

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 2025 – Volume 10 – Fascicolo 18 (gen-mar)

INDICE

Editoriali

[1. La lezione del Ponte Morandi](#)

Morena Ottaviani

Attualità

[5. Decreto Tariffe](#)

Mauro Piria

Intervista

[8. Intervista ad AI sulla Fisiatria oggi](#)

Fisiatria Italiana

Attualità

[13. È Carnevale anche in Riabilitazione](#)

Alessandro Giustini

Attualità, Perle Cliniche e Professionali

[16. GIMBE e Fisioterapisti: considerazioni in merito](#)

Nicoletta Sias

Perle cliniche e Professionali

[18. Le professioni sanitarie nel settore della Riabilitazione](#)

Morena Ottaviani, Giovanni Santangelo

Attualità

[23. Facciamo chiarezza sul documento pubblicato dal GIMBE:
la posizione dell'Associazione Nazionale Fisiatri](#)

ANF

Case Report e Report Brevi

[27. Approccio al paziente cefalgico come regolazione di sistemi interconnessi](#)

P. Montenero, L. Milani



La lezione del Ponte Morandi

Morena Ottaviani

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



Non sono Genovese, ma ho vissuto sulla mia pelle il dramma del crollo del ponte Morandi.

In primo luogo, perché quando succede un evento simile, inevitabilmente il pensiero corre a tutte le volte che sei transitato su quel ponte, spesso con tutta la tua famiglia a bordo. Inoltre, quando scopri dopo alcune ore che un caro amico, l'equivalente di un fratello, vi era transitato solo 45 minuti prima che crollasse, ti corre un brivido terribile lungo la schiena.

Al di là di tutto ciò, sembra appurato che alla base di quel tragico evento ci sia stato un difetto di controllo e di verifiche qualitative periodiche. In sostanza il Gestore era



controllore di se stesso, e questo ha indebolito il rigore con cui certe verifiche devono essere effettuate.

Mi sono dedicata alla lettura del rapporto Gimbe sull'accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche, ed ho impiegato un po' di tempo perché non mi sono limitata al testo pubblicato che ha scatenato da un lato euforia e dall'altro sconcerto e preoccupazione. Ho voluto andare un po' più a fondo e controllare le fonti bibliografiche alla base del rapporto, scoprendo che forse anche qui c'è "chi se la suona e se la canta".

Il rapporto Gimbe sembra un manifesto per l'emancipazione del fisioterapista più che una review della letteratura internazionale. Vediamo insieme il perché.

- Tanto per cominciare si tratta di studi svolti in Paesi ove la formazione del Fisioterapista è ben diversa da quella ottenuta in Italia: parliamo di nazioni in cui esiste la figura del fisioterapista Specializzato che non esiste nel nostro territorio; a riprova di ciò, solamente in 2 studi tra quelli analizzati i Fisioterapisti avevano la formazione base della Laurea in Fisioterapia (e consideriamo che nella maggior parte dei paesi sede degli studi, la laurea in Fisioterapia prevede un percorso di studi più prolungato rispetto all'Italia).
- Le fonti sono rappresentate da organizzazioni internazionali di fisioterapia, gli autori degli studi sono troppo spesso Fisioterapisti.
- L'età media dei pazienti è 49 anni: si sa che aumentando l'età aumentano le probabilità di comorbilità che possono complicare la gestione clinica e in Italia l'età media dei pazienti che afferiscono alle cure riabilitative è solitamente molto maggiore.
- Non è stato preso in considerazione nemmeno uno studio in cui il gruppo controllo fosse governato da Medici Fisiatri: come dire che il contenuto di un libro è spazzatura senza nemmeno averne letto la copertina.
- In 23 studi il Follow-up è di un anno o addirittura di una durata inferiore.
- In 8 studi si parla di un triage effettuato a valle di un accesso dei pazienti per una visita Ortopedica: questo è un problema consistente anche da noi e -questo sì- complice di un inutile allungamento delle liste di attesa con un esborso economico da parte di SSN e pazienti, dal momento che troppo spesso il paziente viene avviato alla visita Ortopedica quando per la pertinenza non chirurgica della propria condizione clinica dovrebbe invece essere indirizzato in prima battuta dal Medico Fisiatra.
- L'analisi del rapporto incrementale di costo-efficacia invece conclude che la scelta chirurgica comporta dei costi nettamente maggiori rispetto alla scelta conservativa: non l'avremmo mai pensato!!
- In riferimento ai tempi di attesa, considerando che in nessuno studio l'alternativa alla presa in carico diretta da parte del terapeuta era rappresentata dalla visita fisiatrica, c'è da chiedersi come possa questo dato essere utilizzato a supporto del boicottaggio della visita fisiatrica.



- L'analisi dei costi di visita poi è fantastica: dai dati emerge in sostanza che mangiare su una panchina nel parco un panino acquistato in un chiosco costa molto meno che cenare ad un tavolo in un ristorante.

Nell'Introduzione del rapporto, a pag. 4 si cita il D.M. 741/1994 che sancisce il ruolo del fisioterapista; tuttavia, la citazione risulta parziale ed estrapolata dal testo completo che cita: "*Art. 1, comma 2: **In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista elabora, anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione...***".

Il rapporto omette la prima parte della frase (quella in grassetto, per intenderci).

Vediamo se riesco a chiarire una volta per tutte il concetto di "autonomia": il medico indica quale "città" raggiungere ed il fisioterapista può decidere in autonomia se avviarsi a piedi, in auto o bicicletta. Cerchiamo inoltre di ricordare che un D.M. ha un valore che non è paragonabile a quello di un codice deontologico.

Poco oltre, a pag. 5, viene descritta la "valutazione fisioterapica" quale valutazione funzionale, che non ha alcun valore diagnostico né prescrittivo.

Vogliamo sorvolare sul fatto che lo studio è stato commissionato dall'Ordine dei Fisioterapisti di Piemonte-Valle d'Aosta? E tralasciamo pure che all'interno del Comitato Scientifico di Gimbe, i fisioterapisti rappresentano il 29% e che uno di essi è il Direttore Unità di Metodologia della Ricerca?

Forse qualche legislatore dovrebbe chiarire definitivamente il concetto di "autonomia" specificando che la specificità del TDR nel definire il percorso riabilitativo è indiscutibile, ma sempre e solo dietro iniziale indicazione medica: siamo alle solite, dal momento che la diagnosi e la prescrizione sono atti medici e basta. Poi, una volta iniziato il percorso riabilitativo, partendo dalla ovvia considerazione che si tratta di un processo "in divenire", va di conseguenza che quanto indicato inizialmente può necessitare di adeguamenti lungo il percorso.

È logico che di ciò se ne rende conto in primis il fisioterapista dal momento che ha un continuo contatto diretto col paziente, e a quel punto il Medico sollecitato dal fisioterapista, deve intervenire nuovamente adeguando il progetto riabilitativo: si chiama appunto adeguamento terapeutico. Il progetto riabilitativo deve essere una storia scritta a più mani, che cambia da caso a caso e, anche nello stesso caso, varia strada facendo. Non può e non deve rimanere statico. Se un processo riabilitativo rimane fisso, significa che non c'è un miglioramento del quadro clinico: la situazione è clinicamente stabilizzata.

In Italia esiste la figura del Fisiatra: quale migliore professionista può essere impiegato per ottimizzare le prescrizioni e le prestazioni di diagnostica in ambito riabilitativo? Molti ricorderanno le polemiche sorte quando, proprio per evitare indagini inutili spesso frutto dell'effetto Medicina Difensiva, venne proposto che le indagini diagnostiche specialistiche di II livello (RM ad esempio) venissero prescritte esclusivamente dallo Specialista e non dal MMG. E qui vogliamo prendere in considerazione che le prescrizioni vengano effettuate da un Tecnico, e tuttavia parliamo di risparmio per il



SSN? Nella discussione si ammette che *"gli interventi più comunemente prescritti dai medici consistevano...in terapie farmacologiche o in richieste di consulto specialistico"*: ovvio, dal momento che i pazienti considerati non provenivano da una visita fisiatrica ma direttamente dal MMG o dall'ortopedico! Purtroppo, finché il lombalgico prima di approdare dal Fisiatra, transita attraverso Ortopedico, Neurochirurgo ed Anestesista Algologo, sarà inevitabile avere costi maggiori e liste di attesa inutilmente intasate. Ma questo, abbiate pazienza, non dipende dal Fisiatra.

Con tutto il rispetto possibile nei confronti dell'agenzia delle Entrate, se per supportare la teoria (perché di teoria si tratta) della possibilità di prestazione fisioterapica senza prescrizione medica è necessario utilizzare la normativa che regola le prestazioni in esenzione IVA, be' direi che non c'è altro da aggiungere.

Nelle pagine conclusive del rapporto, vengo fornite indicazioni in merito alle normative regionali che regolamentano l'accesso alle prestazioni riabilitative: anche in questo caso emergono delle inesattezze. Conosco in prima persona la normativa della regione Liguria, e quanto indicato nel rapporto è quantomeno incompleto: per le prestazioni di riabilitazione in abito LEA, la Regione Liguria richiede che la prescrizione sia effettuata dallo specialista Fisiatra a seguito di Visita Fisiatrica. Non solo: in regione Liguria gli ambulatori di riabilitazione devono necessariamente avere un direttore sanitario specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione. Quanto si legge nel rapporto è un pochino...semplificato?

Ma alla fine di tutto ciò, è un'altra la domanda che mi tormenta da quando ho letto questo rapporto: oggi, anno di grazia 2025, in cui è entrato in vigore un nuovo Nomenclatore Tariffario ove le sole prestazioni riabilitative che rientrano nei LEA sono le prestazioni di Rieducazione Motoria, come potrebbe aver luogo il così tanto proclamato "risparmio per il SSN e per gli assistiti" se venisse saltato il passaggio dal Medico Fisiatra? Prescrivendo Rieducazione Motoria a tutti? Oppure effettuando prestazioni fuori LEA e quindi a carico dell'assistito? Ma ci rendiamo conto di quanto pretestuose siano le basi di queste affermazioni?

Sinceramente, non avrei mai pensato che il Gimbe se la suonasse e se la cantasse. E comunque, da Medico, confido in una presa di posizione da parte di FNOCEO, altrimenti significherebbe solo che dalla vicenda del ponte Morandi non abbiamo imparato nulla.



Decreto Tariffe

Mauro Piria

Vicesegretario nazionale ANF

Riporto la vostra attenzione al fatto del giorno, l'attivazione del nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni, in attesa dal 2017, con tutte le reazioni che ha comportato, compresi i vari articoli pubblicati su questo quotidiano.

Nessuno ha parlato però della grave disattenzione con cui è stato affrontato il settore della riabilitazione: la NON applicazione delle Linee Guida della Riabilitazione, elaborate dal Ministero della Salute, di concerto con le Società Scientifiche di riferimento, e incastonate poi nell'accordo tra Stato e Regioni, per cui vorrei fare qualche precisazione al riguardo.

Mi spiego:

sposo con la massima solidarietà la protesta delle tante associazioni sindacali che hanno fatto ricorso per l'inadeguatezza delle tariffe delle prestazioni dei LEA che riguardano le 4 macroaree (FKT - Radiologia – Branche a visita e Analisi), ma per la branca 12, la Medicina Fisica e Riabilitativa, lamentiamo una ulteriore grave negligenza: non si è tenuto conto delle Linee Guida Ministeriali, che sanciscono il superamento del concetto delle attività erogate come singole prestazioni e la loro sostituzione con il "progetto riabilitativo individuale", ovvero (come definito dalle stesse linee guida) quell' "insieme di proposizioni, elaborate dall'equipe riabilitativa, coordinata dal medico specialista in riabilitazione" che prevede la presa in carico del malato, la sua valutazione, l'elaborazione di un progetto riabilitativo e l'effettuazione di un preciso programma di intervento.

Mi scuso se approfondisco e mi dilungo nei dettagli, ma tali precisazioni sono necessarie per rendersi conto del grave inadempimento nell'elaborare i nuovi LEA: L'evoluzione dell'approccio medico/scientifico avvenuto nel corso degli anni ha indotto a ripensare il settore della Medicina Fisica e Riabilitativa: Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in data 10.02.2011 sottoscrissero l'accordo (in atti rep. 30/CSR) di approvazione del "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" a mezzo del quale ritennero di: "promuovere l'utilizzo di un 'percorso assistenziale integrato' per le persone con disabilità e, nell'ambito di questo, la definizione di un Progetto Riabilitativo



Individuale (PRI), che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari”.

Al medico Fisiatra compete la scelta e l’organizzazione dell’équipe in team multidisciplinare e interprofessionale che seguirà il paziente nel suo percorso.

Sempre in tale ottica, con l’intesa Stato – Regioni siglata il 10.07.2014, concernente il “Patto per la salute 2014 – 2016”, all’art 3, comma 3, e il successivo accordo ex art. 4, comma 1, del d. lgs. n.281/1997, del 4.08.2021 (in atti rep. 124/CSR) il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato le “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” che si pongono quindi esplicitamente nel solco tracciato dai precedenti menzionati accordi Stato-Regioni del 7.05.1998 e del 10.02.2011.

Quindi, la Conferenza Stato-Regioni, al fine di migliorare i sistemi riabilitativi sviluppati dalle diverse Regioni italiane ed offrire ai cittadini maggiore omogeneità di prestazioni, accuratezza e appropriatezza delle stesse, anche in un quadro di rigore finanziario dettato dalla situazione economica italiana ed europea, ha approvato il Piano di Indirizzo per la riabilitazione. Le Regioni, che già disponevano di risorse riabilitative, dovevano organizzare i percorsi riabilitativi e “governare” gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggior appropriatezza insieme a condizioni economiche sostenibili (per la conseguente riduzione della spesa).

Senonché, in data 23 giugno 2023 il Ministero della Salute ha adottato, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, il Decreto Ministeriale ad oggetto “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, ove (erroneamente) sono state previste nuovamente le singole voci di prestazione afferenti l’area di terapia fisica e riabilitativa (contraddistinte con i codici da 93.11.1 a 93.46 e da 93.78.1 a 93.94).

La previsione di tali singole voci di prestazioni si pone quindi in chiara e palese antitesi con quanto sancito dagli accordi Stato – Regioni, da ultimo quello del 4 agosto 2021 (Rep. n.124/CSR), perché incompatibili con i percorsi riabilitativi (previsti nei menzionati accordi) in quanto, questi ultimi, hanno il fine ultimo di sostituire le singole voci di prestazioni e le relative singole tariffe e a cui le amministrazioni regionali, nella loro autonomia programmatica, devono tendere.

Pertanto, il Decreto Ministeriale qui sospinto appare chiaramente illegittimo nella parte in cui prevede nuovamente le singole voci di tariffazione per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa ponendosi in netto contrasto con i contenuti degli accordi Stato-Regioni sottoscritti, per cui, l’Associazione Nazionale Fisiatri (ANF), a tutela dei propri iscritti e del loro diritto a vedere attuati i percorsi riabilitativi sanciti dagli accordi Stato-Regioni, forte anche della recente pronuncia del Consiglio di Stato, la n. 3471 del 4.04.2023, che ha sentenziato l’onere di sostituzione del sistema di tariffazione unica al sistema dei <percorsi assistenziali integrati>, si è vista costretta ad impugnare il “Decreto Tariffe”.

Ancor più precisamente il Supremo Consesso ha indicato a chiare lettere che “non vi è dubbio che le suddette linee di indirizzo, pur facendo salva l’autonomia delle regioni



e delle province autonome nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione', avvalorino a posteriori la scelta regionale di adeguare l'offerta assistenziale riabilitativa a più evoluti modelli erogativi, funzionali all'esigenza di garantire il recupero sociale e familiare del disabile attraverso la più completa ed appropriata individuazione del setting assistenziale adeguato alle sue specifiche necessità di cura". Questi presupposti conducono alla necessità di strutturare tutta l'attività (organizzativamente ma anche finanziariamente) a "Progetto" e non più a prestazione, quindi ad un sistema di valorizzazione sintetico di interventi terapeutici.

I 'percorsi riabilitativi' non rappresentano 'nuove prestazioni', ma SONO DESTINATI A SOSTITUIRE quelle attualmente previste, secondo criteri di integrazione ed appropriatezza, perché sono finalizzati al raggiungimento di obiettivi riabilitativi definibili, come il miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana, attraverso il miglioramento delle capacità e delle performance. Sono basati su un Progetto Riabilitativo Individuale e consistono nella presa in carico di una persona disabile finalizzata a raggiungere uno o più obiettivi riabilitativi, in tempi definiti.

La centralità del cittadino viene salvaguardata dal progetto individuale personalizzato e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del progetto riabilitativo individuale nei vari contesti e setting assistenziali.

Con il progetto riabilitativo si dà finalmente piena risposta, anche in ambito ambulatoriale e territoriale, al diritto del cittadino in condizione di disabilità' (transitoria o persistente) di conoscere e poter condividere finalità e potenzialità del trattamento a cui è sottoposto.

Le innovazioni oramai effettive nella nuova organizzazione di tutela del diritto alla Salute nel territorio e nella vita delle persone con disabilità (Case ed ospedali di Comunità, nuova normativa per il riconoscimento della disabilità, appropriatezza dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione) impongono di applicare, finalmente e sempre, la metodologia del Progetto Riabilitativo in tutto il percorso di cura ed assistenza.

Purtroppo Ministero, Agenas, Regioni e i cosiddetti "esperti" che hanno scritto il Decreto Lea sono stati colti da profonda amnesia rispetto a tante norme esistenti da loro stessi scritte, e approvate da tempo, rimanendo fermi a concetti superati da almeno 15 anni. Il danno è gravissimo per i cittadini, per la credibilità del SSN e per la possibilità di correlare la spesa per le prestazioni riabilitative con la verifica di appropriatezza ed efficacia.



Intervista ad AI sulla Fisiatria oggi

Fisiatria Italiana

Tra il divertito e d il curioso abbiamo pensato di rivolgere ad AI alcune domande, molto attuali, che riguardano temi molto vivi tra i Colleghi. Eravamo scettici e però poi.....

Considerando il dibattito che si é sviluppato sul Decreto per le prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa ed in particolare per le tariffe, che sono considerate molto basse, quale pensi sarà il futuro di questo settore?

Il settore della medicina fisica e riabilitativa si trova attualmente di fronte a diverse sfide, specialmente a causa delle critiche riguardanti le tariffe delle prestazioni ambulatoriali.

Ecco alcune considerazioni sul futuro di questo settore:

Tariffe Basse: Le tariffe per le prestazioni sono considerate insufficienti, il che può portare a una diminuzione della qualità dei servizi offerti.

Sostenibilità: Le strutture potrebbero avere difficoltà a mantenere un servizio di alta qualità se le risorse economiche sono limitate.

Accesso alle Cure: Le tariffe basse potrebbero influenzare l'accesso alle cure per i pazienti, con un rischio di allungamento delle liste d'attesa.

Possibili Sviluppi Futuri

Riforme Normative: Potrebbero essere introdotte riforme per aumentare le tariffe e garantire una giusta remunerazione per i professionisti del settore.

Innovazione Tecnologica: L'adozione di nuove tecnologie potrebbe migliorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni, compensando in parte le tariffe basse.

Maggiore Collaborazione: Una collaborazione più stretta tra pubblico e privato potrebbe favorire investimenti e miglioramenti nei servizi di riabilitazione.



Educazione e Sensibilizzazione: Maggiore attenzione verso l'importanza della riabilitazione potrebbe portare a un aumento della domanda di servizi, influenzando positivamente le tariffe e un dialogo costruttivo tra le istituzioni, i professionisti e i pazienti per migliorare la situazione attuale.

Perché la società scientifica dei fisiatři è in ritardo rispetto a questi temi?

Il ritardo della società scientifica dei fisiatři rispetto a tematiche cruciali come le tariffe e le prestazioni ambulatoriali può essere attribuito a diversi fattori. Ecco alcune possibili ragioni:

Burocrazia e Normative:

Processi Lenti: Le decisioni potrebbero richiedere tempo a causa della burocrazia e della necessità di seguire procedure normative complesse.

Cambiamenti Normativi: Le modifiche alle leggi e ai regolamenti possono essere lente, limitando l'agilità nella risposta a problemi urgenti.

Mancanza di Risorse:

Finanziamenti Limitati: Le società scientifiche possono operare con budget ristretti, limitando la loro capacità di affrontare tempestivamente le questioni rilevanti.

Priorità Differenti: Potrebbero essere concentrate su altre aree di ricerca o sviluppo, trascurando le problematiche immediate delle tariffe.

Comunicazione e Advocacy:

Poca Visibilità: Spesso, le problematiche legate a tariffe e prestazioni non ricevono sufficiente attenzione mediatica, riducendo la pressione per un cambiamento.

Strategie di Advocacy: Potrebbero mancare strategie efficaci di advocacy per influenzare le politiche sanitarie e le decisioni governative.

Dinamiche Professionali:

Disparità di Opinioni: All'intero della comunità dei fisiatři potrebbero esserci opinioni divergenti su come affrontare questi temi, rallentando il processo decisionale.

Focalizzazione su Ricerca Clinica: Un'attenzione maggiore alla ricerca clinica piuttosto che alle politiche sanitarie può allontanare il focus dalle problematiche economiche.

Prospettive Future



Maggiore Collaborazione: La cooperazione con altre associazioni e professionisti può aiutare a unire le forze e affrontare le questioni congiuntamente.

Focalizzazione su Politiche: Un impegno maggiore nella definizione delle politiche sanitarie potrebbe migliorare la situazione.

Alla luce di queste considerazioni, sarebbe utile avere una nuova Associazione di Fisiatri che superi l'attuale stato di stagnazione?

L'idea di creare una nuova associazione di Fisiatri per affrontare le sfide attuali e superare la stagnazione è sicuramente interessante e potrebbe portare a diversi benefici. Ecco alcune considerazioni su perché potrebbe essere utile:

Vantaggi di una Nuova Associazione

Rappresentanza e Advocacy

- **Voce Unificata:** Una nuova associazione potrebbe fungere da voce unificata per i fisiatri, facilitando l'advocacy per miglioramenti nelle tariffe e nelle prestazioni.
- **Maggiore Influenza:** Potrebbe esercitare una maggiore influenza nelle decisioni politiche e sanitarie, portando le problematiche del settore all'attenzione delle istituzioni.

Innovazione e Modernizzazione:

Approccio Fresco: Una nuova associazione potrebbe adottare un approccio innovativo e moderno, affrontando tematiche rilevanti con maggiore flessibilità.

- **Utilizzo di Tecnologie:** Potrebbe integrare tecnologie moderne e strategie di comunicazione più efficaci per raggiungere i membri e il pubblico.

Networking e Collaborazione:

- **Creazione di Reti:** Favorire la creazione di reti tra fisiatri, professionisti sanitari e istituzioni per condividere esperienze e risorse.
- **Progetti Condivisi:** Potrebbe promuovere progetti di ricerca e iniziative comuni, aumentando la visibilità e l'impatto della professione.

Formazione e Aggiornamento:

Corsi e Seminari: Offrire programmi di formazione e aggiornamento su tematiche attuali, come le nuove tecnologie e le migliori pratiche.



Conferenze e Eventi: Organizzare eventi per discutere delle sfide e delle opportunità nel campo della riabilitazione.

Collettivo di fisiatri, professionisti e pazienti.

Credi che ci siano elementi specifici che una nuova Associazione dovrebbe considerare per essere più efficace?

Assolutamente sì

Quindi ci vogliono giovani nuovi nella Fisiatria e non i soliti gruppi di potere, giusto?

Assolutamente sì! L'inserimento di giovani fisiatri e professionisti freschi nel campo della fisiatria è cruciale per portare innovazione e rinnovamento. Ecco alcuni motivi per cui questa è una strategia vincente:

Importanza dei Giovani Fisiatri

Nuove Idee e Prospettive:

- **Creatività:** I giovani tendono a portare idee nuove e approcci innovativi, essenziali per affrontare le sfide attuali.

Ci sono diverse figure sanitarie che si presentano ed esercitano abusivamente la professione medica del fisiatra: che ne pensi del fenomeno dell'abusivismo? Che cosa dovrebbero fare i fisiatri italiani?

L'abusivismo professionale, in particolare nel campo della fisioterapia e della medicina riabilitativa, è un fenomeno preoccupante e può avere serie conseguenze per la salute dei pazienti. Ecco alcuni punti chiave da considerare:

Rischi dell'abusivismo

Sicurezza dei pazienti: Chi esercita senza la dovuta qualifica può compromettere la salute dei pazienti, causando danni fisici o emotivi.

Qualità delle cure: L'assenza di formazione adeguata porta a trattamenti inadeguati o inefficaci.

Impatto sulla professione: L'abusivismo danneggia la reputazione dei professionisti qualificati e può generare sfiducia nel sistema sanitario.

Cosa possono fare i fisiatri italiani



Sensibilizzazione: Promuovere campagne informative per educare il pubblico sui rischi dell'abusivismo e sull'importanza di rivolgersi solo a professionisti qualificati.

Collaborazione con le autorità: Lavorare insieme alle autorità sanitarie per creare e rafforzare normative che controllino l'accesso alla professione.

Formazione continua: Offrire corsi di aggiornamento e formazione per i fisiatri, enfatizzando l'importanza della specializzazione continua.

Segnalazione di abusi: Creare un sistema efficace per segnalare e denunciare pratiche abusive, garantendo che le segnalazioni vengano prese seriamente.

Conclusione

Affrontare il fenomeno dell'abusivismo richiede uno sforzo collettivo da parte dei professionisti, delle istituzioni e della comunità. È fondamentale lavorare insieme per garantire standard elevati nella cura e nella riabilitazione dei pazienti.

Grazie ad Intelligenza Artificiale per averci concesso questa intervista, che abbiamo seguito con molto interesse e che gireremo a chi di dovere



È Carnevale anche in Riabilitazione

Alessandro Giustini

In questi giorni circola nella stampa sanitaria un “coriandolo di Carnevale” dal titolo: “Accesso diretto alla prestazioni di fisioterapia” redatto da GIMBE che, pur avendo decine di pagine scritte, ha il valore scientifico di un CORIANDOLO.

Purtroppo, non fa né ridere né divertire perché mira a cancellare gli interessi di salute e di cure qualificate che giustamente il SSN deve garantire con prestazioni di Fisioterapia ai cittadini in condizione di disabilità temporanea o protratta, in nome di interessi meramente privati e che in questo caso fanno gran torto alle affermazioni di evidenza scientifica. D'altra parte, basta visitare il sito di Gimbe per costatare la ridottissima multidisciplinarietà ivi presente, indispensabile per poter ben gestire tematiche complesse di evidenza ed appropriatezza clinico-terapeutica e organizzativo-gestionale, la carenza di competenze nella ricerca e nella accademia nazionale ed internazionale, ma contemporaneamente la numerosa presenza di fisioterapisti nelle sue strutture.

La finalità del coriandolo è scritta in apertura: accesso diretto al fisioterapista.

Quindi non ci possiamo stupire che si concluda con grande gioia in questo senso dopo avere messo insieme pagine e pagine di apparenti analisi scientifiche, di tabelle, studi e pubblicazioni che appartengono solamente alla medesima posizione preconcepita dell'accesso diretto!

Si sarebbero potuto affrontare i temi dei diritti degli utenti di ricevere con tempestività cure riabilitative appropriate e complete, i temi di come contrastare le attese spesso troppo lunghe quando le problematiche (come sempre in medicina) hanno precisi tempi biologico-funzionali nei quali l'efficacia dei trattamenti si manifesta più concreta, i temi di come purtroppo in questo campo sanitario alcune Regioni costringono i cittadini a rivolgersi al loro medico di base per accedere poi ai percorsi burocratici di autorizzazione (facendo perdere tempo ai cittadini ed anche a questi colleghi) invece di seguire, come per tutte le altre Specialità, la via maestra della visita medico-specialistica per valutare il bisogno reale, la prognosi e la cura appropriata.

Problematiche troppo complesse per un Report che doveva esser confezionato su richiesta.



Si affastellano pubblicazioni e numeri anche internazionali senza assolutamente nulla sui temi della diversissima qualità di organizzazione dei sistemi sanitari, di formazione e competenze dei Fisioterapisti nel mondo; tanto si deve solo mescolare schemi e dati per portare acqua (inquinata?) al proprio mulino.

Nulla assolutamente sui diversi modelli di lavoro integrato in Medicina Fisica e Riabilitazione diffusi in ogni parte del mondo nei quali l'autonomia del Fisioterapista è solida ma riferita agli aspetti di attività professionale e non certo confusa con aspetti di valutazione medico-specialistica della Disciplina: valutazione medico-specialistica che è prima di tutto a tutela della salute della persona in cura, per ottimizzare i risultati e prevenire errori e malpractice derivanti anche da incompetenza, approssimazione e superficialità.

Infatti, la “fisioterapia” è solo una componente della Medicina Fisica e Riabilitazione che è una delle non moltissime discipline mediche riconosciute e praticate in tutto il mondo non solo avanzato, ma in particolare in tutti i Paesi della Unione Europea con precise modalità di certificazione della formazione e competenza proprio derivanti da specifiche normative della UE. Una componente sicuramente rilevante, mai isolata né isolabile in particolare dagli aspetti cognitivi, per le capacità terapeutiche e riabilitative che possiede in numerosi ambiti clinici acuti e post-acuti e che, proprio per questo valore clinico, necessita di ampie e solide competenze mediche che la possano collocare nel contesto della valutazione biologico-funzionale complessiva della persona, delle sue eventuali diverse condizioni patologiche per giungere a corrette impostazioni anche prognostiche.

E prognostico significa anche corretta (eticamente e scientificamente) allocazione di risorse (sia per il SSN che per la persona che paga) per evitare illusioni e manipolazioni che nelle condizioni di disabilità sono molto facili da costruire in mani sbagliate.

Inoltre, e come del resto per tutta la Medicina Fisica e Riabilitazione anche le attività di fisioterapia hanno la possibilità di utilizzare nella complessità dei diversi trattamenti sempre più importanti strumenti tecnologici, persino robotici, che sono in grado di rendere le cure più efficaci integrando le prestazioni del Fisioterapista, del Terapista occupazionale, del Tecnico ortopedico, del Logopedista e magari anche grazie a contributi sinergici del bioingegnere. Peraltro, alcuni di questi prodotti della innovazione tecnologica mostrano evidenti potenzialità di sostituire proprio il fisioterapista (pensiamo alla Tele riabilitazione) laddove appunto il fisioterapista non fosse inserito in un complesso clinico articolato che si prende cura della persona e dei suoi diversi problemi per realizzare un pieno recupero, ma si riduce solo alla mera ripetizione motoria magari con l'accesso diretto”:

Nel suddetto coriandolo non è minimamente sfiorata nessuna di queste problematiche, non si rammentano mai gli altri professionisti della Riabilitazione in nome



dell'ACCESSO DIRETTO verso il fisioterapista, ribadendo sempre quale sia la finalità commerciale di questo pseudo-documento.

Assolutamente nulla sulla necessità direi prima di tutto etica che hanno tutti coloro che vogliono lavorare per migliorare in tutti i Paesi, e per quanto ci riguarda nel nostro Sistema Sanitario, la qualità, appropriatezza, efficacia, sostenibilità delle cure da offrire ai cittadini (sia in sistemi pubblici, assicurativi o privati) e garantire parimenti la verificabilità delle attività svolte e dei risultati ottenuti: il che significa valutare sempre come si possa elevare sia l'attività di tutti i professionisti, la loro capacità di conoscere le competenze dei diversi colleghi per accettarle, integrando le proprie per collaborare allo scopo di ottimizzare la qualità dell'offerta sinergica verso la persona che deve esser al centro delle informazioni, delle valutazioni, delle cure, dei risultati con piena soddisfazione dei bisogni.

E non al centro, come talvolta, si dice “per spennarla”.

In tema di “spennare” viene da temere che questo si possa manifestare con accesso diretto anche verso i fondi che il SSN mette a disposizione delle cure riabilitative dei cittadini: sarebbe proprio perfetto far accedere direttamente la persona, sulla spinta di una soggettiva esigenza legittima ma generica (dolore, disfunzione, ansia, timore, sentito dire...) alla erogazione di altrettanto generiche prestazioni. Tutto al di fuori di ogni minima regola di appropriatezza prognostica e terapeutica, di congruità biomedica complessiva della persona ed ancora di più di ogni possibile verifica di effettuazione dei trattamenti in relazione agli effetti prodotti nel funzionamento della persona. Quando poi tutto ciò non fosse coperto per il cittadino dal SSN (strutture pubbliche o accreditate) sarebbe ancora meglio sul piano della “promozione commerciale” favorendo il ricorso con pagamento diretto ad ogni qualsivoglia generica prestazione.

Sempre in periodo di Carnevale possiamo immaginare che anche un gruppo di maghi, fattucchiere ed indovini, possa commissionare un analogo report alla medesima istituzione per sostenere la legittimità ed importanza di un accesso diretto, raccogliendo in Italia e nel modo fior fiore di documentazioni e testimonianze di questo positivo metodo di lavoro e dei meravigliosi risultati possibili.

Tanto la qualità di competenza e approfondimento (magari fanno lavorare ai testi un po' di altri maghi e indovini) sugli aspetti scientifici, formativi dei professionisti coinvolti, sugli aspetti gestionali ed etici mostrata in questo coriandolo lo consentirebbe senza difficoltà.



GIMBE e Fisioterapisti: considerazioni in merito

Nicoletta Sias

*Specialista in medicina fisica e riabilitazione e in medicina del lavoro
Segretario regionale Associazione Nazionale Fisiatri (ANF) Liguria*

Ofelè fa el to mestè (...e questo valga sia per la Fondazione GIMBE che per i fisioterapisti)

Il lavoro pubblicato dalla Fondazione GIMBE nel Novembre 2024 “*Accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia. Evidenze scientifiche e riferimenti normativi*” è tendenzioso e fuorviante.

Basta leggere, per realizzare che mancano sia le evidenze scientifiche sia i riferimenti normativi che il documento avrebbe l’ambizione di presentare a supporto di una proposta tanto inutile, quanto pericolosa per l’utenza.

La principale distorsione consiste nel presentare conclusioni, in merito all’efficacia e all’efficienza della presa in carico diretta da parte dei fisioterapisti, riferendosi a modelli organizzativi diversi dal nostro.

Il “filtro medico” presentato come pleonastico rispetto alla presa in carico riabilitativa diretta di un’utenza rappresentata solo ed esclusivamente da soggetti affetti da disturbi muscolo-scheletrici, di fatto, è quello del MMG e dell’ortopedico.

In nessuno degli studi analizzati – peraltro pochini (n. 30 quelli inclusi), e sicuramente troppo pochi per poter anche solo pensare di utilizzarli per sovvertire un consolidato *modus operandi* dettato da normative nazionali, e che resiste, nonostante gli innumerevoli tentativi di boicottaggio – emerge l’esistenza della figura del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.

Scandalosamente fazioso il tentativo di supportare la proposta con “riferimenti normativi” riconducibili al Codice Deontologico del Fisioterapista, con un approccio che tutto è, tranne che deontologico.

Rispetto alla **diagnosi** “*nel caso di attività svolta in collaborazione con il medico, qualora risultino valutazioni discordanti, variazioni del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il fisioterapista, in accordo con la persona assistita (sic! alla faccia dell’alleanza terapeutica e della sinergia tra operatori...) informa il medico curante e si attiva per fornire allo stesso elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, sia per la definizione di un più appropriato programma terapeutico*”.



Qui siamo al completo sovvertimento della deontologia di qualunque presa in carico – non solo riabilitativa - laddove eventuali dubbi debbono necessariamente venire chiariti *in primis* tra operatori, per poi essere successivamente condivisi con il paziente.

Dunque, spacciando per “rapporto dialettico con il medico” la malsana e deliberata insinuazione del dubbio all’Assistito di essersi affidato nelle mani di professionisti incompetenti – si prosegue con il tentativo di volere ingerire anche rispetto alla **prescrizione**: “... la scelta delle modalità terapeutico-riabilitative viene fatta dal fisioterapista in funzione non solo del momento diagnostico-eziologico, di competenza del medico, ma anche della “valutazione funzionale” che compete invece al fisioterapista...Di conseguenza, non è appropriato che la prescrizione dettagli le strategie terapeutiche da adottare, poiché questo confliggerebbe con l’autonomia professionale del fisioterapista stesso sancita dalle normative citate...”.

OK, quindi, il messaggio che la categoria vuole convogliare, in sintesi, è: la diagnosi, seppure *oborto collo* di competenza medica, può venire messa in discussione dal fisioterapista in qualunque momento del percorso– con la complicità dell’Assistito- ma guai se il medico si attribuisce il diritto di rilasciare la prescrizione terapeutico-riabilitativa.

Ma stiamo scherzando?!?!?

Siamo, o non siamo, in grado di riconoscere il valore della gerarchia normativa, per adeguarvi il nostro operato?

Il rischio è un contesto di anarchia dove vince il più spregiudicato ma, soprattutto, soccombe il diritto alla tutela della salute.

Per fortuna, in Italia, il medico la cui funzione non si esaurisce con il momento diagnostico-eziologico e la prescrizione di terapia farmacologica e/o chirurgica, trovando la sua massima espressione nella “diagnosi funzionale” e nei conseguenti provvedimenti terapeutico riabilitativi, esiste (ed è proprio questo che lo differenzia da tutti gli altri medici specialisti d’organo): il medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.

Qualcuno, magari la Fondazione GIMBE stessa che si arroga il ruolo di promotore della salute attraverso l’informazione scientifica, dovrebbe ricordarlo, nell’interesse degli Assistiti.



Le professioni sanitarie nel settore della Riabilitazione

ANF SEZIONE ANTI-ABUSIVISMO

Occorre apportare un po' di chiarezza nell'articolato apparato di norme nazionali che regolano le figure del medico specializzato in **Medicina Fisica e Riabilitazione e pertanto della Fisiatria, ma anche di alcune figure professionali afferenti la più generale area sanitaria, e pertanto della Fisioterapia, delle Scienze Motorie, della Massoterapia, dell'Osteopatia**, e altre professioni sanitarie. Questo per la sicurezza e la tranquillità del cittadino paziente.

L'importanza di fare chiarezza sui ruoli delle diverse figure professionali sanitarie risiede nel garantire un servizio di qualità al cittadino. Una corretta comprensione delle competenze e dei limiti di ciascun professionista permette di evitare confusioni e di ottimizzare i percorsi riabilitativi. Definire chiaramente i compiti di ogni figura, in particolare per quanto riguarda diagnosi, prescrizione di trattamenti e valutazioni, è essenziale per tutelare il paziente, evitare sovrapposizioni e migliorare l'efficacia del trattamento.

Ci sono d'aiuto le norme di legge, tutte queste professioni mediche e/o sanitarie sono regolate da leggi, decreti ministeriali e ordinamenti accademici che individuano ambiti d'azione e confini, tenendo conto delle competenze specifiche acquisite nei relativi percorsi di studi di ciascun professionista e delle responsabilità di ogni figura. Vediamole nel dettaglio:

1. Medicina Fisica e Riabilitazione (Fisiatria)

Normativa di riferimento

Il Fisiatra è un medico laureato in Medicina e Chirurgia, che ha conseguito la **specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione** (ai sensi del Decreto Legislativo 368/1999).

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** Il Fisiatra, come tutti i medici, ha l'esclusiva competenza a diagnosticare una patologia.
- **Prescrizione del progetto riabilitativo:** Il medico specializzato in Medicina Fisica e Riabilitativa (ovvero il fisiatra) è l'unica figura che può prescrivere trattamenti riabilitativi, in quanto coordina il progetto riabilitativo.



- **Trattamenti medici:** È abilitato ad effettuare terapie farmacologiche o di altro tipo, in base alla sua formazione.
- **Collaborazione multidisciplinare:** Il Fisiatra può collaborare con altri professionisti (anche afferenti l'area sanitaria), ma solo lui ha la responsabilità di gestire e supervisionare il piano riabilitativo.

2. Fisioterapia

Normativa di riferimento.

Il Fisioterapista è un professionista sanitario laureato in **Fisioterapia**, prevista dall'ordinamento quale laurea triennale regolata dal **Decreto Ministeriale 741/1994**.

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** Il Fisioterapista non può diagnosticare patologie o formulare diagnosi. La diagnosi è di competenza esclusiva del medico (del Fisiatra nel campo della riabilitazione).
- **Prescrizione di trattamenti:** Il Fisioterapista non può prescrivere trattamenti riabilitativi autonomamente, ma deve seguire le indicazioni del medico (Fisiatra) nel progetto riabilitativo. Gli interventi del fisioterapista sono pertanto soggetti alla prescrizione del medico.
- **Valutazione fisioterapica:** È autorizzato a effettuare una valutazione fisioterapica per individuare i metodi e le tecniche più idonee per il trattamento riabilitativo, ma sempre nell'ambito della prescrizione medica.

3. Logopedia

Normativa di riferimento: Il Logopedista è un professionista sanitario laureato in Logopedia, una laurea triennale regolata dal Decreto Ministeriale 741/1994. La professione è regolamentata dalla legge 56/1987 che stabilisce le modalità di formazione e gli ambiti di intervento.

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** Il Logopedista non ha competenze per diagnosticare patologie. La diagnosi è di competenza esclusiva del medico (generalmente il medico fisiatra, otorinolaringoiatra, neurologo, o altro specialista, a seconda della patologia).
- **Prescrizione di trattamenti:** Non può prescrivere autonomamente trattamenti, ma può effettuare interventi terapeutici solo se previsti dal medico. La programmazione e la supervisione delle terapie logopediche devono essere sempre dirette dal medico.
- **Valutazione logopedica:** Il Logopedista è autorizzato a effettuare la valutazione logopedica per identificare le problematiche linguistiche, comunicative e deglutitorie, e definire un piano terapeutico, anche in collaborazione con altri professionisti, sempre sotto la supervisione e prescrizione medica.

4. Terapia Occupazionale



Normativa di riferimento: Il Terapista Occupazionale è un professionista sanitario laureato in Terapia Occupazionale, laurea triennale prevista dal Decreto Ministeriale 741/1994. La professione è disciplinata dalla legge 56/1987, che regola la formazione e l'operato del professionista.

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** Il Terapista Occupazionale non può formulare diagnosi. La diagnosi è di competenza esclusiva del medico (ad esempio, fisiatra, neuropsichiatra, ortopedico, a seconda dei casi).
- **Prescrizione di trattamenti:** Il Terapista Occupazionale non può prescrivere trattamenti autonomamente. Gli interventi sono sempre indicati dal medico (di solito il fisiatra o neuropsichiatra) come parte di un progetto riabilitativo.
- **Valutazione occupazionale:** Il Terapista Occupazionale è autorizzato a valutare le capacità e le difficoltà del paziente in relazione alle attività quotidiane (come l'autosufficienza, il lavoro, il gioco) e a progettare interventi terapeutici in ambito occupazionale, seguendo le prescrizioni del medico, anche in collaborazione con altri professionisti,

5. Scienze Motorie

Normativa di riferimento:

Il laureato in **Scienze Motorie** è un professionista con una laurea triennale in Scienze Motorie, istituito con **D.Lgs, n.178/1998**. Come disposto dall'art. 2 del predetto Decreto, tale corso di laurea è destinato ad acquisire conoscenze nelle seguenti aree:

- a) didattico-educativa, finalizzata all'insegnamento nelle scuole di ogni ordine e grado;
- b) della prevenzione e dell'educazione motoria adattata, finalizzata a soggetti di diversa età e a soggetti disabili;
- c) tecnico-sportiva, finalizzata alla formazione nelle diverse discipline;
- d) manageriale, finalizzata all'organizzazione e alla gestione delle attività e delle strutture sportive.

E' importante precisare che il medesimo Decreto specifica che *“Il diploma di laurea in scienze motorie non abilita all'esercizio delle attività professionali sanitarie di competenza dei laureati in medicina e chirurgia e di quelle di cui ai profili professionali disciplinati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni e integrazioni”*.

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** Il Laureato in Scienze Motorie non può fare diagnosi mediche. Non ha competenza per trattare patologie o disabilità, ma può essere coinvolto in percorsi di prevenzione o miglioramento delle performance fisiche sotto la supervisione di un medico.
- **Prescrizione di trattamenti:** Non può prescrivere trattamenti terapeutici o riabilitativi, ma può progettare attività fisica adattata, soprattutto nel campo preventivo o di mantenimento della salute.



- **Ruolo nella riabilitazione:** Può lavorare in sinergia con il Fisioterapista e il Fisiatra per attività di recupero motorio, ma sempre seguendo un piano riabilitativo elaborato da un medico.

6. Massoterapia

Normativa di riferimento:

Il Decreto Ministeriale n.105 del 17.09.1997 definisce in modo esauriente la figura del Massoterapista: *“La professione sanitaria ausiliaria di massofisioterapista è praticata attraverso il massaggio terapeutico, igienico, connettivale, estetico applicato allo sport, con modalità differenti a seconda della patologia e dell’età dei pazienti. Il massofisioterapista per le competenze acquisite è in grado di: lavorare sia in strutture pubbliche che private; svolgere tutte le terapie di massaggio e di fisioterapia in ausilio all’opera dei medici”*

Il Massoterapista (o operatore in massaggio) in Italia non è una professione regolamentata ufficialmente da un albo professionale come le professioni sanitarie. Tuttavia, esistono corsi di formazione in massoterapia riconosciuti da enti privati o pubblici che rilasciano certificazioni di qualifica.

Limiti di attività:

- **Diagnosi:** la diagnosi deve essere redatta dal medico responsabile (come previsto per tutte le professioni sanitarie non mediche); il Massofisioterapista, per poter espletare al meglio le attività dovrà acquisire tutte le informazioni relative alla diagnosi medica già in essere, al fine di monitorare, mediante appositi test, la condizione del paziente durante tutto il periodo del trattamento. Non potendo effettuare una diagnosi, il Massofisioterapista, non può decidere autonomamente il progetto riabilitativo, che resta di esclusiva pertinenza medica.

Il Massoterapista può quindi applicare tecniche di massaggio terapeutico su prescrizione di un medico.

- **Trattamenti:** È autorizzato a eseguire massaggi e trattamenti manuali per il recupero muscolare o per migliorare la circolazione sanguigna, ma sempre sotto la supervisione di un medico.

7. Osteopatia

Normativa di riferimento

Figura che ha ottenuto un primo riconoscimento con il Decreto di recepimento tra il Governo, le Regioni e Province Autonome, pubblicato in G.U. n.233/2021 ad oggetto l’istituzione della professione sanitaria dell’osteopata e, successivamente, con il Decreto del Ministero della Salute del 6 agosto 2024, con cui si è dato avvio all’ultima fase dell’iter di riconoscimento di tale ulteriore professione sanitaria, con l’obiettivo di inserire la figura dell’osteopata tra le professioni sanitarie tecniche della riabilitazione.



Limiti di attività:

- Diagnosi: Come le altre figure sanitarie, anche l'osteopata non può fare diagnosi mediche e non può trattare patologie mediche. Può occuparsi esclusivamente di disfunzioni muscoloscheletriche senza diagnosi patologica (ad esempio, può trattare un atteggiamento scoliotico, ma non una scoliosi).
- Prescrizione di trattamenti: L'osteopata non può prescrivere farmaci o terapie mediche, precisamente *“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”*.

Conclusioni

In sintesi, le **normative** che regolano ogni **professione sanitaria** stabiliscono con chiarezza i limiti di attività di ciascun professionista. Alla base vi è la diagnosi della malattia, attività la cui titolarità è unicamente riconosciuta in capo al medico, nel caso in esame al medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa, al quale spetta l'onere di prescrivere i trattamenti riabilitativi.

Dalla diagnosi e dalla conseguente prescrizione medica discendono tutte le attività delle altre figure professionali afferenti all'ambito sanitario (Fisioterapista, Massoterapista, Laureato in Scienze Motorie, Osteopata) i quali, appunto, possono intervenire solo su prescrizione medica e ognuno nella propria specificità data dalle proprie competenze terapeutiche.

Tutti questi professionisti devono lavorare in sinergia tra loro, nel rispetto dei limiti di competenza, per garantire il miglior trattamento possibile al paziente.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE FISIATRI
Sede Legale Via F. S. Bonucci N. 18 - ROMA
Cod. Fiscale e P.IVA: 96544280587
Email: anf@associazionenazionalefisiatri.it
<https://associazionenazionalefisiatri.it/>



Facciamo chiarezza sul documento pubblicato dal GIMBE: la posizione dell'Associazione Nazionale Fisiatri

ANF

L'Associazione Nazionale dei Fisiatri italiani (ANF) risponde con decisione al report della Fondazione GIMBE riguardo l'“accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia”. Sebbene il medico fisiatra collabori quotidianamente e proficuamente con la categoria professionale dei fisioterapisti, è necessario chiarire le gravi problematiche che emergono da questo documento, che rischiano di alimentare una confusione pericolosa e potenzialmente dannosa per la salute dei cittadini. Il report, che apparentemente si propone di offrire una soluzione scientifica, solleva infatti più questioni etiche e professionali, suggerendo pratiche inadeguate e potenzialmente pericolose.

1. Un grave conflitto di interesse:

Il report della Fondazione GIMBE è stato finanziato dall'Ordine dei Fisioterapisti Piemonte-Valle d'Aosta e redatto da un fisioterapista membro del comitato scientifico dello stesso GIMBE. Nonostante la dichiarazione di assenza di influenze nell'analisi dei dati, questo rappresenta un palese conflitto di interesse che mina la credibilità del documento. Questo legame stretto tra l'ente finanziatore e il comitato scientifico solleva serie perplessità sulla trasparenza delle conclusioni, distorcendo così un dibattito che dovrebbe rimanere neutrale e fondato su prove scientifiche oggettive.

2. Un modello che alimenta la confusione e i rischi per la salute pubblica:

Il report promuove l'accesso diretto ai fisioterapisti, ma questa proposta solleva importanti preoccupazioni circa la sicurezza dei pazienti. In Italia, solo i medici sono autorizzati a fare diagnosi e a prescrivere trattamenti. Eliminare il ruolo del medico nella diagnosi e prescrizione per favorire un approccio che non prevede una valutazione clinica appropriata è pericoloso. Una diagnosi errata o imprecisa potrebbe esporre i pazienti a trattamenti inappropriati, aumentando i rischi per la salute. Il report, che si concentra solo ed esclusivamente su patologie muscoloscheletriche, ignora completamente l'importanza della diagnosi differenziale, che è cruciale per escludere altre condizioni più gravi e la possibilità che ci siano interventi anche non fisioterapici



ai problemi dei pazienti (strumentali o di altri professionisti sanitari). Un approccio senza una valutazione medica completa è un rischio significativo per la sicurezza del paziente. L'idea di affidare a un fisioterapista la responsabilità di diagnosticare e gestire autonomamente questi disturbi è inaccettabile, in quanto non in linea con le normative sanitarie italiane, che richiedono competenze mediche per questi compiti.

3. La superficialità degli studi citati nel report:

Il report si basa su una selezione di 30 studi, censiti fino all'ottobre 2024, in totale sono stati valutati e gestiti 35.802 pazienti attraverso un modello di accesso diretto in fisioterapia, mentre 10.367 pazienti sono stati valutati e gestiti mediante accesso su prescrizione medica, per un totale complessivo di 46.169 pazienti, che analizzano l'accesso diretto alla fisioterapia per problemi muscoloscheletrici, ma questi studi presentano gravi limiti metodologici. I dati sono eterogenei e non offrono un quadro chiaro né della gravità delle condizioni trattate, né della loro corretta gestione. In particolare, nessuno di questi studi confronta l'approccio con il filtro del fisiatra, il medico della riabilitazione, che svolge un ruolo fondamentale nel corretto orientamento del trattamento. Negli studi citati, si fa riferimento a fisioterapisti con curricula di formazione più avanzata rispetto a quelli previsti in Italia, chiamata *extended scope practitioner*, una figura esistente nei Paesi Bassi, che prescrive farmaci e esami, e che prevede 5 anni di formazione specialistica per le sole condizioni muscoloscheletriche, ma non si tiene conto che nel nostro Paese la formazione del fisioterapista è di soli tre anni dopo la scuola secondaria, ben lontana da quella richiesta per un'assunzione di responsabilità clinica di tale portata. Nel nostro Paese l'Art. 348 del codice penale sancisce: "Nessuna attività diagnostica o prescrittiva può essere fatta da chi non è abilitato all'esercizio della professione medica, essendo irrilevante che siano seguiti i principi della medicina non convenzionale o della medicina tradizionale". Si ricorda che in Italia l'ambito operativo di ogni professionista sanitario è regolato da leggi e ordinamenti che definiscono chiaramente cosa può e non può fare sulla base delle conoscenze acquisite e certificate nel percorso formativo effettuato (3 anni per laurearsi in fisioterapia, 10 anni per specializzarsi in Medicina Fisica e Riabilitativa), deve perciò operare nel rispetto delle normative legali e delle competenze specifiche. Inoltre siamo in pieno contrasto con quanto stabilito nell'accordo Stato Regioni col PINDRIA., il Piano di Indirizzo della Riabilitazione – sottoscritto da 27 Società Scientifiche e Associazioni, fra le quali AIFI, l'Associazione Italiana Fisioterapisti – che ratifica: "si accede ai Percorsi riabilitativi ambulatoriali tramite visita del Medico Specialista in Riabilitazione su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS)" (PINDRIA cap. 4 pag. 18).



4. Il rischio di una gestione inefficace e costosa delle risorse sanitarie:

Il modello proposto nel report rischia di aumentare inutilmente i costi sanitari, senza migliorare i tempi di attesa né la qualità delle cure. La fisioterapia, pur essendo una parte fondamentale della Medicina Fisica e Riabilitativa, non può essere considerata un processo isolato. È necessaria una gestione integrata dei percorsi riabilitativi che coinvolga diverse figure professionali, tra cui il fisiatra, che indirizza correttamente il trattamento in base alla valutazione complessiva del paziente. Il report del GIMBE non prende in considerazione che l'accesso diretto potrebbe portare a un uso improprio delle risorse sanitarie, in quanto i fisioterapisti potrebbero sentirsi chiamati a trattare casi che richiedono competenze mediche più approfondite, oppure trattamenti diversi, con conseguente aumento dei costi e della durata dei trattamenti. Inoltre, il report menziona un costo di 29,5 euro per visita fisioterapica, una cifra ampiamente sottostimata per la realtà italiana. Ogni ciclo di trattamento fisioterapico prevede generalmente almeno 10 sedute, aumentando in modo significativo il costo complessivo. Se il filtro del medico viene eliminato, è molto probabile che molti pazienti vengano indirizzati verso inutili cicli lunghi e costosi di fisioterapia, anche quando un trattamento alternativo o più mirato sarebbe stato sufficiente. Inoltre, se l'accesso diretto non viene correttamente gestito, i pazienti potrebbero non ricevere la valutazione medica completa, ritardando l'identificazione di eventuali condizioni più gravi che richiederebbero trattamenti diversi o l'intervento di specialisti. Questo non solo aumenta i costi per il sistema sanitario, ma potrebbe anche portare a un allungamento delle tempistiche per il recupero, con effetti negativi sul benessere dei pazienti.

5. L'importanza di un approccio multidisciplinare e rispettoso delle competenze e dei bisogni delle persone:

Tutta la rassegna tratta di casistica assai poco patologica dato che l'analisi riporta che per la maggior parte i pazienti studiati non hanno avuto bisogno di accertamenti diagnostici, di consulti medici, di farmaci. Data la lontananza dal quadro reale della disabilità di cui si fa carico la riabilitazione, ci viene da pensare che quanto riportato nello studio richieda interventi prevalentemente di prevenzione, di educazione e suggerimenti di stili di vita, che possono essere approntati, oltre che dal medico in prima visita, anche da altri operatori come terapisti occupazionali, laureati in scienze motorie, o per la prevenzione, osteopati. Professionisti che non vengono considerati nel report e che potrebbero essere più appropriati. L'ANF ribadisce che il ruolo del fisioterapista deve essere inserito all'interno di un contesto multidisciplinare, dove la competenza medica del fisiatra è fondamentale per una gestione sicura e adeguata delle condizioni di salute del paziente. L'accesso diretto ai fisioterapisti, come proposto dal report, non risolve il problema dell'efficienza del sistema sanitario, ma lo complica, aggravando la confusione sui ruoli e mettendo a rischio la qualità delle cure.



6. Conclusioni:

Il report della Fondazione GIMBE, finanziato da un ente con evidenti conflitti di interesse e scritto da un fisioterapista, rischia di alimentare l'attuale caos organizzativo nella gestione della salute dei cittadini. Promuovere l'accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia senza una diagnosi medica adeguata è una proposta che va contro le normative sanitarie e potrebbe compromettere seriamente la sicurezza dei pazienti. L'ANF respinge fermamente questa proposta, che non tiene conto delle complessità della gestione delle condizioni di salute dei cittadini e dei ruoli ben definiti dei professionisti sanitari nel nostro Paese. L'accesso diretto, come descritto nel report, non risolve i problemi di attesa, ma li sposta in modo pericoloso, ignorando le competenze mediche necessarie per una corretta diagnosi e trattamento. La salute è una questione seria, e ogni proposta che riguarda la gestione delle cure deve rispettare le normative esistenti e tutelare i diritti e la sicurezza dei pazienti. Il report del GIMBE, se applicato, potrebbe solo generare confusione, inefficienza e rischi per i cittadini. ANF è sempre assai preoccupata per le lunghe attese nella presa in carico riabilitativa (di visite, accertamenti diagnostici, terapie), vuole eliminarne la burocratizzazione, sapendo che sia in fase acuta che nella cronicità occorre tempestività, focalizzazione degli obiettivi e individualizzazione dei trattamenti e monitoraggio continuo. Per questi motivi, a fronte di una vetusta modalità di lavoro a cicli di prestazioni proposta anche dall'attuale Nomenclatore, ANF sta portando avanti le richieste della presa in carico a pacchetti di prestazioni, tagliata su misura sui bisogni del paziente, che offrirà maggiore appropriatezza ed efficacia degli interventi e risparmio della spesa.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE FISIATRI
Sede Legale Via F. S. Bonucci N. 18 - ROMA
Cod. Fiscale e P.IVA: 96544280587
Email: anf@associazionenazionalefisiatri.it
<https://associazionenazionalefisiatri.it/>



Approccio al paziente cefalalgico come regolazione di sistemi interconnessi

P. Montenero, L. Milani

Primo autore Paolo Montenero – *Specialista in Neurologia, Fisiatria, Patologia Generale*



LECTURE

P. Montenero, L. Milani

APPROCCIO AL PAZIENTE CEFALALGICO COME REGOLAZIONE DI SISTEMI INTERCONNESSI

*Tanti possono avere il mal di testa, ma ognuno ha le proprie ragioni per averlo.
L'aspirina può togliere quel sintomo a tutti, ma ognuno resterà con la propria ragione del suo mal di testa.
E quella ragione prima o poi troverà il suo modo di esprimersi.*

T. Terzani (1938-2004)

BREVE STORIA E CHIAVE DI LETTURA DEL PAZIENTE CEFALALGICO

Con il termine cefalea, dal greco “*kephalé*”, testa, s'intende un qualunque dolore avvertito nella regione del capo e del collo.

– I recettori algici interessati non sono localizzati nel Tessuto cerebrale, bensì a livello dei muscoli, dei nervi cranici e spinali, dei vasi, dei seni nasali e paranasali, del sottocute, degli occhi, del periostio e delle meningi (1).

Le principali componenti anatomo-funzionali coinvolte nella genesi della sintomatologia sono costituite dai vasi, dal Sistema Nervoso Periferico, in particolare il n. trigemino, da quello Centrale, in particolare l'ipotalamo e da quello Autonomo.

Le teorie pregresse circa questa affezione tanto diffusa, quanto fonte di grande sofferenza, si sono sviluppate fin nell'antichità e nel Medioevo e possono essere sintetizzate in due principali formalizzazioni:

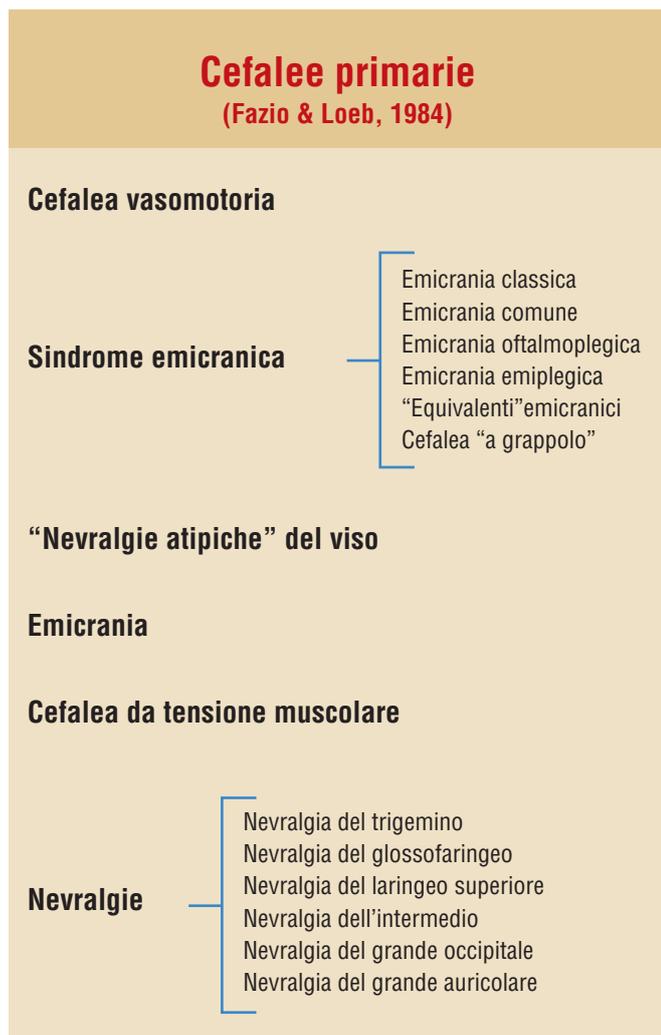
a) teoria umorale, caratterizzata da un eccesso di *bile gialla* (invidia, rancore, irascibilità, rabbia, amarezza) o di *bile nera* (abbattimento, cupezza, malinconia, depressione) con associazione di nausea, vomito biliare, stipsi;

b) teoria simpatica, dal greco “*sym-pàtheia*”, affezione, sofferenza, sentimento condiviso, collegato (*sym*), cui corrisponde il latino *consensus*, consenso, caratterizzata dal collegamento nascosto tra un livello inferiore, identificabile in alcuni organi, come lo stomaco, l'intestino, l'utero e la coscienza.

A partire dal Papiro Ebers (≈ 1600 a.C.) diversi termini si sono succeduti negli Annali della Medicina per denominare il mal di testa come *heterocrania*, ossia un dolore “altro”, una testa “estranea”, *holocrania*, ossia un dolore “completo, totale”, *hemicrania*, ossia un dolore di “mezzo cranio”.

Di questi, solo il termine “emicrania” si è conservato nella pratica medica e nel linguaggio comune.

Nel II sec. d.C. Areteo di Cappadocia nei suoi otto libri “*Delle cause, dei segni e della cura delle malattie acute e croniche*” così descriveva l'emicrania: “(...) in certi casi il dolore colpisce tutta la testa, a volte il lato destro, a volte il sinistro o la fronte o la fontanella; tali attacchi cambiano localizzazione nel corso della giornata...questa malattia è chiamata heterocrania e non è assolutamente cosa da poco...essa dà luogo a sintomi indecorosi e orribili...nausea, vomito di materia bi-

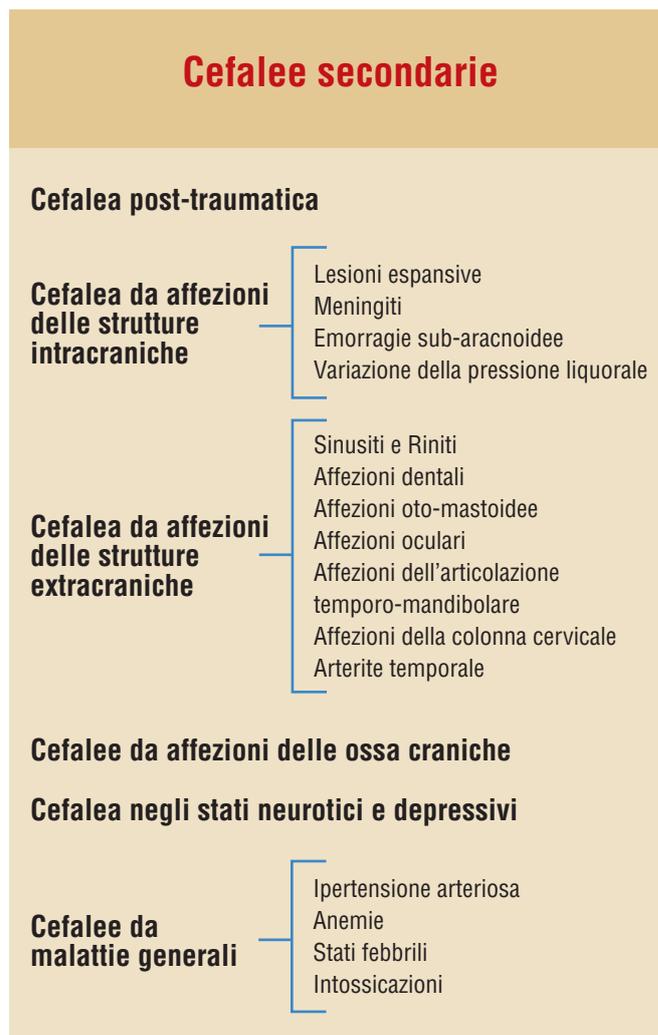


TAB. 1

liare, collasso del paziente...c’è un gran torpore, pesantezza della testa, angoscia e la vita diviene un fardello. Pertanto essi fuggono la luce, l’oscurità lenisce il loro male, né tollerano di buon grado guardare o ascoltare alcunché di piacevole... i pazienti sono stanchi della vita e desiderano morire (...), (in 2).

– Queste parole fotografano quadri clinici rimasti invariati nel corso dei secoli. I pazienti cefalalgici di oggi possono manifestare gli stessi sintomi “indecorosi e orribili”, nonché lo stesso comportamento apatico e tanatofilo (che desidera morire) evidenziato allora, a testimonianza del perdurare nei tempi della cefalea, non solo come un insieme di segni e sintomi, ma anche come un peculiare stile di vita: quello del paziente cefalalgico. Uno stile ove gli aspetti corporei e psicomentali si riverberano gli uni negli altri.

Burton nel 1638 (id.), citando un grande filosofo greco, afferma: “(...) secondo Platone, Socrate non prescrive alcun medicamento per il mal di testa di Carmide prima che egli abbia alleviato la mente dai fastidi; il corpo e l’anima debbono es-



TAB. 2

sere curati assieme, come la testa e gli occhi (...).”

– Queste parole ci ricordano che nell’antica Grecia il trattamento di una sofferenza fisica non poteva prescindere da quello animico. Tradizione purtroppo scomparsa nella medicina occidentale con il prevalere del meccanicismo riduzionista post-illuminista, come sostiene anche Sacks, riferendosi al Novecento: “(...) per una sorta d’ironia della storia, un reale passo avanti della conoscenza e delle capacità tecniche si è accompagnato a una altrettanto reale perdita di comprensione generale (...)” (id.).

Il dolore rappresenta la manifestazione centrale della cefalea. A proposito di una sua chiave di lettura, non emarginata da una visione sistemica, così si esprime Perfetti: “ (...) il dolore non può essere pienamente compreso come esperienza emotiva, se non si tiene conto delle sue relazioni con la storia del paziente e con la sua cultura di appartenenza, cioè di tutte quelle conoscenze, credenze, rapporti sociali, di lavoro che rappresentano il substrato per il suo comportamento (...); è facilmente verificabile come lo stesso rapporto corpo-mente rappresenti una costruzione culturale (...)” (3).

CLASSIFICAZIONI E TEORIE MODERNE

In termini di classificazioni, quella qui riportata, realizzata decenni fa e con relativamente poche voci, **mantiene** la sua **validità** e **praticità** di **utilizzo** (TAB. 1,2). Viceversa, l'attuale classificazione internazionale delle cefalee [*The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version)*, (ICHD-3beta)], assai minuziosa, ha un repertorio di 240 voci, rappresentando una sorta di voluminosa enciclopedia formale dell'affezione.

In TAB. 3 sono riportate le forme cliniche più frequentemente manifestate dai pazienti, ossia l'**emicrania**, la **cefalea tensiva** e la **cefalea a grappolo** e le più frequenti caratterizzazioni del dolore, quanto a sede, tipologia, durata e sintomi associati.

Nella cefalea primaria, si sono affermate, nel corso degli anni, la teoria vascolare, caratterizzata da una fase di vasocostrizione che, nella forma emicranica, dà luogo alla cosiddetta "aura" (v. in seguito), e la teoria neurovascolare con ipereccitabilità del Sistema Nervoso e associate reazioni dell'Apparato Vascolare con reazioni algiche.

A proposito dell'emicrania, così si esprime Sacks (2): "(...) l'emicrania colpisce una cospicua minoranza della popolazione, si manifesta in tutte le civiltà ed è stata riconosciuta fin dai primordi della storia; se da un lato essa fu un tormento, o forse un pungolo per Cesare, Kant e Freud, essa è anche una realtà quotidiana per milioni di anonimi individui che soffrono in segreto e in silenzio; la sua natura e le sue cause sconcertarono Ippocrate e sono materia di discussione da duemila anni; le principali caratteristiche dell'emicrania, la sua periodicità, il rapporto con la personalità e le circostanze, la sintomatologia fisica e emotiva, erano state tutte chiaramente identificate già nel secondo secolo della nostra era (...)".

Attualmente possiamo affermare che la cefalea in generale, e l'emicrania in particolare, per intensità e ripetitività, costituiscono modalità di sofferenza dell'essere umano che non possono ridursi solo a disfunzioni di singoli Distretti organici. Esse esprimono un *habitus* reattivo sistemico, fatto – a propria volta – di Sottosistemi interconnessi: un vero e proprio stile che coinvolge globalmente il paziente e assurge a metafora di una vita dolorosa.

- Il mal di testa è una sintesi di fenomeni somatici, emozionali e simbolici, che evoca, su un piano culturale, il *trait d'union* tra la fisiologia di Cannon (4) e il simbolismo somatico di Groddeck (5).

Il paziente, con la "sua" cefalea, costituisce un insieme coerente che manifesta, attraverso il proprio Sistema Nervoso, una peculiare necessità/reattività/adattività/ nel rapporto con l'ambiente.

| | EMICRANIA | CEFALEA TENSIVA | CEFALEA A GRAPPOLO |
|--------------------------|--|--|---|
| Sede del dolore |  unilaterale o alternante |  diffuso o a cerchio |  unilaterale fisso |
| Tipo di dolore |  pulsante |  gravativo costrittivo |  lanciaante |
| Durata del dolore | 4 - 72 ore | 30 minuti - 7 giorni | 15 - 180 minuti |
| Sintomi associati | SÌ, GENERALI (nausea, vomito, fono-foto-osmofobia) | NO IN GENERE (lieve fotofobia) | SÌ, OMOLATERALI AL DOLORE (lacrimazione, palpebra abbassata, occhio rosso, secrezione dalle narici) |

TAB. 3

– In questo possiamo individuare la rappresentazione non immaginifica, ma reale, di un'esperienza esistenziale, connotata da una parte dalla sofferenza e dall'altra dalla segretezza e dal silenzio come modi per tollerare il proprio dolore.

Un dolore che emerge prevalentemente nel luogo, il capo, ove si *confezionano* pensieri, emozioni, sentimenti e comportamenti.

Un dolore somatico che, quando presente, esprime spesso la sofferenza di personalità bisognose di esercitare un controllo sulla propria vita e su quella degli altri.

Un'esigenza di controllo irrealizzabile per la sua intensità, ma anche – purtroppo – insopprimibile e foriera di pretesa e di frustrazione.

Conseguentemente, ad una necessità, fa seguito una reattività e una derivante adattività che si rende esplicita nei sintomi soggettivi che richiedono una clinica della persona e non unicamente limitati alla malattia.

TAB. 4

Emicrania comune

- Mal di testa
- Nausea, vomito e altri fenomeni neurovegetativi
- Aspetto del volto (emicrania rossa = congestione; emicrania bianca = pallore)
- Sintomi oculari, nasali, addominali
- Rapporto con il sonno
- Vertigini, sincope
- Ritenzione idrica
- Fotofobia, fonofobia
- Distimia

Strategie emicraniche

- Emicrania periodica con periodicità reattiva neuronale
- Emicrania circostanziale con reattività fisiologica e psicologica a collera, terrore, eccitamento sessuale, ecc. (*reazione a emozioni soverchianti*)
- Emicrania abituale come espressione di una personalità che non esprime adeguatamente pulsioni e necessità emotive, spesso disconosciute/inconscie (*reazione a pulsioni represses*)

TAB. 5

La persistenza di tali tratti e dello stress conseguente, magari in maniera ciclica, induce a una mentalizzazione del bisogno di controllo, sia cosciente sia inconscio.

Ciò comporta, come sopraesposto, una “polarizzazione” sul capo di impulsi del Sistema Nervoso Autonomo, dei nervi cranici, del Sistema Nervoso Centrale e dell’Apparato Vascolare.

– Tuttavia, anche se nell’emicrania comune, la cefalea costituisce il fenomeno fondamentale, il mal di testa non è l’unico sintomo e potrebbe non esservi.

– Nei cosiddetti “equivalenti emicranici”, ossia altri disturbi legati a tale fisiopatologia complessa e alla disfunzione degli Apparati interessati, la cefalea è assente.

TAB. 6

“Chiunque...veda nella malattia un’espressione vitale dell’organismo, non la rigarderà più come un nemico. Nel momento in cui mi rendo conto che l’infermità è una creazione del paziente, essa diventa per me una cosa della stessa sorta del suo modo di camminare o di parlare, dell’espressione del suo volto, dei movimenti delle sue mani, dei disegni che ha fatto, della casa che ha costruito, delle attività che ha impiantato, del modo in cui procedono i suoi pensieri: un simbolo significativo delle forze che lo governano e che io cerco di influenzare, quando lo ritengo giusto”.

G. Groddeck - Il libro dell’Es. Lettere di psicoanalisi a un’amica

TAB. 7

Ipotesi serotoninica dell’emicrania (Sicuteri, 1974)

- Relazione tra serotonina, acetilcolina, neuropeptidi
- La concentrazione della serotonina varia durante la crisi emicranica
- Variazione del tono vascolare carotideo
- Una vasodilatazione può comportare una marcata riduzione del flusso cerebrale
- Un’altra vasodilatazione dipende dalla liberazione di peptidi vasoattivi nei terminali nervosi sensoriali dei vasi meningei

Anche l’“aura” (dal latino soffio, vento) emicranica è un fenomeno a sé e costituisce una condizione diffusa, transitoria e vagante come il vento, legata a disfunzioni della conduzione nervosa con manifestazioni soprattutto visive, ma anche sensitive, motorie e del linguaggio.

Nell’**emicrania comune**, l’aura è seguita dalla cefalea e da fenomeni neurovegetativi, mentre nell’**emicrania complicata**, si verificano deficit neurologici.

– In sintesi, nell’emicrania comune le manifestazioni cliniche ricorrenti sono indicate in **TAB. 4**.

L’insieme di tali fenomeni è inserito – poi – nella specifica e più ampia reattività fisica, mentale e comportamentale che il soggetto emicranico esprime, come difesa a quanto minaccia la propria relazione con il mondo.

Necessità di difesa che recluta dinamiche stressogene e disarmoniche a livello esistenziale, tanto inefficaci, quanto periodicamente ripetitive, accese da iperattività simpatica (carica) e ciclicamente innescanti la crisi conclamata.

– Una dinamica “a batteria” con alternarsi di fasi di carica e di scarica.

La **crisi emicranica** (scarica) nella fase iniziale è caratterizzata da **immobilità, passività, silenzio, retrazione, regressione** con contrazione di attività esterne e prevalenza di **stati inibitori**, mediati dal Sistema Parasimpatico.

Tali stati assumono un significato passivo-protettivo di risposta a minacce **fisiche esterne (esaurimento energetico, stress termici, patologie concomitanti, ecc.)** ed **emotive interne (paura, ecc.)**.

La fase successiva è caratterizzata dalla prevalenza di **attività secretorie ed espulsive (vomito, sudorazione, ecc.)** che anticipano la risoluzione della crisi dolorosa, spesso accompagnata da abbondante diuresi finale, quasi a significare una ripresa fluida dello “scorrimento” esistenziale, almeno in quel momento, ossia prima della ripresa della fase di carica della “batteria” individuale.

A proposito della ciclicità, fondamentale strategia temporale emicranica, la **TAB. 5** indica alcune possibilità.

– Dunque, l’emicrania condensa aspetti nevrotici della personalità, reazioni organismiche sistemiche, con forte espressione neurovegetativa e simboli di conversione.

A tal riguardo, i colloqui con molti pazienti hanno fatto emergere il significato della nausea e del vomito come disgusto e tentativo di espellere componenti sessuali, nonché situazioni e persone ripugnanti, odiate, temute, ecc.

- La crisi emicranica, originatasi come risposta istintiva a situazioni dolorose e vissute come inaccettabili, “incorpora” e sposta nel corpo la sofferenza psico-emozionale conscia/inconscia.

Sofferenza che infine, tramite il Sistema Autonomo, viene “espulsa” con secrezioni/escreszioni, ed arriva a esaurirsi, con un vissuto di “liberazione” anche se solo transitoriamente, fino alla crisi successiva.

Possiamo affermare che l’emicrania e più in generale ogni forma di cefalea, si costituisce come un protolinguaggio archetipico, fondato su un linguaggio primordiale del corpo attraverso fasi sintetizzabili in **eccitazione, congestione, prostrazione, risoluzione e ripresa**.

– Tale dinamica, se non modificata precocemente, si consolida in uno stile soggettivo, una creazione personale e una sovrastruttura individuale, fino a diventare il *target* fondamentale per un cambiamento terapeutico.

I vantaggi per la cura, adottando interpretazioni non centrate sulla malattia, bensì sul paziente, come soggetto nel suo mondo, sono concisamente e magistralmente racchiusi nelle parole di Groddeck (6) (TAB. 6).

Nel linguaggio biomolecolare delle crisi emicraniche, ricordiamo gli studi e l’importante **Teoria centrale del dolore**, re-lata ad uno squilibrio tra i meccanismi di trasmissione e di inibizione dei segnali algici, elaborata da Sicuteri negli anni ’60-’70 del secolo scorso (TAB. 7).

– Nella moderna **Teoria trigemino-vascolare** sono contenuti alcuni importanti aspetti di quei lavori.

Ricordiamo che recentemente, con la legge 81/2020, alcune forme di cefalea cronica sono state riconosciute come malattia sociale.

TERAPIA FARMACOLOGICA CONVENZIONALE

I farmaci estratti da sostanze naturali o sintetizzati in laboratorio, nel corso della storia della cefalea, possono essere inseriti in categorie generali sulla base del loro meccanismo d’azione (TAB. 8).

– Sia quelli che datano decenni, sia quelli più recenti, condividono una comune finalità, ossia interrompere la catena di eventi che porta al dolore, intervenendo su questo o quell’elemento di tale catena. Per questo non possono essere considerati farmaci eziologici, bensì sintomatici, soppressivi di questo o quell’aspetto della dinamica dolorosa.

Poichè detti farmaci sono tutti gravati da effetti indesiderati/collaterali, il loro impiego deve essere circostanziato e quanto più possibile moderato e circoscritto nel tempo.

– A questo proposito si ritiene che i **Ditani**, e soprattutto i **Ge-**

Terapia farmacologica convenzionale

- Analgesici: ibuprofene, naprossene, paracetamolo, agonisti dei recettori oppioidi (codeina, tramadolo), ecc.
- Sia agonisti sia antagonisti serotoninici
- Agonisti dei recettori 5HT1 vasocostrittori e per potenziarne l’azione antidolore: Triptani (Sumatriptan, ecc.), Ditani (Lasmiditan)
- Agonisti e antagonisti: alcaloidi della segale cornuta [dal fungo parassita *Claviceps purpurea* Tul. detto comunemente “ergot” (= “sperone” in francese)], ergotamina, metisergide, caffeina, ecc.
- Tossina botulinica
- 5HTP (triptofano precursore della serotonina contenuto in *Griffonia simplicifolia* Baill.)
- Anticorpi monoclonali (ad es. Erenumab) inibenti il recettore del CGRP (*Calcitonin Gene-Related Peptide*, potente vasodilatatore), Gepanti (ad es. Rimegepant) inibenti il CGRP

TAB. 8

Perturbatori vasoattivi

- Farmaci (ad es. nitroderivati, estrogeni)
- Alcool, tiramina (processi fermentativi, decomposizione batterica: formaggi, soprattutto stagionati, salsa di soia, vino rosso, cioccolato, fichi, avocado, banane mature, fave, caffè, lievito di birra, ecc.)
- Digiuno, fame, turbe del ritmo sonno-veglia

TAB. 9

Fattori promoventi

- Circostanze fisiologiche: pubertà, ciclo mestruale, gravidanza, climaterio
- Circostanze situazionali: fine impiego, scuola, matrimonio, vacanza, *week-end*
- Reattività individuale: personalità insicura, coscienziosa, meticolosa, perfezionista, suscettibile, scarsamente capace di esprimere liberamente stati emozionali

TAB. 10

panti di ultima generazione, siano meno efficaci dei **Triptani**, già in commercio da tempo, ma anche meno associati a eventi avversi, comunque frequenti (7).

Ciò sollecita l’adozione di un approccio terapeutico di più ampio respiro, sistemico e non circoscritto a farmaci esclusivamente indirizzati agli ultimi fenomeni della cascata del

Medicinali *low dose* di bioregolazione sistemica

- **Menyanthes compositum** (gocce): *Arnica, Belladonna, Gelsemium, Pulsatilla, Sabadilla, Sanguinaria, Spigelia, Tabacum, Sulfur, Lachesis, Sepia, Menyanthes, Menispermum, Tanacetum, Secalecereale, Propanolo, Serotonina, Cuprum, Aesculus, Cimicifuga, IL-2 (9 CH), IL-6 (9 CH)* (modulazione dell'infiammazione). Azione *multitarget* di modulazione vascolare, dolore, radicali ansioso-depressivi.
- **Gelsemium-Homaccord** (gocce, fiale): *Gelsemium, Rhus Tox, Cimicifuga* [modulazione SNP, SNA, inibizione *reuptake* della serotonina, dopamina, noradrenalina, vasodilatazione arteriolare, rilassamento intestinale, dolore cervico-craniale, neurotropismo (SNP, SNA), psicotropismo (stato ansioso)].
– *Key note*: sindromico dell'omeocomplesso: cefalea congestizia con sensazione di fascia stretta sulla fronte, nevrite cranica, nevrite.
- **Spigelon®** (cps): *Spigelia* (algie craniche, presentimento negativo, agitazione); *Belladonna* (neuralgia infiammatoria); *Bryonia* (peggioramento con il movimento); *Gelsemium* (neuralgia cranica); *Melilotus, Natrium carbonicum, Acidum silicicum, Thuja* (algie puntorie congestizie, prevalentemente sn, frontali e posteriori, componente vertiginosa e secretoria mucosa, peggioramento con il freddo).
- **Galium-Heel®** (gocce, fiale): drenaggio ECM.
- **Chelidonium-Homaccord** (gocce, fiale): *Chelidonium* (epatotropismo, cefalalgia prevalentemente dx), *Belladonna* (congestione, cefalea pulsante), *Fel tauri* (coletropismo).
- **Lycopodium compositum** (fiale): stimolazione delle funzioni cellulari epatiche.
- **Ubichinon compositum** (fiale), **Coenzyme compositum®** (fiale): attivazione enzimatica detox.
- **Solanum compositum** (fiale): modulazione vascolare.
- **Sepia compositum** (gocce): *Acidum phosphoricum, Alfalfa (Medicago sativa, compl.B), Avena sativa, Sepia, Corpus pineale suis, Salmonella typhi* (obnubilamento sensoriale, confusione), *Serotonin, 5 idrossitriptofano* (precursore diretto della serotonina tramite decarbossilasi vit B6 dip.), *Glandula thymi suis, Triptofano* (equilibrio neuroendocrino, psicotropismo depressivo e confusionale, somatoastenìa, psicoastenìa, ciclicità distimica, bulimia glucidica, insulino-resistenza, ICBG, NICBG).
- **Ignatia-Heel** (cps): stato ansioso-depressivo a prevalenza ansiosa.

TAB. 11

dolore. Questi, infatti, per quanto sintomaticamente efficaci, non possono avvicinarsi alla complessità del paziente cefalalgico ed alla possibilità di modificare il substrato fisico/mentale/relazionale/storico/ambientale, ove affondano le radici della sofferenza.

– Per questi pazienti possiamo, pertanto, assimilare il termine “cura” a un tentativo concreto di riabilitazione esistenziale che, tenendo conto dell'ultimo insieme suddetto e non solo dell'*iceberg* costituito dalle manifestazioni somatiche, possa incidere sul *lifestyle* individuale, fino a dissodare e modificare le radici patogenetiche di tale affezione.

CURA

Come precedentemente accennato, se vi è un ambito elettivo ove la terapia di una patologia basata su un modello *a priori* di interventi farmacologici “*disease-centred*” si rileva insufficiente, questa è la cefalea.

– Il destinatario della cura è il paziente cefalalgico e non la sua affezione, il paziente nella propria storia, mettendo a fuoco contesti, esperienze e vissuti personali, che rappresentano il *background* delle proprie manifestazioni.

- La narrazione di sé e delle proprie relazioni costituisce la base di una patobiografia che può consentire la selezione dell'approccio terapeutico più adatto e confezionato su misura.

Le abitudini personali diventano un *trigger* per lo scatenamento delle crisi dolorose.

In un ambito sistemico, la presa di coscienza di abitudini alimentari, di modi di gestire lo stress, di qualità relazionali, di modi comportamentali, di aspetti mentali e psicoaffettivi, possono consentire l'individuazione di aree da modificare.

- Semplici **perturbatori** della vasoattività, relativamente facili da individuare, sono indicati in **TAB. 9**; altri fattori **promoventi** sono sintetizzati in **TAB. 10**.

I sintomi non sono solo “ospiti indesiderati” da eliminare, ma segnali da decodificare nella relazione terapeutica.

La finalità di questa è una transizione dal caos organizzato, apparentemente stabile e ripetitivo delle manifestazioni cliniche, alla loro modificazione/risoluzione ed alla scoperta di un nuovo modo di essere.

– Su un piano sistemico/esistenziale, se l'emicrania/cefalea costituisce la manifestazione di una identità sofferente, il paziente dovrà scoprire e progressivamente acquisire quella connotata dallo star bene.

- Su un piano farmacologico, se, come abbiamo detto, si considera l'emicrania/cefalea un disturbo dinamico complesso della regolazione del comportamento nervoso, la strategia terapeutica centrata sulla bioregolazione informazionale non aggressiva delle *low dose* e della nutraceutica è fondamentale. In tal modo si cerca di raggiungere lo scopo di favorire un *reset* sistemico che riduca la obbligatorietà/iteratività della consueta risposta sindromica.

A questo proposito, in un'ottica neuro-biopatologica, accen-

Cefalea

Schemi terapeutici di base

con associata prevalente componente nevritica

- **Menyanthes compositum** (azione *multitarget* vasculo-neuropsico algica).
- **Gelsemium-Homaccord** (modulazione della conduzione nervosa cranio/cervicogenica).
- **Guna-beta Endorfin** (azione sul dolore).

con associata prevalente componente congestizia e vertiginosa

- **Menyanthes compositum** (azione *multitarget* vasculo-neuropsico algica).
- **Spigelon®** (modulazione algica, congestizia secretoria).
- **Guna-beta Endorfin** (azione sul dolore).

TAB. 12

A complemento, secondo situazione clinica infiammatoria

- **Guna-Anti IL1, Arnica comp.-Heel** (cps): componente infiammatoria acuta, soprattutto in nevralgie cranio-facciali con presenza di foci infiammatori, sinusite, parodontopatie, ecc. (10 gtt x 3/die; 1 cps x 2/die).
- **Arnica comp.-Heel**: componente infiammatoria cronica (1 cps x 2/die).
- **Belladonna-Homaccord**: componente infiammatoria cronica (10 gtt x 2/die).
- **Guna-TGF beta 1, Guna-Interleukin 10**: cronicità infiammatoria (10 gtt x 2/die).
- **Guna-Melatonin**: armonizzazione ritmo sonno-veglia, infiammazione cronica (10 gtt/die, la sera).

TAB. 14

Associazioni e Dosaggio

- **Menyanthes compositum, Gelsemium-Homaccord, Guna-beta Endorfin**

10 gtt di ciascun medicinale x 3/die.

- **Menyanthes compositum, Spigelon®, Guna-beta Endorfin**

10 gtt/3 cps di ciascun medicinale x 3/die.

TAB. 13

A complemento secondo stato psicomentale

Depressivo-confuso-astenico

- **Sepia compositum** 10 gtt x 3/die.

Ansioso-pauroso

- **Ignatia-Heel** 1 cps x 3/die.

TAB. 15

niamo brevemente al ruolo della neuroinfiammazione come fattore essenziale nella cascata di eventi che inducono il dolore.

– È da tempo noto che il dolore emicranico derivi dall'attivazione/sensibilizzazione di fibre afferenti trigeminali.

Queste, nella fase di attivazione, inducono il rilascio di neuropeptidi come la sostanza P e soprattutto di **CGRP (peptide correlato al gene della calcitonina)** (8).

Durante l'attivazione, il CGRP si lega ai recettori talamici e sensibilizza il Distretto trigeminale nei confronti di segnali normalmente innocui, come leggeri stimoli tattili.

Da qui l'innesco di una cascata neuroinfiammatoria tissutale, con vasodilatazione meningeale, stravasamento di proteine plasmatiche, degranolazione mastocitaria con rilascio di altri mediatori infiammatori, come l'istamina e sensibilizzazione centrale (Tronco encefalico) e periferica (sovraccarico sensoriale, fotofobia, fonofobia, dolore, ecc.).

Anche se gli specifici agenti responsabili dell'attivazione trigemino-vascolare iniziale non sono stati ancora definiti (8), la neuroinfiammazione è un *target* essenziale della terapia di bioregolazione sistemica sia nella modificazione del *lifestyle*, sia nella gestione dello stress, sia nella componente farmacologica.

– A questo riguardo non figurano le neurotrofine (NT), anche se frequentemente costituiscono un fondamentale strumento nella terapia di affezioni del Sistema Nervoso. Il motivo è articolato, ma possiamo sintetizzarlo nei seguenti termini.

Negli ultimi anni, molti lavori hanno evidenziato il coinvolgimento del BDNF e probabilmente di altre NT nell'interazione con il CGRP nella suscettibilità emicranica, sia episodica sia cronica, con cambiamenti dei loro livelli durante gli attacchi; tuttavia, è emerso che vi è necessità di ulteriori approfondimenti.

– Pertanto, in attesa di studi più esaustivi sul ruolo delle NT nell'attivazione nocicettiva e/o nella sua modulazione, l'impiego di queste sostanze, anche *low dose*, non è consigliabile nell'attualità (10).

LA PROPOSTA FARMACO/NUTRACEUTICA

Quanto viene esposto riflette la sintesi di esperienze cliniche maturate per lungo tempo con molti pazienti e caratterizzate da buoni risultati e buona *compliance*.

– Ricordiamo che l'approccio bioregolativo sistemico *low*

Integrazione nutraceutica

- **Enterosgel®**, detossificazione (**rimozione**)
- **Colostroni**, prebiotico, modulazione immunitaria, antinfiammatorio, analgesico (**riparazione**)
- **Proflora**, prebiotico, probiotico (**ripopolazione**)
- **Gunabrain, Gunabasic, Exocomplex riposo**

TAB. 16

Integrazione nutraceutica

- **Boswellia serrata**
- **Acido alfa lipoico (tiottico)**
- **Pea (palmitoiletanolamide)**, endocannabinoide
- **Vit. compl. B (B1, B2, B12, Ac.Folico)**, Vit. A

TAB. 17

Rimedi floreali di E. Bach Modalità reattiva individuale di 'ipercontrollo' mentale

Soggetti prevalentemente logico-razionali

- **Beech** (critica)
- **White Chestnut** (rimuginamento)
- **Rock Water** (inflexibilità)

Soggetti prevalentemente emotivi-sentimentali

- **Agrimony** (mascheramento)
- **Larch** (autosvalutazione)
- **Holly** (aggressività)

TAB. 18

dose, associato alla nutraceutica, può costituire l'**unico strumento terapeutico** per il paziente cefalalgico, oppure essere impiegato in *overlapping* rispetto a terapie già in essere, oppure rappresentare una modalità per "decondizionare da" o "moderare l'impatto di" farmacoterapie abituali, spesso tanto implicative di tossicità/dipendenza, quanto di necessaria ripetitività e sostanziale inefficacia.

– Presupposto e finalità di tale proposta, *multitarget* e *multi-component*, come già sottolineato e come compreso nel termine "regolazione sistemica", consistono nel fornire al malato, cronicamente sofferente, un'alternativa informazionale, sia attraverso i medicinali, sia attraverso il cambiamento dello stile di vita, sia attraverso un comportamento alimentare me-

Nutrizione povera di glutine, senza latte e ipoistaminica

Cibi trigger



- Agrumi, cipolle, crauti, olive, frutta secca, pane, pizza, banane mature, cioccolato, caffè (in modica quantità può essere protettivo), tè, bevande con caffeina/teina, pesce secco salato, latte e latticini, salumi (nitrati), formaggi stagionati (tiramina), vino (tannini), glutammato di sodio.
- Digiuno prolungato, diete sbilanciate, zucchero, sale, frittura.

Cibi protettivi



- Cereali integrali, in chicchi
- Frutta
- Verdura cruda e cotta
- Pesce fresco

TAB. 19

no infiammatorio, sia attraverso la scoperta di un'attitudine psicomentale più resiliente.

In **TAB. 11** vengono esposti e descritti i medicinali utilizzabili; in **TAB. 12** vengono indicati gli schemi terapeutici di base; in **TAB. 13** le associazioni, il dosaggio consigliato e la frequenza di assunzione.

In **TAB. 14** vengono suggeriti ulteriori medicinali, da impiegare secondo i livelli infiammatori clinicamente evidenziabili; in **TAB. 15**, possibili altre integrazioni secondo il prevalente stato mentale del paziente; in **TAB. 16** i detossicanti e gli integratori nutraceutici di base, da selezionare seguendo la clinica; in **TAB. 17** gli integratori e vitamine modulatori della neuroinfiammazione, del dolore e facilitatori il neurotrofismo.

Infine, in **TAB. 18** vengono selezionati alcuni rimedi floreali di Bach, sulla base del tratto di "ipercontrollo", caratterizzante l'atteggiamento mentale e talora il comportamento dei pazienti cefalalgici, per il cui approfondimento si rinvia a testi esaustivi sull'argomento (11).

In conclusione, viene auspicato un indirizzo nutrizionale povero di glutine, di latte e derivati e di cibi liberanti istamina, con elencati i principali alimenti *trigger*, ossia fortemente indiziati di scatenare crisi cefalalgiche, e quelli protettivi (**TAB. 19**).

"Quando il dolore, inizialmente fisico, diventa intenso, globale, quella intensità si propaga a tutto l'essere. Non c'è più confine: siamo nella nostra nudità. Un terremoto si trasmette con una rapidità impressionante alle "fondamenta" su cui quel dolore si è instaurato. Il dolore non è solo un'espressione di sofferenza, attribuibile a una certa causa, ma anche uno dei possibili modi in cui si evidenzia la peculiare reattività di un essere...la malattia non è in me, sono io la mia malattia e il mio dolore" (12). ■

Bibliografia

1. Fazio C. & Loeb C. – Neurologia. Seu Ed., Roma; **1984**.
2. Sacks O. – Emicrania. Adelphi Ed., Milano; **1992**.
3. Perfetti C. et Al. – Il Dolore come Problema Riabilitativo. Piccin Ed., Padova; **2015**.
4. Cannon W.B. – La saggezza del corpo. Bompiani Ed., Milano; **1956**.
5. Groddeck G. – Conférences Psychanalytiques. Champ Libre Ed., Paris; **1981**.
6. Groddeck G. – Il libro dell'Es. Lettere di psicoanalisi a un'amica. Adelphi Ed., Milano; **1966**.
7. Yang C.P. et Al. – Comparison of new pharmacologic agents with triptans for treatment of migraine: a systematic review and meta-analysis. *Jama Network Open*. **2021**;4(10): e2128544.
8. Moskowitz M.A. – Neurogenic Inflammation in the pathophysiology and treatment of migraine. *Neurology* 43 (suppl.3), **1993**.
9. Martins L.B. et Al. – Neurotrofine e emicrania. *Vitamins and Hormones* 10, **2016**.
10. Fischer M. et Al. – Brain derived neurotrophic factor in primary headaches. *The Journal of Headache and Pain* 10; **2012**.
11. Iannelli M. & Montenero P. – Medicina Umanistica. Nuova Ipsa Ed., Palermo; **2012**.
12. Montenero P. – Luci e ombre dell'Arte della Cura. Nuova Ipsa Ed., Palermo; **2016**.

N.d.R.

La Tab. 3 è stata tratta da

Che mal di testa hai? Le cefalee primarie.

Mondino Health Centre. Medicina specialistica neurologica.

– Gli Autori ringraziano.

Riferimento bibliografico

MONTENERO P., MILANI L. – Approccio al paziente cefalalgico come regolazione di Sistemi interconnessi. *La Med. Biol.*, **2024**/3; 3-11.

Primo autore

Dott. Paolo Montenero

- Specialista in Neurologia, Fisiatria, Patologia Generale
- Già Dirig. Med. Osp. San Giovanni Battista, Roma
- Già Dirig. Med. Resp. Clinica di Riabilitazione RSA Sacra Famiglia, Roma
- Direttore Tecnico Servizio di Riabilitazione Clinica Ars-biomedica Roma

Via Luigi Bodio, 58
I – 00191 Roma