

# 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](http://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](http://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](http://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](mailto: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](http://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 17 (ott-dic)

## INDICE

### *Editoriali*

[1. Ai Fisiatri italiani serve una società scientifica ed una Vision](#)

Domenico Uliano

### *Storia e Ricordi*

[5. Maria Grazia Benedetti ci ha lasciati](#)

Calogero Foti

### *Perle cliniche e Professionali*

[6. Osteopatia: lo stato dell'arte in Italia](#)

Giovanni Santangelo

### *Perle cliniche e professionali*

[8. Il Piano di indirizzo per la Riabilitazione, il Progetto Riabilitativo Individuale e l'importanza dei PERCORSI RIABILITATIVI](#)

Giovanni Santangelo

### *Disabilità e società*

[13. La disabilità in prima persona](#)

Carla Rossella Cavallo, Massimo Sinigaglia

## *Attualità*

### [17. Iniziativa contro l'abusivismo in Riabilitazione](#)

ANF

## *Disabilità e Società*

### [18. Sviluppo inclusivo di comunità: riabilitare per partecipare](#)

Germano Pestelli, Francesco Zaro

## *Attualità, Specialisti in formazione*

### [20. Eppur si muove](#)

Morena Ottaviani

## *Case Report e Report brevi*

### [23. Terapia antalgica della cisti di Tarlov con omeomesoterapia e elettroagopuntura - Descrizione di un raro caso clinico](#)

Carla Pecoraro



## **Ai Fisiatri italiani serve una Società scientifica ed una Vision**

Domenico Uliano

*Dir. Resp. Fisiatria Italiana*

Ci siamo posti il problema se completare il titolo di quest'articolo con un punto interrogativo od esclamativo.

Abbiamo poi lasciato il completamento grammaticale al singolo lettore, consapevoli che l'esclamazione sarebbe stata ingenerosa verso tanti colleghi di un tempo e l'interrogazione perfino troppo benevola verso i maggiorenni di adesso.

Siamo così andati a recuperare appunti datati **14 giugno 2016**, che riproponiamo, anche a noi stessi, come spunto di riflessione.

Ponendoci però un interrogativo, questo sí senza esitazioni: ma questi anni sono passati invano?

**FISIATRIAITALIANA.IT ritiene indispensabile che i Fisiatri italiani si diano un obiettivo culturale e professionale chiaro e trasparente per il medio futuro, superando incertezze e condizionamenti che lo allontanano da quello che deve invece rappresentare l'unico fine realmente perseguibile: un professionista al passo dei tempi, specialista per le Persone con disabilità (di D.A. Fletzer, G.Rovere, D. Uliano)**

### ***La visione ufficiale di FISIATRIAITALIANA.IT sul presente ed il futuro della fisiatria italiana***

La medicina fisica e riabilitativa nel prossimo decennio sarà una specialità medica, di pertinenza del medico fisiatra, che in ogni contesto sanitario ed indifferentemente da questo, sarà responsabile del governo clinico del paziente che necessita di intervento riabilitativo, di qualsivoglia differente complessità clinica.

Il Fisiatra é un professionista, conosciuto e riconosciuto dal grande pubblico e dalla medicina specialistica, che attraverso la valutazione del bisogno riabilitativo e dalla misurazione del grado di disabilità, attraverso la prognosi, la valutazione delle aspettative e delle priorità del paziente e dei suoi familiari, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale, garantisce



il governo clinico e promuove un percorso assistenziale integrato finalizzato al miglioramento dell'outcome funzionale.

Le attività professionali del Fisiatra sono erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, ed in regime di assistenza ospedaliera, in ricovero, assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale, o diurno, assistenza ambulatoriale ed assistenza domiciliare.

Il Fisiatra é garante dell'accesso al sistema di welfare da parte della Persona con disabilità, é garante della continuità assistenziale tra i vari setting riabilitativi, é garante di un percorso assistenziale integrato con un proponimento complessivo realizzato in sinergia con le componenti sanitarie mediche e non mediche di ambito riabilitativo ed extrariabilitativo, attraverso un lavoro interdisciplinare e interprofessionale, di cui é garante e medico specialista di riferimento

Il Fisiatra é lo specialista che, attraverso esclusive competenze cliniche, utilizza nel percorso assistenziale del paziente, durante l'intero iter riabilitativo e trasversalmente tra i differenti setting, ogni strumento terapeutico disponibile, trasversale e interdisciplinare, per la gestione medico specialistica della complessità del paziente in iter riabilitativo. Il Fisiatra é attore principale per ogni procedimento "manu medica" e massimo riferimento culturale e conoscitivo per ogni intervento non medico, sanitario. Il Fisiatra utilizza tecniche interventistiche invasive in diversi ambiti, come ad esempio nelle tecniche strumentali per il management del dolore, nei setting di alta specializzazione e nella gestione delle persone ad alta complessità.

### **Cultura riabilitativa medico specialistica**

Il Fisiatra si pone come specialista di riferimento per la soluzione di problemi di governance clinica del paziente in ogni fase del percorso riabilitativo, dal regime di ricovero alla dimissione in regime ambulatoriale, al mantenimento dello stato di salute raggiunto. Il Fisiatra é lo specialista che ha in proprio possesso strumenti culturali specialistici finalizzati alla gestione del percorso in tutta la sua complessità, clinica e manageriale. Clinicamente il Fisiatra é il medico della disabilità, in possesso di strumenti terapeutici di differente complessità che abbia una pertinenza, anche talvolta esclusiva, nella gestione medica del paziente. Al tempo stesso e parallelamente il fisiatra ha abilità manageriali che gli permettono di realizzare il suo ruolo di riferimento all'interno del team riabilitativo. Questa professionalità sarà espressa in ogni presidio di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, ed in regime di assistenza ospedaliera, in ricovero, assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale, o diurno, assistenza ambulatoriale ed assistenza domiciliare in Italia.

### **Interdisciplinarietà in riabilitazione**

Il Fisiatra é un professionista interdisciplinare, capace di confronto diretto culturale con le specializzazioni affini e non alla medicina riabilitativa, (ortopedici, neurologi, neurochirurghi, cardiologi, rianimatori...). Il fisiatra é lo specialista con approfondite



conoscenza di branca medica, ma con ulteriori conoscenze specialistiche, riguardanti esclusivamente gli aspetti riabilitativi, clinici, del paziente in oggetto.

Allo stesso modo, il Fisiatra, in quanto specialista di riferimento della equipe riabilitativa, deve avere una conoscenza culturale approfondita di ogni metodologia di branche non mediche, affini al paziente in oggetto, sulle quali avrà piena comprensione, e delle quali avrà piena capacità interpretativa e conoscitiva.

Per questo il Medico Fisiatra é lo specialista capace di confrontarsi culturalmente con ogni professionista, medico e non medico, che direttamente o indirettamente, operi sulla persona con disabilità. Il Fisiatra ritiene pertanto indispensabile ed assolutamente irrinunciabile il rafforzamento del Team riabilitativo e della propria capacità di dare risposte ai bisogni di queste persone.

### **La ricerca in riabilitazione**

Il Fisiatra deve essere uno specialista fortemente impegnato in ogni processo di avanzamento e miglioramento dello stato della conoscenza della metodica terapeutica, gestionale e organizzativa del paziente e della persona con disabilità. Il fisiatra si deve occupare di ricerca clinica finalizzata alla gestione medica del sintomo, dell'individuazione della prognosi, della misurazione della disabilità, della ottimizzazione della spesa e naturalmente della ricerca di base. Il Fisiatra deve essere lo specialista che esporta conoscenza specialistica presso altre branche mediche e non mediche, con il fine di migliorare la qualità assistenziale della medicina fisica e riabilitativa. Università, IRCCS, Ospedali, Strutture territoriali pubbliche e private parteciperanno a questo processo formativo e di ricerca in una rete che promuoverà il raggiungimento di nuovi traguardi di autonomia per le Persone con disabilità.

### **La formazione**

Il Fisiatra deve essere uno specialista che si forma in ogni Università italiana, post-laurea, con corsi di specializzazione della durata di ogni altra specializzazione clinica. Il Fisiatra deve essere formato da medici fisiatri, su una cultura medico fisiatrica, in un reparto universitario fisiatrico e di medicina riabilitativa ospedaliero e nelle strutture territoriali, in pratica laddove si presentano i bisogni delle Persone con disabilità. In tali luoghi deve apprendere tutti gli atti professionalizzanti, invasivi e non invasivi, indispensabili per la propria vita professionale specialistica. Il Fisiatra deve essere lo specialista che divulga la branca in ogni corso universitario di medicina. Inoltre, il Fisiatra deve insegnare tecniche ed approccio specialistico riabilitativo in corsi di altre specializzazioni mediche ed in corsi di laurea di professioni non mediche. In ambito extra universitario il Fisiatra deve formare altri Fisiatri su aspetti specifici della gestione del paziente, così come deve contribuire alla cultura riabilitativa promuovendo corsi presso altre professioni mediche e non mediche.



## **Le istituzioni**

Il Fisiatra deve essere lo specialista di riferimento in ogni contesto istituzionale che si occupa e che gestisce la riabilitazione italiana. I Fisiatri devono essere referenti per la disciplina presso il Ministero della Salute, per la didattica e l'ordinamento universitario presso il Ministero della Università, del Senato e della Camera per la promulgazione di leggi che regolano la pratica riabilitativa in Italia; saranno i referenti negli organi internazionali e di volontariato per le attività di riabilitazione, oltre che con la Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività riabilitative.

**Ed allora se la risposta al nostro interrogativo iniziale è che questi obiettivi sono stati raggiunti, allora possiamo essere TUTTI BEN soddisfatti ed insieme brindare alle nostre sorti magnifiche e progressive, ma se invece visione ed obiettivi si sono disgregati, perdendo la rotta, allora il problema si pone in termini di grande attualità e forse, sì, ai Fisiatri serve davvero una Società scientifica.**



## **Maria Grazia Benedetti ci ha lasciati**

Calogero Foti

*Medicina Fisica e Riabilitativa, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*

Una notizia davvero triste. La professoressa Maria Grazia Benedetti ha abbandonato la vita terrena.

Ella è stata Professoressa Ordinaria, come Lei si definiva, presso il Dipartimento di Scienze Biomediche Neuromotorie nel settore scientifico disciplinare della Medicina Fisica e Riabilitativa presso l'Università degli Studi di Bologna fino al 2023. È stata a lungo Direttrice della Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa nello stesso Ateneo.

Dal 1991 fino al 2023 ha ricoperto l'incarico di Dirigente Medico per l'area della ricerca, Medicina Fisica e Riabilitazione presso il laboratorio di analisi del movimento dell'istituto ortopedico Rizzoli, Bologna. È tra le fondatrici della SIAMOC, Società Italiana di Analisi del Movimento; oltre che della ISPO Italia, Società dedicata allo studio di innovazioni in ambito ortesico e protesico.

Risulta autrice di 191 documenti indicizzati, con 6824 citazioni, e un H-Index di 41. Prevalentemente il suo contributo scientifico si è estrinsecato nello studio di soluzioni innovative nella analisi del movimento di disabilità da patologie di natura muscolo-scheletrica e neurologica. La sua produzione scientifica è stata in continua crescita dal 1988 fino al 2023, anno del suo pensionamento.

La ricordo in uno degli ultimi eventi congressuali frequentati assieme, circa un anno fa, dopo una sua entusiasmante Lettura, in scarpe da tennis, pronta ad affrontare una passeggiata non del tutto facile.

Donna di forte carattere, schietta, elegante, dalla parte delle Donne senza cadere in banali estremismi, critica in modo positivo sulle attività riguardanti la Riabilitazione e l'Università.

Riposa in Pace, Maria Grazia, col sonno dei Giusti.



# Osteopatia: lo stato dell'arte in Italia

Giovanni Santangelo

*Direttore Sanitario Centro di riabilitazione accreditato Caserta*

In conseguenza dell'imminente esordio sul campo universitario delle nuove Lauree in Osteopatia e in previsione di ulteriori dubbi che possono/devono assalire i poveri assistiti, sempre più inondati di figure professionali che non sempre hanno un ruolo e competenze inequivocabili, si è pensato che potesse risultare utile qualche chiarimento dal momento che quando si parla di Salute la chiarezza è d'obbligo.

Il termine "Osteopatia" è stato coniato dal suo fondatore, il chirurgo americano dr Andrew Taylor Still, che alla fine del XIX secolo scoprì le relazioni esistenti tra l'equilibrio funzionale dell'insieme delle strutture del corpo e la salute.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Osteopatia è una terapia che ha lo scopo di supportare la funzionalità fisiologica del corpo tramite l'utilizzo di una varietà di tecniche manuali non invasive.

L'osteopatia, recentemente individuata tra le professioni sanitarie, si avvale di un approccio esclusivamente manuale che ha come scopo il miglioramento dello stato di salute della persona.

In Italia è stata normata ufficialmente dall'art. 7 della legge 3/2018 e con il decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 7 luglio 2021.

Si evince da tali normative che l'osteopata è il professionista sanitario, in possesso di laurea triennale universitaria abilitante o titolo equipollente e dell'iscrizione all'albo professionale, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie interventi di prevenzione e mantenimento della salute attraverso il trattamento osteopatico di disfunzioni somatiche non riconducibili a patologie, nell'ambito dell'apparato muscolo scheletrico.

L'osteopata, in riferimento alla diagnosi di competenza medica, e all'indicazione o la controindicazione al trattamento osteopatico effettua la valutazione osteopatica attraverso l'osservazione, la palpazione percettiva ed i test osteopatici per individuare la presenza dei segni clinici delle disfunzioni somatiche del sistema muscolo scheletrico.

In particolare, attraverso il trattamento manipolativo osteopatico della disfunzione somatica, si occupa di ripristinare la funzionalità perduta a causa di un trauma o di una condizione patologica.





L'Osteopata non utilizza quindi approcci farmacologici o strumentali, che restano di esclusiva pertinenza del laureato in medicina e chirurgia, ma molto spesso collabora con diversi altri professionisti della salute per la gestione del benessere del paziente. Inoltre, l'approccio terapeutico osteopatico comprende anche il passaggio di informazioni e conoscenze al paziente per aiutarlo a prendere coscienza della propria condizione di salute.

L'osteopatia si occupa principalmente dei problemi strutturali e meccanici di tipo muscolo-scheletrico a cui possono però associarsi delle alterazioni funzionali degli organi e visceri, secondo il riconosciuto concetto della fascia.

Il tessuto fasciale è infatti organizzato come una rete tridimensionale che avvolge, sostiene, sospende, protegge, collega e divide la componente muscolare, scheletrico e viscerale del corpo.

Poiché in Osteopatia si ha una visione olistica del corpo umano, è valida anche l'idea contraria: un problema funzionale organico-viscerale può provocare dei dolori di tipo muscolo-scheletrico.

E tale concetto rientra tra quelli che il medico perfezionato o masterizzato in medicina manuale (R. Maigne) utilizza per effettuare una diagnosi.

L'osteopatia ha quindi un ruolo nella prevenzione e nel mantenimento della salute, e può essere anche integrata, qualora il medico specialista lo ritenga, nei percorsi di cura e riabilitazione della medicina convenzionale (Decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 7 luglio 2021, allegato 1, art. 2).

Appare quindi evidente che il ruolo dell'osteopata è ben difforme da quello del medico chirurgo; di quest'ultimo è chiara la funzione diagnostica, prognostica e di cura, atti che non possono essere effettuati da nessun altro professionista sanitario o del benessere. Risulta così palese la necessità di una corretta informazione al cittadino/paziente il quale deve sempre essere seguito e consigliato dal medico chirurgo per le necessità relative a patologie che necessitino di approfondimento diagnostico e terapia farmacologica.

In questo anno, quindi, sono stati attivati i primi corsi universitari triennali in osteopatia in varie parti del nostro paese.

La nuova normativa del MIUR e del Ministero della Salute infine sancisce che "nell'ambito della professione sanitaria dell'osteopata, il laureato è quel professionista sanitario che svolge interventi di prevenzione e mantenimento della salute attraverso il trattamento osteopatico di disfunzioni somatiche non riconducibili a patologie nell'ambito dell'apparato muscolo-scheletrico.

Nel dettaglio chi conseguirà il titolo accademico in osteopatia potrà "pianificare il trattamento selezionando approcci e tecniche esclusivamente manuali, non invasive ed esterne, adeguate al paziente", ed eseguendole "in sicurezza e nel rispetto della dignità e sensibilità del paziente", valutandone poi gli esiti (Decreto Interministeriale n. 1563 dell'1/12/2023).



# **Il Piano di indirizzo per la Riabilitazione, il Progetto Riabilitativo Individuale e l'importanza dei PERCORSI RIABILITATIVI**

Giovanni Santangelo

*Direttore Sanitario Centro di riabilitazione accreditato Cefim Caserta*

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, emanato dal Ministero della Salute nel lontano febbraio 2011, aveva il compito, una volta recepito dalle realtà regionali di uniformare gli interventi riabilitativi su tutto il territorio nazionale.

Formalmente quasi tutte le regioni hanno trattato i temi proposti dalle vecchie linee guida nazionali e talune emanando proprie linee guida, generando molteplici unità di offerta, anche con denominazioni differenti. Tali unità non sono facilmente confrontabili per la mancanza di dati quantitativi riferibili a requisiti strutturali e/o organizzativi.

Molte delle normative emanate non hanno ancora trovato applicazione per mancanza di strumenti attuativi.

Inoltre, la continuità assistenziale è spesso ottenuta attraverso la somma di molti interventi singoli non realizzando una completa e precoce presa in carico globale della persona.

Persiste confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva.

I volumi di attività e la distribuzione di servizi sono molto sbilanciati fra le diverse regioni o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o verso risposte prevalenti in regime ambulatoriale.

Tutti questi punti deboli ancora creano difformità di risposta ai bisogni riabilitativi su tutto il territorio nazionale.

## **Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione prevedeva quindi varie novità.**

Dapprima il *modello bio-psico-sociale* che pone al centro del sistema il cittadino paziente e il suo contesto familiare nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni orientando conseguentemente tutte le attività rispetto a tale priorità e verificandone i risultati.

La necessità di un *team riabilitativo* composto da professionisti che possono essere ricompresi in due differenti specificità in base al percorso formativo: professionisti della



riabilitazione, quali in primis il medico specialista in riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001; il personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale ed inoltre vi rientra a pieno titolo il *Caregiver*, familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona disabile ai fini della gestione delle sue problematiche attuali e future.

### **Il compito del medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione è quello di stilare il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).**

Il PRI è mirato al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana e lavorative ed inoltre all'incremento della partecipazione sociale; il suo scopo è di soddisfare le esigenze della persona con una particolare enfasi sulle sue aspettative e sulla qualità di vita.

Il Progetto Riabilitativo Individuale è quindi lo strumento per “proiettare l'autonomia” e viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con la persona e la sua famiglia ed ha un solo responsabile che è il medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

L'elaborazione di un progetto prevede quindi varie fasi:

1. la visita medica specialistica del medico Fisiatra volta a identificare i problemi e le loro cause;
2. la definizione degli obiettivi (elaborata dall'esito delle visite specialistiche, delle valutazioni del personale tecnico sanitario laureato e delle aspettative e esigenze della persona) con la definizione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi);
3. la scelta del “setting” (luogo dove effettuare la riabilitazione che può essere in regime di ricovero, ambulatoriale o domiciliare). La scelta di quest'ultimo riabilitativo dipende da vari fattori: grado di disabilità del paziente; condizioni cliniche; disponibilità logistiche (possibilità di trasporto o ad esempio impegni di lavoro); necessità di assistenza infermieristica continua; necessità di attrezzature; valutazione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni setting;
4. la definizione dei singoli programmi riabilitativi, che compongono il PRI, che comprende: la descrizione degli interventi; l'individuazione degli operatori; determinazione delle modalità e tempi di erogazione; definizione delle misure di esito per valutare l'efficacia dei programmi.

Durante l'attuazione del PRI deve essere previsto un monitoraggio per potere modificare e adattare il progetto ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze della persona.

Difatti la verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI.

Il trattamento riabilitativo effettuato tramite progetti riabilitativi condivisi con il cittadino paziente comporta una precisa definizione degli obiettivi e di conseguenza la definizione della tempistica necessaria per raggiungere tali obiettivi.



*Appare alla luce di quanto finora esplicitato che le prescrizioni di un determinato numero prestabilito di singole sedute al di fuori di un Progetto Riabilitativo è spesso afinalistico (senza obiettivi definiti), potenzialmente non efficace e senza la possibilità di verificarne l'utilità o la adeguatezza come numero.*

I problemi ed i bisogni riabilitativi e sociali iniziano al momento della diagnosi ed accompagnano il paziente per tutta la durata della malattia, ma sono differenti e mutevoli nelle varie fasi della malattia, soprattutto nel caso di patologie semplici (ad esempio fratture monosegmentarie) che di patologie complesse (ictus, sclerosi multipla).

Il Progetto Riabilitativo ed i suoi interventi, sviluppati attraverso i programmi di cui è composto, sono giocoforza differenti nelle varie fasi della patologia di cui è affetto il paziente (dalla diagnosi alle fasi avanzate), perché i bisogni sono differenti.

*Non vi è quindi una riabilitazione standard, i bisogni sono differenti e quindi di conseguenza i Progetti Riabilitativi con i loro programmi sono personalizzati o, meglio ancora, "sartorializzati" sulla persona che si ha di fronte, sulle sue aspettative di vita e sulla sua interazione sociale.*

A tal proposito, si rappresenta che, secondo quanto previsto dal Piano di indirizzo per la Riabilitazione, la creazione del percorso unico integrato all'interno della rete riabilitativa mira ad introdurre un'organizzazione più efficiente del servizio a maggior tutela del paziente, individuando le dimensioni che, opportunamente combinate, permettono di individuare il setting più appropriato in relazione alla fase del percorso di cura e prevedendo l'utilizzo di adeguati strumenti di valutazione per monitorare, in ambito dipartimentale, le fasi di passaggio tra i diversi setting riabilitativi.

A riprova di ciò, le stesse Linee di indirizzo nazionale impegnano le amministrazioni regionali e provinciali, che già disponevano di risorse riabilitative, a metterle in rete, organizzando i percorsi riabilitativi, lasciando, però, loro "l'autonomia (...) nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione".

Il percorso riabilitativo unico, tuttavia, tramite la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), redatto previa valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente, e la definizione del programma riabilitativo, come definito dal piano di indirizzo per la riabilitazione 2011, specifica le modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento; obiettivi da raggiungere a breve e medio termine; modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste; misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi; tempi di verifica e conclusione.

Pertanto, ogni Progetto Riabilitativo, redatto secondo i criteri dell'efficacia e dell'appropriatezza, è unico e risponde alle esigenze di uno specifico utente che deve



essere seguito durante tutto il percorso e monitorato tramite le scale di valutazione validate di inizio e fine progetto.

Il Progetto, dunque, tiene conto dei bisogni globali del paziente, delle specifiche menomazioni, disabilità complesse e a lento recupero o segmentarie e transitorie e, in particolar modo, delle abilità residue e recuperabili.

Nel definire gli esiti desiderati del paziente e dell'equipe riabilitativa, il Progetto stabilisce il ruolo che quest'ultima riveste; definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine nonché tempi e modalità di erogazione di specifici trattamenti e prestazioni da erogare, nonché la loro verifica.

Nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione vengono distinte due tipologie di utenti definite in base a differenti bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza: *caso complesso* (utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle

ADL che richiedono un team multi professionale - almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso, come già espresso, il medico specialista in Medicina Fisica e riabilitazione, che ha il compito di effettuare una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici); *caso non complesso*: (utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale, redatto sempre dal medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione, con interventi farmacologici, di medicina interventistica ecc., o tramite il PRI da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione).

Per le ragioni suesposte, dunque, il Progetto Riabilitativo Individuale ed i programmi riabilitativi di cui si compone, essendo elaborato sulla base delle specifiche esigenze dell'assistito, non può in alcun caso prevedere una tariffazione unitaria e aprioristicamente determinata, anche in considerazione delle eterogeneità delle esigenze assistenziali che caratterizzano i casi dei singoli pazienti.

D'altronde anche nel caso di patologie minimali, dove abbiamo già definito che il PRI richiede un semplice programma e spesso l'impegno di un solo tecnico sanitario laureato, la necessità di organizzare il tutto seguendo la medesima logica appare palese.

Ma così come nelle patologie complesse la tariffazione è scorporata dal Progetto Individuale prevedendo dei costi previsti per le attività impiegate, anche per le patologie semplici andrebbe indicato un costo relativo alle attività.

Quindi in poche parole, la remunerazione non può andare di pari passo con i codici previsti dal nomenclatore esclusivamente per singola prestazione, ma in base alla disabilità, al setting operativo e alla durata della prestazione, come richiesto dal PRI.

Di sicuro il sistema della riabilitazione al giorno d'oggi non può più prevedere il ricorso a singole prestazioni codificate da un nomenclatore che, nonostante le continue seppur



tardive revisioni, mostra il fianco a critiche soprattutto per l'inadeguatezza della visione unica del paziente a cui si deve dare una risposta ad un bisogno riabilitativo, ma in riabilitazione deve quindi essere superato il sistema prestazionale a favore della presa in carico riabilitativa con l'introduzione dei percorsi riabilitativi.



## La disabilità in prima persona

Carla Rossella Cavallo <sup>1</sup>, Massimo Sinigaglia <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Insegnante ITIS “A. Rossi” e Pedagogista Clinico*

<sup>2</sup> *Assistente bibliotecario*

Più volte ho scritto per approfondimento di alcune tematiche che riguardavano la disabilità e ho dichiarato di occuparmi di disabilità e difficoltà della persona come Pedagogista Clinico e come insegnante. Mi sono avvicinata a questo mondo per caso, come succede a molti, si inizia con le esperienze scolastiche e si inizia a prendere coscienza di ciò che potrebbe essere diverso. Il significato, il perché e l'eventuale strategia o aiuto, a me è capitato in diversi contesti, la cosa non mi ha affatto disturbato anzi ha suscitato curiosità fino alla volontà di approfondire sempre di più questo tema e farlo diventare parte del mio lavoro. Come ho già detto, tutto è iniziato quando ero tra i banchi della scuola come studentessa, ma le conoscenze e le esperienze si sono amplificate entrando nel mondo del lavoro, a quel punto mi sono resa conto concretamente delle diverse disabilità.

Da diversi anni vivo in un piccolo comune in provincia di Vicenza e ho avuto la possibilità di conoscere il mio vicino che è disabile dalla nascita, una persona solare e socievole al quale non mancano mai due parole per alleviarti la giornata. In più occasioni ci siamo fermati a chiacchierare e più volte ci siamo confrontati su alcuni temi o episodi che gli capitavano, così è esploso, in lui, il desiderio di scrivere e da pedagogista l'ho invitato a farlo come forma di sfogo per liberarsi e per lasciare traccia di una testimonianza genuina e diretta proprio come la sua.

Questo “mio” articolo questa volta è un pezzo a quattro mani poiché per parlare di disabilità utilizzo, con il consenso dato dall'autore, il suo scritto che riporto integralmente.

“Mi chiamo Massimo, ho 33 anni e sono una persona con disabilità motoria dalla nascita, ho deciso di scrivere queste pagine perché spero nel mio piccolo di portare chi le leggerà a riflettere.

Ho sempre ringraziato il cielo di non essere stato vittima di un incidente perché credo che reinventarsi dopo un trauma del genere non sia per nulla semplice.

Proprio per questo motivo non mi permetterò di parlare di cose che vanno al di fuori della mia personale esperienza.

Quando una persona è come me, disabile dalla nascita, ogni obiettivo che vuole raggiungere diventa un percorso che sa quando comincia ma non sa quando e come finirà.





La persona disabile dalla nascita si trova a dover affrontare diversi aspetti fondamentali per la vita:

- occuparsi dell'aspetto motorio e ricavare il massimo dell'autonomia possibile dal suo corpo;
- prendersi cura della propria istruzione scolastica;
- conoscere e creare delle relazioni solide;
- capire come e cercare il lavoro adatto alle sue esigenze.

Come potete immaginare questi percorsi richiedono tempo, fatica e scelte importanti come su quali aspetti curare prima e con quale metodo cercare di raggiungerli.

Ogni professionista che la persona incontra, in qualsiasi ambito, ha la sua idea su come procedere verso la persona da curare e durante il suo percorso deve vagliare tutte le variabili e affrontare solo in un secondo momento il passaggio della scelta del metodo.

Alla luce di quanto ho appena spiegato risulta ovvio che la persona non riesca ad avere uno sviluppo di tutti i percorsi come i suoi coetanei e soffrirà sempre molto di un divario con le persone normodotate che non hanno difficoltà di movimento e di conseguenza saranno più facilitate a creare, coltivare relazioni e fare esperienze di vario tipo.

Per me l'autonomia è arrivata con il conseguimento della patente di guida a Padova dopo che, nella mia città di residenza, la commissione medica non aveva valutato una lunga relazione di idoneità perché proveniva da un'altra provincia.

Un'altra delle ultime esperienze negative è avvenuta di recente, avevo deciso di voler prendere un treno e invece mi sono sentito dire che il servizio di assistenza alla salita e discesa dal treno prevede un accompagnatore e che il fatto che io volessi viaggiare solo risultava una richiesta strana. Anche in questo caso credo che il servizio di aiuto al binario debba essere fatto proprio perché la persona anche in Italia possa viaggiare sola: come faccio a fare esperienza se non mi metto alla prova in solitudine?

Credo che ogni regione debba facilitare l'iter di conseguimento della patente di guida per disabili, dotandosi di auto con la possibilità multi adattate che danno all'istruttore di trovare il miglior modo di guidare per la persona secondo le sue possibilità, bisognerebbe dotarsi di strutture e strade adatte alle carrozzine in ogni centro abitato e rendere l'Europa e il mondo un luogo bello e senza barriere simile al modello tedesco.

Cito il modello tedesco perché ho avuto modo di fare l'esperienza diretta, in Germania sono arrivato in aereo e mi sono spostato solo con i mezzi pubblici, non ho quasi trovato barriere architettoniche e quando le ho trovate ho ricevuto aiuto immediato.

Nei paesi nordici la mia carrozzina non è vista come un problema, in Italia è ancora uno svantaggio e fatta eccezione per poche persone, purtroppo, molti ti guardano con pietismo e collegano la carrozzina anche a una disabilità mentale.

Vorrei veramente che nel 2024 il mondo fosse inclusivo per la persona con disabilità in tutte le fasi della sua vita: dall'infanzia all'età pensionabile.

Mi sono sentito dire dalla gente cose banali come "non pensavo che riuscissi a lavarti da solo, vestirti da solo", "ma puoi avere rapporti", "puoi cucinare nella tua





condizione”, tante altre sciocchezze dolorose, spesso mi sono sentito trattato con durezza o pietismo a seconda della persona!

Ciascuna di queste domande fatte con pietismo, per prendere in giro oppure di non farle per paura, mi porta nel cuore un grande dolore e mi porta a stare solo.

Se sono arrivato fino ad oggi il gran merito va a mia madre che ha comprato una casa dalla quale posso entrare e uscire in autonomia, mi ha supportato affinché riuscissi a conseguire la patente che mi permette di spostarmi e di avere opportunità di stringere legami e avere interessi fuori di casa, ringrazio il mio lavoro e i miei vicini di casa alla quale ho potuto sempre chiedere aiuto quando ne ho avuto la necessità.

Le famiglie che mi stanno abitano vicino hanno alleggerito il divario con il mondo e mi hanno spinto a capire che potevo relazionarmi con serenità e senza paura, perché uscendo dal mio ambiente conosciuto potevano accadere cose spiacevoli ma sapevo che tornando a casa avrei trovato un ambiente rispettoso della mia persona.

Come ogni cosa, anche la fiducia vicino casa è arrivata lentamente e con pazienza ma ciò mi ha permesso, successivamente, di prendere coraggio e andare nel mondo a cercare ambienti analoghi dove proseguire il mio cammino.

Credo che sia questa la chiave per il mondo di domani: inclusione, empatia e accessibilità per tutti in ogni luogo e occhi per vedere la persona nel suo complesso e con le sue potenzialità.

Ne ho fatta di strada ma guardando al mio futuro, sono consapevole di essere ancora all’inizio del mio percorso, sono arrivato a questa conclusione perché fino ad oggi il mio grado di autonomia mi permette di andare nel mondo ma non mi restituisce le esperienze non fatte, quindi il divario resta, la paura di sbagliare, di rimanere solo non avendo molta esperienza e il dover fare sempre un po' più di fatica ad arrivare ai traguardi, a volte, mi divora.

Per il futuro spero che tutto diventi accessibile e fruibile per tutti, così che le differenze tra disabili e normodotati non esistano più e si parlerà solo di persone che vivono, si relazionano e fanno esperienze alla pari dall' infanzia alla vecchiaia.

Consegno queste riflessioni alla dottoressa Carla Rossella Cavallo essendo sicuro che ne farà buon uso e spero che serviranno a porre un tassello per una società migliore.”

*Massimo Sinigaglia – Vicenza*

Massimo attraverso una comunicazione **efficace** ci consente di capire esattamente cosa ha vissuto e come lui tante altre persone le vivono, con la speranza di una reazione attesa, cioè quella di essere compresi nel modo sperato.

Ci descrive in modo molto chiaro la realtà italiana, le difficoltà emotive, le barriere architettoniche, le difficoltà organizzative, tutti aspetti che per noi presi dalla fretta e dal correre quotidiano sottovalutiamo o neanche ci accorgiamo ma che purtroppo una parte della popolazione fa i conti tutti i giorni.

Una “semplice” barriera architettonica ostacola un anziano, un disabile, un bambino ma non è la sola difficoltà momentanea che potrebbe essere superata con l’aiuto



tempestivo, che non sempre è presente, ma una barriera architettonica muove all'interno di quella persona un mondo che nessuno vede o sente ma solo chi vive quella condizione sa la traccia dolorosa che lascia.

Da Pedagogista e da insegnante so benissimo che non è possibile comunicare se l'altro non è interessato e coinvolto in un clima positivo, creato ad hoc. Al docente si richiede quindi la capacità di comunicare in modo chiaro gli obiettivi della lezione, favorire la partecipazione di tutti, e promuovere una collaborazione emotiva tra di essi. Ma dico anche che è impossibile non comunicare, **comunichiamo sempre**, pur non volendo, **con qualsiasi comportamento**, anche inconscio e involontario, anche rimanendo in silenzio o con gli occhi chiusi.

Condivido con Massimo queste difficoltà e ho chiesto di scriverle proprio perché volevo che la nostra comunicazione diventasse di tanti e che si creasse l'empatia e la volontà di cambiare alcuni atteggiamenti.

Alcune strategie, pedagogiche, sarebbero quelle di iniziare a realizzare dei piccoli accorgimenti che potrebbero aiutare gli altri; togliersi il pietismo e iniziare a comportarsi normalmente, chiedere: "Come stai?" In modo naturale e senza pregiudizio è la prima forma di rispetto; cercare di conoscere e coinvolgere l'altro, accettando i suoi limiti e le diversità e farne dei punti di forza è un altro punto positivo per noi e per l'altro.

Si interviene, come nel mio caso nella scuola e si continua fuori, si inizia con i bambini facendoli prendere confidenza con la realtà senza paure o pregiudizi e rispondendo alle loro domande e si accompagna fino all'età adulta anche con le esperienze dirette ma soprattutto con il dialogo, una comunicazione positiva e collaborativa.

Per ogni fascia d'età ci sono delle possibilità di intervento che tutti dovremmo attivare e per ogni ruolo ci sono delle strategie da usare e condividere perché solo con la fiducia, la collaborazione e condivisione con gli altri, con la rete sociale che si crea, si ottengono i risultati migliori.

Ognuno di noi ha dei valori e delle abilità da insegnare o utilizzare in aiuto ad un'altra persona.



## **Iniziativa contro l'abusivismo in Riabilitazione**

ANF

*Associazione Nazionale Fisiatri*

### **RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO:**

L'Associazione Nazionale Fisiatri (ANF) ha predisposto dei moduli di segnalazione di presunti abusivismi nel settore della Riabilitazione.

Tali form per le segnalazioni sono reperibili sul sito <https://associazionenazionalefisiatri.it/> ove è stata creata una apposita sezione "Abusivismo" all'interno della quale è possibile anche scaricare la lettera di accompagnamento che tutti gli associati hanno già ricevuto.

I moduli compilati dovranno essere inviati alla casella di posta elettronica dedicata ([anfabusivismo@gmail.com](mailto:anfabusivismo@gmail.com)) allegando tutta documentazione raccolta in merito al caso oggetto della segnalazione.

Dopo attenta valutazione da parte del Direttivo, si provvederà all'inoltro delle segnalazioni inizialmente cercando di sensibilizzare gli Ordini Professionali di riferimento ed alle Autorità competenti affinché venga indagata l'eventuale necessità di effettuare indagini ed accertamenti approfonditi.

ANF ha stabilito che verranno in prima battuta raccolte le segnalazioni non soltanto degli associati, ma da chiunque purché corredate di adeguata documentazione.



## **Sviluppo inclusivo di comunità... riabilitare per partecipare.**

Germano Pestelli, Francesco Zaro

*Fisiatři per il Sociale*

### *Per un futuro di inclusione e partecipazione nei territori*

In un mondo che invecchia e che diminuisce in servizi e risorse sanitarie e sociali occorre mettere in campo azioni che vadano a sopperire sia la diminuzione delle funzioni motorie ingravescenti in molte persone sia la diminuzione di offerta da parte del sistema. In pratica occorre pensare a nuovi modelli sociali che aiutino il sistema sanitario a mantenere attive le persone attraverso soluzioni percorribili. Recentemente sono sorti, prima all'estero e poi in Italia, attività di aiuto su base comunitaria che prevedono riattivazioni motorie e quindi facilitazioni a muoversi in persone anziane o con disabilità croniche o cronicizzanti che limitano la vita di qualità.

Ma riabilitare o riattivare funzioni spesso non è sufficiente ed occorre aumentare i luoghi di aggregazione sociale e nel contempo rallentare la progressione delle complicanze delle malattie croniche. Mantenersi attivi si certo...ma spesso non basta o non è facilmente attuabile.

La crisi economica ha tolto dalle tasche di molti italiani il denaro sufficiente per curarsi e, nel contempo, la stessa crisi ha ridotto le offerte di cura del SSN. La pandemia poi ha fatto il resto aumentando le disabilità ma spesso anche essendo scusa per rallentare attività positive che, con una migliore organizzazione generale, avrebbero potuto continuare ad essere fatte. Le idee nuove non mancano...una potrebbe essere la riabilitazione basata sulla comunità che ora ha preso il nome ufficiale dall'OMS di **sviluppo inclusivo** su base comunitaria, già attivo in molti Paesi. Il problema è avere modo di applicarlo.

Per agevolarlo occorrerebbe una collaborazione tra pubblico, privato sociale e volontariato che garantisca un po' dovunque in luoghi o quartieri del disagio sociale una attività positiva. Malessere, solitudine e invecchiamento portano le persone ad isolarsi ed a deprimersi quindi a chiudersi in casa e peggiorare la propria salute.

La comunità, l'attività, il farsi con l'obiettivo comune di migliorare situazioni sociali e personali può essere una risposta vincente per il miglioramento della qualità della vita di persone disabili ed anziane e per le loro famiglie.



Ci stiamo provando a Viterbo, Napoli, Roma, Forlì...con contatti di associazioni, singole persone, amministrazioni comunali ed ASL.

A Bagnoregio lo sviluppo inclusivo viene proposto all'interno della Casa della Salute a Napoli per strada, a Roma nei quartieri del disagio. Nel territorio forlivese sono attivi almeno 7 centri di operatività iniziati dal 2014 e poi man mano ampliatisi, sorti con l'impegno di medici fisiatri e fisioterapisti che hanno formato e coordinano volontari o professionisti del settore in pensione da servizi pubblici o privati, secondo le indicazioni dell'OMS e della Società Internazionale di Riabilitazione. Questa attività fu approvata e definita dallo Stato Italiano con un decreto del febbraio 2012 su programma dell'OMS. Il concetto è quello di portare le attività di aiuto nell'ultimo miglio, il più possibile vicino agli ambienti di vita delle persone che ne dovrebbero usufruire. In pratica sono le tanto augurate attività di prossimità.

Non è rimescolando le carte tra le cose già esistenti che si può dare una risposta efficace, ma è introducendo idee nuove e percorribili in favore delle persone nei territori, aiutare il sistema ad essere più efficiente limitando richieste di prestazioni dettate più dalla frustrazione di non avere qualcosa di utile che non dai reali bisogni sanitari.

L'area grigia tra sanitario e sociale va adeguatamente riorganizzata in cordiale collaborazione tra gli attori dove ognuno fa la sua parte per competenze conoscenze e luoghi di presenza. Ad iniziare dalla gestione della cronicità nei territori già dalla dimissione dagli ospedali ed in aiuto fattivo a persone e famiglie.

Occorre solo avere il coraggio di guardare verso sistemi innovativi pratici e vicini alle persone...rimescolare il tourbillon di azioni passate e numeri valutati su prestazioni e non su idee non può migliorare la situazione di nessuno.

La Riabilitazione fatta nelle comunità vicino ai luoghi di vita può essere una risposta positiva per il miglioramento della qualità di vita di anziani disabili e loro famiglie.

Germano Pestelli, Forlì [germanopestelli@gmail.com](mailto:germanopestelli@gmail.com)

Francesco Zaro, Gallarate



## Eppur si muove...

Morena Ottaviani

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

### **PROLOGO**

*Pare che nel lontano 1633, mentre Galileo Galilei usciva dal Tribunale dell'Inquisizione ove aveva appena abiurato le teorie copernicane condivise sul moto terrestre intorno al sole, dicesse la famosa frase "Eppur si muove..." con riferimento alla Terra. Nonostante siano trascorsi quasi 500 anni, a volte si ha tuttavia l'impressione che la Santa Inquisizione viva ancora in qualche anfratto. Ma questa è un'altra storia.*

### **OGGI**

Dopo anni di immobilismo, in cui l'unica vivacità emerge solo quando si devono distribuire cariche e ruoli societari, finalmente si scorge qualcuno che ha ancora voglia di mettersi in gioco per difendere la dignità degli Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione. Dalla sua fondazione, l'Associazione Nazionale Fisiatri, di fatto l'unico Sindacato aderente all'attuale normativa, per gli Specialisti Medici della Riabilitazione sta cercando di smuovere le acque paludose e stagnanti del settore operando attraverso diverse azioni.

- Nel Settembre 2023 è stato presentato ricorso al TAR avverso il "Regolamento per l'erogazione degli interventi per il recupero funzionale della persona, per l'autonomia e per il reinserimento nella vita di relazione" Inail del 2021, laddove sia la prescrizione, sia il collaudo di protesi, ausili e dispositivi sono attribuiti in via esclusiva ai Dirigenti Medici del ruolo medico legale dell'Istituto, senza alcun accenno alla figura dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa di cui l'Istituto dispone a cui dovrebbe essere invece riconosciuta e riconducibile una competenza specifica nella materia.
- Nell'ottobre 2023 è stato presentato ricorso sia per l'inadeguatezza delle tariffe attribuite alle varie prestazioni annoverate nel nuovo Nomenclatore Tariffario, sia per il mancato riconoscimento del principio della "presa in carico" secondo un percorso riabilitativo come previsto dalle Linee Guida e dal Piano di Indirizzo per la riabilitazione del 2011, oltre che dall'Accordo Stato-Regioni che lo prevede esplicitamente.
- Dal 2024 è iniziata un'azione volta a contrastare ogni forma di abusivismo della professione Medica, dello Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione e di



sedicenti Studi Professionali che tuttavia hanno l'organizzazione di un ambulatorio senza averne l'autorizzazione ed i conseguenti requisiti strutturali e tecnici.

- È stata fatta una istanza di segnalazione alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e alla Federazione Nazionale degli Ordini della professione sanitaria di Fisioterapista in merito al rischio abusivismo per sensibilizzare e promuovere il reciproco riconoscimento in un rapporto di cooperazione nel rispetto delle singole professionalità;
- È stata inviata all'Ordine dei Medici della provincia di Caserta ed alla FNOFI campana una lettera di segnalazione riferita ad un sedicente "fisiatra" che di fatto non risulta nemmeno laureato in Medicina e Chirurgia. Allo stato attuale, ANF ha presentato un'istanza alla Procura della Repubblica di Caserta per accertarsi che sia stato aperto un fascicolo in proposito;
- E' stata inviata una richiesta di chiarimenti agli organizzatori del Congresso organizzato a Milano in occasione della Fisioweek "Oltre i confini della professione del fisioterapista";
- Sono stati predisposti dei moduli di segnalazione di presunti abusivismi ed è stata creata una casella di posta elettronica dedicata ([anfabusivismo@gmail.com](mailto:anfabusivismo@gmail.com)) cui inviare la documentazione raccolta. I moduli per le segnalazioni sono reperibili sul sito <https://associazione nazionale fisiatri.it/> ove è stata creata una apposita sezione "Abusivismo" all'interno della quale è possibile anche scaricare la lettera di accompagnamento che tutti gli associati hanno già ricevuto. Sono stati inoltre definiti i percorsi da seguire per procedere alla segnalazione: inizialmente il materiale verrà inviato agli Ordini Professionali ed in seconda istanza, in mancanza di adeguato riscontro dagli Ordini, si provvederà all'invio alle autorità competenti. Tutto il materiale predisposto sta per essere diffuso non solo tra gli Specialisti del settore, ma anche tra le associazioni in difesa dei Malati, i Medici di Medicina Generale, gli Ordini dei Medici e gli Ambulatori di Riabilitazione Privati Accreditati. ANF, infatti, ha stabilito che verranno accolte le segnalazioni non soltanto degli associati, ma da chiunque purchè corredate di adeguata documentazione.
- Contemporaneamente si affiancherà un'azione divulgativa del ruolo e delle competenze del Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione

I passi da compiere sono ancora tantissimi, lo sappiamo, ma scoprire che finalmente l'immobilismo viene contrastato da molti è di conforto.

Certo, è necessario che i numeri aumentino perché solo un coro composto da molte voci può attirare l'attenzione. È ben comprensibile la diffidenza di molti, ormai disillusi dalle vecchie usanze cui eravamo abituati. Tra le fila di ANF esistono anche nomi "vecchi", che probabilmente non si sono più sentiti rappresentati dai gruppi storici della Fisiatria ma che evidentemente hanno ancora la voglia di essere attivi e di provare a cambiare lo status quo.



È purtroppo ben nota la "pigrizia" del Fisiatra non solo nel produrre pubblicazioni ma anche nel mettersi in gioco per difendere la categoria dagli attacchi sempre più frequenti di chi ci vuole sostituire nello scenario della Riabilitazione. I nuovi LEA sono lo specchio di questa indolenza. Non c'è più molto margine di manovra: ormai è un "Ora o mai più". Confidiamo che questo slancio sia contagioso. Cerchiamo di reagire, partecipare e risollevare le sorti di categoria. Cerchiamo di dimostrare fiducia in questi nuovi slanci. Se non per noi stessi, almeno per i nostri assistiti, perché così rischiamo di abbandonarli in mani inappropriate.





# **Terapia antalgica della cisti di Tarlov con omeomesoterapia e elettroagopuntura - Descrizione di un raro caso clinico**

Carla Pecoraro

*Specialista in Neurologia*

*Specialista ambulatoriale presso Asp di Catania*



C. Pecoraro

## RIASSUNTO

In questo articolo si riporta il caso di una paziente di 52 aa, affetta da cisti di Tarlov lombosacrale trattata con terapia omeomesoterapica/omeosiniatrica abbinata ad Elettroagopuntura per il controllo della sintomatologia algica lamentata.

**PAROLE CHIAVE** CISTI DI TARLOV, **NEUROIMAGING**, OMEOMESOTERAPIA, OMEOSINIATRIA, ELETTOAGOPUNTURA, ZEEL® T, RHUS TOX.-HOMACCORD

**SUMMARY:** This article reports the case of a patient F, 52 years old, with lumbosacral Tarlov cyst treated with Homeomesotherapy/Homeosiniatry combined with Electroacupuncture for the control of the algic symptoms complained.

**KEY WORDS:** TARLOV CYST, NEUROIMAGING, HOMEOMESOTHERAPY/HOMEOSINIATRY, ELECTROACUPUNCTURE, ZEEL® T, RHUS TOX.-HOMACCORD



## TERAPIA ANTALGICA DELLA CISTI DI TARLOV CON OMEOMESOTERAPIA E ELETTOAGOPUNTURA – DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO RARO

*ANTALGIC THERAPY OF TARLOV CYST WITH HOMEOMESOTHERAPY AND ELECTROACUPUNCTURE – DESCRIPTION OF A RARE CLINIC CASE*

### INTRODUZIONE

Le cisti di Tarlov, o cisti perineurali, sono piccole *sacche* ripiene di **liquido cerebrospinale (CSF)** che si rilevano a livello delle radici dei nervi spinali, soprattutto nella *zona sacrale*; possono rimanere asintomatiche o determinare la comparsa di una sintomatologia dolorosa, anche imponente ed invalidante.

### INCIDENZA E ETIOPATOGENESI

L'incidenza delle cisti di Tarlov è di 5 casi su 10.000 (1); i casi sintomatici costituiscono solo **1%** del totale (2).  
– Dopo la prima descrizione effettuata da Isadore Max Tarlov nel 1938 (3), diversi A.A. hanno descritto alcuni tipi di cisti perineurali. Nabors *et Al.* (4) hanno classificato le

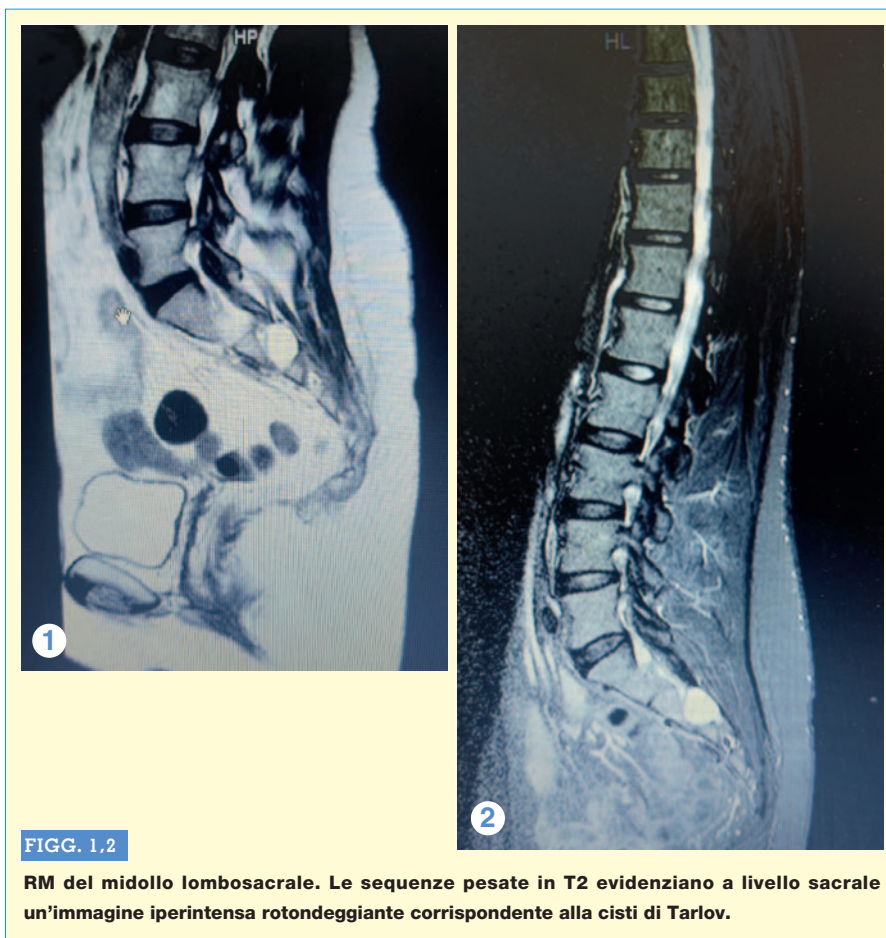
cisti di Tarlov in tre tipi:

- Tipo 1 – cisti extradurali meningee senza fibre della radice spinale;
- Tipo 2 – cisti extradurali meningee con fibre della radice spinale;
- Tipo 3 – cisti meningee intramurali spinali.

La parete della cisti è costituita da perineurio e Tessuto neurale con fibre di nervi periferici e cellule ganglionari incorporate nel Tessuto connettivo, aspetto rilevato da Voyadzis *et Al.* nel 75% dei casi da loro esaminati (5,6,7).

– La maggior parte dei soggetti portatori di cisti di Tarlov sono asintomatici; si stima – per eccesso – che solo l'**1%** dei soggetti affetti siano sintomatici.

La presentazione clinica si caratterizza per una sintomatologia aspecifica pres-



FIGG. 1,2

RM del midollo lombosacrale. Le sequenze pesate in T2 evidenziano a livello sacrale un'immagine iperintensa rotondeggiante corrispondente alla cisti di Tarlov.

sochè sovrapponibile al dolore da ernia discale e dolore lombare spinale (8,9,10).

– Il meccanismo fisiopatologico che causa dolore deriva da forze idrodinamiche che si sviluppano durante la circolazione liquorale che determinano, attraverso un meccanismo “a sfera-valvola”, l'aumento delle dimensioni della/e cisti con conseguente **compressione** delle **radici** e delle **fibre nervose** limitrofe (11).

Inoltre, è possibile che, attraverso un meccanismo gravitazionale, si accumulino CSF nella cisti con conseguente compressione delle strutture neurali.

Se le cisti sono multiple, ingrandendosi possono erodere le strutture ossee limitrofe causando irritazione delle fibre nervose e dolore periostale a livello sacrale (6,11).

L'infiammazione delle radici nervose potrebbe derivare anche dalla deposi-

zione, dopo un trauma, di emosiderina nei vasi del perinevrio e dell'epinevrio, con conseguente ostacolo al drenaggio venoso. Altra ipotesi è l'origine congenita delle cisti (5,7,10).

## SINTOMATOLOGIA

I pazienti sintomatici portatori di cisti di Tarlov lamentano lombalgia, dolore sacrococcigeo, perineale, sciatico, debolezza agli arti inferiori, *claudicatio* neurogena, disfunzioni intestinali e vescicali e, in alcuni casi, disfunzione erettile e sessuale.

– L'insorgenza dei sintomi può essere improvvisa o graduale.

Generalmente il paziente riferisce che la sintomatologia è esacerbata da tosse, cambiamenti di posizione, statura eretta e manovra di Valsalva, quest'ultima probabilmente in relazione al meccanismo “a sfera-valvola” come già riferito, ossia ad aumento pressorio del CSF al-

l'interno della cisti.

Un beneficio sui sintomi può derivare dalla posizione supina.

## NEUROIMAGING

La **Risonanza Magnetica (RM)** rappresenta il *gold-standard* per la diagnosi delle cisti di Tarlov e per lo studio dei rapporti tra la/e cisti e le strutture anatomiche limitrofe.

Le immagini RM evidenziano un'ipointensità nelle immagini T1 pesate e una iperintensità nelle immagini T2 pesate e nelle T1 dopo mezzo di contrasto (FIGG. 1,2).

– La mielografia, pur invasiva, è l'unica in grado di valutare i rapporti della cisti con lo spazio sub-aracnoideo.

## CASO CLINICO

In questo lavoro viene presentato il caso di una paziente di 52 aa, venuta alla personale osservazione nel gennaio 2017 con diagnosi di cisti di Tarlov sacrale accertata circa un anno prima a seguito di un dolore insorto dopo una caduta domestica accidentale con trauma sacro-coccigeo.

– La paziente lamenta un dolore sacrale persistente che si irradia posteriormente all'arto inferiore destro fino al cavo popliteo; tale dolore viene descritto come pulsante, soprattutto a livello sacrale, peggiorato dalla posizione seduta e leggermente migliorato dalla posizione supina.

La paziente ha in precedenza praticato diverse terapie farmacologiche (FANS, cortisonici, oppiacei, pregabalin, duloxetine, palmitoiletanolamide), fisiche e strumentali (ozonoterapia, infiltrazione cortisonica epidurale, terapia con anestetici locali epidurali) con risultati scarsi e non duraturi nel tempo.

– La paziente, per dimensione e sede della cisti, non è eleggibile per l'intervento chirurgico.

## RAZIONALE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

Poichè le cisti di Tarlov sono una patologia cronica che determina un *ristagno* di CSF a livello meningeo, oltre al meccanismo fisico che determina la compressione della radice nervosa, è verosimile che coesista un processo infiammatorio cronico che si automantiene.

– Si è pertanto deciso di trattare la paziente con sedute combinate di Omeomesoterapia con farmaci BrSM e Agopuntura elettrostimolata; si è scelto di somministrare Zeel® T fl e Rhus tox.-Homaccord fl.

Per quanto riguarda l'Agopuntura, sono stati utilizzati alcuni Punti dei **Meridiani Vescica e Rene**; i **Punti Hwato** ed i **Punti Ashi** (punti dolenti locali).

Il Meridiano Vescica è *Yang*; è il Meridiano con più Punti in assoluto: inizia dal punto V1 (canto interno dell'occhio) e termina al punto V67 (margine laterale del V dito del piede).

È il Meridiano di *protezione*, in quanto affianca la colonna vertebrale dividendosi in due branche parallele; il trattamento di alcuni Punti nel passaggio toraco-lombare è fondamentale in tutte le Sindromi dolorose osteoarticolari.

– Il Meridiano Rene è *Yin* ed origina dalla pianta del piede (R1) e termina a livello toracico alto al Punto R27.

Anche alcuni Punti di questo Meridiano sono molto utilizzati nelle Sindromi dolorose, soprattutto dorsali e lombari.

– I punti Hwato sono localizzati nella regione dorsale a 1 cm ≈ lateralmente dal Meridiano Vaso Governatore che *passa* sopra le apofisi spinose delle vertebre.

La paziente viene ancora seguita presso il personale studio con una media di una seduta ogni 30/40 giorni, variabilmente, e non assume alcuna terapia antalgica.

– **Zeel® T** contiene il nucleo dei catalizzatori intermedi necessari al ripristino della attività enzimatica; il nucleo degli unitari dell'Omeopatia classica deputati alla modulazione del processo infiammatorio acuto e cronico; il nucleo degli organoterapici -suis, che agiscono sulla vascolarizzazione del Tessuto connettivo, stimolazione della vascolarizzazione e ristrutturazione cartilaginea.

– **Rhus tox.-Homaccord** contiene 8 unitari dell'Omeopatia classica in diverse diluizioni (D10, D30; per due unitari, anche D200), il che permette di ottenere un'azione multipla sia sul sintomo sia a livello mentale; tra questi sicuramente l'azione antinfiammatoria, l'azione sedativa e calmante, l'azione sulle contratture muscolari, le nevriti e le sciatalgie.

## METODO

La paziente è stata sottoposta ad un trattamento mensile di Elettroagopuntura seguito da Omeomesoterapia nei punti dolorosi + Omeosiniatria nei punti di Agopuntura.

## RISULTATI

La paziente è in terapia da circa 6 anni presso il personale ambulatorio (sedute mensili) con risultati molto soddisfacenti, senza la necessità di assumere, nell'intervallo tra le sedute, alcuna terapia antalgica farmacologica.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le cisti di Tarlov sintomatiche, pur essendo una patologia piuttosto rara, sono fortemente invalidanti a causa della sintomatologia dolorosa; spesso richiedono la somministrazione di oppiacei. La patologia è frequentemente misconosciuta perché erroneamente diagnosticata come Lombosciatalgia cronica e – conseguentemente – non indagata al *neuroimaging*.

– La possibilità di trattare il dolore cro-

nico prodotto dalla cisti di Tarlov con una sola seduta mensile di Omeomesoterapia/Omeosiniatria antalgica integrata ad Elettroagopuntura rappresenta una valida alternativa nella gestione del dolore cronico in questi pazienti. ■

## Bibliografia

1. Kumpers P. et Al. – Sacral nerve root cysts - a rare cause of bladder dysfunction. Case report and review of the literature. *Aktuelle Urol.* **2006**; 37:372-375.
2. Paulsen R.D. et Al. – Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve root sheath (Tarlov cysts). *AJNR Am J Neuroradiol.* **1994**; 15:293-299.
3. Tarlov I.M. – Perineural cysts of the spinal nerve roots. *Arch Neurol Psychiatry* 40:1067-1074; **1938**.
4. Nabors M.W. et Al. – Updated assessment and current classification of spinal meningeal cysts. *J Neurosurg* 68:366-377; **1988**.
5. Guo D. et Al. – Microsurgical treatment of symptomatic sacral perineural cysts. *Neurosurgery* 60:1059-1066; **2007**.
6. Neulen A. et Al. – Microsurgical fenestration of perineural cysts to the thecal sac at the level of the distal dural sleeve. *Acta Neurochir (Wien)* 153:1427-1434; **2011**.
7. Voyadzis J.M. et Al. – Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature. *J Neurosurg* 95 (1Suppl):25-32; **2001**.
8. Langdown A.J. et Al. – The clinical relevance of Tarlov cysts. *J Spinal Disord Tech* 18:29-33; **2005**.
9. Park H.J. et Al. – Incidental findings of the lumbar spine at MRI during herniated intervertebral disk disease evaluation. *AJR Am J Roentgenol* 196:1151-1155; **2011**.
10. Mummaneni P.V. et Al. – Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts. *Neurosurgery* 47:74-79; **2000**.
11. Peh W.C. & Evans N.S. – Tarlov cysts-another cause of sacral insufficiency fractures? *Clin Radiol* 46:329-330; **1992**.

## Riferimento bibliografico

PECORARO C. – Terapia antalgica della cisti di Tarlov con Omeomesoterapia e Elettroagopuntura. – Descrizione di un caso clinico raro. *La Med. Biol.*, **2024**/4; 45-47.

## Autore

### Dott.ssa Carla Pecoraro

– Specialista in Neurologia  
– Specialista ambulatoriale presso  
Asp di Catania

Parco Vulcania  
Via Torino, 73A - interno 12  
I – 95218 Catania