell'entroterra laziale, e del Cacchione, biotipo del Bellone ma che differisce da quest'ultimo per la maggiore struttura e per il fatto che è uno dei pochi vitigni autoctoni che tuttora viene coltivato a piede franco proprio nel suo terreno abituale, quello della Costa dei Cesari, lembo di terra confinante con i comuni di Anzio e Nettuno e limitrofo alle coste del Mediterraneo, dove un tempo sorgevano le stupende ville di Patrizi e Imperatori che erano soliti deliziarsi con le sue note dolci anche se molto strutturate.

Dopo questa narrazione è necessario prendere in considerazione le proprietà del frutto della *Vitis Vinifera*, ossia l'uva, madre del vino.

Composizione chimica e proprietà nutraceutiche dell'uva e del vino

1. I principali nutraceutici ad azione antiossidante

Nella buccia, tra i tanti componenti, si trovano i pigmenti, che possiamo dividere in:

- Acidi fenolici o fenoli non flavonoidi, i quali sono molto importanti nei vini bianchi perché ne conferiscono l'aroma, ma rappresentano un "problema" enologico perché molto instabili, e inducono cambiamenti di colore.
- Antociani, che possono essere scomposti nelle Antocianidine
- Tannini, fondamentali nella definizione dell'astringenza nel sapore del vino (per lo più rosso)
- Flavoni e Flavonoidi
- Catechine
- Leucoantociani.



Numerosi studi che indicano che un consumo moderato di vino rosso, ovvero un bicchiere per le donne e due per l'uomo, offre benefici per la salute, soprattutto ascrivibili alla presenza di polifenoli tra cui il resveratrolo. Il resveratrolo ha un potenziale anti-invecchiamento e promuove una vasta gamma di azioni benefiche per la salute umana, da quella chemiopreventiva a quella cardioprotettiva.

L'interesse per il resveratrolo nell'uva è originariamente emerso a seguito di studi che evidenziavano una relazione inversa tra una costante e moderata assunzione di vino rosso e il rischio di malattia coronarica. Questo fatto è stato ascritto al resveratrolo che possiede diverse proprietà biochimiche e fisiologiche, inclusa l'attività anticoagulante e antinfiammatoria.

Il vino e altri derivati dell'uva rossa determinano un effetto vasodilatatorio endotelio dipendente tramite un aumento della produzione di ossido nitrico (NO) ed esplicano una significativa attività antiossidante.

I polifenoli del vino rosso possiedono attività antiossidante tale da apportare un'azione citoprotettiva i cui effetti si manifestano inducendo un cambiamento nel profilo delle lipoproteine, nella coagulazione del sangue, nell'aggregazione piastrinica, nei meccanismi ossidoriduttivi e nella funzione endoteliale.

2. Il resveratrolo

In concentrazioni che possono essere raggiunte fisiologicamente dopo il consumo di vino rosso, il resveratrolo aumenta l'espressione nelle cellule endoteliali vascolari umane di ossido nitrico- sintetasi endoteliale, un enzima responsabile della sintesi dell'ossido nitrico; inoltre diminuisce anche l'espressione di un potente vasocostrittore, l'endotelina. Altri effetti cardio-protettivi del resveratrolo includono l'inibizione dell'aggregazione piastrinica, con azione simile a quella dell'aspirina, e il suo ruolo sul metabolismo del colesterolo.

Sempre a livello cardiaco, studi degli ultimi anni hanno messo in evidenza come il resveratrolo possa svolgere un ruolo cardine nella fibrillazione atriale, l'aritmia cardiaca più comune e che è associata ad un aumentato rischio cardiovascolare, ischemia cardiaca, infarto, conseguente degenerazione vascolare e più in generale di mortalità. Si stima nel 2010 che a livello mondiale la prevalenza della fibrillazione atriale sia del numero di 33,5 milioni di persone. Il meccanismo tramite il quale il resveratrolo possiede delle interessanti proprietà anti-aritmiche è la sua azione di inibizione del rilascio cellulare intracellulare di calcio (principale ione interessato nella contrattilità dei cardiomiociti, ossia le cellule muscolari del cuore) e di blocco delle vie di trasduzione del segnale che sfociano conseguentemente nel blocco dell'accumulo di calcio, preservando quindi la contrattilità dei cardiomiociti ed aggiungendosi come ulteriore meccanismo nella protezione cardiovascolare esplicita da questo composto largamente riscontrabile nel vino rosso.

Alti livelli plasmatici di LDL ossidate sono associati a un rischio maggiore di aterosclerosi, e in molti studi è stato proposto che il resveratrolo abbia un'azione protettiva. La capacità del vino di ridurre in maniera significativa l'ossidazione delle



proteine LDL è il fattore chiave nella protezione dalle malattie cardiovascolari. L'associazione con un pasto antiossidante, riferibile a prodotti territoriali del bacino mediterraneo, favorisce ancora di più questo valore nutraceutico, che si esprime in un abbassamento ancora maggiore dell'ossidazione delle LDL, rispetto a un pasto senza il consumo di vino. L'azione protettiva del vino rosso si mantiene anche il pasto è a base di alimenti di origine animale molto grassi.

Il resveratrolo svolge anche un ruolo chemio preventivo; studi epidemiologici suggeriscono che una maggiore assunzione di flavonoidi è associata a un più basso rischio di cancro. La molecola colpisce tutte e tre le fasi della cancerogenesi (iniziazione, promozione e progressione) modulando le vie di trasduzione del segnale, controllando la divisione e la crescita cellulare, l'apoptosi, l'infiammazione, l'angiogenesi e la metastasi.

Sempre a livello delle neoplasie, non solo il resveratrolo mostra degli effetti rimodulanti il tasso di crescita delle cellule tumorali: infatti un altro composto di natura polifenolica derivato dal vino rosso, presente soprattutto in quelli appartenenti al bacino Mediterraneo, mostra dei significativi effetti sul blocco delle vie di trasduzione del segnale che aumentano la capacità riproduttiva delle cellule: l'acido ellagico.

2. L'acido ellagico

L'acido ellagico si differenzia però dall'azione tipica del resveratrolo (che agisce sull'apoptosi – morte cellulare) arrestando la crescita in una fase ben precisa della vita cellulare (la fase G2/M), e stimolando un diverso processo che può riprogrammare l'attività cellulare: l'autofagia.

Ma gli effetti benefici dei composti del vino rosso non si fermano esclusivamente ad una attività di protezione cardiovascolare ed a una più bassa incidenza di sviluppo tumorale: ultimamente, infatti, data la forte capacità antiossidante e antinfiammatoria del resveratrolo la comunità scientifica ha investigato su altri possibili condizioni/patologie su cui potesse aver effetto, come ad esempio la nevralgia del trigemino, nota più comunemente sotto il nome di "cefalea a grappolo".

Caratterizzata da forti dolori unilaterali, dove l'intensità è estremamente alta (assimilabile a scariche di elettroshock) è una delle più diffuse condizioni dolorifiche di natura neuropatica. Tuttavia, il meccanismo alla base (anche se sembra possa essere ricondotto a problematiche di natura vascolare) rimane ancora avvolto da una nebulosa, tanto che spesso il trattamento farmacologico non è pienamente efficace, sia sulla frequenza che sull'intensità degli attacchi. Dato certo è che tuttavia vi è un forte rilascio di citochine infiammatorie, e si è ultimamente dimostrato che il resveratrolo è in grado di bloccare a livello neuronale le vie di trasduzione del segnale che portano al rilascio locale di tali citochine, ponendosi come possibile coadiuvante delle terapie farmacologiche nei confronti nella nevralgia.



Bibliografia

1. Kanner, Joseph, et al. "Natural antioxidants in grapes and wines." *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 42.1 (1994): 64-69.
2. Kerry, Nicole L., and Mavis Abbey. "Red wine and fractionated phenolic compounds prepared from red wine inhibit low density lipoprotein oxidation in vitro." *Atherosclerosis* 135.1 (1997): 93-102.
3. Di Renzo L, Marsella LT, Carraro A, Valente R, Gualtieri P, Gratteri S, Tomasi D, Gaiotti F, De Lorenzo A. Changes in LDL Oxidative Status and Oxidative and Inflammatory Gene Expression after Red Wine Intake in Healthy People: A Randomized Trial. *Mediators Inflamm.* 2015;2015:317348. doi: 10.1155/2015/317348. Epub 2015 May 25.
4. Di Renzo L, Carraro A, Valente R, Iacopino L, Colica C, De Lorenzo A. "Intake of Red Wine in Different Meals Modulates Oxidized LDL Level, Oxidative and Inflammatory Gene Expression in Healthy People: A Randomized Crossover Trial." *Oxidative medicine and cellular longevity* 2014 (2014).
5. Aggarwal, Bharat B., et al. "Role of resveratrol in prevention and therapy of cancer: preclinical and clinical studies." *Anticancer research* 24.5A (2004): 2783-2840.
6. Jing Duan, Ji-Cheng Zhan¹, Gui-Zhen Wang², Xin-Chun Zhao, Wei-Dong Huang, Guang-Biao Zhou. "The red wine component ellagic acid induces autophagy and exhibits anti-lung cancer activity in vitro and in vivo". *J Cell Mol Med.* (2019):143-154.
7. Yan-jing Yang, Liang Hu, Ye-peng Xia, Chun-yi Jiang, Chen Miao, Chun-qing Yang, Miao Yuan, Lin Wang. Resveratrol suppresses glial activation and alleviates trigeminal neuralgia via activation of AMPK. *J Neuroinflammation.* (2016);19;13(1):84.
8. Laura Siga Stephan, Eduardo Dytz Almeida, Melissa Medeiros Markoski, Juliano Garavaglia, Aline Marcadenti. Red Wine, Resveratrol and Atrial Fibrillation. *Nutrients.* (2017): 30;9(11):1190.
9. Danielly C Ferraz da Costa, Luciana Pereira Rangel, Julia Quarti, Ronimara A Santos, Jerson L Silva, Eliane Fialho. Bioactive Compounds and Metabolites from Grapes and Red Wine in Breast Cancer Chemoprevention and Therapy. *Molecules* (2020): 1;25(15):3531.

Conflitti di interessi

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti

Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.



Contro l'abusivismo della professione medica!

Fisiatria Italiana

Finalmente un Sindacato dei Fisiatri che difende la nostra disciplina con tenacia e attenzione continua in tutti gli eventi che purtroppo si realizzano, con enorme velocità, di abusivismo della professione e che sta riguardando ormai pian piano tutti gli ambiti della medicina.

La diagnosi medica viene fraintesa e aggirata con mille scuse (l'ultima è quella di ridurre le liste d'attesa per la lombalgia, eliminando la visita medica fisiatrica). Questo non è un problema solo della Fisiatria: pian piano lo è di sempre più numerose discipline mediche, fra le recenti proposte vi è per esempio quella di superare la visita oculistica con quella ortottica. Quindi è un problema ben noto ai radiologi, ai cardiologi, ai ginecologi, agli psichiatri, lo è perfino degli stessi colleghi Medici di Medicina Generale che potrebbero essere sostituiti dall'infermiere di famiglia...

Non si tratta di lotta corporativa, come taluni fraintendono, ma di garantire ai TUTTI i cittadini la qualità delle cure, le garanzie di appropriatezza delle indicazioni, controindicazioni e controllo di tutto il percorso di cura. Solo questo garantisce la validità degli interventi e, fra l'altro, anche il controllo della spesa sanitaria insieme alla gestione delle attese dei pazienti che possono avere diversi bisogni e necessità di urgenza.

Le professioni sanitarie si impongono per numerosità di rappresentanza e intendono sostituirsi al Medico nei suoi compiti.

Quella che segue è una delle tante iniziative dell'ANF (Associazione Nazionale Fisiatri) nei confronti di eventi formativi che intendono forzare in questo senso il limite, inevitabile per l'enorme differenza di formazione, fra l'intervento medico e l'intervento fisioterapico, così come in altre professioni sanitarie.

Questa lettera è stata inviata non solo agli organizzatori del corso in questione, ma anche all'Ordine dei Medici di Milano, che deve sorvegliare correttamente il rispetto delle norme e della professione dei suoi iscritti, e vuole risvegliare l'attenzione di tutti i medici, attraverso la FNOMCEO e la FISM, affinché sia continua l'attenzione all'appropriatezza delle cure offerte ai cittadini del nostro Paese, senza che esse vengano travisate per mere ragioni economiche o corporative.



Roma, 07 agosto 2024

Spett.le

Segreteria Organizzativa Milano Fisioweek

alla c.a. del Responsabile scientifico

dott. Angelo Mazzali

- p.c. alla c.a. dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Milano

e dell'III.mo Referente

dott. Fabrizio Gervasoni

- p.c. alla c.a. della Federazione Nazionale

degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

e dell'III.mo Presidente

dott. Filippo Anelli

- p.c. alla c.a. dell'Ex Direzione Gen. delle prof. sanitarie e

delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale

e dell'III.mo Direttore Generale

dott.ssa Mariella Mainolfi

- p.c. alla c.a. del CdP SIMFER

Società Scientifica di Medicina Fisica e Riabilitativa

e dell'III.mo Presidente

dott.ssa Giovanna Beretta

* * * *

Oggetto: Milano Fisioweek – 7/09/2024

L'Associazione Nazionale Fisiatri (A.N.F.) c.f./p.iva 96544280587, rappresentata dal dott. Salvatore Calvaruso (c.f. CLVSVT54C14A176X) in qualità di Segretario p.t., si permette di esporre alla S.V. quanto segue: codesta associazione è venuta a conoscenza dell'imminente realizzazione dell'incontro che si



terrà in data 07 settembre 2024 nell'ambito della Milano fisioweek e dal titolo "OLTRE I CONFINI DELLA PROFESSIONE COMPETENZE AVANZATE ACQUISITE E COMPETENZE AVANZATE NON CONCESSE".

Nello spirito che ANF persegue dalla sua costituzione e che consiste, tra gli altri, nel tutelare i pazienti dalle innumerevoli fonti di abusivismo professionale in ambito riabilitativo, ci preme evidenziare alcuni punti.

1. Il programma delle relazioni prevede diversi interventi relativi il Dry-needling e le onde d'urto focalizzate, ma ci risulta che tali provvedimenti terapeutici, che sono invasivi sul paziente, siano di competenza Medica e preclusi pertanto a chiunque non abbia conseguito almeno una Laurea in Medicina e Chirurgia.

2. La diagnosi di patologia e la conseguente prescrizione di appropriata terapia sono esclusive competenze del Medico Chirurgo (cod. pen. Art. 348) ed è fondamentale a nostro avviso che il paziente venga correttamente informato sulla qualifica e le legali e concrete competenze dell'operatore sanitario che si trova di fronte, pur restando nel suo inconfutabile diritto effettuare le scelte che più ritiene adeguate per se stesso.

Pertanto, sulla base di quanto su esposto, questa Associazione auspica una attenta vigilanza sull'evento in programma e sui contenuti che verranno esposti, confidando che la presenza del Consigliere OMCeO di Milano Dott. Gervasoni e del Dir. Gen. delle Professioni Sanitarie del Min. della Salute Dott.ssa Mainolfi rappresenterà un valido strumento di monitoraggio del rispetto dei ruoli professionali e delle competenze, impedendo invece la divulgazione di informazioni fuorvianti che potrebbero rasentare il rischio dell'abuso di professione medica.

Con perfetta osservanza.

Dr. Salvatore Calvaruso

Segretario Nazionale p.t. - Associazione Nazionale Fisiatri – A.N.F.



Piccola insufficienza venosa cronica e Omeo- Mesoterapia – confronto tra trattamento BrSM e convenzionale

Maria Chiara Lazzarini

Medico di Continuità Assistenziale Ausl Romagna

San Giovanni in Marignano (RN)



M.C. Lazzarini

RIASSUNTO

L'obiettivo di questo studio clinico è valutare l'efficacia della terapia BrSM rispetto a quella convenzionale nella risoluzione della piccola Insufficienza venosa cronica, intendendo con questa tutti quei disturbi correlati agli stadi meno avanzati della Insufficienza venosa, dai sintomi di pesantezza e affaticamento agli arti inferiori, alla comparsa degli inestetismi cutanei (teleangectasie), fino agli edemi declivi molli.

Lo scopo del lavoro è stato raggiunto attraverso l'acquisizione di un campione selezionato di 15 pazienti di genere femminile che si erano già variamente sottoposte a trattamenti convenzionali negli anni precedenti. Il protocollo terapeutico ha permesso di valutare gli effetti di un trattamento BrSM articolato e completo, formulato in 8 sedute di Omeo-mesoterapia ambulatoriali supportate da una terapia domiciliare *per os* di accompagnamento (drenante e riequilibrante).

– Dopo quattro mesi dall'inizio del *trial* si sono valutati i risultati intervistando le partecipanti attraverso un Questionario. Tutte le pazienti hanno affermato che il trattamento aveva avuto effetti positivi, ed inequivocabilmente superiori rispetto a quelli ottenuti con l'ausilio della terapia convenzionale, non solo per quanto riguardava la regressione degli inestetismi localizzati dovuti alla piccola Insufficienza venosa, ma anche per quanto concerneva il recupero di un buono stato di salute psico-fisica. Inoltre, la terapia, a differenza di quella convenzionale, è stata ben accettata, ben tollerata ed è risultata priva di qualsiasi effetto collaterale.

PAROLE CHIAVE PICCOLA INSUFFICIENZA VENOSA, OMEO-MESOTERAPIA, BrSM

SUMMARY: The objective of this clinical trial is to evaluate the efficacy of BrSM therapy compared to conventional therapy in the resolution of small chronic venous insufficiency, which includes all those disorders related to the less advanced stages of venous insufficiency, from symptoms of heaviness and fatigue in the lower limbs, to the appearance of skin imperfections (telangiectasias), to soft declivous oedema.

The aim of this clinical study has been achieved through the acquisition of a selected sample of 15 female patients who had variously undergone treatments according to conventional medicine in the previous years.

The therapeutic protocol allowed to evaluate the effects of an articulated and comprehensive BrSM treatment consisting of cycles of Homeo-mesotherapy organized in 8 outpatient sessions, supported by an accompanying (draining and balancing) home therapy taken orally.

– Four months after the start of the clinical trial, the results were evaluated by interviewing the participants through a Questionnaire. All the patients stated that the performed treatment had positive effects, and unequivocally superior to those obtained with the conventional therapy, not only regarding the regression of localized blemishes due to small venous insufficiency, but also regarding the recovery of a good state of psycho-physical health. Moreover, the therapy, unlike conventional one, was well accepted, well tolerated, and free of any side effect.

KEY WORDS: SMALL VENOUS INSUFFICIENCY, HOMEO-MESOTHERAPY, BrSM

PICCOLA INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA E OMEO-MESOTERAPIA – CONFRONTO TRA TRATTAMENTO BrSM E CONVENZIONALE

CHRONIC SMALL VENOUS INSUFFICIENCY AND HOMEO-MESOTHERAPY

– COMPARISON BETWEEN BrSM AND CONVENTIONAL TREATMENT

INTRODUZIONE

Per **Insufficienza venosa cronica (IVC)** s'intende l'ineguaglianza dell'Apparato vascolare venoso ad adempiere alle proprie funzioni.

– Tale incapacità ha come comune denominatore la **stasi** venosa, che può instaurarsi con diverse modalità e che provoca l'alterazione della vitalità dei Tessuti.

La IVC è una patologia frequente nella società occidentale contemporanea; si stima che in Europa il 35% della popo-

lazione adulta soffra di varici agli arti inferiori.

L'insorgenza di IVC è da ascrivere a una compartecipazione di cause concomitanti, responsabili di un progressivo *infarcimento* tossinico della **matrice extracellulare (ECM)** che rappresenta il "grande anello" di collegamento tra tutti i Sistemi e i *network* dell'organismo.

I disturbi circolatori, l'insufficiente attività degli emuntori primari e secondari, le disfunzioni ormonali, lo stress psico-emozionale, le abitudini alimentari scorrette, la vita sedentaria, l'ortostati-



FIG. 1

Gli stadi dell'Insufficienza venosa.

– fonte: <https://www.cardiocenternapoli.it/angiologia/insufficienza-venosa.html>

smo prolungato e l'obesità, determinano alterazioni della struttura dei vasi venosi, favorendo, nel tempo, la comparsa di *intasamento* tossinico del Tessuto connettivo circostante.

– I vasi ematici e linfatici sono circondati da ECM e *dialogano* con essa.

Lo scambio di informazioni sotto forma di molecole segnale tra i vasi e la ECM è alla base del drenaggio dei Tessuti ed è essenziale per favorire le funzioni cellulari, tissutali ed organiche.

Il danno all'Apparato circolatorio venoso periferico si traduce in modificazioni strutturali delle pareti vascolari e si riflette sui Tessuti molli circostanti.

– Si procede dagli stadi iniziali della

IVC, dove prevalgono le piccole alterazioni morfo-strutturali (teleangectasie capillari), fino a turbe più consistenti della circolazione che portano prima allo sfiancamento dei vasi in forma di varici e, successivamente, alla sofferenza generale anche dei Tessuti molli fino alla superficie cutanea che si ulcera (Fase Degenerativa) (FIG. 1).

– Per questi motivi, in riferimento alla Tavola delle 6 Fasi, l'Insufficienza Venosa si colloca nelle Fasi di Deposito/Impregnazione (Fasi di Matrice), che occupano la porzione centrale della Tavola, a cavallo della Divisione Biologica.

Nelle Fasi intermedie della Tavola si assiste già ad un accumulo tossinico nei Tessuti, oramai solo in parte reversibile.

Come tutte le patologie che si inquadrano nelle Fasi a destra della Divisione Biologica, anche la IVC è caratterizzata da prognosi dubbia, con tendenza al peggioramento.

CLINICA E CLASSIFICAZIONE CEAP

Lo spettro delle manifestazioni cliniche dalla IVC è molto ampio; va dai segni clinici più superficiali a significato prevalentemente estetico, come le teleangectasie, alle manifestazioni più gravi, fino alle ulcere trofiche.

– Allo scopo di ottenere una classificazione generale che consideri gli aspetti clinici e la loro correlazione con quelli eziologici, anatomici e fisiopatologici, l'*American Venous Forum* ha redatto la classificazione CEAP (*Clinical Etiology Anatomy Pathophysiology*), che sviluppa una sottoclassificazione per ciascun aspetto della patologia preso in esame (FIG. 2; TABB. 1-3).

MATERIALI E METODI

Questo *trial* ristretto ha richiesto l'acquisizione di una casistica di pazienti, tutte di genere F, variabilmente affette da segni/sintomi di "piccola IVC", che in precedenza erano state sottoposte a trattamenti convenzionali standard, come da indicazione del medico di Medicina Generale.



FIG. 2

Classificazione CEAP rivisitata.

– fonte: <https://www.prevenzionevincente.net/index.php/la-prevenzione/vene-varicose/complicanze-vene-varicose>

– Questo campione di pazienti è stato candidato al medesimo trattamento omeo-mesoterapico associato ad una terapia domiciliare di drenaggio biologico connettivo-emuntoriale e alla correzione del regime alimentare e dello stile di vita.

Lo studio clinico ha avuto la durata complessiva pari a 3 anni (2021-2023) ed ha comportato l'inclusione di **15 pazienti** selezionate da un campione iniziale di 20 pazienti.

– I criteri di inclusione prevedevano la **stratificazione** per diverse variabili individuali fondamentali, quali: età; peso corporeo (BMI); *modus vivendi* (stile di vita sedentario o non sedentario, attività sportiva strutturata, tipo di alimentazione, consumo di fumo/alcool/caffè); *habitus* psicologico; patologie sistemiche concomitanti (epato-renali, cardio-circolatorie, ortopediche/reumatologiche/neurologiche con disturbi articolari o della locomozione, disfunzioni tiroidee, diabete); patologie loco-regionali (flebopatie, linfedemi, patologie dell'Apparato arterioso, ulcere superficiali, infezioni dermatologiche ricorrenti quali Erisipela, celluliti, pregresse TVP/TVS, ecc.); assunzione ricorrente/cronica di farmaci (anti-infiammatori, ansiolitici, anti-depressivi, estro-progestinici); tipo di attività lavorativa/professionale; stadio di avanzamento della patologia (pesantezza arti inferiori, crampi, dolori, discromie cutanee, teleangectasie, varici, edema, ulcere).

Sono state incluse nel *trial* solo le pazienti che presentavano stadi meno avanzati di patologia, corrispondenti agli stadi 1-3 della classificazione CEAP, ovvero gli stadi definibili come "piccola IVC".

– Va precisato che tutti gli stadi della patologia possono beneficiare dalla terapia secondo l'approccio BrSM.

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Il protocollo di terapia ha previsto un ciclo di infiltrazioni omeo-mesoterapiche con sedute monosettimanali x 8 setti-

CLASSIFICAZIONE CEAP
E: EZIOPATOLOGICA
Ec: Congenita
Ep: Primitiva (causa non identificabile)
Es: Secondaria (post-trombotica, post-traumatica, altre)

TAB. 1

Classificazione CEAP – Eziopatologia.

CLASSIFICAZIONE CEAP
A: ANATOMICA
As: Interessamento del Sistema venoso superficiale
Ap: Coinvolgimento delle vene perforanti

TAB. 2

Classificazione CEAP – Anatomia.

CLASSIFICAZIONE CEAP
P: FISIO-PATOLOGICA
Pr: Reflusso
Pr + o: Reflusso + Ostruzione

TAB. 3

Classificazione CEAP – Fisio-patologia.

mane consecutive. Le sedute sono state accompagnate a domicilio da una terapia di supporto *per os*.

– È risultato necessario proseguire con una terapia di mantenimento (1 seduta infiltrativa ogni 2 mesi) per conservare i risultati raggiunti sia in termini estetici sia di benessere psico-fisico generale e per impedire le recidive.

Dal punto di vista tecnico-pratico la mesoterapia richiede l'utilizzo di siringhe da 10 cc. e aghi da 4 mm x 27G per effettuare le micropunture intradermiche nelle zone anatomiche da sottoporre a trattamento.

Queste iniezioni vengono effettuate:

1. a livello di **4 agopunti (6, 9 Milza-Pancreas; 60 Vescica Urinaria; 3 Rene)**
2. in punti perivasali
3. incannulando direttamente le teleangectasie, per permettere di risolvere le flebo-linfopatie più rapidamente e più efficacemente.

PUNTI DI AGOPUNTURA

Al fine di ottenere un'amplificazione dell'effetto mesoterapico occorre infiltrare Punti di Agopuntura di stimolo di drenaggio emuntoriale dell'Apparato

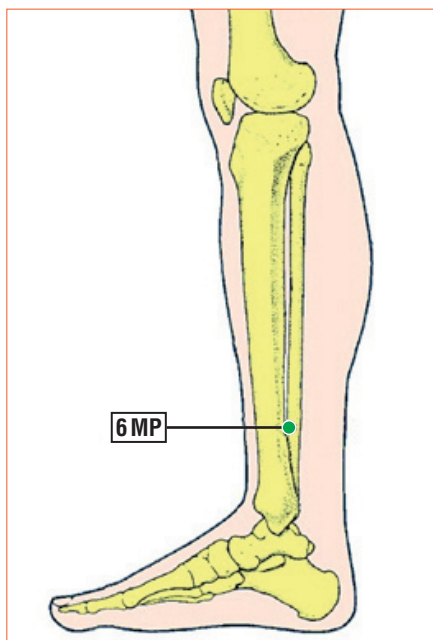


FIG. 3

Agopunto Milza-Pancreas (MP) 6.

veno-linfatico. Infatti, la stimolazione meccanica (mediante le micro-iniezioni intradermiche) di specifici Punti favorisce il ripristino dell'equilibrio energetico laddove questo fosse stato alterato a causa di una patologia organica.

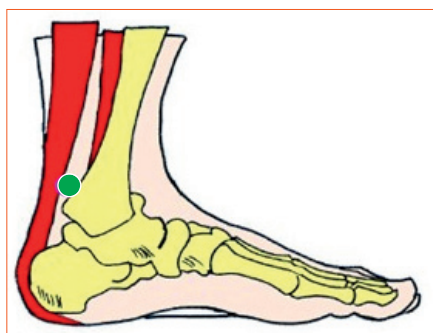


FIG. 5

Agopunto Vescica Urinaria (V) 60.

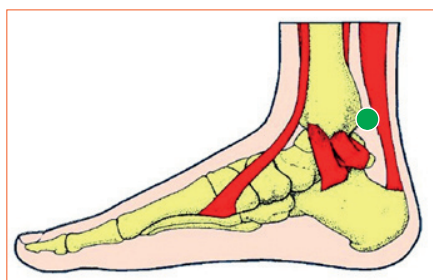


FIG. 6

Agopunto Rene (R) 3.

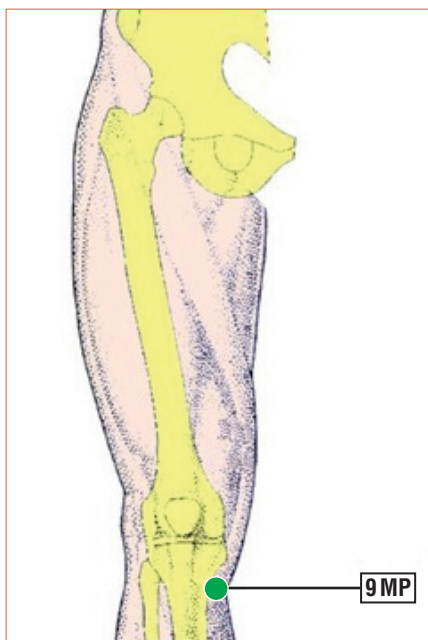


FIG. 4

Agopunto Milza-Pancreas (MP) 9.

Di seguito i Punti infiltrati:

► **Milza-Pancreas (MP) 6**

– 6-8 cm in direzione prossimale dalla prominente del malleolo mediale (FIG. 3). È uno dei Punti più importanti in Agopuntura ed ha un ampio raggio di azione, esercitando i propri effetti principali su: disturbi circolatori, malattie della pelle, prolasso e ptosi di organi e visceri, disturbi ginecologici, disturbi psichici e patologie articolari.

► **Milza-Pancreas (MP) 9**

– Nell'incavo del condilo mediale della tibia (FIG. 4). Questo Punto è utilizzato localmente per il trattamento della Gonartrosi e a distanza per le malattie della pelle e degli organi degli Apparati uro-genitale e digerente.

► **Vescica Urinaria (V) 60**

– A metà tra il malleolo esterno e il tendine d'Achille (FIG. 5). È un punto che esercita potente attività analgesica; viene infiltrato spesso in Omeo-mesoterapia e in Agopuntura per moltissime problematiche, soprattutto algiche.

► **Rene (R) 3**

– Nell'incavo tra la prominente più sa-

liente del malleolo interno e il tendine d'Achille (FIG. 6); viene utilizzato per sostenere la diuresi, stimolando la funzione emuntoriale del rene.

MEDICINALI BrSM UTILIZZATI NELL'INSUFFICIENZA VENOSA

Galium-Heel®

È il medicinale *low dose* specificamente formulato per un'azione profonda di detossificazione dell'organismo. La sua complessa composizione permette un'azione coordinata volta alla disattivazione, al clivaggio e alla centrifugazione delle tossine di impregnazione.

– Il medicinale esercita la propria azione primaria sulla ECM e secondaria a livello renale (su cui vicaria il carico tossico rimosso dalla ECM).

È un medicinale ad amplissimo spettro; trova la propria indicazione di elezione nei casi di disintossicazione aspecifica dell'organismo, drenaggio delle tossine farmacologiche di sintesi, ottimizzazione (*booster*) delle terapie farmacologiche *low dose*.

Lymphomyosot®

L'indicazione di questo medicinale è rivolta alle patologie dell'Apparato linfatico. Il suo impiego nel presente protocollo terapeutico trova razionale nelle azioni principali del medicinale sulla circolazione veno-linfatica: **1)** stimolo alla progressione linfatica; **2)** stimolo del drenaggio ECM; **3)** spinta al riassorbimento dei liquidi extracellulari.

Arnica Heel Complex

È un medicinale *low dose* tradizionalmente impiegato per le sue proprietà antinfiammatorie, antiedemigene, analgesiche e di rigenerazione tissutale.

– È un medicinale ad amplissimo spettro; nel presente contesto è stato utilizzato, oltre che per le sopraannunciate proprietà, anche per l'azione più mirata sul circolo venoso, con effetto flebotonico sui capillari, imputabile ad uno dei suoi componenti, Hamamelis.

Hamamelis ha un tropismo selettivo per i disturbi della circolazione venosa, caratteristica che lo rende attivo su stasi

venosa, varici, ulcera crurale, emorroidi ed emorragie venose.

Aesculus Heel Complex

Dotato di tropismo specifico per l'Apparato venoso periferico, è utilizzato per l'ottenimento di un'azione mirata e rapida sulla problematica istopatologica dell'IVC (tono insufficiente della parete venosa). È particolarmente indicato nei casi di sensazione di pesantezza agli arti inferiori e di stasi venosa con gonfiore delle caviglie e dei polpacci.

Per la sua azione flebotonica e vasoprotettrice sulle pareti vasali, trova specifica indicazione nei casi di IVC, teleangectasie e *cutis marmorata*.

Solidago compositum S

Ha una selettività specifica per il rene; anche altri organi appartenenti all'Apparato genito-urinario beneficiano dalla somministrazione di questo medicinale, inserito nel protocollo in quanto, intervenendo sull'attività emuntoriale renale, la circolazione venosa viene favorita grazie all'eliminazione del sovraccarico di liquidi.

POSOLOGIA

I medicinali BrSM utilizzati in questo trattamento omeo-mesoterapico sono stati somministrati alla quantità di **1 fiala** (2,2 ml) per ciascun prodotto.

– La terapia di mantenimento e di potenziamento domiciliare è stata condotta *per os* alla dose di 10 gocce x 2 volte/die di: **Hamamelis-Homaccord + Galium-Heel®** + 1 fiala di **Aesculus Heel Complex**.

Per favorire una migliore *compliance* delle pazienti: introdurre all'interno di una bottiglia di acqua da 1 litro le dosi giornaliere cumulative di tutti e tre i medicinali, da assumere a sorsi durante l'arco della giornata, lontano dai pasti.

RISULTATI

Per la valutazione finale dei risultati è stato elaborato un Questionario sotto-

posto all'attenzione delle pazienti dopo quattro mesi dall'inizio della terapia; è stato possibile valutare l'efficacia del trattamento e di confrontarla con eventuali precedenti trattamenti convenzionali già esperiti dalla maggior parte delle pazienti considerate.

– Va specificato che, nonostante tutti i gradi di IVC siano trattabili con Omeo-mesoterapia, nel campione selezionato sono state incluse solo le pazienti (N. 15) con disturbi lievi/moderati (classificazione CEAP 1-3).

Le pazienti considerate sono quelle afflitte in misura maggiore da dolore, crampi muscolari, parestesie, sensazione di pesantezza all'agli arto/i inferiore/i, affaticamento degli arti inferiori, sensazione di pelle *tirata* a causa del gonfiore, teleangectasie e da inestetismi da IVC.

In seguito all'inclusione all'interno del gruppo di studio, tutte le pazienti hanno concluso il ciclo terapeutico prestabilito (nessun *dropout*).

Dopo 4 mesi dall'inizio della terapia, sono stati analizzati i risultati ottenuti mediante lo spoglio dei moduli-Questionario.

L'analisi si è basata essenzialmente sulla **rilevazione di alcuni parametri importanti**, definiti "**obbiettivi primari**" (riduzione dei diametri circonferenziali degli arti inferiori, risoluzione/miglioramento significativo degli edemi declivi, degli inestetismi cutanei da IVC e dei sintomi correlati alla patologia) e "**obbiettivi secondari**" (peso corporeo, tonicità/trofismo della cute e del sottocute, imbibizione della cute e del sottocute/ritenzione idrica, succulenza tissutale degli arti inferiori/stasi veno-linfatica, effetti sulla *silhouette* corporea, effetti collaterali sistemici inerenti il trattamento, effetti collaterali locali/ecchimosi, irritazioni cutanee, inestetismi, stato di benessere fisico, stato di benessere mentale, grado di soddisfazione post-trattamento, grado di efficacia del trattamento rispetto ai trattamenti convenzionali sperimentati in precedenza.

DISCUSSIONE

Questa esperienza attesta l'efficacia del trattamento omeo-mesoterapico e BrSM.

– Tutte le pazienti hanno risposto positivamente e con soddisfazione alla terapia.

Tutte le partecipanti allo studio, dopo quattro mesi dall'inizio del trattamento, hanno riscontrato un apprezzabile calo ponderale, una tangibile riduzione dei diametri circonferenziali degli arti inferiori *in toto* (in particolare della gamba), un netto miglioramento della sintomatologia IVC, un ridimensionamento degli edemi declivi perimalleolari ed un ottimo profilo di miglioramento delle teleangectasie superficiali.

È interessante evidenziare come si siano risolti tali segni/sintomi, non solo nei punti trattati localmente, ma anche in zone a distanza dove erano presenti gli stessi disturbi ma che non erano stati filtrati direttamente.

• Effetti analoghi non si erano mai palesati in precedenza dopo un trattamento convenzionale.

– La terapia BrSM utilizzata in questo contesto si è dimostrata priva di effetti collaterali rispetto alla terapia convenzionale. Nessuna paziente ha accusato disturbi locali o sistemici durante o dopo le sedute omeo-mesoterapiche previste dal protocollo di studio, né ha dovuto sospendere la terapia per via orale a causa di effetti avversi.

CONCLUSIONI

Secondo la nostra esperienza si può sostenere che l'approccio locale e sistemico BrSM è efficace nella terapia della piccola IVC.

– I risultati ottenuti suggellano l'ipotesi, ormai avallata, che l'Omeo-mesoterapia sia a tutti gli effetti una terapia olistica, che comporta effetti sia locali sia a distanza nell'ottica di una *restitutio*

ad integrum della funzione di un organo/Apparato/Sistema non solo nei Punti specifici trattati, ma sotto tutti gli aspetti e in tutto l'organismo.

– È quindi indispensabile evitare di focalizzare l'attenzione esclusivamente sulla patologia da trattare, misconoscendo le ripercussioni che la stessa è in grado di esercitare sull'organismo *in toto*.

Le pazienti trattate con la BrSM si sono dichiarate molto soddisfatte anche per i risultati raggiunti sia sul piano del benessere fisico sia sul piano del benessere psico-emozionale e per l'assenza di reazioni avverse o controindicazioni al trattamento.

Questi ulteriori aspetti rappresentano veri e propri punti di forza di queste terapie, e rendono ragione della "affezione" dei pazienti agli approcci BrSM che, in virtù della propria efficacia terapeutica e dei loro numerosi vantaggi ad ampio spettro, possono rappresentare un intervento sempre più mirato e frequente nella Medicina del futuro. ■

- Milani L. – La terapia locale omeopatica dei linfedemi con farmaci omotossicologici di origine animale. *La Med. Biol.*, **1998**/4; 13-25.
- Milani L. – Farmacognosia, farmacologia e terapia *low dose* di *Aesculus hippocastanum* Linn. - Focus su *Aesculus Heel Complex*. *La Med. Biol.*, **2023**/2; 3-12.
- Nardi A. – Trattamento integrato delle ulcere venose flebotatiche dell'arto inferiore con bendaggio, omeomesoterapia e terapia *low dose*. *La Med. Biol.*, **2018**/3; 13-19.
- Perra A. et Al. – L'universo della "Matrice Extracellulare". Rapporti tra *Galium-Heel*, plasticità e rigidità del microambiente cellulare. *Terapie d'Avanguardia*, n.15; **2018**.
- Reckeweg H.-H. – *Materia Medica Omeopatica*. II edizione. Guna Editore; **2009**.
- Reckeweg H.-H. – *Omotossicologia*. Guna Editore; **1988**.
- Santoro N. et Al. – Trattamento mesoterapico con *Lymphomyosot* + *Arnica comp.* nel linfedema secondario alla chirurgia del carcinoma della mammella. *La Med. Biol.*, **2012**/4; 63-6.

Le voci bibliografiche Milani L., **1998**, **2023**; Nardi A., **2018** e Santoro N. et Al., **2012** sono consultabili in

www.medibio.it → [La Medicina Biologica](#).

Bibliografia essenziale

- Benvenuto M. et Al. – Effects of a natural multi-component compound formulation on the growth, morphology and extracellular matrix production of human adult dermal fibroblasts. *Exp Ther Med.* **2019** Oct;18(4):2639-2647.
- Bianchi I. – *Repertorio di Medicina omeopatica e omotossicologica*. Guna Editore; **1993**.
- De Bellis M. – *Nuovo Manuale di omeomesoterapia*. Guna Editore; **2019**.
- De Maeseneer M.G. et Al. – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* **2022** Feb;63(2):184-267.
- Duprat H. – *Materia Medica Omeopatica*. Fratelli Palombi Editori; **1984**.
- Italia E. & De Bellis M. – *Manuale di omeomesoterapia*. III edizione. Guna Editore; **2013**.
- Lurie F. et Al. – The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* **2020** May;8(3):342-352.

Riferimento bibliografico

LAZZARINI M.C. – Piccola Insufficienza venosa cronica e Omeomesoterapia

– Confronto tra trattamento BrSM e convenzionale.

La Med. Biol., **2024**/2; 37-42.

Autore

Dott.ssa Maria Chiara Lazzarini

– Medico di Continuità Assistenziale presso Ausl Romagna

Via XXII Giugno, 31

I – 47842 San Giovanni in Marignano (RN)