FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

Anno 2020 – Volume 5 – Fascicolo 1 (ottobre-dicembre)

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

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

Anno 2020 – Volume 5 – Fascicolo 1 (ottobre-dicembre)

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

Direttore Responsabile / Editore

- Domenico Uliano

Redazione

- Caterina Albensi
- Giuseppe Cannata
- Accursio Miraglia
- Morena Ottaviani

Comitato Scientifico

- Renato Avesani
- Paolo Di Benedetto
- David Antonio Fletzer
- Calogero Foti
- Antonio Frizziero
- Marco Monticone
- Daniella Branco Nolasco
- Eduardo de Melo Carvalho Roca
- Ziad M. Hawamdeh
- Jannis Papathanasiou
- Eugenia Rosulescu

Social

- Mihaela Aconstantinesei
- Elena Saccoliti

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

FISIATRIA ITALIANA è cresciuta, da quando, nel 2016, un po' visionari, abbiamo immaginato un percorso che non è ancora concluso. É ormai diventata uno strumento efficace di informazione per i fisiatri, 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 fisiatri 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 lista 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.

Ci siamo così sottoposti alla revisione da parte del CNR ed abbiamo conquistato un altro traguardo: l'attribuzione del codice ISSN, che rappresenta, per noi, una prima ed importante tappa nel percorso di crescita scientifica della Rivista che non si é ancora concluso.

La Rivista si è rifatta il look ed é dotata di nuove potenti funzioni, con una nuova veste grafica. Ci siamo dotati di una 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. E tutto è sempre in divenire.

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.

FISIATRIA ITALIANA

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.

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 sottoporrà l'articolo alla Redazione, che ne verificherà la conformità al **template** ed alle istruzioni per gli autori in esso contenute, ed in caso di esito favorevole lo sottoporrà al Comitato Scientifico, che entro 30 giorni deciderà se accettare l'articolo, oppure richiederne una revisione (gli autori avranno a disposizione 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 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.

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 può essere ritenuto responsabile delle opinioni e dei contenuti espressi dagli autori negli articoli pubblicati in questa Rivista.**

FISIATRIA ITALIANA

Anno 2020 – Volume 5 – Fascicolo 1 (ottobre-dicembre)

INDICE

Editoriali

1. Eccoci di "nuovo" a Voi – *David A. Fletzer, Domenico Uliano* **PDF**

2. Il Fisiatra: nuovi ruoli, nuove responsabilità – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

4. Sempre sul futuro del Fisiatra – *Renato Avesani* **PDF**

6. 6000 Auguri di BUON NATALE – *David A. Fletzer, Domenico Uliano* **PDF**

Attualità

8. La preghiera e la robotica – *David A. Fletzer* **PDF**

10. 13 dicembre, una giornata da vivere **PDF**

Case Report e Report Brevi

38. A proposito di nevralgia occipitale: caso clinico – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

42. Sindrome dell'egresso toracico – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

45. Capsulite adesiva gleno-omerale in sindrome di Parsonage-Turner o nevralgia amiotrofica della spalla – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

47. Sindrome di Guyon in soggetto con sindrome regionale complessa della mano in postumi di trauma alla spalla – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

51. Sesamoidite della mano – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

54. Sindrome del piriforme – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

56. Osteocondropatia/edema osseo della testa del femore – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

58. La sindrome di Morton – *Paolo Di Benedetto* **PDF**

Perle Cliniche e Professionali

60. Decreto Appropriatezza – *David A. Fletzer* **PDF**

65. Lo studio professionale in Attività Sanitarie della Riabilitazione 15 anni dopo: la preveggenza di alcuni fisiatri e la cieca ottusità di altri – *Morena Ottaviani* **PDF**

68. Vision **PDF**

69. Suggestioni – *Domenico Uliano* **PDF**

70. PRM in Europe – *ESPRM* **PDF**

73. La radicolite, le dissimmetrie e la protesi di ginocchio – *Morena Ottaviani* **PDF**

75. Una frattura di femore misconosciuta – *Accursio Miraglia* **PDF**

Perle Cliniche e Professionali – Specialisti in Formazione

77. La Medicina Fisica e Riabilitativa è divenuta valevole per il punteggio delle graduatorie di Medicina Generale – *Giuseppe Cannata, Elena Saccoliti, Concetta Ljoka, Calogero Foti* **PDF**

Angolo del Legale

82. Richiesta indennità accompagnamento: il ruolo del Fisiatra – *Francesca Santangelo, Accursio Miraglia* **PDF**

Arte, Tempo Libero e Disabilità

85. Tempo Libero – *David A. Fletzer* **PDF**

Storia e Ricordi

110. Antonio Maglio: una storia tutta italiana – *Maria Stella Maglio* **PDF**

Eccoci di "nuovo" a Voi

David A. Fletzer[1], Domenico Uliano[2]

[1]*Roma*
[2]*Campobasso*

FISIATRIA ITALIANA è cresciuta, da quando, quattro anni addietro, un po' visionari, abbiamo immaginato un percorso che non è ancora concluso. É ormai diventata uno strumento efficace di informazione per i fisiatri, 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, accompagnata da un impulso, non sempre omogeneo e coerente, delle offerte sul territorio e quindi ci rivolgiamo, con molta attenzione, anche a quei fisiatri 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 lista 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.

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

La Rivista si è rifatta il look ed è dotata di nuove potenti funzioni, con una nuova veste grafica. Ci siamo dotati di una 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. E tutto è sempre in divenire.

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.

Il Fisiatra: nuovi ruoli, nuove responsabilità

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

L'ultimo ventennio ha certamente rivoluzionato anche il settore della sanità indicando nuove responsabilità per la Fisiatria, in particolare dopo l'affermazione dell'OMS che sono tre gli indicatori più rilevanti della salute: accanto alla mortalità ed alla morbilità, il funzionamento *(functioning)* è un indicatore sensibile di salute pubblica. Ciò permette di affermare che la riabilitazione ha un ruolo fondamentale per il suo peculiare contributo alla salute pubblica dovendo, per mandato, assumere un ruolo di priorità nelle strategie dei sistemi di cura in tutte le nazioni: essa, infatti, è indispensabile in tutti i pazienti con condizioni croniche disabilitanti (epidemiologicamente più rilevanti anche per l'aumento delle persone anziane) al fine di mantenere o migliorare la loro indipendenza, la partecipazione nella vita sociale, la produttività economica e la loro qualità di vita.

In questo contesto il fisiatra ha un ruolo essenziale che è quello di valutare correttamente e completamente il paziente per individuare e sottolineare gli stati disfunzionali, sì da poter attuare un programma di recupero o di gestione degli stessi in maniera tale da prevenire o rallentare il loro peggioramento.

Nell'ottica dell'ormai abusato detto "non solo aggiungere anni alla vita, ma soprattutto vita agli anni" (riferendosi agli obiettivi di cura della persona), la riabilitazione deve oggigiorno integrarsi completamente nei sistemi di cura, a partire dalla promozione della salute e dalla prevenzione/cura delle malattie, per concentrarsi specificatamente sul recupero delle funzioni compromesse, senza tralasciare un ruolo non secondario anche nelle cure palliative.

Per poter espletare tutti i compiti che questa nuova politica sanitaria implica, la riabilitazione deve essere gestita da specialisti preparati secondo una logica di competenza *trasversale* che implichi una solida preparazione che consenta loro di destreggiarsi di fronte ad ogni problematica per gestire in maniera corretta i disabili con varie funzioni compromesse.

Questa capacità operativa dovrà essere ovunque presente e continua attraverso una intelligente regia dei servizi riabilitativi e la promozione di attività riabilitative nelle aree strategiche di intervento sulla salute. La promozione della salute e la prevenzione delle disabilità in età giovanile e adulta, il rallentamento dell'inevitabile disabilità nell'età anziana e il ruolo, ancillare ma talvolta importante, dell'attività riabilitativa nel contesto delle cure palliative dovrebbero essere presi in considerazione nell'ottica di una vera integrazione della riabilitazione nei sistemi di prevenzione e cura.

In questo contesto l'attività fisica gioca un ruolo importante: personalizzata, auto-gestita o supervisionata, individuale o in gruppo, essa ha un ruolo fondamentale nel mantenere lo stato

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

di salute di una persona ancora sana o di mantenere e consolidare i risultati di un più o meno intenso riabilitativo dopo un evento disabilitante.

Solo così possiamo essere in linea con la dichiarazione dell'OMS che non vi può essere una buona salute senza una buona riabilitazione, anche quando gli altri elementi del sistema funzionano in maniera adeguata, essendo in grado la riabilitazione di determinare, come già detto, benefici che vanno ben oltre alla sfera squisitamente sanitaria.

Sempre sul futuro del Fisiatra

Renato Avesani

Verona

Ho letto con interesse l'articolo di Paolo Di Benedetto. Mi riporta agli inizi del mio percorso professionale, a parole che ho assorbito, in altra forma, durante la scuola di specialità (Milano primi anni '80, quindi, ormai parecchio in là). Concetti che con fatica vedo circolare e ancor meno realizzarsi ora.

Contribuisco con due riflessioni che vanno nella direzione poco scientifica e più culturale, consapevole che il medico in generale, ma il fisiatra ancora di più dovrebbe sapersi elevare dalla quotidianità per riflettere sul "sistema uomo" e sul "sistema sanitario".

La prima riflessione riguarda la formazione dei giovani fisiatri. Ho come l'impressione che siano privi di maestri, privi di un pensiero forte in grado di vedere far loro assaporare una mission chiara (un tempo si sarebbe detto missione ma sa di romanticismo). Sono presi da molte particolarità, dalla smania di produrre articoli, di fare ricerca sulle particolarità, sui singoli aspetti, magari anche molto interessanti. A fatica assumono la visuale proposta da Di Benedetto. Sono preparatissimi, sulla ricerca, sulla statistica, su singoli aspetti; sanno molto bene navigare e ricercare in un attimo articoli (e tanto di cappello!), ma poi peccano nella clinica, nella capacità di osservare, anche nella capacità di critica. È difficile per loro assumere l'idea che la persona con disabilità, temporanea o continuativa, abbia delle sue peculiarità. La vogliamo chiamare cronicità? Perché no. La cronicità esige tempi lunghi, capacità di ascolto, capacità di filtraggio delle informazioni, capacità di mettere insieme vari aspetti. A fatica colgo interesse nelle giovani generazioni per i problemi psicologici, per la cognitività del paziente, per un progetto sulla persona che è cosa ben diversa dell'ormai trito e ritrito progetto riabilitativo. Fa bene Paolo a sottolineare la trasversalità delle competenze. Sottolineerei anche la capacità di fare sintesi sui problemi emersi. Certo questo viene dall'esperienza, ma viene anche dall'imprinting iniziale. Spero ci sia nei luoghi di formazione.

La seconda riflessione si colloca sul "sistema sanitario". È variato molto nei decenni e molto sarà destinato a cambiare. L'immanente pandemia costringe ad una operazione di vigilanza. Quello che sta accadendo in molti reparti di riabilitazione sono essenzialmente due fenomeni: uno è la smobilitazione temporanea o una riduzione anche consistente dei posti letto riabilitativi per far fronte all'emergenza CoViD19. L'altro è un sovvertimento interno ai reparti di riabilitazione rispetto ai ritmi, all'organizzazione delle attività, alla centralità del paziente ed al suo bisogno di socialità. Non si tratta di sottovalutare i rischi di contagio e di diffusione del virus. Per nessuno è facile capire cosa fare e come farlo. Tuttavia, ciò che fino a qualche mese fa sembrava scontato (uscite dei pazienti, presenza familiari, permessi settimanali, sport-terapia, trasversalità degli interventi, équipe, multidisciplinarietà, autodeterminazione etc etc), all'improvviso viene cancellato. Sia chiaro siamo davanti a scenari imprevedibili e del tutto nuovi. Tuttavia credo sia necessario vigilare. Il rischio che una solida, ancorché perfettibile,

cultura riabilitativa venga spazzata via e con essa i diritti delle persone con disabilità... mi pare piuttosto concreto. Non è una novità per nessuno che la cronicità e la disabilità costano. Non c'è nemmeno da stupirsi se in un sistema in crisi si effettuino tagli. C'è invece da stupirsi se fisiatri di ieri e di oggi avvallassero scelte di riordino del sistema riabilitativo al solo scopo economico o non cercassero di difendere le specificità della cura in riabilitazione. Qui sì perderemmo la faccia e con essa anche la professionalità delle future generazioni di medici-fisiatri.

In un momento di crisi quale l'attuale sarebbe bene assumere anche un punto di osservazione altro rispetto alle scelte dettate dall'urgenza/emergenza, ed immaginare un mondo sanitario futuro nel quale la riabilitazione giochi un ruolo forte e non sia solo satellite delle esigenze altrui. Un mondo dove la riabilitazione vera trovi una sua definizione più precisa e sia affiancata da una assistenza qualificata ai bisogni della disabilità e dove il territorio ed il sociale abbiano maggior peso. Dove la riabilitazione non sia un mero surrogato dell'inesistenza di altre forme di partecipazione della disabilità e della cronicità.

Forse dopo tante Conferenze di Consenso (purtroppo quasi sempre prive di consistenti applicazioni) su singoli aspetti, sarebbe utile una riflessione ampia, serena, non di parte sul futuro della riabilitazione in Italia.

Si accettano suggerimenti.

6000 Auguri di BUON NATALE

David A. Fletzer[1], Domenico Uliano[2]

[1]*Roma*
[2]*Campobasso*

Anche questo anno sta finendo e certamente non lo dimenticheremo. È stato un anno caratterizzato dai camion militari che nella notte portavano via le salme da Bergamo e dalla camminata sotto la pioggia in una piazza San Pietro deserta di Papa Francesco con le sirene delle ambulanze come colonna sonora. È stato l'anno delle "stragi" nelle RSA e della morte di tanti nostri conoscenti/amici (quanti nostri colleghi colpiti!), a cui abbiamo potuto dare l'addio solo per telefono, e dello stravolgimento dei nostri ospedali. Abbiamo imparato tante nuove abitudini ed a rispettare tante limitazioni alla nostra vita di relazione in una società veramente globalizzata (dalla Cina all'India, dagli Stati Uniti al Brasile, dal Giappone alla Corea, dalla Spagna alla Russia, da Bergamo a Catanzaro, da Ancona a Cagliari, da Vo' a Napoli). Purtroppo la medicina preventiva è saltata e tutte le altre patologie sono miseramente passate in secondo piano. Molti, direi finalmente dopo tante filippiche su Regioni virtuose, si sono accorti che una sanità non adeguatamente organizzata sul territorio non può essere una eccellenza e tanti di noi nel passato hanno lasciato i loro ruoli, potendo, per non diventare complici di chi ha massacrato il nostro Servizio Sanitario e ora sarebbe grave non ricordare chi parlò di Cassandre, di personaggi strani o peggio di Grilli parlanti, schiacciati da scarpe con ghette, gettate addosso con senso di fastidio per questi saggi animali. Scrivevamo mesi fa che purtroppo vedevamo molte lacrime di coccodrillo ed è bastata la seconda ondata per verificarlo.

Non crediamo che domani saremo meglio ma certamente ognuno di noi avrà avuto l'occasione per riflettere e poi ognuno deciderà nel suo cuore e cervello se vorrà imparare la lezione da questa esperienza.

Per i nostri lettori, dopo 5 anni dalla scommessa che decidemmo di compiere, e nonostante tante difficoltà abbiamo deciso, proprio in questo anno particolare, di **crescere e di investire** maggiormente in FISIATRIA ITALIANA e se lo abbiamo fatto è per merito di Voi che ci avete accolto leggendoci nei vostri cellulari/tablet/pc ma con l'aiuto indispensabile di nuove forze, che si sono affiancate a noi e che ringraziamo pubblicamente.

Abbiamo e continuiamo a credere nel ruolo della FISIATRIA nella SANITÀ ITALIANA-INTERNAZIONALE e continueremo ad essere uno strumento di informazione e di riflessione per tutte le voci che non riescono a trovare spazio in altri spazi, forse più prestigiosi ma dove oligarchie potrebbero impedire un libero confronto.

Noi dipendiamo da VOI TUTTI, anche da chi non la pensa come noi, e fino a che penseremo di essere utili andremo avanti continuando a migliorare il SITO.

Sarà un Natale diverso ma siamo convinti che i progressi arrivano solo dalle scosse catartiche e quindi finiamo l'anno, seppur tristi per chi non c'è più, sicuri che i prossimi anni potranno essere l'occasione per progredire e professionalmente dovremo prepararci alla sfida del POST

COVID. Non vogliamo dire di più al riguardo perché rispettiamo le grandi diversità del nostro territorio e perché siamo convinti che non sempre tante parole servono per farsi capire meglio.

Nel 1720 la PESTE, nel 1820 il COLERA, nel 1920 la SPAGNOLA, nel 2020 il COVID 19... MIGLIORIAMO IL MONDO CHE LASCIAMO AI NOSTRI FIGLI-NIPOTI!

E DUNQUE A TUTTI VOI, MA AD UNO AD UNO, 6000 AUGURI DI BUON NATALE CARE FISIATRE E CARI FISIATRI ITALIANI.

La preghiera e la robotica

David A. Fletzer

Roma

PREGHIERA MENSILE (novembre 2020)

Del Papa *– preghiamo affinché il progresso della robotica e dell'intelligenza artificiale sia sempre al servizio dell'essere umano.*

Dei Vescovi *– per i nostri defunti, perché la memoria dei loro umili segni di santità ci sponi a valorizzare ogni occasione di bene.*

Mariana *– la presentazione di Maria al tempio ci comunichi una fede viva e la certezza che l'amore di Dio non ci abbandona.*

Per la festa di TUTTI I SANTI andando alla Messa, leggendo il foglietto "la Domenica", la mia attenzione è stata attirata dalla nota preghiere mensili per il mese appena iniziato ed ho avuto la conferma che spesso ci arrivano seguendo gli appuntamenti settimanali spirituali dei chiari messaggi che il più delle volte non afferriamo o peggio non ascoltiamo o leggiamo con superficialità.

La robotica e la tecnologia, molto attuali in un periodo di pandemia dov'è indicato il distanziamento sociale, sono strumenti utili ma devono essere al servizio dell'Uomo e aggiungo io gestiti dall'uomo. Guai a pensare che l'intelligenza artificiale possa sostituire l'intelligenza umana e non lo dico da credente ma da uomo razionale di scienza.

L'enciclopedia Treccani ci ricorda che la robotica è un settore disciplinare che ha per oggetto lo studio e la realizzazione di robot, e le loro applicazioni pratiche nelle attività di produzione industriale e di ricerca scientifica e tecnologica. Da anni la tecnologia rappresenta un valido aiuto della RIABILITAZIONE in ogni settore (dalle disabilità ortopediche a quelle neurologiche, dalle disabilità minimali a quelle più complesse ecc...) ma non bisogna dimenticare l'invito del Papa ovvero deve essere SEMPRE al servizio dell'essere umano. La robotica non può comunque sostituire l'operatore ma anzi deve essere assolutamente al servizio del Progetto Riabilitativo Individuale espresso dal Team riabilitativo il cui responsabile è il Fisiatra.

Certo è un momento delicato per la sanità italiana tutta incentrata sulla pandemia e che a volte dimentica che si muore anche di tante altre patologie, spesso trascurati viste le congestioni degli ospedali e le riconversioni forzate di vari reparti specialistici, fra cui anche di medicina fisica e riabilitazione, in degenze di medicina o dedicati solo ai pazienti affetti di coronavirus. La sanità pubblica è stata demolita negli ultimi 10 anni e molti colleghi sono andati via dal SSN proprio per non diventare complici di questa distruzione, o interessata o frutto di superficialità, di uno

dei migliori Servizi Sanitari Nazionali. Ed il rischio è che si usi il pretesto della pandemia per continuare a demolire il servizio pubblico, specie nel settore riabilitativo.

Ma la preghiera suggerita dai Vescovi italiani ci ricorda l'importanza della MEMORIA PER I DEFUNTI e ritengo che spesso dimentichiamo chi non c'è più e che invece se oggi siamo dove siamo è per merito appunto di chi ci ha lasciato nella nostra temporanea esistenza terrena. Avevo proposto ad una Società scientifica di creare nel proprio sito/rivista un angolo per permettere a tutti di ricordare con varie testimonianze proprio chi non c'è più ma purtroppo, come dicevo prima, non c'è una adeguata sensibilità per chi ha rappresentato la nostra storia personale ma anche di collettività.

Quindi una preghiera proiettata al FUTURO ed una per il PASSATO con una terza preghiera più per i credenti che hanno sempre con la loro Fede l'amore di Dio che non abbandona mai la Sua creazione.

Roma, 1 novembre 2020

13 dicembre, una giornata da vivere

FISIATRIA ITALIANA non poteva non ricordarlo: il 13 dicembre, una giornata storica per l'intero mondo della disabilità.

In un periodo in cui le idee sembrano mancare e le Agenzie ufficiali sono concentrate su scenari diversi, il silenzio governa anche sulla costruzione di scenari nuovi per il futuro ed in particolare per una disciplina complessa come la nostra.

Una giornata pertanto storica ed indiscutibile nel suo significato intrinseco, ma che può essere fortemente significativa come traccia per la costruzione di competenze nuove per il futuro di professionisti formati con basi solide, ma, che necessitano di un ulteriore implementazione e, in alcuni punti, riscritte per rispondere alle esigenze, sempre più complesse, che vengono richieste per edificare la figura del fisiatra del nuovo millennio.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e il suo Protocollo opzionale (A/RES/61/106) è stata adottata il 13 dicembre 2006 presso la sede delle Nazioni Unite a New York ed è stata aperta alla firma il 30 marzo 2007. I firmatari della Convenzione erano 82, 44 firmatari del Protocollo opzionale e 1 ratifica della Convenzione. Si tratta del numero più alto di firmatari nella storia di una Convenzione delle Nazioni Unite il giorno dell'apertura. È il primo trattato globale sui diritti umani del 21° secolo ed è la prima convenzione sui diritti umani aperta alla firma delle organizzazioni di integrazione regionale. La Convenzione è entrata in vigore il 3 maggio 2008.

La Convenzione fa seguito a decenni di lavoro delle Nazioni Unite per cambiare gli atteggiamenti e gli approcci nei confronti delle persone con disabilità. Essa porta ad un nuovo livello il movimento da una visione delle persone con disabilità come "oggetti" di carità, cure mediche e protezione sociale verso la visione delle persone con disabilità come "soggetti" con diritti, che sono in grado di rivendicare tali diritti e di prendere decisioni per la loro vita basate sul loro libero e consapevole consenso, oltre ad essere membri attivi della società.

La Convenzione è intesa come uno strumento per i diritti umani con un'esplicita dimensione di sviluppo sociale. Adotta un'ampia categorizzazione delle persone con disabilità e ribadisce che tutte le persone con ogni tipo di disabilità devono godere di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali. Chiarisce e qualifica come tutte le categorie di diritti si applicano alle persone con disabilità e identifica le aree in cui le persone con disabilità devono essere adattate per esercitare efficacemente i loro diritti e le aree in cui i loro diritti sono stati violati, e dove la protezione dei diritti deve essere rafforzata.

CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

Preamble

The States Parties to the present Convention,

(a) Recalling the principles proclaimed in the Charter of the United Nations which recognize the inherent dignity and worth and the equal and inalienable rights of all members of the human family as the foundation of freedom, justice and peace in the world,

(b) Recognizing that the United Nations, in the Universal Declaration of Human Rights and in the International Covenants on Human Rights, has proclaimed and agreed that everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth therein, without distinction of any kind,

(c) Reaffirming the universality, indivisibility, interdependence and interrelatedness of all human rights and fundamental freedoms and the need for persons with disabilities to be guaranteed their full enjoyment without discrimination,

(d) Recalling the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, the Convention on the Rights of the Child, and the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families,

e) Recognizing that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others,

(f) Recognizing the importance of the principles and policy guidelines contained in the World Programme of Action concerning Disabled Persons and in the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities in influencing the promotion, formulation and evaluation of the policies, plans, programmes and actions at the national, regional and international levels to further equalize opportunities for persons with disabilities,

(g) Emphasizing the importance of mainstreaming disability issues as an integral part of relevant strategies of sustainable development,

(h) Recognizing also that discrimination against any person on the basis of disability is a violation of the inherent dignity and worth of the human person,

(i) Recognizing further the diversity of persons with disabilities,

(j) Recognizing the need to promote and protect the human rights of all persons with disabilities, including those who require more intensive support,

(k) Concerned that, despite these various instruments and undertakings, persons with disabilities continue to face barriers in their participation as equal members of society and violations of their human rights in all parts of the world,

(l) Recognizing the importance of international cooperation for improving the living conditions of persons with disabilities in every country, particularly in developing countries,

(m) Recognizing the valued existing and potential contributions made by persons with disabilities to the overall well-being and diversity of their communities, and that the promotion of the full enjoyment by persons with disabilities of their human rights and fundamental freedoms and of full participation by persons with disabilities will result in their enhanced sense of belonging and in significant advances in the human, social and economic development of society and the eradication of poverty,

(n) Recognizing the importance for persons with disabilities of their individual autonomy and independence, including the freedom to make their own choices,

(o) Considering that persons with disabilities should have the opportunity to be actively involved in decision-making processes about policies and programmes, including those directly concerning them,

(p) Concerned about the difficult conditions faced by persons with disabilities who are subject to multiple or aggravated forms of discrimination on the basis of race, colour, sex,

language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, birth, age or other status,

(q) Recognizing that women and girls with disabilities are often at greater risk, both within and outside the home, of violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation,

(r) Recognizing that children with disabilities should have full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms on an equal basis with other children, and recalling obligations to that end undertaken by States Parties to the Convention on the Rights of the Child,

(s) Emphasizing the need to incorporate a gender perspective in all efforts to promote the full enjoyment of human rights and fundamental freedoms by persons with disabilities,

(t) Highlighting the fact that the majority of persons with disabilities live in conditions of poverty, and in this regard recognizing the critical need to address the negative impact of poverty on persons with disabilities,

(u) Bearing in mind that conditions of peace and security based on full respect for the purposes and principles contained in the Charter of the United Nations and observance of applicable human rights instruments are indispensable for the full protection of persons with disabilities, in particular during armed conflicts and foreign occupation,

(v) Recognizing the importance of accessibility to the physical, social, economic and cultural environment, to health and education and to information and communication, in enabling persons with disabilities to fully enjoy all human rights and fundamental freedoms,

(w) Realizing that the individual, having duties to other individuals and to the community to which he or she belongs, is under a responsibility to strive for the promotion and observance of the rights recognized in the International Bill of Human Rights,

(x) Convinced that the family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the State, and that persons with disabilities and their family members should receive the necessary protection and assistance to enable families to contribute towards the full and equal enjoyment of the rights of persons with disabilities,

(y) Convinced that a comprehensive and integral international convention to promote and protect the rights and dignity of persons with disabilities will make a significant contribution to redressing the profound social disadvantage of persons with disabilities and promote their participation in the civil, political, economic, social and cultural spheres with equal opportunities, in both developing and developed countries,

Have agreed as follows:

Article 1

Purpose

The purpose of the present Convention is to promote, protect and ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity.

Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.

Article 2

Definitions

For the purposes of the present Convention:

"Communication" includes languages, display of text, Braille, tactile communication, large print, accessible multimedia as well as written, audio, plain-language, human-reader and augmentative and alternative modes, means and formats of communication, including accessible information and communication technology;

"Language" includes spoken and signed languages and other forms of non spoken languages;

"Discrimination on the basis of disability" means any distinction, exclusion or restriction on the basis of disability which has the purpose or effect of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise, on an equal basis with others, of all human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field. It includes all forms of discrimination, including denial of reasonable accommodation;

"Reasonable accommodation" means necessary and appropriate modification and adjustments not imposing a disproportionate or undue burden, where needed in a particular case, to ensure to persons with disabilities the enjoyment or exercise on an equal basis with others of all human rights and fundamental freedoms;

"Universal design" means the design of products, environments, programmes and services to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design. "Universal design" shall not exclude assistive devices for particular groups of persons with disabilities where this is needed.

Article 3

General principles

The principles of the present Convention shall be:

(a) Respect for inherent dignity, individual autonomy including the freedom to make one's own choices, and independence of persons;

(b) Non-discrimination;

(c) Full and effective participation and inclusion in society;

(d) Respect for difference and acceptance of persons with disabilities as part of human diversity and humanity;

(e) Equality of opportunity;

(f) Accessibility;

(g) Equality between men and women;

(h) Respect for the evolving capacities of children with disabilities and respect for the right of children with disabilities to preserve their identities.

Article 4

General obligations

1. States Parties undertake to ensure and promote the full realization of all human rights and fundamental freedoms for all persons with disabilities without discrimination of any kind on the basis of disability. To this end, States Parties undertake:

(a) To adopt all appropriate legislative, administrative and other measures for the implementation of the rights recognized in the present Convention;

(b) To take all appropriate measures, including legislation, to modify or abolish existing laws, regulations, customs and practices that constitute discrimination against persons with disabilities;

(c) To take into account the protection and promotion of the human rights of persons with disabilities in all policies and programmes;

(d) To refrain from engaging in any act or practice that is inconsistent with the present Convention and to ensure that public authorities and institutions act in conformity with the present Convention;

(e) To take all appropriate measures to eliminate discrimination on the basis of disability by any person, organization or private enterprise;

(f) To undertake or promote research and development of universally designed goods, services, equipment and facilities, as defined in article 2 of the present Convention, which should require the minimum possible adaptation and the least cost to meet the specific needs of a person with disabilities, to promote their availability and use, and to promote universal design in the development of standards and guidelines;

(g) To undertake or promote research and development of, and to promote the availability and use of new technologies, including information and communications technologies, mobility aids, devices and assistive technologies, suitable for persons with disabilities, giving priority to technologies at an affordable cost;

(h) To provide accessible information to persons with disabilities about mobility aids, devices and assistive technologies, including new technologies, as well as other forms of assistance, support services and facilities;

(i) To promote the training of professionals and staff working with persons with disabilities in the rights recognized in the present Convention so as to better provide the assistance and services guaranteed by those rights.

2. With regard to economic, social and cultural rights, each State Party undertakes to take measures to the maximum of its available resources and, where needed, within the framework of international cooperation, with a view to achieving progressively the full realization of these rights, without prejudice to those obligations contained in the present Convention that are immediately applicable according to international law.

3. In the development and implementation of legislation and policies to implement the present Convention, and in other decision-making processes concerning issues relating to persons with disabilities, States Parties shall closely consult with and actively involve persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations.

4. Nothing in the present Convention shall affect any provisions which are more conducive to the realization of the rights of persons with disabilities and which may be contained in the law of a State Party or international law in force for that State. There shall be no restriction upon or derogation from any of the human rights and fundamental freedoms recognized or existing in any State Party to the present Convention pursuant to law, conventions, regulation or custom on the pretext that the present Convention does not recognize such rights or freedoms or that it recognizes them to a lesser extent.

5. The provisions of the present Convention shall extend to all parts of federal States without any limitations or exceptions.

Article 5

Equality and non-discrimination

1. States Parties recognize that all persons are equal before and under the law and are entitled without any discrimination to the equal protection and equal benefit of the law.

2. States Parties shall prohibit all discrimination on the basis of disability and guarantee to persons with disabilities equal and effective legal protection against discrimination on all grounds.

3. In order to promote equality and eliminate discrimination, States Parties shall take all appropriate steps to ensure that reasonable accommodation is provided.

4. Specific measures which are necessary to accelerate or achieve de facto equality of persons with disabilities shall not be considered discrimination under the terms of the present Convention.

Article 6

Women with disabilities

1. States Parties recognize that women and girls with disabilities are subject to multiple discrimination, and in this regard shall take measures to ensure the full and equal enjoyment by them of all human rights and fundamental freedoms.

2. States Parties shall take all appropriate measures to ensure the full development, advancement and empowerment of women, for the purpose of guaranteeing them the exercise and enjoyment of the human rights and fundamental freedoms set out in the present Convention.

Article 7

Children with disabilities

1. States Parties shall take all necessary measures to ensure the full enjoyment by children with disabilities of all human rights and fundamental freedoms on an equal basis with other children.

2. In all actions concerning children with disabilities, the best interests of the child shall be a primary consideration.

3. States Parties shall ensure that children with disabilities have the right to express their views freely on all matters affecting them, their views being given due weight in accordance with their age and maturity, on an equal basis with other children, and to be provided with disability and age-appropriate assistance to realize that right.

Article 8

Awareness-raising

1. States Parties undertake to adopt immediate, effective and appropriate measures:

(a) To raise awareness throughout society, including at the family level, regarding persons with disabilities, and to foster respect for the rights and dignity of persons with disabilities;
(b) To combat stereotypes, prejudices and harmful practices relating to persons with disabilities, including those based on sex and age, in all areas of life;
(c) To promote awareness of the capabilities and contributions of persons with disabilities.

2. Measures to this end include:
(a) Initiating and maintaining effective public awareness campaigns designed:
(i) To nurture receptiveness to the rights of persons with disabilities;
(ii) To promote positive perceptions and greater social awareness towards persons with disabilities;
(iii) To promote recognition of the skills, merits and abilities of persons with disabilities, and of their contributions to the workplace and the labour market;
(b) Fostering at all levels of the education system, including in all children from an early age, an attitude of respect for the rights of persons with disabilities;
(c) Encouraging all organs of the media to portray persons with disabilities in a manner consistent with the purpose of the present Convention;
(d) Promoting awareness-training programmes regarding persons with disabilities and the rights of persons with disabilities.

Article 9

Accessibility

1. To enable persons with disabilities to live independently and participate fully in all aspects of life, States Parties shall take appropriate measures to ensure to persons with disabilities access, on an equal basis with others, to the physical environment, to transportation, to information and communications, including information and communications technologies and systems, and to other facilities and services open or provided to the public, both in urban and in rural areas. These measures, which shall include the identification and elimination of obstacles and barriers to accessibility, shall apply to, inter alia:
(a) Buildings, roads, transportation and other indoor and outdoor facilities, including schools, housing, medical facilities and workplaces;
(b) Information, communications and other services, including electronic services and emergency services.

2. States Parties shall also take appropriate measures:
(a) To develop, promulgate and monitor the implementation of minimum standards and guidelines for the accessibility of facilities and services open or provided to the public;
(b) To ensure that private entities that offer facilities and services which are open or provided to the public take into account all aspects of accessibility for persons with disabilities;
(c) To provide training for stakeholders on accessibility issues facing persons with disabilities;
(d) To provide in buildings and other facilities open to the public signage in Braille and in easy to read and understand forms;
(e) To provide forms of live assistance and intermediaries, including guides, readers and professional sign language interpreters, to facilitate accessibility to buildings and other facilities open to the public;

(f) To promote other appropriate forms of assistance and support to persons with disabilities to ensure their access to information;

(g) To promote access for persons with disabilities to new information and communications technologies and systems, including the Internet;

(h) To promote the design, development, production and distribution of accessible information and communications technologies and systems at an early stage, so that these technologies and systems become accessible at minimum cost.

Article 10

Right to life

States Parties reaffirm that every human being has the inherent right to life and shall take all necessary measures to ensure its effective enjoyment by persons with disabilities on an equal basis with others.

Article 11

Situations of risk and humanitarian emergencies

States Parties shall take, in accordance with their obligations under international law, including international humanitarian law and international human rights law, all necessary measures to ensure the protection and safety of persons with disabilities in situations of risk, including situations of armed conflict, humanitarian emergencies and the occurrence of natural disasters.

Article 12

Equal recognition before the law

1. States Parties reaffirm that persons with disabilities have the right to recognition everywhere as persons before the law.

2. States Parties shall recognize that persons with disabilities enjoy legal capacity on an equal basis with others in all aspects of life.

3. States Parties shall take appropriate measures to provide access by persons with disabilities to the support they may require in exercising their legal capacity.

4. States Parties shall ensure that all measures that relate to the exercise of legal capacity provide for appropriate and effective safeguards to prevent abuse in accordance with international human rights law. Such safeguards shall ensure that measures relating to the exercise of legal capacity respect the rights, will and preferences of the person, are free of conflict of interest and undue influence, are proportional and tailored to the person's circumstances, apply for the shortest time possible and are subject to regular review by a competent, independent and impartial authority or judicial body. The safeguards shall be proportional to the degree to which such measures affect the person's rights and interests.

5. Subject to the provisions of this article, States Parties shall take all appropriate and effective measures to ensure the equal right of persons with disabilities to own or inherit property, to control their own financial affairs and to have equal access to bank loans, mortgages and other forms of financial credit, and shall ensure that persons with disabilities are not arbitrarily deprived of their property.

Article 13

Access to justice

1. States Parties shall ensure effective access to justice for persons with disabilities on an equal basis with others, including through the provision of procedural and age-appropriate accommodations, in order to facilitate their effective role as direct and indirect participants, including as witnesses, in all legal proceedings, including at investigative and other preliminary stages.

2. In order to help to ensure effective access to justice for persons with disabilities, States Parties shall promote appropriate training for those working in the field of administration of justice, including police and prison staff.

Article 14

Liberty and security of person

1. States Parties shall ensure that persons with disabilities, on an equal basis with others:
(a) Enjoy the right to liberty and security of person;
(b) Are not deprived of their liberty unlawfully or arbitrarily, and that any deprivation of liberty is in conformity with the law, and that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.

2. States Parties shall ensure that if persons with disabilities are deprived of their liberty through any process, they are, on an equal basis with others, entitled to guarantees in accordance with international human rights law and shall be treated in compliance with the objectives and principles of the present Convention, including by provision of reasonable accommodation.

Article 15

Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

1. No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his or her free consent to medical or scientific experimentation.

2. States Parties shall take all effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent persons with disabilities, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Article 16

Freedom from exploitation, violence and abuse

1. States Parties shall take all appropriate legislative, administrative, social, educational and other measures to protect persons with disabilities, both within and outside the home, from all forms of exploitation, violence and abuse, including their gender-based aspects.

2. States Parties shall also take all appropriate measures to prevent all forms of exploitation, violence and abuse by ensuring, inter alia, appropriate forms of gender- and age-sensitive assistance and support for persons with disabilities and their families and caregivers, including through the provision of information and education on how to avoid, recognize and report instances of exploitation, violence and abuse. States Parties shall ensure that protection services are age-, gender- and disability-sensitive.

3. In order to prevent the occurrence of all forms of exploitation, violence and abuse, States Parties shall ensure that all facilities and programmes designed to serve persons with disabilities are effectively monitored by independent authorities.

4. States Parties shall take all appropriate measures to promote the physical, cognitive and psychological recovery, rehabilitation and social reintegration of persons with disabilities who become victims of any form of exploitation, violence or abuse, including through the provision of protection services. Such recovery and reintegration shall take place in an environment that fosters the health, welfare, self-respect, dignity and autonomy of the person and takes into account gender- and age-specific needs.

5. States Parties shall put in place effective legislation and policies, including women- and child-focused legislation and policies, to ensure that instances of exploitation, violence and abuse against persons with disabilities are identified, investigated and, where appropriate, prosecuted.

Article 17

Protecting the integrity of the person

Every person with disabilities has a right to respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others.

Article 18

Liberty of movement and nationality

1. States Parties shall recognize the rights of persons with disabilities to liberty of movement, to freedom to choose their residence and to a nationality, on an equal basis with others, including by ensuring that persons with disabilities:

(a) Have the right to acquire and change a nationality and are not deprived of their nationality arbitrarily or on the basis of disability;

(b) Are not deprived, on the basis of disability, of their ability to obtain, possess and utilize documentation of their nationality or other documentation of identification, or to utilize relevant processes such as immigration proceedings, that may be needed to facilitate exercise of the right to liberty of movement;

(c) Are free to leave any country, including their own;
(d) Are not deprived, arbitrarily or on the basis of disability, of the right to enter their own country.

2. Children with disabilities shall be registered immediately after birth and shall have the right from birth to a name, the right to acquire a nationality and, as far as possible, the right to know and be cared for by their parents.

Article 19

Living independently and being included in the community

States Parties to the present Convention recognize the equal right of all persons with disabilities to live in the community, with choices equal to others, and shall take effective and appropriate measures to facilitate full enjoyment by persons with disabilities of this right and their full inclusion and participation in the community, including by ensuring that:
(a) Persons with disabilities have the opportunity to choose their place of residence and where and with whom they live on an equal basis with others and are not obliged to live in a particular living arrangement;
(b) Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community;
(c) Community services and facilities for the general population are available on an equal basis to persons with disabilities and are responsive to their needs.

Article 20

Personal mobility

States Parties shall take effective measures to ensure personal mobility with the greatest possible independence for persons with disabilities, including by:
(a) Facilitating the personal mobility of persons with disabilities in the manner and at the time of their choice, and at affordable cost;
(b) Facilitating access by persons with disabilities to quality mobility aids, devices, assistive technologies and forms of live assistance and intermediaries, including by making them available at affordable cost;
(c) Providing training in mobility skills to persons with disabilities and to specialist staff working with persons with disabilities;
(d) Encouraging entities that produce mobility aids, devices and assistive technologies to take into account all aspects of mobility for persons with disabilities.

Article 21

Freedom of expression and opinion, and access to information

States Parties shall take all appropriate measures to ensure that persons with disabilities can exercise the right to freedom of expression and opinion, including the freedom to seek, receive and impart information and ideas on an equal basis with others and through all forms of communication of their choice, as defined in article 2 of the present Convention, including by:

(a) Providing information intended for the general public to persons with disabilities in accessible formats and technologies appropriate to different kinds of disabilities in a timely manner and without additional cost;
(b) Accepting and facilitating the use of sign languages, Braille, augmentative and alternative communication, and all other accessible means, modes and formats of communication of their choice by persons with disabilities in official interactions;
(c) Urging private entities that provide services to the general public, including through the Internet, to provide information and services in accessible and usable formats for persons with disabilities;
(d) Encouraging the mass media, including providers of information through the Internet, to make their services accessible to persons with disabilities;
(e) Recognizing and promoting the use of sign languages.

Article 22

Respect for privacy

1. No person with disabilities, regardless of place of residence or living arrangements, shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his or her privacy, family, home or correspondence or other types of communication or to unlawful attacks on his or her honour and reputation. Persons with disabilities have the right to the protection of the law against such interference or attacks.

2. States Parties shall protect the privacy of personal, health and rehabilitation information of persons with disabilities on an equal basis with others.

Article 23

Respect for home and the family

1. States Parties shall take effective and appropriate measures to eliminate discrimination against persons with disabilities in all matters relating to marriage, family, parenthood and relationships, on an equal basis with others, so as to ensure that:
(a) The right of all persons with disabilities who are of marriageable age to marry and to found a family on the basis of free and full consent of the intending spouses is recognized;
(b) The rights of persons with disabilities to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and to have access to age-appropriate information, reproductive and family planning education are recognized, and the means necessary to enable them to exercise these rights are provided;
(c) Persons with disabilities, including children, retain their fertility on an equal basis with others.

2. States Parties shall ensure the rights and responsibilities of persons with disabilities, with regard to guardianship, wardship, trusteeship, adoption of children or similar institutions, where these concepts exist in national legislation; in all cases the best interests of the child shall be paramount. States Parties shall render appropriate assistance to persons with disabilities in the performance of their child-rearing responsibilities.
3. States Parties shall ensure that children with disabilities have equal rights with respect to family life. With a view to realizing these rights, and to prevent concealment, abandonment,

neglect and segregation of children with disabilities, States Parties shall undertake to provide early and comprehensive information, services and support to children with disabilities and their families.
4. States Parties shall ensure that a child shall not be separated from his or her parents against their will, except when competent authorities subject to judicial review determine, in accordance with applicable law and procedures, that such separation is necessary for the best interests of the child. In no case shall a child be separated from parents on the basis of a disability of either the child or one or both of the parents.
5. States Parties shall, where the immediate family is unable to care for a child with disabilities, undertake every effort to provide alternative care within the wider family, and failing that, within the community in a family setting.

Article 24

Education

1. States Parties recognize the right of persons with disabilities to education. With a view to realizing this right without discrimination and on the basis of equal opportunity, States Parties shall ensure an inclusive education system at all levels and lifelong learning directed to:
(a) The full development of human potential and sense of dignity and self-worth, and the strengthening of respect for human rights, fundamental freedoms and human diversity;
(b) The development by persons with disabilities of their personality, talents and creativity, as well as their mental and physical abilities, to their fullest potential;
(c) Enabling persons with disabilities to participate effectively in a free society.

2. In realizing this right, States Parties shall ensure that:
(a) Persons with disabilities are not excluded from the general education system on the basis of disability, and that children with disabilities are not excluded from free and compulsory primary education, or from secondary education, on the basis of disability;
(b) Persons with disabilities can access an inclusive, quality and free primary education and secondary education on an equal basis with others in the communities in which they live;
(c) Reasonable accommodation of the individual's requirements is provided;
(d) Persons with disabilities receive the support required, within the general education system, to facilitate their effective education;
(e) Effective individualized support measures are provided in environments that maximize academic and social development, consistent with the goal of full inclusion.

3. States Parties shall enable persons with disabilities to learn life and social development skills to facilitate their full and equal participation in education and as members of the community. To this end, States Parties shall take appropriate measures, including:
(a) Facilitating the learning of Braille, alternative script, augmentative and alternative modes, means and formats of communication and orientation and mobility skills, and facilitating peer support and mentoring;
(b) Facilitating the learning of sign language and the promotion of the linguistic identity of the deaf community;
(c) Ensuring that the education of persons, and in particular children, who are blind, deaf or deafblind, is delivered in the most appropriate languages and modes and means of communication for the individual, and in environments which maximize academic and social development.

4. In order to help ensure the realization of this right, States Parties shall take appropriate measures to employ teachers, including teachers with disabilities, who are qualified in sign language and/or Braille, and to train professionals and staff who work at all levels of education. Such training shall incorporate disability awareness and the use of appropriate augmentative and alternative modes, means and formats of communication, educational techniques and materials to support persons with disabilities.

5. States Parties shall ensure that persons with disabilities are able to access general tertiary education, vocational training, adult education and lifelong learning without discrimination and on an equal basis with others. To this end, States Parties shall ensure that reasonable accommodation is provided to persons with disabilities.

Article 25

Health

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall:

(a) Provide persons with disabilities with the same range, quality and standard of free or affordable health care and programmes as provided to other persons, including in the area of sexual and reproductive health and population-based public health programmes;

(b) Provide those health services needed by persons with disabilities specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate, and services designed to minimize and prevent further disabilities, including among children and older persons;

(c) Provide these health services as close as possible to people's own communities, including in rural areas;

(d) Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care;

(e) Prohibit discrimination against persons with disabilities in the provision of health insurance, and life insurance where such insurance is permitted by national law, which shall be provided in a fair and reasonable manner;

(f) Prevent discriminatory denial of health care or health services or food and fluids on the basis of disability.

Article 26

Habilitation and rehabilitation

1. States Parties shall take effective and appropriate measures, including through peer support, to enable persons with disabilities to attain and maintain maximum independence, full physical, mental, social and vocational ability, and full inclusion and participation in all aspects of life. To that end, States Parties shall organize, strengthen and extend comprehensive habilitation and

rehabilitation services and programmes, particularly in the areas of health, employment, education and social services, in such a way that these services and programmes:

(a) Begin at the earliest possible stage, and are based on the multidisciplinary assessment of individual needs and strengths;

(b) Support participation and inclusion in the community and all aspects of society, are voluntary, and are available to persons with disabilities as close as possible to their own communities, including in rural areas.

2. States Parties shall promote the development of initial and continuing training for professionals and staff working in habilitation and rehabilitation services.

3. States Parties shall promote the availability, knowledge and use of assistive devices and technologies, designed for persons with disabilities, as they relate to habilitation and rehabilitation.

Article 27

Work and employment

1. States Parties recognize the right of persons with disabilities to work, on an equal basis with others; this includes the right to the opportunity to gain a living by work freely chosen or accepted in a labour market and work environment that is open, inclusive and accessible to persons with disabilities. States Parties shall safeguard and promote the realization of the right to work, including for those who acquire a disability during the course of employment, by taking appropriate steps, including through legislation, to, inter alia:

(a) Prohibit discrimination on the basis of disability with regard to all matters concerning all forms of employment, including conditions of recruitment, hiring and employment, continuance of employment, career advancement and safe and healthy working conditions;

(b) Protect the rights of persons with disabilities, on an equal basis with others, to just and favourable conditions of work, including equal opportunities and equal remuneration for work of equal value, safe and healthy working conditions, including protection from harassment, and the redress of grievances;

(c) Ensure that persons with disabilities are able to exercise their labour and trade union rights on an equal basis with others;

(d) Enable persons with disabilities to have effective access to general technical and vocational guidance programmes, placement services and vocational and continuing training;

(e) Promote employment opportunities and career advancement for persons with disabilities in the labour market, as well as assistance in finding, obtaining, maintaining and returning to employment;

(f) Promote opportunities for self-employment, entrepreneurship, the development of cooperatives and starting one’s own business;

(g) Employ persons with disabilities in the public sector;

(h) Promote the employment of persons with disabilities in the private sector through appropriate policies and measures, which may include affirmative action programmes, incentives and other measures;

(i) Ensure that reasonable accommodation is provided to persons with disabilities in the workplace;

(j) Promote the acquisition by persons with disabilities of work experience in the open labour market;

(k) Promote vocational and professional rehabilitation, job retention and return-to-work programmes for persons with disabilities.

2. States Parties shall ensure that persons with disabilities are not held in slavery or in servitude, and are protected, on an equal basis with others, from forced or compulsory labour.

Article 28

Adequate standard of living and social protection

1. States Parties recognize the right of persons with disabilities to an adequate standard of living for themselves and their families, including adequate food, clothing and housing, and to the continuous improvement of living conditions, and shall take appropriate steps to safeguard and promote the realization of this right without discrimination on the basis of disability.

2. States Parties recognize the right of persons with disabilities to social protection and to the enjoyment of that right without discrimination on the basis of disability, and shall take appropriate steps to safeguard and promote the realization of this right, including measures:

(a) To ensure equal access by persons with disabilities to clean water services, and to ensure access to appropriate and affordable services, devices and other assistance for disability-related needs;

(b) To ensure access by persons with disabilities, in particular women and girls with disabilities and older persons with disabilities, to social protection programmes and poverty reduction programmes;

(c) To ensure access by persons with disabilities and their families living in situations of poverty to assistance from the State with disability-related expenses, including adequate training, counselling, financial assistance and respite care;

(d) To ensure access by persons with disabilities to public housing programmes;

(e) To ensure equal access by persons with disabilities to retirement benefits and programmes.

Article 29

Participation in political and public life

States Parties shall guarantee to persons with disabilities political rights and the opportunity to enjoy them on an equal basis with others, and shall undertake:

(a) To ensure that persons with disabilities can effectively and fully participate in political and public life on an equal basis with others, directly or through freely chosen representatives, including the right and opportunity for persons with disabilities to vote and be elected, inter alia, by:

(i) Ensuring that voting procedures, facilities and materials are appropriate, accessible and easy to understand and use;

(ii) Protecting the right of persons with disabilities to vote by secret ballot in elections and public referendums without intimidation, and to stand for elections, to effectively hold office and perform all public functions at all levels of government, facilitating the use of assistive and new technologies where appropriate;

(iii) Guaranteeing the free expression of the will of persons with disabilities as electors and to this end, where necessary, at their request, allowing assistance in voting by a person of their own choice;

(b) To promote actively an environment in which persons with disabilities can effectively and fully participate in the conduct of public affairs, without discrimination and on an equal basis with others, and encourage their participation in public affairs, including:

(i) Participation in non-governmental organizations and associations concerned with the public and political life of the country, and in the activities and administration of political parties;

(ii) Forming and joining organizations of persons with disabilities to represent persons with disabilities at international, national, regional and local levels.

Article 30

Participation in cultural life, recreation, leisure and sport

1. States Parties recognize the right of persons with disabilities to take part on an equal basis with others in cultural life, and shall take all appropriate measures to ensure that persons with disabilities:

(a) Enjoy access to cultural materials in accessible formats;

(b) Enjoy access to television programmes, films, theatre and other cultural activities, in accessible formats;

(c) Enjoy access to places for cultural performances or services, such as theatres, museums, cinemas, libraries and tourism services, and, as far as possible, enjoy access to monuments and sites of national cultural importance.

2. States Parties shall take appropriate measures to enable persons with disabilities to have the opportunity to develop and utilize their creative, artistic and intellectual potential, not only for their own benefit, but also for the enrichment of society.

3. States Parties shall take all appropriate steps, in accordance with international law, to ensure that laws protecting intellectual property rights do not constitute an unreasonable or discriminatory barrier to access by persons with disabilities to cultural materials.

4. Persons with disabilities shall be entitled, on an equal basis with others, to recognition and support of their specific cultural and linguistic identity, including sign languages and deaf culture.

5. With a view to enabling persons with disabilities to participate on an equal basis with others in recreational, leisure and sporting activities, States Parties shall take appropriate measures:

(a) To encourage and promote the participation, to the fullest extent possible, of persons with disabilities in mainstream sporting activities at all levels;

(b) To ensure that persons with disabilities have an opportunity to organize, develop and participate in disability-specific sporting and recreational activities and, to this end, encourage the provision, on an equal basis with others, of appropriate instruction, training and resources;

(c) To ensure that persons with disabilities have access to sporting, recreational and tourism venues;

(d) To ensure that children with disabilities have equal access with other children to participation in play, recreation and leisure and sporting activities, including those activities in the school system;

(e) To ensure that persons with disabilities have access to services from those involved in the organization of recreational, tourism, leisure and sporting activities.

Article 31

Statistics and data collection

1. States Parties undertake to collect appropriate information, including statistical and research data, to enable them to formulate and implement policies to give effect to the present Convention. The process of collecting and maintaining this information shall:
(a) Comply with legally established safeguards, including legislation on data protection, to ensure confidentiality and respect for the privacy of persons with disabilities;
(b) Comply with internationally accepted norms to protect human rights and fundamental freedoms and ethical principles in the collection and use of statistics.

2. The information collected in accordance with this article shall be disaggregated, as appropriate, and used to help assess the implementation of States Parties' obligations under the present Convention and to identify and address the barriers faced by persons with disabilities in exercising their rights.

3. States Parties shall assume responsibility for the dissemination of these statistics and ensure their accessibility to persons with disabilities and others.

Article 32

International cooperation

1. States Parties recognize the importance of international cooperation and its promotion, in support of national efforts for the realization of the purpose and objectives of the present Convention, and will undertake appropriate and effective measures in this regard, between and among States and, as appropriate, in partnership with relevant international and regional organizations and civil society, in particular organizations of persons with disabilities. Such measures could include, inter alia:
(a) Ensuring that international cooperation, including international development programmes, is inclusive of and accessible to persons with disabilities;
(b) Facilitating and supporting capacity-building, including through the exchange and sharing of information, experiences, training programmes and best practices;
(c) Facilitating cooperation in research and access to scientific and technical knowledge;
(d) Providing, as appropriate, technical and economic assistance, including by facilitating access to and sharing of accessible and assistive technologies, and through the transfer of technologies.

2. The provisions of this article are without prejudice to the obligations of each State Party to fulfil its obligations under the present Convention.

Article 33

National implementation and monitoring

1. States Parties, in accordance with their system of organization, shall designate one or more focal points within government for matters relating to the implementation of the present

Convention, and shall give due consideration to the establishment or designation of a coordination mechanism within government to facilitate related action in different sectors and at different levels.

2. States Parties shall, in accordance with their legal and administrative systems, maintain, strengthen, designate or establish within the State Party, a framework, including one or more independent mechanisms, as appropriate, to promote, protect and monitor implementation of the present Convention. When designating or establishing such a mechanism, States Parties shall take into account the principles relating to the status and functioning of national institutions for protection and promotion of human rights.

3. Civil society, in particular persons with disabilities and their representative organizations, shall be involved and participate fully in the monitoring process.

Article 34

Committee on the Rights of Persons with Disabilities

1. There shall be established a Committee on the Rights of Persons with Disabilities (hereafter referred to as "the Committee"), which shall carry out the functions hereinafter provided.

2. The Committee shall consist, at the time of entry into force of the present Convention, of twelve experts. After an additional sixty ratifications or accessions to the Convention, the membership of the Committee shall increase by six members, attaining a maximum number of eighteen members.

3. The members of the Committee shall serve in their personal capacity and shall be of high moral standing and recognized competence and experience in the field covered by the present Convention. When nominating their candidates, States Parties are invited to give due consideration to the provision set out in article 4, paragraph 3, of the present Convention.

4. The members of the Committee shall be elected by States Parties, consideration being given to equitable geographical distribution, representation of the different forms of civilization and of the principal legal systems, balanced gender representation and participation of experts with disabilities.

5. The members of the Committee shall be elected by secret ballot from a list of persons nominated by the States Parties from among their nationals at meetings of the Conference of States Parties. At those meetings, for which two thirds of States Parties shall constitute a quorum, the persons elected to the Committee shall be those who obtain the largest number of votes and an absolute majority of the votes of the representatives of States Parties present and voting.

6. The initial election shall be held no later than six months after the date of entry into force of the present Convention. At least four months before the date of each election, the Secretary-General of the United Nations shall address a letter to the States Parties inviting them to submit the nominations within two months. The Secretary-General shall subsequently prepare a list in alphabetical order of all persons thus nominated, indicating the State Parties which have nominated them, and shall submit it to the States Parties to the present Convention.

7. The members of the Committee shall be elected for a term of four years. They shall be eligible for re-election once. However, the term of six of the members elected at the first election shall expire at the end of two years; immediately after the first election, the names of these six members shall be chosen by lot by the chairperson of the meeting referred to in paragraph 5 of this article.

8. The election of the six additional members of the Committee shall be held on the occasion of regular elections, in accordance with the relevant provisions of this article.

9. If a member of the Committee dies or resigns or declares that for any other cause she or he can no longer perform her or his duties, the State Party which nominated the member shall appoint another expert possessing the qualifications and meeting the requirements set out in the relevant provisions of this article, to serve for the remainder of the term.

10. The Committee shall establish its own rules of procedure.

11. The Secretary-General of the United Nations shall provide the necessary staff and facilities for the effective performance of the functions of the Committee under the present Convention, and shall convene its initial meeting.

12. With the approval of the General Assembly of the United Nations, the members of the Committee established under the present Convention shall receive emoluments from United Nations resources on such terms and conditions as the Assembly may decide, having regard to the importance of the Committee's responsibilities.

13. The members of the Committee shall be entitled to the facilities, privileges and immunities of experts on mission for the United Nations as laid down in the relevant sections of the Convention on the Privileges and Immunities of the United Nations.

Article 35

Reports by States Parties

1. Each State Party shall submit to the Committee, through the Secretary-General of the United Nations, a comprehensive report on measures taken to give effect to its obligations under the present Convention and on the progress made in that regard, within two years after the entry into force of the present Convention for the State Party concerned.

2. Thereafter, States Parties shall submit subsequent reports at least every four years and further whenever the Committee so requests.

3. The Committee shall decide any guidelines applicable to the content of the reports.

4. A State Party which has submitted a comprehensive initial report to the Committee need not, in its subsequent reports, repeat information previously provided. When preparing reports to the Committee, States Parties are invited to consider doing so in an open and transparent process and to give due consideration to the provision set out in article 4, paragraph 3, of the present Convention.

5. Reports may indicate factors and difficulties affecting the degree of fulfilment of obligations under the present Convention.

Article 36

Consideration of reports

1. Each report shall be considered by the Committee, which shall make such suggestions and general recommendations on the report as it may consider appropriate and shall forward these to the State Party concerned. The State Party may respond with any information it chooses to the Committee. The Committee may request further information from States Parties relevant to the implementation of the present Convention.

2. If a State Party is significantly overdue in the submission of a report, the Committee may notify the State Party concerned of the need to examine the implementation of the present Convention in that State Party, on the basis of reliable information available to the Committee, if the relevant report is not submitted within three months following the notification. The Committee shall invite the State Party concerned to participate in such examination. Should the State Party respond by submitting the relevant report, the provisions of paragraph 1 of this article will apply.

3. The Secretary-General of the United Nations shall make available the reports to all States Parties.

4. States Parties shall make their reports widely available to the public in their own countries and facilitate access to the suggestions and general recommendations relating to these reports.

5. The Committee shall transmit, as it may consider appropriate, to the specialized agencies, funds and programmes of the United Nations, and other competent bodies, reports from States Parties in order to address a request or indication of a need for technical advice or assistance contained therein, along with the Committee's observations and recommendations, if any, on these requests or indications.

Article 37

Cooperation between States Parties and the Committee

1. Each State Party shall cooperate with the Committee and assist its members in the fulfilment of their mandate.

2. In its relationship with States Parties, the Committee shall give due consideration to ways and means of enhancing national capacities for the implementation of the present Convention, including through international cooperation.

Article 38

Relationship of the Committee with other bodies

In order to foster the effective implementation of the present Convention and to encourage international cooperation in the field covered by the present Convention:

(a) The specialized agencies and other United Nations organs shall be entitled to be represented at the consideration of the implementation of such provisions of the present Convention as fall within the scope of their mandate. The Committee may invite the specialized agencies and other competent bodies as it may consider appropriate to provide expert advice on the implementation of the Convention in areas falling within the scope of their respective mandates. The Committee may invite specialized agencies and other United Nations organs to submit reports on the implementation of the Convention in areas falling within the scope of their activities;

(b) The Committee, as it discharges its mandate, shall consult, as appropriate, other relevant bodies instituted by international human rights treaties, with a view to ensuring the consistency of their respective reporting guidelines, suggestions and general recommendations, and avoiding duplication and overlap in the performance of their functions.

Article 39

Report of the Committee

The Committee shall report every two years to the General Assembly and to the Economic and Social Council on its activities, and may make suggestions and general recommendations based on the examination of reports and information received from the States Parties. Such suggestions and general recommendations shall be included in the report of the Committee together with comments, if any, from States Parties.

Article 40

Conference of States Parties

1. The States Parties shall meet regularly in a Conference of States Parties in order to consider any matter with regard to the implementation of the present Convention.

2. No later than six months after the entry into force of the present Convention, the Conference of States Parties shall be convened by the Secretary-General of the United Nations. The subsequent meetings shall be convened by the Secretary-General biennially or upon the decision of the Conference of States Parties.

Article 41

Depositary

The Secretary-General of the United Nations shall be the depositary of the present Convention.

Article 42

Signature

The present Convention shall be open for signature by all States and by regional integration organizations at United Nations Headquarters in New York as of 30 March 2007.

Article 43

Consent to be bound

The present Convention shall be subject to ratification by signatory States and to formal confirmation by signatory regional integration organizations. It shall be open for accession by any State or regional integration organization which has not signed the Convention.

Article 44

Regional integration organizations

1. "Regional integration organization" shall mean an organization constituted by sovereign States of a given region, to which its member States have transferred competence in respect of matters governed by the present Convention. Such organizations shall declare, in their instruments of formal confirmation or accession, the extent of their competence with respect to matters governed by the present Convention. Subsequently, they shall inform the depositary of any substantial modification in the extent of their competence.

2. References to "States Parties" in the present Convention shall apply to such organizations within the limits of their competence.

3. For the purposes of article 45, paragraph 1, and article 47, paragraphs 2 and 3, of the present Convention, any instrument deposited by a regional integration organization shall not be counted.

4. Regional integration organizations, in matters within their competence, may exercise their right to vote in the Conference of States Parties, with a number of votes equal to the number of their member States that are Parties to the present Convention. Such an organization shall not exercise its right to vote if any of its member States exercises its right, and vice versa.

Article 45

Entry into force

1. The present Convention shall enter into force on the thirtieth day after the deposit of the twentieth instrument of ratification or accession.

2. For each State or regional integration organization ratifying, formally confirming or acceding to the present Convention after the deposit of the twentieth such instrument, the Convention shall enter into force on the thirtieth day after the deposit of its own such instrument.

Article 46

Reservations

1. Reservations incompatible with the object and purpose of the present Convention shall not be permitted.

2. Reservations may be withdrawn at any time.

Article 47

Amendments

1. Any State Party may propose an amendment to the present Convention and submit it to the Secretary-General of the United Nations. The Secretary-General shall communicate any proposed amendments to States Parties, with a request to be notified whether they favour a conference of States Parties for the purpose of considering and deciding upon the proposals. In the event that, within four months from the date of such communication, at least one third of the States Parties favour such a conference, the Secretary-General shall convene the conference under the auspices of the United Nations. Any amendment adopted by a majority of two thirds of the States Parties present and voting shall be submitted by the Secretary-General to the General Assembly of the United Nations for approval and thereafter to all States Parties for acceptance.

2. An amendment adopted and approved in accordance with paragraph 1 of this article shall enter into force on the thirtieth day after the number of instruments of acceptance deposited reaches two thirds of the number of States Parties at the date of adoption of the amendment. Thereafter, the amendment shall enter into force for any State Party on the thirtieth day following the deposit of its own instrument of acceptance. An amendment shall be binding only on those States Parties which have accepted it.

3. If so decided by the Conference of States Parties by consensus, an amendment adopted and approved in accordance with paragraph 1 of this article which relates exclusively to articles 34, 38, 39 and 40 shall enter into force for all States Parties on the thirtieth day after the number of instruments of acceptance deposited reaches two thirds of the number of States Parties at the date of adoption of the amendment.

Article 48

Denunciation

A State Party may denounce the present Convention by written notification to the Secretary-General of the United Nations. The denunciation shall become effective one year after the date of receipt of the notification by the Secretary-General.

Article 49

Accessible format

The text of the present Convention shall be made available in accessible formats.

Article 50

Authentic texts

The Arabic, Chinese, English, French, Russian and Spanish texts of the present Convention shall be equally authentic.

IN WITNESS THEREOF the undersigned plenipotentiaries, being duly authorized thereto by their respective Governments, have signed the present Convention.

OPTIONAL PROTOCOL TO THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

The States Parties to the present Protocol have agreed as follows:

Article 1

1. A State Party to the present Protocol ("State Party") recognizes the competence of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities ("the Committee") to receive and consider communications from or on behalf of individuals or groups of individuals subject to its jurisdiction who claim to be victims of a violation by that State Party of the provisions of the Convention.

2. No communication shall be received by the Committee if it concerns a State Party to the Convention that is not a party to the present Protocol.

Article 2

The Committee shall consider a communication inadmissible when:

(a) The communication is anonymous;

(b) The communication constitutes an abuse of the right of submission of such communications or is incompatible with the provisions of the Convention;

(c) The same matter has already been examined by the Committee or has been or is being examined under another procedure of international investigation or settlement;

(d) All available domestic remedies have not been exhausted. This shall not be the rule where the application of the remedies is unreasonably prolonged or unlikely to bring effective relief;

(e) It is manifestly ill-founded or not sufficiently substantiated; or when

(f) The facts that are the subject of the communication occurred prior to the entry into force of the present Protocol for the State Party concerned unless those facts continued after that date.

Article 3

Subject to the provisions of article 2 of the present Protocol, the Committee shall bring any communications submitted to it confidentially to the attention of the State Party. Within six months, the receiving State shall submit to the Committee written explanations or statements clarifying the matter and the remedy, if any, that may have been taken by that State.

Article 4

1. At any time after the receipt of a communication and before a determination on the merits has been reached, the Committee may transmit to the State Party concerned for its urgent

consideration a request that the State Party take such interim measures as may be necessary to avoid possible irreparable damage to the victim or victims of the alleged violation.

2. Where the Committee exercises its discretion under paragraph 1 of this article, this does not imply a determination on admissibility or on the merits of the communication.

Article 5

The Committee shall hold closed meetings when examining communications under the present Protocol. After examining a communication, the Committee shall forward its suggestions and recommendations, if any, to the State Party concerned and to the petitioner.

Article 6

1. If the Committee receives reliable information indicating grave or systematic violations by a State Party of rights set forth in the Convention, the Committee shall invite that State Party to cooperate in the examination of the information and to this end submit observations with regard to the information concerned.

2. Taking into account any observations that may have been submitted by the State Party concerned as well as any other reliable information available to it, the Committee may designate one or more of its members to conduct an inquiry and to report urgently to the Committee. Where warranted and with the consent of the State Party, the inquiry may include a visit to its territory.

3. After examining the findings of such an inquiry, the Committee shall transmit these findings to the State Party concerned together with any comments and recommendations.

4. The State Party concerned shall, within six months of receiving the findings, comments and recommendations transmitted by the Committee, submit its observations to the Committee.

5. Such an inquiry shall be conducted confidentially and the cooperation of the State Party shall be sought at all stages of the proceedings.

Article 7

1. The Committee may invite the State Party concerned to include in its report under article 35 of the Convention details of any measures taken in response to an inquiry conducted under article 6 of the present Protocol.

2. The Committee may, if necessary, after the end of the period of six months referred to in article 6, paragraph 4, invite the State Party concerned to inform it of the measures taken in response to such an inquiry.

Article 8

Each State Party may, at the time of signature or ratification of the present Protocol or accession thereto, declare that it does not recognize the competence of the Committee provided for in articles 6 and 7.

Article 9

The Secretary-General of the United Nations shall be the depositary of the present Protocol.

Article 10

The present Protocol shall be open for signature by signatory States and regional integration organizations of the Convention at United Nations Headquarters in New York as of 30 March 2007.

Article 11

The present Protocol shall be subject to ratification by signatory States of the present Protocol which have ratified or acceded to the Convention. It shall be subject to formal confirmation by signatory regional integration organizations of the present Protocol which have formally confirmed or acceded to the Convention. It shall be open for accession by any State or regional integration organization which has ratified, formally confirmed or acceded to the Convention and which has not signed the Protocol.

Article 12

1. "Regional integration organization" shall mean an organization constituted by sovereign States of a given region, to which its member States have transferred competence in respect of matters governed by the Convention and the present Protocol. Such organizations shall declare, in their instruments of formal confirmation or accession, the extent of their competence with respect to matters governed by the Convention and the present Protocol. Subsequently, they shall inform the depositary of any substantial modification in the extent of their competence.

2. References to "States Parties" in the present Protocol shall apply to such organizations within the limits of their competence.

3. For the purposes of article 13, paragraph 1, and article 15, paragraph 2, of the present Protocol, any instrument deposited by a regional integration organization shall not be counted.

4. Regional integration organizations, in matters within their competence, may exercise their right to vote in the meeting of States Parties, with a number of votes equal to the number of their member States that are Parties to the present Protocol. Such an organization shall not exercise its right to vote if any of its member States exercises its right, and vice versa.

Article 13

1. Subject to the entry into force of the Convention, the present Protocol shall enter into force on the thirtieth day after the deposit of the tenth instrument of ratification or accession.

2. For each State or regional integration organization ratifying, formally confirming or acceding to the present Protocol after the deposit of the tenth such instrument, the Protocol shall enter into force on the thirtieth day after the deposit of its own such instrument.

Article 14

1. Reservations incompatible with the object and purpose of the present Protocol shall not be permitted.

2. Reservations may be withdrawn at any time.

Article 15

1. Any State Party may propose an amendment to the present Protocol and submit it to the Secretary-General of the United Nations. The Secretary-General shall communicate any proposed amendments to States Parties, with a request to be notified whether they favour a meeting of States Parties for the purpose of considering and deciding upon the proposals. In the event that, within four months from the date of such communication, at least one third of the States Parties favour such a meeting, the Secretary-General shall convene the meeting under the auspices of the United Nations. Any amendment adopted by a majority of two thirds of the States Parties present and voting shall be submitted by the Secretary-General to the General Assembly of the United Nations for approval and thereafter to all States Parties for acceptance.

2. An amendment adopted and approved in accordance with paragraph 1 of this article shall enter into force on the thirtieth day after the number of instruments of acceptance deposited reaches two thirds of the number of States Parties at the date of adoption of the amendment. Thereafter, the amendment shall enter into force for any State Party on the thirtieth day following the deposit of its own instrument of acceptance. An amendment shall be binding only on those States Parties which have accepted it.

Article 16

A State Party may denounce the present Protocol by written notification to the Secretary-General of the United Nations. The denunciation shall become effective one year after the date of receipt of the notification by the Secretary-General.

Article 17

The text of the present Protocol shall be made available in accessible formats.

Article 18

The Arabic, Chinese, English, French, Russian and Spanish texts of the present Protocol shall be equally authentic.

IN WITNESS THEREOF the undersigned plenipotentiaries, being duly authorized thereto by their respective Governments, have signed the present Protocol.

A proposito di nevralgia occipitale: caso clinico

Speaking of occipital neuralgia: case report

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Riassunto
La Nevralgia Occipitale (NO), conosciuta anche come nevralgia di C_2 o di Arnold, in accordo con la definizione della International Headache Society (IHS), è una cefalea caratterizzata da un importante dolore trafittivo e lancinante nelle aree innervate dal nervo grande occipitale, dal piccolo nervo occipitale e dal terzo nervo occipitale. La NO deve essere tenuta distinta dal dolore riferito in sede occipitale eziologicamente secondario a patologie delle articolazioni atlanto-assiali o intervertebrali, ai *tender points* muscolari o inserzionali e ad altre strutture innervate dai primi tre nervi cervicali.
Si presenta il caso di un uomo di 76 anni (operato 15 anni orsono per un trauma contusivo cervicale di laminectomia decompressiva e stabilizzazione vertebrale da C_2 a C_7) con dolore trafittivo nell'area del nervo di Arnold di destra nei movimenti di rotazione-estensione del rachide cervicale, da attribuirsi verosimilmente ad una stenosi del forame di coniugazione di destra C_1-C_2. Trattato con corticoterapia (prednisone a scalare), il paziente ha avuto un pronto e duraturo beneficio.
Parole chiave: nevralgia occipitale, nevralgia di Arnold, cefalea, nervo grande occipitale, corticosteroidi.

Abstract
Occipital Neuralgia (ON), also known as Arnold's Neuralgia, in accordance with the definition of the International Headache Society (HIS), is a headache characterized by severe, stabbing and shooting pain in the area of the greater, lesser, or third occipital nerves. ON must be distinguished from referred occipital pain originating from atlantoaxial or upper zygapophyseal joints, tender trigger points in neck muscles, or other structures innervated by the upper three cervical spinal nerves.
We report a case of 76-year-old male patient (that underwent 15 years ago decompressive laminectomy with C_2-C_7 instrumental fusion following cervical trauma) suffering from shooting pain in the right occipital region, caused by rotation-extension of the cervical spine and most likely due to functional stenosis of right C_1-C_2 intervertebral foramen and C_2 root impingement. Pharmacological treatment with corticosteroid achieved a prompt, complete and lasting pain relief..
Key words: occipital neuralgia, Arnold's neuralgia, headache, greater occipital nerve, corticosteroids.

Introduzione

La Nevralgia Occipitale (NO), conosciuta anche come nevralgia di C_2 o di Arnold, in accordo con la definizione della International Headache Society (IHS), è caratterizzata da un dolore trafittivo e lancinante nelle aree innervate dal nervo grande occipitale, dal piccolo nervo occipitale e dal terzo nervo occipitale (ramo dorsale di C3). E' in particolare il nervo grande occipitale (che origina dal ramo di divisione mediale della branca posteriore del secondo nervo

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

cervicale, nervo sensitivo deputato all'innervazione della cute e del cuoio capelluto della regione occipitale e della *galea capitis*) ad essere maggiormente chiamato in causa nella estrinsecazione della NO.[1] I soggetti affetti presentano solitamente crisi dolorose intense, unilaterali, intermittenti o continue, che originano in regione nucale e occipitale, fino a coinvolgere la parte anteriore del capo e la regione fronto-orbitaria (Figg 1-4) in virtù delle connessioni interneuronali trigemino-cervicali nei nuclei spinali trigeminali. Il dolore talvolta può accompagnarsi ad allodinia e disestesia nelle aree interessate.

I criteri diagnostici della NO, secondo la terza edizione della Classificazione Internazionale delle Cefalee (Headache Classification Committee of the International Headache Society o IHS) [2], prevedono:

A. Dolore unilaterale o bilaterale che soddisfi i criteri B ed E.
B. Il dolore è localizzato nella distribuzione del grande, piccolo e terzo nervo occipitale.
C. Il dolore ha due delle seguenti tre caratteristiche:
    - ricorrente in attacchi parossistici di durata da pochi secondi a qualche minuto
    - intensità severa
    - dolore lancinante, penetrante o trafittivo.
D. Il dolore è associato con entrambe le seguenti caratteristiche:
    1. disestesia e/o allodinia durante una innocua stimolazione dello scalpo e/o dei capelli
    2. una o entrambe le seguenti caratteristiche: a) dolenzia sulle branche del nervo affette; b) zone grilletto all'emergenza del nervo grande occipitale o nell'area di distribuzione di C2.
E. Il dolore è attenuato temporaneamente dal blocco anestetico locale del nervo affetto.

La NO deve essere, comunque, tenuta distinta dal dolore occipitale eziologicamente secondario a patologie delle articolazioni atlanto-assiali o intervertebrali, dai tender points muscolari o inserzionali, così come dalle malformazioni tipo Chiari I [3].

Presentazione caso clinico

Paziente maschio di 76 anni, già noto per essere affetto da postumi di trauma contusivo midollare cervicale occorso 15 anni fa e di intervento di "Laminectomia e stabilizzazione con mezzi di sintesi da C2 a C7". Nel 2014 e 2018 operato pure per "Stenosi del canale vertebrale lombare".

Ora, da circa due settimane lamenta - oltre ad algoparestesie cronicizzate in territorio di L4 all'arto inferiore sinistro - un dolore trafittivo in sede nuco-occipitale a dx non appena si siede od estende il rachide cervicale, con frequente irradiazione in regione periorbitaria.

Comorbilità: stenosi clinicamente significativa alla carotide interna sinistra (80%), per la quale è in nota operatoria (TEA).

All'esame obiettivo del 13.11.2020 nulla ai nervi cranici, non segni vestibolo-cerebellari, quadro clinico di classica di tetraparesi spastica con riflessi osteotendinei iperelicitabili ai quattro arti (con assenza di segni radicolari agli arti inferiori) e deambulazione paraparetico-spastica; il rachide cervicale è assai limitato e in rotazione-lateralità dx, soprattutto in estensione, viene riferita algia importante (tipo scossa elettrica) in sede nuco-occipitale dx con estensione in regione periorbitaria; analogo quadro, meno intenso, compare in concomitanza ai colpi di tosse (Valsalva positivo).

Alla RMN cervicale si evidenzia: "... inversione della lordosi a livello C4-C6; disidratazione discale multipla; minimo scivolamento posteriore di C5 su C6 e sporgenza posteriore del disco con impronta sul sacco durale".

Si diagnostica una "*Nevralgia tipo Arnold a dx"* e, prospettando una possibile eziologia intraforaminale C1-C2 a destra (protrusione discale e/o sinovite dell'articolazione atlanto-assiale di dx), si decide di prescrivere una terapia cortisonica a base di prednisone con il seguente schema terapeutico: al mattino 50 mg al giorno per 2 giorni, indi a scalare 25 mg per 3 giorni, poi 12,5 mg per 5 giorni, infine 5 mg per 5 giorni, per terminare con 5 mg a giorni alterni per una settimana.

Il risultato è stato immediato: non più dolore già dopo due giorni.

Alla visita di controllo del 10.12.2020 assenza completa di dolore nuco-occipitale e ripristino della articolarità del rachide cervicale (in particolare non dolore nell'estensione dello stesso).

Discussione

Il caso clinico riferito è abbastanza particolare, in quanto il dolore, pur riferito nell'area interessata dalla nevralgia di Arnold, è scatenato dai movimenti del rachide cervicale (rotazione-lateralità, associata alla estensione) e dagli aumenti della pressione addominale. In associazione non v'è un *trigger point* a livello dell'emergenza del grande nervo occipitale (localizzato 2 cm lateralmente alla protuberanza occipitale esterna).

E' probabile pertanto che la causa del dolore (essenzialmente in C_2) sia dovuto ad una patologia discale/foraminale in C_1-C_2 a dx con "stenosi" del forame di coniugazione organica oppure secondaria ad una protrusione/erniazione discale o ad una sinovite dell'articolazione atlanto-assiale di dx con il risultato di una irritazione della radice C_2.

L'ottima risposta alla terapia cortisonica farebbe propendere per questa ipotesi.

Conclusioni

La NO è relativamente rara, ma è la più frequente causa di cefalea in sede nuco-occipitale. Il dolore è spesso lancinante e trafittivo: partendo dalla nuca, si irradia verso il vertice interessando spesso la regione periorbitaria. Le acuzie dolorose sono frequenti, spesso spontanee oppure provocate da specifiche manovre, lasciando una sensazione fastidiosa di malessere nei periodi intervallari.

La diagnosi deve essere fatta sulla base dei criteri diagnostici della IHS, tenendo presente la possibile presenza altre cause, come nel caso descritto, all'origine del disturbo (in particolare articolazioni intervertebrali cervicali e erniazione-protrusione intraforaminale da C_1 a C_3) ed escludendo patologie neurologiche, in particolare affezioni midollari e patologie della fossa cranica posteriore [4,5].

Nel caso specifico, ci si è indirizzati in base all'anamnesi, ai sintomi ed alla obiettività (pur in presenza di una RMN cervicale non significativa) verso una patologia intraforaminale che avrebbe risentito beneficamente della terapia farmacologica prescritta.

Bibliografia

1. Choi I and Sang RJ. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. J Korean Med Sci 2016;31:479-488.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018, Vol. 38(1) 1–211.
3. Tondo G, De Marchi F, Mittino D, et al. (November 29, 2017) Occipital Neuralgia in Chiari I Malformation: Two Different Events or Two Different Faces of the Same Event?. Cureus 9(11): e1891. DOI 10.7759/cureus.1891.
4. Ji-Sun Kim, Sung-Woog Lee, Byung-Jo Kim Department of Neurology, Korea University Anam Hospital, Seoul. Cervical Myelitis Mimicking Intractable Occipital Neuralgia. Letter to Editor. J Clin Neur 2014;10:72-73.

5. Yang JS, Li J, Chen H; Liu P, Chen C, Liu TJ, Chu L, Hao DJ. Suboccipital neuralgia after C1 pedicle screw insertion: do we neglect atlooccipital joint violation? Case report and literature review. BMC Surg 2019 Jul 23;19(1):96 doi: 10.1186/s12893-019-0551-3.

Sindrome dell'egresso toracico

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signora di 34 anni (impiegata) che presenta da qualche settimana algoparestesie al collo-spalla dx con irradiazione a tutto l'arto superiore dx (in territorio di C7-C8 preferibilmente, ma anche in C5-C6). I disturbi sono frequenti di notte, sì da risvegliarla ed obbligarla ad alzarsi.

L'**obiettività** evidenzia:

- Nulla apparentemente ai nervi cranici; non alterazioni dei riflessi osteo-tendinei, né deficit sensitivo-motori agli arti superiori e inferiori;
- Rachide cervicale e spalla dx: nulla da segnalare.
- Test di Adson positivo a dx.

Diagnosi: *"Sindrome dell'egresso toracico dx"*.

Commenti

Trattasi di un caso che fa seguito a quello dello scorso mese e proposto (in un percorso di continuità educazionale) per illustrare alcuni quadri clinici della cosiddetta "**sindrome spalla-collo**", realtà clinica ormai accettata che include parecchie patologie di non sempre facile inquadramento (discopatia cervicale e artrosi interapofisaria con o senza radicolopatia; plessopatie brachiali, patologie della spalla, dolore miofasciale, ecc.).

Nel contesto delle plessopatie brachiali può essere compresa la **sindrome dell'egresso toracico (thoracic outlet syndrome** o **TOS**), di non infrequente riscontro nella pratica fisiatrica, i cui sintomi sono conseguenti alla irritazione/compressione del plesso brachiale (soprattutto inferiore) e/o della arteria e vena succlavia nella regione dello "sbocco" toracico (vedansi slides).

Cenni anatomici

Il cosiddetto "sbocco" od "egresso" toracico comprende alcune aree che i vasi ed i tronchi inferiori del plesso brachiale attraversano per passare dalla regione cervico-toracica all'ascella. Si distinguono almeno tre spazi ristretti di potenziale "intrappolamento" nervoso o vascolare: a) spazio fra i muscoli scaleno anteriore e scaleno medio; b) spazio costo-clavicolare, delimitato anteriormente dalla clavicola, postero-medialmente dalla prima costa e postero-lateralmente dal

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

margine superiore della scapola; c) spazio posto tra il processo coracoide della scapola ed il tendine del piccolo pettorale.

Clinica

Si distinguono tre forme cliniche di TOS: forma neurogenica (interessamento del plesso brachiale), assai frequente (90% dei casi); forma vascolare (interessamento dei vasi); forma mista (neurogena e vascolare).

La forma vascolare può essere distinta in: venosa (VTOS), conosciuta come sindrome di Paget-Schröetter, e arteriosa (ATOS).

I sintomi *neurogeni* consistono in dolore e parestesie (nel 90-95% dei casi), senso di peso e facile faticabilità dell'arto, deficit occasionale di forza ed ipotrofia dell'eminenza ipotenare e dei muscoli interossei nel 5-10%. L'insorgenza del dolore è solitamente insidiosa e frequentemente coinvolge il collo irradiandosi alla spalla e all'arto omolaterale. Le algoparestesie potrebbero essere esacerbate dallo sforzo fisico, dalla postura e dalla iperestensione del collo; esse, inoltre, possono essere più frequenti durante la notte…

L'esame obiettivo è spesso negativo. Il trofismo muscolare, raramente interessato, è solitamente riferibile alle aree innervate da nervo ulnare. Più raramente è presente dolore nella regione deltoidea (irritazione di C5 e C6), eccezionalmente il dolore è atipico, coinvolgente la parete toracica anteriore e l'area parascapolare (pseudo-angina).

I sintomi vascolari includono: pallore, debolezza e dolore diffuso all'arto interessato, soprattutto alla mano.

La VTOS e la ATOS sono dovute alla occlusione/ostruzione della vena o della arteria succlavia con formazione di trombo e possibile embolia.

Diagnosi

La diagnosi non è sempre agevole sia per la aspecificità dei sintomi (che possono essere causati anche da altre patologie) sia per il non infrequente riscontro anamnestico di pregressi traumatismi distorsivi del rachide cervicale o di alterazioni posturali.

La valutazione clinica si basa per lo più sulla ricerca della riduzione o scomparsa del polso radiale e la riproduzione di sintomi; classicamente si basa sulle seguenti manovre:

- ***Test di Adson***

Questa manovra mette in tensione i muscoli scaleni anteriore e medio, facendo diminuire lo spazio tra i loro ventri ed esacerbando ogni compressione pre-esistente sull'arteria succlavia e il plesso brachiale.

Il paziente viene invitato ad iperestendere il collo e a ruotare la testa verso il lato affetto.

Il test è positivo quando l'esaminatore accerta la diminuzione o la scomparsa del polso radiale (con o senza comparsa dei sintomi algoparestesici).

- Manovra di Gowan Welinsky

Si richiede una inspirazione profonda (contrazione dello scaleno) con attenuazione del polso radiale.

- È preferibile associare i due test: trattenere il respiro, iperestendere il collo e ruotare la testa verso il lato affetto.
- Manovra di Wright

Si richiede una iperabduzione del braccio che, procurando una compressione del fascio vascolo-nervoso sotto l'inserzione tendinea del piccolo pettorale sul processo coracoideo, determina l'attenuazione del polso e/o la comparsa dei sintomi.

Ovviamente è necessaria una accurata valutazione neurologica che può evidenziare i larvati deficit sensitivo-motori eventualmente presenti e una possibile "tenderness" a livello del plesso brachiale, escludendo eventuali altre patologie abbastanza comuni (radicolopatia cervicale, sindromi da intrappolamento dei nervi ulnare e mediano, ecc.).

Una radiografia può evidenziare la presenza di una costa cervicale e/o di una mega-apofisi trasversa della 7a VC.

In caso di sospetta VTOS o ATOS, si consiglia una urgente valutazione del chirurgo vascolare.

Trattamento

Il trattamento consigliato è sempre conservativo inizialmente.

Consiste in

- appropriati esercizi finalizzati a migliorare la postura rinforzando i romboidi ed i trapezi;
- evitare l'iperabduzione delle spalle (vedasi bibliografia).

Trattamenti farmacologici specifici per la forma neurogena sono simili a quelli invocati per le patologie neurologiche periferiche.

Bibliografia

1. Klaassen Z, Sorenson E, Tubbs RS, Arya R, Meloy P, Shah R, et al. Thoracic outlet syndrome: a neurological and vascular disorder. Clin Anat. 2014 Jul;27(5):724-732
2. Nichols AW. Diagnosis and management of thoracic outlet syndrome. Curr Sports Med Rep. 2009 Sep-Oct;8(5):240-249.
3. Ozoa G, Alves D, Fish DE. Thoracic outlet syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2011 Aug;22(3):473-483.
4. Novak CB, Mackinnon SE. Thoracic outlet syndrome. Orthop Clin North Am. 1996 Oct;27(4)747-762.
5. Nashel DJ. Entrapment neuropathies. In: Klippel JH, Dieppe PA. Rheumatology. London: Mosby; 1994, 5:19. p. 1-3.
6. Smith KF. The thoracic outlet syndrome: a protocol of treatment. J Orthop Sports Phys Ther. 1979;1(2):89-99
7. Vemuri C, McLaughlin LN, Abuirqeba AA, Thompson RW. Clinical presentation and management of arterial thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg. 2017 May;65(5):1429-1439.
8. Povlsen B, Belzberg A, Hansson T, Dorsi M. Treatment for thoracic outlet syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD007218.

Capsulite adesiva gleno-omerale in sindrome di Parsonage-Turner o nevralgia amiotrofica della spalla

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signore di 51 anni in buona salute (senza nulla di rilievo nella anamnesi patologica remota) che si presenta alla mia attenzione in quanto continua a lamentare dolori e limitazione funzionale alla spalla e al braccio di destra da oltre 4 mesi, insorti apparentemente 15-20 giorni dopo un episodio simil-influenzale.

È stato visitato da un fisiatra, su richiesta di un ortopedico, per iniziare un trattamento riabilitativo a distanza di un mese dalla comparsa dei sintomi, quando il dolore, inizialmente acutissimo, si era attenuato contemporaneamente ad un peggioramento della forza muscolare del braccio ed a una comparsa di rigidità di spalla.

Le conclusioni della visita fisiatrica erano generiche: "Limitazione funzionale della spalla destra". La terapia consigliata consisteva in 8 sedute di Laserterapia, cui si aggiungevano dopo circa un mese di persistenza della sintomatologia, 10 sedute di Rieducazione funzionale.

Nei 45 gg successivi il paziente riferiva una attenuazione della sintomatologia dolorosa al braccio (persistenza di dolore, soprattutto notturno, alla spalla), ma un aumento considerevole della limitazione della motilità della spalla dx.

Nel frattempo era stata effettuata una RMN che non denotava nulla di particolare, se si eccettuava una tendinosi del sovraspinoso e del capo lungo del bicipite.

L'**obiettività** evidenziava:

- Rachide cervicale in asse; non limitazioni significative della motilità attiva e passiva;
- Apparente ipotrofia muscolare a carico del deltoide e del sovraspinoso di dx;
- Non apparenti disturbi delle sensibilità all'arto superiore dx; non fascicolazioni; riflessi osteo-tendinei normo-elicitabili (esame neurologico completo per il resto era negativo);
- Motilità attiva: possibile l'abduzione sino a 50°; impossibili i movimenti complessi (pettinarsi e "grattarsi" la schiena);
- Motilità passiva: l'abduzione è possibile sino a 70°; le rotazioni (intra-ed extra-rotazione sono appena accennate e dolenti); la flessione e l'estensione sono apparentemente normali.

Diagnosi: "Capsulite *adesiva gleno-omerale dx in sindrome di Parsonage-Turner o nevralgia amiotrofica della spalla dx*".

Terapia consigliata:

1. Infiltrazione intra-articolare (spalla dx) con triamcinolone 40 mg e lidocaina 1,5 ml;

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

2. Ghiaccio 7’-10’ alla spalla sin alla sera, prima di coricarsi;
3. Esercizi pendolari di Codman in regime di auto-training.

Alla rivalutazione dopo 3 settimane, il quadro clinico era decisamente migliorato. Soggettivamente il dolore notturno era praticamente scomparso; la motilità attiva era migliorata. Alla valutazione dell’escursione articolare, l’abduzione era di 90° e le rotazioni erano più che accennate.

Si procedeva ad una ulteriore infiltrazione (triamcinolone 20 mg e lidocaina 1 ml) e si consigliavano 10 sedute, a giorni alterni, di Riabilitazione Motoria (tecniche di mobilizzazione e di facilitazione propriocettiva neuromuscolare).

Valutazione ulteriore dopo 30 gg: il dolore era scomparso ed i movimenti complessi della spalla erano possibili.

Sindrome di Guyon in soggetto con sindrome regionale complessa della mano in postumi di trauma alla spalla

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signora di 56 anni (impiegata) con contusione-distorsione della spalla dx ed infrazione del trochite omerale dx, accusate tre mesi orsono.

Trattata con una fasciatura alla Desault per 4 settimane. Dopo circa due settimane dalla rimozione del bendaggio, ha iniziato ad accusare gonfiore ed impaccio alla mano dx, lieve calore ed iperidrosi con lieve limitazione articolare a livello delle metacarpofalangee e interfalangee prossimali.

Visitata da un fisiatra e da un ortopedico più volte con diagnosi recente di "algodistrofia della mano dx" e consiglio di Calcio per os, Vit. D e riabilitazione.

Viene alla mia attenzione in quanto da oltre due settimane lamenta algoparestesie sempre più intense (in particolare notturne) alla metà ulnare del IV dito ed al V dito di dx con deficit funzionale della mano.

In visione Rx spalla e mano (ove di evidenziano segni di osteoporosi).

L'**obiettività** evidenzia:

Rachide cervicale, spalla dx e gomito dx: nulla di significativo.

Polso e mano dx:

- discreto edema della superficie dorsale della mano; impercettibile calor; difficoltà alla prensione della mano
  - ipotrofia lieve dell'eminenza ipotenare e discreta del I interosseo dorsale
  - ipoestesia della regione esterna del palmo della mano, della metà ulnare del IV dito e del V dito
- segno di Tinel +; segno di Wartenberg +; segno di Froment +.

Diagnosi

Sindrome di Guyon (lesione canalicolare del nervo ulnare dx al polso dx) in soggetto con sindrome regionale complessa della mano dx in postumi di trauma alla spalla dx.

Commenti

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Trattasi di un caso abbastanza particolare, caratterizzato dalla comparsa (dopo il trauma alla spalla) di una sindrome assai conosciuta (la *Chronic Regional Pain Syndrome*, alias algodistrofia o neuroalgodistrofia: vedansi Slides 1-3) che avrebbe – a mio parere – provocato l'estrinsecazione di una sindrome canalicolare interessante il nervo ulnare a livello del polso, la cosiddetta *sindrome canalicolare di Guyon*.

SINDROME di GUYON

Cenni anatomici del canale di Guyon

Il canale di Guyon si trova al lato interno del polso e corre parallelo al canale carpale, dal quale è separato da una parete dello spessore di pochi millimetri; ha rilevanza clinica in quanto all'interno passano l'arteria ulnare ed il nervo ulnare.

Il canale di Guyon misura circa 4 cm in lunghezza ed è delimitato in alto dal legamento carpale volare e in basso dal legamento carpale trasverso, mentre il bordo radiale è dato dall'uncino dell'osso uncinato e quello mediale dall'osso pisiforme e dal legamento piso-uncinato.

Il nervo ulnare entra nel canale quale nervo misto (fibre motorie e sensitive) e durante il suo attraversamento si divide in una branca superficiale sensitiva ed una branca profonda motoria (slide 4).

Eziologia

Molteplici sono i fattori invocati all'origine della sindrome. Fra essi si segnalano [6]:

- processi espansivi (cisti gangliari, lipomi, fibro-lipomi, schwannomi, neuromi, etc.)
- lesioni croniche ripetitive (in alcune attività lavorative e sportive quali ciclismo – paralisi da manubrio, palla a mano, basket, squash, arti marziali; utilizzo di grucce per camminare [4])
- traumi al polso (contusioni, frattura dell'osso pisiforme, etc.)
- patologie dei vasi intra-canalicolari o confinanti (in particolare aneurismi o trombosi dell'arteria ulnare, malformazioni artero-venose, emangiomi, arteriti a cellule giganti)
- malattie metaboliche (diabete mellito, artrite reumatoide, amiloidosi, sarcoidosi)
- patologia artrosica del polso
- variazioni anatomiche
- altri fattori (modificazioni ormonali con ritenzione di liquidi che possono causare un gonfiore nelle guaine tendinee, etc.). [5]

Clinica

I sintomi possono essere soltanto motori, soltanto sensitivi oppure misti (sensitivi e motori): essi sono dipendenti dalla sede di lesione del nervo ulnare all'interno del canale di Guyon.

I disturbi motori sono dati da paresi/paralisi dei muscoli intrinseci della mano innervati dal nervo ulnare (interessamento della prensione e mano ad artiglio) e da turbe del trofismo (ipo-atrofia) dell'eminenza ipotenare.

I disturbi sensitivi (algoparestesie o ipo-anestesia) interessano la regione mediale del palmo della mano, la metà ulnare del IV dito e la regione anteriore di tutto il V dito [2,6,7].

Diagnosi

I test raccomandati sono i seguenti:

- *Segno di Tinel*

Dolore ad algoparestesie provocate dalla percussione del nervo ulnare a livello del canale di Guyon.

- *Segno di Wartenberg*

È dato dalla compromissione dell'abduzione del V dito.

- *Segno di Froment*

E' dato dalla incapacità a trattenere un foglio di carta fra pollice e indice estesi (a causa dell'interessamento dell'adduttore del pollice).

Ovviamente la diagnosi è completata dalla classica radiografia, dalla ecografia, dalla risonanza magnetica e dai test elettrofisiologici (EMG e velocità di conduzione).

Diagnosi differenziale

Si pone soprattutto nei confronti con la sindrome canalicolare del nervo ulnare a livello della doccia epitrocleo-olecranica del gomito (assai più frequente).

Nella lesione di tipo I (secondo Shea e McClain) il quadro clinico è simile nelle due sindromi con l'eccezione della mancanza – nella sindrome di Guyon – dei disturbi sensitivi a livello del dorso della mano (originando il ramo dorsale della mano 5-8 cm circa al di sopra del canale di Guyon).[1]

Nella lesione di tipo II v'è una lesione del ramo profondo ed in questi casi si assiste solo a deficit dei muscoli innervati dall'ulnare; nella lesione di tipo III infine v'è solo la ipo-anestesia al palmo della mano ed al IV e V dito (slide 5).

Trattamento consigliato

1. Trattamento conservativo
   - Riposo funzionale dell'articolazione (utilizzo di tutori od ortesi)
   - Crioterapia in fase acuta
   - Applicazione topica di calore in fase subacuta/cronica
   - FANS o cortisonici localmente o per os (efficaci discussa secondo alcune linee guida) [7]
   - Integratori per il tessuto nervoso
   - Fisioterapia (Laser, Ultrasuoni, TENS) e terapie manuali (*nerve gliding exercises*).
2. Trattamento chirurgico

Se i sintomi (moderati o severi) persistono oltre i tre mesi, è vivamente consigliata una decompressione chirurgica. [3,5,6]

Bibliografia

1. Shea JD, McClain EJ. Ulnar-nerve compression syndromes at and below the wrist. J Bone Joint Surg Am. 1969 Sep;51(6):1095-1113.
2. Posner MA. Compressive neuropathies of the ulnar nerve at the elbow and wrist. Instr Course Lect. 2000; 49:305-317.
3. Padua L, Insola A, LoMonaco M, Denaro FG, Padua R, Tonali P. A case of Guyon syndrome with neuropraxic block resolved after surgical decompression. Electroencephalogr Clin Neurophysiol. 1998 Apr;109(2):191-193.
4. Ginanneschi F, Filippou G, Milani P, Biasella A, Rossi A. Ulnar nerve compression neuropathy at Guyon's canal caused by crutch walking: case report with ultrasonographic nerve imaging. Arch Phys Med Rehabil. 2009 Mar;90(3):522-524.
5. Janmohammadi N. Guyon's tunnel syndrome during pregnancy with concomitant anomalous arch of the ulnar nerve: a case report. Acta Med Iran. 2014;52(7):562-564.

6. Depukat P, Mizia E, Kuniewicz M, Bonczar T, Mazur M, Pełka P, et al. Syndrome of canal of Guyon – definition, diagnosis, treatment and complication. Folia Med Cracov. 2015;55(1):17-23.
7. Aleksenko D, Dulebohn S. Guyon canal syndrome. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatePearls Publishing; 2017 May 19.

Sesamoidite della mano

Sesamoiditis of the hand

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Caso clinico

Uomo di 68 anni (geologo in quiescenza) che lamenta da circa 45 giorni un dolore alla base del pollice destro, accompagnato ad un blocco frequente dell'interfalangea dello stesso, che si risolve con la manipolazione ed associato impercettibile crepitio.

Il problema è comparso dopo alcuni giorni di lavoro intenso al computer.

Null'altro in anamnesi, se si eccettua una artrosi femoro-tibiale destra in pregressa lesione del menisco mediale (chirurgicamente trattata) e in lesione successiva del legamento crociato anteriore e del legamento collaterale laterale (trattata in maniera conservativa).

In particolare non malattie auto-immunitarie, non diabete mellito, non gotta.

All'esame obiettivo, si apprezza una piccolo nodulo di consistenza duro-ossea a livello della regione mediale dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice destro, dolentissimo alla palpazione. Inoltre, nella flesso-estensione dell'articolazione interfalangea, è ben percepibile il classico "scatto".

Si ipotizza la presenza di una "tenosinovite" del pollice e si richiede una radiografia nel sospetto di "artrosi metacarpo-falangea", ritenendo il nodulo rilevato un possibile osteofita od una esostosi.

Si danno indicazioni di un trattamento conservativo (ghiaccio localmente, 5'-7' due volte al dì; applicazione locale di FANS; riposo articolare; eventuale ortesi di posizione per la notte).

Il paziente si presenta a controllo un mese dopo con la sintomatologia solo lievemente attenuata (sempre problematico l'utilizzo del mouse) e con una radiografia della mano giudicata negativa dal radiologo (fig. 1).

Alla obiettività è sempre presente il pollice "a scatto" ed il nodulo rilevato è sempre assai dolente alla palpazione.

Si diagnostica, dopo osservazione della radiografia (ove è presente un osso sesamoide mediale in corrispondenza del pollice a livello della articolazione metacarpo-falangea), una "sesamoidite mediale o ulnare del pollice destro con associata tenosinovite del flessore".

Si effettua una infiltrazione locale a livello dell'osso sesamoide con triamcinolone 0,2 ml (8 mg) e 0,3 ml di lidocaina.

Si consiglia di proseguire con la crioterapia, seguita da applicazione locale di FANS per qualche giorno.

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Figura 1: Rx mano: presenza di osso sesamoide mediale o ulnare a livello della Ia MCF.

Dopo 2 giorni il paziente riferisce scomparsa del dolore a livello del pollice e notevole attenuazione dello "scatto" nell'estensione del pollice situazione, situazione che si mantiene dopo 15 giorni, sì da non aver impedito il completo ritorno del paziente alle sue attività manuali.

Ossa sesamoidi della mano

Nella mano sono presenti, oltre all'osso pisiforme, due ossa sesamoidi costanti, situate sulla superficie palmare della prima articolazione metacarpo-falangea (Ia MCF), e sono denominate osso sesamoide mediale o osso sesamoide ulnare ed osso sesamoide laterale o osso sesamoide radiale. Le due ossa sesamoidi sono solitamente di piccole dimensioni, abbastanza omogenee, solitamente assai vicine alla articolazione MCF; talvolta le due ossa possono essere comprese nella Ia MCF e, in questo caso, le loro superfici dorsali si presentano rivestite di cartilagine.

Accanto alla ossa sesamoidi costanti della mano, si descrivono talora anche altre ossa sesamoidi situate, secondo Wood, a livello dell'IF del pollice e a livello della MCF dell'indice, sia dal lato ulnare che radiale.

Sembra che la loro funzione sia quella di comportarsi come delle pulegge, rafforzando i punti deboli nella struttura dei tendini ed aumentando notevolmente, con la loro presenza, la resistenza dei tendini stessi alla trazione.

Conclusioni

La diagnosi di "sesamoidite" è il risultato di un ragionamento clinico basato su una esaustiva anamesi, una precisa obiettività e, in questo caso, sulla negatività radiologica per artrosi della Ia MCF.

Il trattamento effettuato ha tenuto conto (come dovrebbe essere di prassi) di vari fattori, seguendo uno schema consolidato a partire da un trattamento conservativo (associato o meno a FANS per os o per via topica), per poi passare eventualmente ad un trattamento con mezzi fisici (Ultrasuonoterapia o Laserterapia) o ad un trattamento mini-invasivo (terapia infiltrativa), riservando la chirurgia ai pochi casi che non rispondono all'approccio conservativo.

In questo specifico caso (abbastanza particolare data la non frequente segnalazione di sesamoditi a livello della mano) si è optato per un trattamento infiltrativo (con una dose minima di triamcinolone e di anestetico) che ha dato un risultato immediato e, verosilmente, duraturo.

Bibliografia

1. Parks BJ, Hamlin C. Chronic sesamoiditis of the thumb: pathomechanics and treatment. J Hand Surg Am. 1986;11(2):237-40.
2. Debek A, Czyrny Z, Nowicki P. Sonography of pathological changes in the hand. J Ultrason. 2014;14(56):74-88.
3. Wood WE. The sesamoid bones of the hand and their pathology. J Hand Surg Br. 2014;9(3):261-4.
4. Chen W, Cheng J, Sun R, Zhang Z, Zhu Y, Ipaktchi K et al. Prevalence and variation of sesamoid bones in the hand: a multi-center radiographic study. Int J Clin Exp Med 2015;8(7):11721-6.

Sindrome del piriforme

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signora di 53 anni, di professione infermiera.

Due mesi fa, durante una lunga passeggiata, ha iniziato a lamentare una sintomatologia caratterizzata da "contrattura" in sede glutea sinistra, arricchita dopo qualche giorno da bruciore-calore nella stessa sede con irradiazione verso l'alto e, soprattutto, verso il basso (lungo la superficie posteriore della coscia sino quasi al cavo popliteo). I disturbi si intensificavano (e si intensificano tuttora) nella posizione seduta.

Il medico curante prescrisse in un primo tempo FANS con modesto beneficio. È seguita una visita ortopedica con diagnosi di "verosimile irritazione dell'inserzione della muscolatura ischio-crurale (dolore alla tuberosità ischiatica)": consigliata terapia con etoricoxib 90mg 1 cp/die. In caso di non miglioramento, RMN L/S (discopatia L5-S1?).

Nonostante il discreto beneficio con etoricoxib, la terapia è stata sospesa dopo 4 gg per eventi avversi.

Il disturbo permane invariato e, per lo più, peggiora con la stazione seduta.

Esame obiettivo

Nulla apparentemente di neurologico.

Rachide L/S: solo lievemente dolente l'estensione.

Coxo-femorali: articolarità nella norma. Nulla alle sacro-iliache. Nulla in sede gran trocanterica.

Non segni radicolari agli arti inferiori. Non deficit sensitivo-motori. Riflessi muscolari normoelicitabili.

Marcata dolore provocato alla digito-pressione della regione glutea sinistra, ove si apprezza un'area trasversale a forma di salsiccia di aumentata consistenza.

Pace test e *Freiberg* test positivi (vedansi slides).

Diagnosi

Sindrome del piriforme di sinistra con irritazione del nervo sciatico.

Si consiglia, inizialmente, applicazione di ghiaccio (10'), seguita da esercizi di "stretching" (2-3 volte al giorno), come da illustrazione (vedansi slides).

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Rivalutazione fra 7 gg o al bisogno.
Eventualmente: terapia infiltrativa e fisioriabilitazione.

Esito

La visita di controllo non è stata effettuata in quanto la signora dopo 5 gg riferiva di non accusare più alcun disturbo.

Bibliografia

1. Parziale JR, Hudgins TH, Fishman LM. The piriformis syndrome. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 1996 Dec;25(12):819-823.
2. Fishman LM, Dombi GW, Michaelsen C, Ringel S, Rozbruch J, Rosner B, et al. Piriformis syndrome: diagnosis, treatment, and outcome – a 10-year study. Arch Phys Med Rehabil. 2002 Mar;83(3):295-301.
3. Filler AG. Piriformis and related entrapment syndromes: diagnosis and management. Neurosurg Clin N Am. 2008 Oct;19(4):609-622.
4. Tiel RL. Piriformis and related entrapment syndromes: myth and fallacy. Neurosurg Clin N Am. 2008 Oct;19(4):623-627.
5. Norbury JW, Morris J, Warren KM, Schreiber AL, Faulk C, Moore DP, et al. Diagnosis and management of piriformis syndrome. Pract Neurol. 2012 May-Jun:24-27.
6. Waldman SD. Atlas of common pain syndromes. Chapter 84 – Piriformis Syndrome. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 266-268.

Osteocondropatia/edema osseo della testa del femore

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signore di anni 77, pensionato.
Buone condizioni generali.
Co-morbilità: ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, intolleranza glucidica, ipotiroidismo iatrogeno, dislipidemia, discoartrosi multipla, recente artroprotesi di anca destra effettuata due anni orsono.
In trattamento farmacologico con Cordarone 1 cp al mattino, Pantorc 40 1 cp, Totalip 20 1 cp, Eutirox 50 1 cp, Coumadin secondo INR.

Motivo del consulto

Da oltre un mese, lamenta dolore inguino-crurale a sinistra in corso di deambulazione o nella stazione eretta prolungata, dolore che recede completamente in posizione seduta e distesa.

Esame obiettivo

Nulla apparentemente di neurologico.
Rachide atteggiato in lieve postura L/S con lieve scoliosi dorso-lombare e rettilineizzazione della lordosi lombare. Tratto L/S: ridotta la flessione anteriore, ma soprattutto limitata e dolente è l'estensione.
Coxo-femorali: articolarità non limitata a destra; a sinistra la flessione è ridotta (100°), così come l'intrarotazione; FABER test dubbio. Nulla alle sacro-iliache. Nulla in sede gran trocanterica. Lieve retrazione dei muscoli ischio-crurali; Valsalva e Lasègue negativi; Wasserman dubbia a sinistra. Non segni radicolari agli arti inferiori. Non deficit sensitivo-motori. Riflessi muscolari torpidi (ma elicitabili con m. di Jendrassik).
Deambulazione con zoppia di fuga a sinistra.

Imaging

RMN cervicale lombare (2014): "Ernie discali multiple in sede cervicale con riduzione del canale vertebrale; disidratazione diffusa discale lombare con ernia discale L5-S1 e stenosi del cv lombare superiore..."

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Rx bacino (2014): “Nulla da segnalare” *(fig. 1)*.

Diagnosi

Ipotesi diagnostica:

1. *Sindrome irritativa L2-L3 di sinistra in soggetto con stenosi del canale vertebrale lombare alto*
2. *Osteocondropatia/edema osseo della testa del femore di sinistra*

Proposta terapia farmacologica con Deltacortene 25 mg 1 cp (a scalare, ogni 5 gg a ½ cp, indi a ¼ cp, poi a ¼ cp a gg alterni per una settimana) nell’ipotesi si trattasse di una stenosi del canale vertebrale lombare alto (vedasi RMN e obiettività). Veniva comunque richiesta una Rx bacino che evidenziava solo lievi segni di coxartrosi sinistra (foto 1).

Al controllo del 30.08, nonostante alla obiettività ci fosse un miglioramento dell’estensione del tratto L/S, si richiedeva una RMN del bacino che confermava l’edema della testa femorale *(fig. 2)*.

Si consigliava riposo (ridurre la deambulazione allo stretto necessario) e terapia con alendronato 70 1 cp alla settimana, Vit. D e calcio per 3 mesi.

Fig. 1

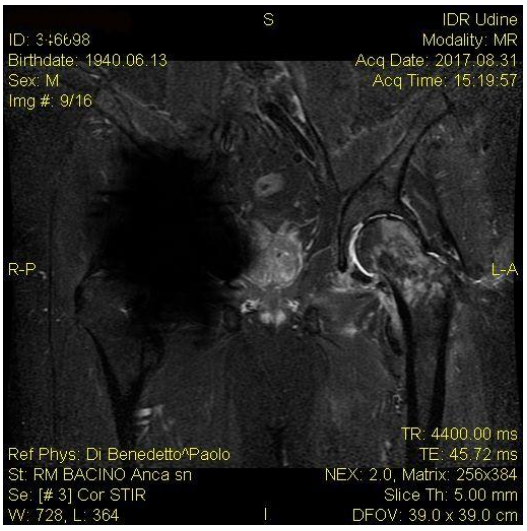


Fig. 2

Bibliografia

1. Hofmann S, Engel A, Neuhold A, Leder K, Kramer J, Plenk H. Bone-marrow oedema syndrome and transient osteoporosis of the hip An MRI-controlled study of treatment by core decompression. J Bone Joint Surg Br. 1993 Mar;75(2):210-216.
2. Massara A, Orzincolo C, Prandini N, Trotta F. Le osteoporosi transitorie regionali. Reumatismo. 2005 Jan-Mar;57(1):5-15.
3. Meizer R, Meraner D, Meizer E, Radda C, Landsield F, Aigner N. Outcome of painful bone marrow edema of the femoral head following treatment with parental iloprost. Indian J Orthop 2009 Jan;43(1):36-39.
4. Berman N, Brent H, Chang G, Honig S. Transient osteoporosis: not just the hip to worry about. Bone Rep. 2016 Oct 15;5:308-311.
5. Iannò B, De Gori M, Familiari F, Pugliese T, Gasparini G. Transient osteoporosis of the hip with a contralateral delayed involvement: a case report. Clin Cases Miner Bone Metab. 2017 Jan-Apr;14(1):83-86.
6. Di Benedetto P, Masè N. Osservazioni cliniche sull’osteoporosi transitoria dell’anca. Eur Med Phys. 1991;27:179-180.

La sindrome di Morton

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Giovane signora di anni 38 con dolore alla pianta de piede destro da oltre due mesi.

Un anno prima aveva lamentato una sintomatologia attribuibile ad un neuroma di Morton al piede sinistro, risolta con un trattamento infiltrativo (due infiltrazioni a distanza di 3 settimane con lidocaina 1 ml e triamcinolone 0,5 ml pari a 20 mg).

Il dolore al momento della visita era localizzato al calcagno (lateralmente) ed alla fascia plantare laterale di destra. Si diagnosticava una "fascite plantare" dopo aver visionato le radiografie dei piedi (effettuate un anno prima)

Nessun risultato con applicazione locale di ghiaccio e FANS per 7 gg. Pertanto si effettuava un trattamento proloterapico e si consigliava rivalutazione dopo tre settimane.

Al controllo la signora riferiva di lamentare ancora dolore al piede destro, ma il dolore era ora localizzato alle teste metatarsali III-V con irradiazione parestesica alle ultime due dita. Interpellata in merito alla presenza o meno del segno della vetrina, la signora ne riferiva una occasionale.

Esame obiettivo

Piede destro lievemente pronato.

Non dolore in sede di fascia plantare destra.

Test di Mulder positivo (dolore vivissimo alla compressione delle teste metatarsali ed alla digito-pressione a livello dello spazio fra III e IV raggio metatarsale di destra).

Null'altro da segnalare.

Diagnosi

Verosimile neuroma di Morton in soggetto con recente fascite plantare.

Trattamento

Effettuata una infiltrazione a livello del IV spazio metatarsale (con la stessa modalità di cui in anamnesi).

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Follow-up

Ad un mese dalla infiltrazione la sintomatologia era assai attenuata.

Si davano indicazioni, in caso di recrudescenza, in merito alla effettuazione di una ecografia "dinamica" e, eventualmente, di una RMN.

Bibliografia

1. Williams THD, Robinson AHN. Entrapment neuropathies of the foot and ankle. Orthop Trauma. 2009 Dec 1;23(6):404-411.
2. Hauser RA, Hauser MA, Cukla JJ. A retrospective observational study on Hackett-Hemwall dextrose prolotherapy for unresolved foot and toe pain at an outpatient charity clinic in rural Illinois. J Prolotherapy. 2011;3(1):543-551.
3. Waldman SD. Atlas of common pain syndromes. 3 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
4. Pomeroy G, Wilton G, Anthony S. Entrapment neuropathy about foot and ankle: an update. J Am Acad Orthop Surg. 2015 Jan;23(1):58-66.
5. Naraghi R, Bremner A, Slack-Smith L, Bryant A. The relationship between foot posture index, ankle equinus, body mass index and intermetatarsal neuroma. J Foot Ankle Res. 2016 Dec 1;9:46.

Decreto Appropriatezza

David A. Fletzer

Roma

CONSIDERAZIONI GENERALI con POSSIBILI SUGGERIMENTI su DECRETO APPROPRIATEZZA

Nel complesso DOCUMENTO MOLTO GENERICO E CHE QUINDI RISCHIA DI CREARE RETI RIABILITATIVE ANCORA PIÙ DIFFERENZIATE NELLE VARIE REGIONI O PROVINCE AUTONOME. Inoltre a volte mi sembra che ci si preoccupi maggiormente delle esigenze della struttura che non del PAZIENTE.

Pag. 5 e 6 – Spesso si fa riferimento al PIANO di Indirizzo per la Riabilitazione e si cita TEAM o PRI o PERCORSO RIABILITATIVO UNICO ma non si dice mai chi è il responsabile dell'uno e dell'altro come invece si dice espressamente nel PIANO. Per cui se lo si cita CITIAMOLO IN MODO COMPLETO e fra l'altro parlando di APPROPRIATEZZA non è secondario indicare bene chi è responsabile anche perché poi nel Decreto, più avanti – vedi pagina 16, viene detto.

Pag. 6 – Si dice applicazione disomogenea del PINDRIA ed allora avrei ricordato che quando la Conferenza Stato Regioni lo approvò nel febbraio 2011 predisse questo e PROPOSE ESPLICITAMENTE un OSSERVATORIO NAZIONALE anche di supporto per dare suggerimenti se chiesti dalle varie realtà territoriali e così sarà anche per questo Decreto se non si prevederanno CONTROLLI e SANZIONI per le anomale applicazioni, come per ogni norma legislativa.

Pag. 6 30° rigo – Si parla degli OBIETTIVI PREVISTI DAL PRI come definiti dalle LINEE GUIDA (LG). Avrei citato anche il PIANO che certamente rappresenta una realtà più aggiornata (13 anni fra il 1998 ed il 2011).

Pag. 7 – Si cita il NUOVI LEA come SENSIBILE PASSO AVANTI. Sono molto scettico su questa affermazione anche se è ovvio che è stato un PASSO AVANTI ma non certo SENSIBILE.

Pag. 8 – Si fa un esempio per la RIABILITAZIONE ESTENSIVA (anziano con esiti frattura di femore). Questo esempio sarà preso dalla periferia come un DECLASSAMENTO della RIABILITAZIONE nelle disabilità da patologie orto-traumatologiche. Per essere più esaustivo e completo avrei fatto anche esempi per MDC 1-4-5 ovvero di disabilità da patologie neurologiche/cardiologiche/pneumologiche.

Pag. 8 17° rigo – NON AVREI SCRITTO quella O ma avrei lasciato solo la E in " IMPEGNO VALUTATIVO e/o TERAPEUTICO". Questo potrebbe portare a prevedere reparti di RICOVERO solo per aspetti VALUTATIVI (e questo non mi sembra un LIVELLO DI GRANDE APPROPRIATEZZA NELLA RETE RIABILITATIVA di RICOVERO O RESIDENZIALE).

Pag. 8 – Si conferma la classificazione con ICD9, nonostante i vari accenni saltuari all'ICF ed al metodo bio-psico-sociale.

Pag. 8 – Si parla della possibile UNA SOLA REMUNERAZIONE PER IL PERCORSO. Il rischio è che alcuni calcoleranno una remunerazione a DRG di PERCORSO con però percorsi differenziati fra Regione e Regione. Questo concetto è utile se effettivamente esistesse dappertutto una RETE ORGANICA e quindi prima cercherei di ottenere in tutta Italia quello che vorrebbe fare questo Decreto e poi parlerei di remunerazione.

Pag. 8 – Si dice "necessità di identificare il soggetto responsabile della organizzazione e gestione del percorso stesso" AVREI SPECIFICATO che SE STRUTTURA questo deve essere il DIPARTIMENTO e se PERSONA deve essere il RESPONSABILE DEL PRI ovvero il MSR.

Pag. 9 – Si conferma che il ricovero è stato garantito dal PRIVATO ACCREDITATO per il 75,1% con punte del 92% in una regione e questo non è un QUADRO DI RETE EQUILIBRATA e lo AVREI AFFRONTATO perché se non vi è una giusta competizione o preferisco dire EQUILIBRIO è difficile garantire la qualità. I cartelli rappresentati da POCHI GRUPPI non sempre tutelano i diritti dei pazienti.

Pag. 16 quintultima riga – Si dice che l'avvio dagli ospedali per acuti alla rete riabilitativa è garantito da una competenza MEDICO-SPECIALISTICA RIABILITATIVA OVE POSSIBILE. Penso che se si parla di VERA APPROPRIATEZZA non si possa non parlare di almeno 1 unità medica specialista in riabilitazione per scegliere il giusto setting dopo l'acuzie anche alla luce di una OFFERTA COSÌ COMPLESSA della RETE RIABILITATIVA (56 a/b/c-75-28-DHR-DSR-DOMICILIO-AMBULATORIO-STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI-STRUTTURE SOCIOSANITARIE ecc.).

Pag. 17 – Si prevede che i ricoveri da domicilio non devono superare il 20%. Come si inquadrano i RICOVERI DA DOMICILIO FUORI REGIONE. Rientrano in quel 20%.

Pag. 17 – Nei requisiti per l'accesso appropriato avrei fatto alcuni esempi per chiarire espressioni generiche già indicate nelle LG e nel PIANO.

Pag. 18 – Valutazione risultati ottenuti deve essere eseguita prima (72 ore) della dimissione. AVREI DETTO NELLE 72 ORE PRECEDENTI LA DIMISSIONE per evitare un termine perentorio.

Pag. 19 – I permessi temporanei devono essere VALUTATI CONGIUNTAMENTE con L'EQUIPE DEI SERVIZI TERRITORIALI. NON LO VEDO SEMPRE FACILE (avrei previsto un obbligo di risposta da parte dei servizi territoriali per le proposte ospedaliere al riguardo) e si dice al 4 rigo che devono essere dichiarati nel PRS ma forse direi anche nel PRI.

Pag. 19 – Questa considerazione vale per tutti i livelli di ricovero dove è indicato un orario giornaliero. Si cita che l'orario giornaliero può essere anche settimanale. Il rischio potrebbe essere che una struttura faccia le ore settimanali in 1 o 2 o 3 accessi di personale assunto a prestazione mentre questa soluzione potrebbe essere di garanzia del paziente quando questo, per esempio, in 1-2-3 giorni non può fare la riabilitazione per problemi clinici o di accertamenti da effettuare ma il testo cita questo caso e l'orario settimanale non mi sembra collegato solo a questa ipotesi.

Pag. 19 – Rapporto paziente-operatore PREFERIBILMENTE 1 a 1; quel preferibilmente vuol dire tutto e nulla. Avrei messo una percentuale massima o quando si possono verificare rapporti diversi da 1 a 1, come d'altro canto alcune Regioni hanno già previsto.

Pag. 19 – Altre scale validate NE AVREI FATTO UN ELENCO.

Pag. 21 – Auspicabile che la stessa struttura garantisca 56a-56b-56c. Questo farà sparire probabilmente i reparti pubblici presenti negli ospedali per acuti.

Pag. 21 – La struttura deve attenersi, come previsto... PURCHÈ LE RACCOMANDAZIONI RISULTINO ADEGUATE ALLA SPECIFICITA' DEL CASO CONCRETO. È come aver detto TUTTO E NIENTE.

Pag. 22 – I posti letto ospedalieri di riabilitazione estensiva dovrebbero essere prevalentemente UTILIZZATI PER I PAZIENTI CON PATOLOGIE DISABILITANTI ORTOPEDICHE. Mi sembra una affermazione NON APPROPRIATA in quanto ci sono casi di disabilità da patologie ortopediche gravi e disabilità da patologie neurologiche o cardiologiche o respiratorie di gravità media-minima. Si torna a parlare di categorie patologiche piuttosto che di PERSONE NEL LORO CONTESTO FAMILIARE-LAVORATIVO e SOCIALE? Un vero approccio BIOPSICOSOCIALE!

Pag. 23 – La valutazione sulla appropriatezza del ricovero in riabilitazione intensiva ad alta specializzazione è effettuata dal MSR... Ma è stato detto prima che negli ospedali per acuti non è indispensabile avere il MSR la cui presenza c'è OVE POSSIBILE. Per me in ogni ospedale per acuzie ci deve essere almeno un MSR.

Pag. 23 – Che fine hanno fatto le unità spinali unipolari?

Pag. 23 – Unità operative di riabilitazione purché dotate di specifiche competenze TROPPO GENERICO. AVREI INDIVIDUATO UN NOME TIPO CENTRO SPINALE o UNITÀ SPINALE che si aggiunge alle USU e avrei previsto anche un codice tipo 28 b mentre le unità spinali sono 28a

Pag. 24 – Pazienti ventilati possono accedere all'US ma la gestione deve avvenire in collaborazione con la TERAPIA INTENSIVA. LA TERAPIA INTENSIVA PUO'/DEVE STARE NELLO STESSO OSPEDALE CON LA Unità Spinale. Rimane questo dubbio mentre io lo avrei definito.

Pag. 24 – I pazienti da domicilio possono entrare nelle US senza un limite in percentuale. In questo modo si rischia che la US NON ABBIA poi POSTI LIBERI PER NUOVI PAZIENTI

PROVENIENTI DALL'EVENTO INDICE. Le USU o US dovrebbero avere sempre un posto libero per le Persone provenienti dal DEA.

Pag. 24 – Omogenizzerei il 4.1.3 con il 4.2.3 molto più preciso e dettagliato.

Pag. 25 4° rigo – "ribadito dal Piano di Indirizzo" MI SFUGGE NON MI RISULTA.

Pag. 25 – Si possono considerare appropriati anche i trasferimenti da altro codice 75 per avvicinamento e facilitazione del reinserimento nel luogo di residenza. LO AVREI PREVISTO ANCHE PER IL CODICE 28.

Pag. 28 – Linee di indirizzo del 2011 NON SI CHIAMA LINEE ma PIANO. Almeno usiamo i termini corretti.

Pag. 28-29 – Avrei affrontato argomento TRASPORTO PAZIENTE o mettendolo a carico del DHR oppure avrei invitato le strutture a creare convenzioni con ditte per il trasporto in quanto il trasporto è spesso un problema.

Pag. 29 – Fondamentale acquisire le valutazioni già fatte. GIUSTO MA NON FACILE per cui avrei previsto la procedura per attuare questa affermazione altrimenti si rischia di scrivere bei concetti che poi in molti scasi resteranno inattuati e fra 10 anni ce ne lamenteremo.

Pag. 29 – Un contatto diretto con l'equipe del reparto di dimissione, comunque utile, può risultare INDISPENSABILE. Giusto ma non sempre facile e quindi sarei stato meno intransigente nell'uso di quel INDISPENSABILE ed avrei indicato la procedura come nell'osservazione precedente

Pag. 30 – il MSR, all'approssimarsi delle dimissioni del paziente del reparto di riabilitazione, attiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali. AVREI AGGIUNTO IN COLLABORAZIONE O MEDIANTE L'ASSISTENTE SOCIALE.

Pag. 31 – CASO NON COMPLESSO avrei messo il TEMPO che nel PINDRIA è segnato.

Pag. 31 – In presenza di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie per l'erogazione di semplice terapia fisica strumentale non è necessaria la redazione di un PRI. **Non sono d'accordo alla luce di tutti i possibili effetti collaterali della terapia fisica** (le terapie efficaci hanno anche effetti collaterali; solo ciò che non fa nulla non fa nemmeno male).

Pag. 31 – RIABILITAZIONE DOMICILIARE... o mantenimento funzionale definito nel PRI. NON AVREI MESSO SOLO QUESTA VOCE NEL PRI MA TUTTO QUELLO CHE È SCRITTO ANCHE PRIMA.

Pag. 31 – AVREI PREVISTO COME ASSOLUTA NECESSITA' od OBBLIGO IL MSR nelle UNITA' di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.

Pag. 32 – ... evitare la selezione dei pazienti all'ingresso LO AVREI PREVISTO IN TUTTI I SETTING.

Pag. 33 10° rigo – Si parla di TEAM RIABUILITATIVO MULTIPROFESSIONALE. Avrei indicato i COMPONENTI DEL TEAM sempre per evitare INTERPRETAZIONI che poco hanno a che fare con l'appropriatezza riabilitativa.

Pag. 33 – L'accesso ai trattamenti socio-riabilitativi deve essere autorizzato dalla ASL di RESIDENZA. Capisco benissimo ma prevedrei un automatismo in caso di non risposta alternativa in caso di diniego perché con ASL fuori regione non è sempre facile tale procedura.

Pag. 33 – Per il regime semiresidenziale avrei pensato al trasporto tipo invito alle strutture a creare convenzioni con ditte per il trasporto.

Pag. 34 penultimo rigo – Avrei inserito le tipologie professionali da includere nelle dotazioni.

Pag. 35 – La presenza di analoghi servizi per la disabilità dello sviluppo in età adulta. POCO CHIARO. COSA SI INTENDE?

Pag. 36 – APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE. Avrei indicato le figure.

Pag. 36 quintultima riga – Valutazione domiciliare ed eventuale adattamento degli ambienti MOLTO GENERICO.

Pag. 38 ultime 2 righe – Avrei aggiunto CON INTEGRAZIONE NELLA RETE RIABILITATIVA CON LE REGOLE DEL PIANO DI INDIRIZZO O NELLA RETE SOCIO-SANITARIA PREVISTA DALLE LG.

Lo Studio Professionale in Attività Sanitarie della Riabilitazione 15 anni dopo: la preveggenza di alcuni fisiatri e la cieca ottusità di altri

Morena Ottaviani

C.M.R. Centro Medico Riabilitativo - Casarza Ligure (GE)

C'era una volta una Fisiatra che, dopo aver ricevuto una mail con una Newsletter in cui si faceva riferimento ad un sito il cui nome era *Fisiatria Italiana*, iniziando a sbirciare tra le pagine di tale sito, trovò un articolo che la incuriosì ed iniziò a leggere.

Lo studio professionale*: è il luogo in cui il singolo professionista esercita la propria attività professionale in maniera autonoma. Lo studio professionale può essere aperto con la comunicazione al Sindaco previa auto dichiarazione di svolgere esclusivamente in proprio l'attività professionale senza l'ausilio di mezzi e di personale. L'attività professionale deve assumere carattere di assoluta personalità non essendo consentito l'esercizio della stessa tramite un'organizzazione anche minima che travalichi il rapporto professionista/paziente. In questo senso non è consentita la presenza di dipendenti fissi che svolgano attività similare a quella di un centro di prenotazione. Inoltre non è altresì consentita la presenza all'interno dello stesso studio di altri professionisti che travalichino il rapporto uno a uno professionista/paziente. Nello studio professionale non è assolutamente consentito l'utilizzo di dispositivi medici che richiedano il rispetto della normativa di cui al DPR 14/01/97 requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici. Dal punto di vista strutturale lo studio deve avere un numero di locali che siano strettamente necessari per l'esercizio della propria professione individuale nei confronti del singolo paziente. In questo senso non è consentito l'utilizzo di palestre, spazi destinati al trattamento contemporaneo di più pazienti, pluralità di box.*

Lo studio professionale del professionista sanitario della riabilitazione*: fermo restando il rispetto dei principi e dei requisiti sopra descritti, nell'esercizio della propria attività professionale il professionista sanitario della riabilitazione è tenuto, nell'espletamento delle sue prestazioni, al rispetto dei limiti derivanti dal proprio profilo professionale. In particolare, la possibilità di esercizio da parte del professionista sanitario della riabilitazione è limitata "in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico". Pertanto, il professionista sanitario della riabilitazione dovrà svolgere i trattamenti di sua competenza solo ed esclusivamente entro i confini della diagnosi formulata dal medico e delle prescrizioni di cura da questo stabilite. Come per lo studio professionale del medico, il professionista sanitario della riabilitazione non potrà utilizzare alcun dispositivo medico che, oltre a comportare rischi per la salute del paziente, necessiti per la sua presenza ed il suo esercizio nello studio che*

quest'ultimo rispetti tutti i requisiti di cui al D.P.R. 14.01.1997. Come nello studio medico non è consentita la presenza contestuale di altro sanitario medico o professionista sanitarie della riabilitazione, anche nello studio professionale del professionista sanitario della riabilitazione vale il medesimo divieto. Infatti l'eventuale compresenza di altri soggetti configurerebbe necessariamente la sussistenza di un Ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitativa. In questo caso infatti non è più possibile configurare l'espletamento di una attività professionale resa in forma individuale, nel rispetto dei confini del relativo profilo professionale. Si è in presenza dell'Ambulatorio, pertanto, quando la struttura in cui si svolgono prestazioni di carattere sanitario è caratterizzata dalla complessità dell'insieme delle risorse (umane, materiali ed organizzative) utilizzate per l'esercizio delle attività. La violazione anche di uno solo dei precetti sopra esposti comporterà l'impossibilità di far rientrare la struttura del sanitario nell'alvo dello studio professionale, configurandosi la diversa fattispecie dell'ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitativa con la conseguente necessità della previa autorizzazione regionale e quindi del pieno rispetto della normativa che disciplina l'apertura e l'esercizio dell'Ambulatorio.

Rileggendo a distanza di anni queste righe e sapendo che nel marzo del 2018, è uscita la sentenza n. 29667 dalla Cassazione penale sez. VI (*N.B.:* a marzo saranno trascorsi ben TRE anni!!!) la quale sostanzialmente non fa altro che ribadire i concetti espressi dal Dott. UIiano con tanta chiarezza nell'articolo, due sono le emozioni (contrastanti) che emergono:

1. la profonda e cupa tristezza nel constatare che nulla è stato fatto per concretizzare quanto definito chiaramente nella Sentenza, di cui sarebbe stato utile far tesoro per mettere finalmente in chiaro ruoli, competenze e limiti nelle professioni riabilitative, sia Mediche sia Tecniche;
2. la gioiosa consapevolezza che, la lettura di quell'articolo mi ha aperto un nuovo panorama in cui ho avuto l'opportunità di incontrare Colleghi con la "C" maiuscola, che probabilmente si mettono meno di altri sotto i riflettori dello Showbusiness Riabilitativo, ma non per questo hanno uno spessore minore: ANZI, tutt'altro. E altrettanto gioiosa è la consapevolezza di aver riconosciuto ahimè anche il vero volto di altri colleghi i quali, una volta spenti i riflettori, dimostrano di essere ormai solo esclusivamente attaccati alla poltroncina che occupano. Nelle loro vene, l'animosità che caratterizza i Riabilitatori, quelli veri, quelli che "ci" credono da sempre e "ci" credono ancora, è stata sostituita dalla "Sindrome del politico": quadro clinico largamente diffuso nel nostro Paese, che raramente si risolve con una *restitutio ad integrum*.

Ci amareggia infatti dover riconoscere che purtroppo nulla è cambiato da quando sono state scritte le parole di Uliano e la conferma della Consulta di Stato: i Fisiatri che lavorano sul territorio nel mondo privato, accreditato o meno, continuano a dover combattere con una burocrazia soffocante e con l'onere di costi sempre maggiori, tuttavia indispensabili per mantenere gli standard richiesti dagli accreditamenti. Al contrario, qualsiasi tecnico della riabilitazione può inaugurare nel locale accanto uno studio di Fisioterapia, dove il Fisiatra o qualsiasi figura Medica sono inesistenti, dove vengono ignorate leggi e normative ma ci si arroga impunemente la diagnosi di disabilità e la prescrizione di trattamenti, o addirittura di esami di diagnostica e terapie farmacologiche. Ma dormite sonni tranquilli, ché tanto nessun organo ufficiale verrà a disturbare un'attività impropria anche se, dopotutto, maschera un abuso della professione medica.

Però noi siamo Fisiatri, di quelli che "ci" credono ancora, e quindi, dopo un 2020 che ha tradito le aspettative che in molti vi avevamo riposto, vogliamo esprimere fiducia ed ottimismo nei confronti del 2021 che verrà. E chissà che proprio dal 2021 non partano finalmente iniziative

per riconoscere, contenere questi abusi e restituire ad ogni singolo Professionista della Sanità la dignità che compete loro.

Buon 2021 a tutti!

Vision

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

La definizione europea della Disciplina – Lubiana, marzo 2003

- "Physical and Rehabilitation Medicine is an independent medical specialty concerned with the promotion of physical and cognitive functioning, activities (including behaviour), participation (including quality of life) and modifying personal and environmental factors.
- It is thus responsible for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation management of people with disabling medical conditions and comorbidity across all ages.
- Specialists in PRM have a holistic approach to people with acute and chronic conditions, examples of which are musculo-skeletal and neurological disorders, amputations, pelvic organ dysfunction, cardio-respiratory insufficiency and the disability due to chronic pain and cancer.
- PRM specialists work in various facilities from acute care units to community settings.
- They use specific diagnostic assessment tools and carry out treatments including pharmacological, physical, technical, educational and vocational interventions.
- Because of their comprehensive training, they are best placed to be responsible for the activities of multi-professional teams in order to achieve optimal outcomes."

Suggestioni

Domenico Uliano

Campobasso

- La Medicina Fisica e Riabilitativa: suggestioni per il futuro
- Piano d'indirizzo per la Riabilitazione
- Lo studio professionale in attività sanitarie della Riabilitazione
- Visita Fisiatrica ambulatoriale
- Attività ambulatoriali – Domenico Uliano, SIMFiR 2005
- Lettera ai Deputati su Chiropratica – Domenico Uliano, SIMFiR 4 dicembre 2007

Segue l'Ordine del giorno della Camera dei Deputati, approvato come raccomandazione e redatto sulla base delle indicazioni riportate nella lettera SIMFiR. Tutta la vicenda sembra molto attuale...

- La Camera 27 dicembre 2007
- Quaderni del Ministero della Salute n. 8, marzo-aprile 2011 – La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali
- Gli obblighi del Primario nella giurisprudenza e i profili di responsabilità – da Foglio informazioni ANPO
- *WHAT IS PM&R? E CHI É IL FISIATRA?*
- *DON'T TOUCH THE PHYSICAL IN "PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE"*

riceviamo dal Prof. Luigi Tesio

- *FISIATRI: È TEMPO DI DIRE CHI NON SIAMO – Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa – MR – 2017*

PRM in Europe

ESPRM

Physiatry is in Europe not a very old Discipline but precisely for this reason it has vigorous young roots. Its taproot – which as always in Medicine is part science, part research, a craftsman-like experience in the field, much inspection of human relationships with people and critical reflection – highlights the duality of the "Physical" component, meaning attention to the whole physical environmental context which interacts positively or negatively with the Person and his problems, and the "Rehabilitative" component, meaning the finalised aim of every intervention. (3,14).

The two components of this duality combine ever better, strengthening each other in research and in clinical practice. Precisely in the current transformation of health care demands they are showing their maximum potential and their enormous intrinsic value.

A traditional medical intervention concentrates only on the disease process. In contrast the clinical and research attitude of Physiatry never separates disease processes from the individual as a whole and his active and passive relations with his surrounding context; indeed the physiatric approach is based constantly on the awareness that the determining factor is precisely this relation and not the isolated biological conditions.

In a traditional medical intervention the evaluations and prognosis are based on an analytic separation of the single bio-pathological factors followed by their rational integration into an overall sum; in contrast, a primarily rehabilitative view leads to considering the whole (functional, emotional, motivational and behavioural) as the primum movens focusing the parameters for determining the modality, limits and aims of the care only on this. Since health status is the result of a complex and large number of different factors, the therapeutic pathway to reach the maximum possible levels of recovery and maintenance must be equally complex, synergic and multifactorial, despite the fact that sometimes the single pathological conditions have a serious and chronically progressive course, or even a dismal prognosis.

The central point (a tool and in the same time a goal) for PRM is the Individual Rehabilitation Plan which collects and distils all the previously mentioned concepts, and concretely expresses the true epicentric status that the Person must hold in all stages and in all interventions. The Individual Rehabilitation Plan represents the possible pathway for reaching an optimal state of well-being, participation and health; it combines the skills and duties of the various members of the Team (which is the indispensable Unit for rehabilitation care) and the different treatment settings and structures in the different periods of this process. The Individual Rehabilitation Plan defines, recapitulates and verifies the entire content of this tangible pathway towards recovery of as much autonomy as possible; it must, above all, be experienced and agreed by the Person, but it must also be based on precise and validated scientific elements. (4,7).

These cohesive elements, both on an individual level and at a population level, must represent the meeting point between scientific evidence and epidemiological evidence: a plan of Indicators of Health in different Countries (e.g. the European Community as a whole), a plan

that could, therefore, represent a well-founded and transparent list of the priorities of possible interventions in relation to their efficacy is undoubtedly a fundamental aim for us all.

From the point of view of health care there is a need for the diagnostic, prognostic and therapeutic evaluation to have a unifying capacity, collecting together all the different elements in order to best understand the way in which the different pathologies, biological, psychic, emotional, relational, and affective problems, the socio-cultural conditions and context can interfere with the Person's functions, potential and desire to recover Activity and Health.

PRM now is an independent medical specialty in all European countries, except Denmark and Malta but its name and focus varies somewhat according to different national traditions and laws. Training usually lasts for between four and six years depending on the country (UEMS Charter on Training, EC Directive 93/16/EEC, 5 April 1993). Specialists in PRM have freedom of mobility across UEMS member states, but require certification from their national training authorities. (10,13). Fields of competence are all aspects of Disability and limitation of Activity, caused by any pathology, in every age of patients. PRM Doctor is the only competent to offer a complete, efficacy/effectiveness care covering all aspects of problems of Disabled People, involving also family and care-givers and in relation to the contextual, relational, community factors.

The PRM specialist either performs the intervention aiming to solve the given problems or another team member may do so. In other settings the PRM-specialist will prescribe the therapy. Interventions include:

1. Medical interventions
   - Medication aiming at restoration or improvement of body structures and/or function, e.g. pain therapy, inflammation therapy, regulation of muscle tone, improvement of cognition, improvement of physical performance, treatment of depression;
   - Practical procedures, including injections and other techniques of drug administration;
   - Assessment and review of interventions;
   - Prognostication;

2. Physical Treatments
   - Manual therapy techniques for reversible stiff joints and related soft tissue dysfunctions;
   - Kinesiotherapy and exercise therapy;
   - Electrotherapy;
   - Others including ultrasound, heat and cold applications, phototherapy (e.g. Laser therapy), hydrotherapy and balneotherapy, diathermy, massage therapy and lymph therapy (manual lymphatic drainage);

3. Occupational therapy to a) analyse activities, such as those of daily living and occupation, support impaired body structures (e.g. splints), b) teach the patient skills to overcome barriers to activity of daily living (e.g. adjusting private facilities), c) train in the presence of impaired function and cognition and d) enhance motivation;

4. Speech & language therapy within the framework of complex specialized rehabilitation programmes;

5. Dysphagia management;

6. Neuropsychological interventions;

7. Psychological assessment and interventions, including counselling;

8. Nutritional therapy;

9. Disability equipment, assistive technology, prosthetics, orthotics, technical supports and aids;

10. Patient education;

11. Rehabilitation nursing.

Nowadays all these contents are really into the cultural basis and scientific knowledges , but not so clearly into practical and daily activity of every PRM Doctor in Europe: also the education curriculum in some Countries is not so common and commonly complete in every Countries. Unfortunately in few Countries remain the old and negative view to “divide” organs and apparatus, or ages and pathologies, so wasting the efficacy of PRM scientific and clinical approach. In some National Health Services (in southern and mediterranean part of Europe as Portugal, Spain, Italy, France, Grece but also in Belgium and Netherlands) these big errors (and horrors) are avoided since many years ago, and these National PRM Societies was the first in Europe. But now the development of researches, the necessity to demonstrate efficacy, scientific basis and evidences, the necessity to demonstrate results for people and for Community (also in relation to the increasing financial investments) according to Health, Authonomy and Participation, are supporting strongly our point of view in every country and situation. For example neurological rehabilitation (including Stroke, SCI or Brain Injury), cardiac or pulmonar rehabilitation, cancer or bladder rehabilitation are simply accepted only as parts in a global and synergetic approach and service defending and enhancing the unity of the disabled people.

In fact the most important point is the necessity to measure the results of any interventions and cares: only by this global approach and this unitary management is possible to evaluate the relationships between treatments (and costs) and effects for patients and community.

La radicolite, le dissimmetrie e la protesi di ginocchio

Morena Ottaviani

C.M.R. Centro Medico Riabilitativo - Casarza Ligure (GE)

Si presenta in visita una donna di 57 anni, con un'anamnesi sostanzialmente silente, ad eccezione di un intervento per sostituzione protesica del ginocchio destro nel 2016 e successiva revisione chirurgica dopo un anno; lamenta una persistente gonalgia destra, refrattaria alla terapia farmacologica ed alla terapia del dolore. La paziente produce numerosi accertamenti prescritti dal proprio Medico di Medicina Generale e dall'equipe specialista Ortopedica che ha effettuato gli interventi chirurgici: tutti gli accertamenti escludono il sospetto di una mobilizzazione della protesi, pertanto la paziente viene avviata al centro di terapia del dolore di riferimento. Inizia ad assumere farmaci antidepressivi ed oppiacei, ma il beneficio sperato non si manifesta. Viene pertanto alla mia osservazione, per la prima volta nello studio di uno specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

La signora è visibilmente obesa e deambula mostrando una evidente zoppia di caduta sull'arto portatore della protesi di ginocchio. Dopo aver ascoltato i dati anamnestici, indago il suo dolore che, da come viene descritto e data la sua localizzazione *("si presenta al ginocchio, ma poi scende lungo la gamba fino al piede e risale lungo la coscia fino all'inguine")*, presenta localizzazione metamerica e caratteristiche neuropatiche. La faccio accomodare sul lettino e inizio la valutazione. Le coxo-femorali sono libere con articolarità completa, ma la flessione in rotazione dell'anca destra provoca dolore a livello LS omolaterale. Al ginocchio destro si evidenzia una articolarità pressoché completa, non c'è segno di versamento articolare e la rotula è mobile; inoltre non sono evidenti segni di instabilità articolare. L'arto inferiore destro tuttavia è palesemente più corto del sinistro e, misurando i due arti considerando la spina iliaca antero-superiore ed il malleolo peroneale, la disimmetria corrisponde a 2 centimetri. Proseguendo la valutazione, emergono i segni clinici di una sofferenza radicolare subacuta verosimilmente della radice di L4-L5 a destra: positività dei segni di Valleix a destra e dello "Straight Test Release", riflessi osteotendinei profondi più deboli a dx, dubbia positività del test di Lasègue. La colonna lombo-sacrale dimostra una ridotta mobilità nella sua complessità, con contratture diffuse ai muscoli paravertebrali, dolenti alla palpazione. Chiedo alla Signora se ha mai avuto problemi alla colonna lombo-sacrale, e lei mi racconta una storia di lombalgie ricorrenti, mai trattate e sempre sottostimate rispetto al problema a carico della protesi di ginocchio.

Prescrivo immediatamente un rialzo di 1,5 centimetri da aggiungere alla scarpa destra, un esame radiografico della colonna (dal quale emerge un quadro di spondilosi con discopatie serrate tra L4 ed L5 e tra L5 ed S1) ed elaboro quindi un PRI per un quadro di radicolopatia L4-L5 destra.

Lungi da chiunque il supporre che il dolore alla base della decisione di posizionare una protesi al ginocchio in realtà avesse un'etiologia diversa dalla gonartrosi rilevata; tuttavia, di sicuro il quadro clinico progressivamente ingravescente che la paziente stava trascinando da almeno un

paio di anni può benissimo essere ricondotto alla zoppia di caduta che ha spalancato le porte alla radicolopatia, sicuramente coadiuvata dell'obesità presente.

La paziente ha eseguito quanto prescritto e la sintomatologia si è progressivamente attenuata. Adesso dovrà provvedere a rialzare tutte le sue calzature e, magari, in conseguenza del nuovo benessere acquisito, riuscirà ad impegnarsi nel perdere qualcuno dei chili in eccesso.

La reale importanza di questo caso clinico sta nel considerare che la persona che ci troviamo di fronte nelle vesti di paziente non è un singolo segmento anatomico ma è un corpo umano nella sua interezza e quindi per tale va considerato e, se è il caso (ma lo è sempre), visitato. Inoltre, mentre è fondamentale ascoltare il paziente e farci descrivere il suo sintomo nei dettagli, è altrettanto errato seguire le indicazioni "tecniche" che ci fornisce l'assistito: un dolore "al ginocchio", magari è idealizzato in quel punto proprio per tutte le traversie che il ginocchio ha subito nella sua storia clinica, mentre in realtà si estende ad altri distretti. Il più tipico esempio di "malinteso diagnostico" si ha nel caso in cui il paziente afferma di avere dolore alla spalla ma, quando gli si chiede di toccare la zona dolorosa, in realtà indica il trapezio: alla fine emerge clinicamente che non si tratta di una spalla dolorosa, ma di una cervicalgia, solo che nel frattempo è stata eseguita una ecografia di spalla anziché un esame radiografico della colonna cervicale. Ricordiamoci sempre che siamo noi i Medici e, proprio per questo motivo, dobbiamo visitare il nostro paziente per toccare con mano la sua disabilità e cercare di porvi rimedio nel miglior modo possibile.

Una frattura di femore misconosciuta

Accursio Miraglia

Centro Educazione Psicomotoria, Sciacca (AG)

A metà del mese di settembre viene a visita il sig. C. G, di 72 anni, riferendo di essere stato operato nel febbraio del 2020 di PTA ginocchio sinistro in seguito a patologia degenerativa artrosica. La sintomatologia che ha portato il paziente a sottoporsi a visita ortopedica era caratterizzata da gonalgia sotto sforzo e limitazione funzionale attiva a carico della medesima articolazione, algia alla coscia ed all'inguine omolaterale, sfumata zoppia a sinistra. Riferiva di essere stato sottoposto a fkt nell'immediatezza dell'intervento con beneficio. Il motivo del controllo a distanza era la persistenza della zoppia e della sintomatologia algica a carico della coscia sinistra. Il paziente lamentava anche qualche difficoltà nel vestirsi, ed in particolare nell'indossare calzini e scarpe, ed una lieve ipometria a carico dell'arto operato. Tuttavia, malgrado le riferite limitazioni, il paziente era autonomo: deambulava autonomamente, guidava, aveva trascorso l'estate andando regolarmente al mare, camminando sulla spiaggia e nuotando senza grosse difficoltà. In anamnesi risultava anche un vecchio trauma diretto all'anca sinistra del novembre 2019.

Il paziente giungeva a visita deambulando con appoggio monolaterale a destra ma riusciva anche a deambulare senza appoggio seppur, in tale occasione, si evidenziasse in modo chiaro la riferita ipometria. Il ginocchio operato si presentava fresco e asciutto, con articolarità attiva possibile da 0° a +100°. Non dolore era riferito alla mobilizzazione di rotula ed il deficit di forza residuo a carico dei muscoli attivatori di ginocchio era pari a 4/5 sulla scala MRC. La presenza di zoppia, ipometria, dolore inguinale e alla coscia sinistra poneva indicazione ad eseguire un esame obiettivo anche a carico dell'anca omolaterale. L'articolazione presentava limitazione funzionale dolente nelle rotazioni ed in flessione, oltre ad un deficit di forza quantificabile in 3+/5 sulla scala MRC.

Considerato il quadro anamnestico ed obiettivo si considerava indispensabile un'integrazione diagnostica con radiografia bacino x 1 sotto carico e radiografia articolazione coxo-femorale sinistra che evidenziava una pregressa frattura sottocapitata del femore sinistro con cranializzazione del frammento diafisario.

Il caso appare interessante perché il paziente ha condotto una vita pressoché normale per più di anno dopo un trauma che ha provocato una frattura sottocapitata.

Nei manuali le fratture del femore vengono classicamente distinte in fratture mediali, ovvero fratture che riguardano sostanzialmente il collo anatomico (fratture sottocapitate, al di sotto della testa) e fratture dei massicci trocanterici. La distinzione fra questi due tipi di fratture è dovuta al tipo di vascolarizzazione che si ha nell'epifisi femorale: la gran parte della vascolarizzazione riguarda i massicci trocanterici mentre all'epifisi vera e propria sono dirette soltanto piccole arterie che forniscono quindi un modesto apporto vascolare per una zona che tanto piccola non è; altro apporto vascolare arriva dal legamento rotondo tramite un'arteriola

che molto spesso è già compressa anche senza la presenza di traumi, quindi complessivamente l'epifisi prossimale vera e propria riceve poco sangue. Queste fratture sono dunque a più alto rischio di interruzione dei vasi retinacolari quindi hanno un più alto rischio di necrosi vascolare e di pseudoartrosi (ossia la mancata consolidazione anche circa dopo un anno dall'evento traumatico).

Ancora più singolare, quindi, appare che il frammento della testa non abbia subito un processo di necrosi.

Al momento il paziente, sottoposto a PTA anca sinistra il 28 settembre scorso sta bene, è in trattamento riabilitativo e sta rapidamente recuperando l'autonomia.

La Medicina Fisica e Riabilitativa è divenuta valevole per il punteggio delle graduatorie di Medicina Generale

Physical and Rehabilitation Medicine has become valid for the score of the General Medicine rankings

Giuseppe Cannata*, Elena Saccoliti, Concetta Ljoka, Calogero Foti

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Cattedra e Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale

Riassunto
Del tutto recentemente, la Regione Lazio ha incluso la Medicina Fisica e Riabilitativa tra le specializzazioni in discipline equipollenti ed affini a quella di Medicina Generale che fanno punteggio nella relativa graduatoria. Un riconoscimento del carattere olistico e bio-psico-sociale della Medicina Fisica e Riabilitativa, che la rende meritevole di essere considerata la "terza Clinica" e che va valorizzato al fine di promuovere la conoscenza e la cultura della disciplina tra i Medici di Medicina Generale.
Parole chiave: Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina Generale, graduatoria, punteggio, normativa.

Abstract
Quite recently, the Lazio Region has included Physical and Rehabilitation Medicine among the specializations in disciplines equivalent to and similar to General Medicine that score in the relative ranking. A recognition of the holistic and bio-psycho-social nature of Physical and Rehabilitation Medicine, which makes it worthy of being considered the "third Clinic" and which should be valued in order to promote knowledge and culture of this discipline among General Practitioners.
Key words: Physical and Rehabilitation Medicine, General Medicine, ranking, score, legislation.

Circa un anno fa, ai bei tempi in cui era ancora possibile "fare assembramento", ci eravamo incontrati *de visu* con tutto lo staff di Fisiatria Italiana in una tavola rotonda al fine di confrontarci e discutere in merito al futuro della Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) in Italia. Tra gli argomenti di discussione (che avevano posto anche le premesse per la trasformazione e l'implementazione del sito in rivista scientifica), si era convenuto su come il carattere olistico e bio-psico-sociale della MFR la renda meritevole di essere considerata la "terza Clinica" (accanto alla Clinica Medica e alla Clinica Chirurgica) e di essere inserita tra le specialità che fanno punteggio per le graduatorie di Medicina Generale (MG), al fine di promuovere la conoscenza e la cultura della Fisiatria fin dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dagli aspiranti tali, senza trascurare che questo ulteriore sbocco potrebbe rappresentare un altro incentivo ad entrare nella Scuola di Specializzazione.

In realtà nello stesso periodo la Regione Lazio, a nostra insaputa e senza sapere nulla della nostra tavola rotonda, nel suo Manuale d'uso della gestione graduatorie per MMG aveva

* Corresponding author: Giuseppe Cannata (giu.cannata@virgilio.it)

incluso la MFR tra le specializzazioni in discipline equipollenti ed affini a quella di MG che fanno punteggio nella relativa graduatoria.

Avendone dato notizia ai MMG in occasione di un recentissimo articolo pubblicato sulla rivista della loro Società[1], ci sembra doveroso metterne al corrente anche e soprattutto i colleghi Fisiatri che leggono la nostra rivista.

Storicamente la MFR si configurò come disciplina autonoma per iniziativa del Prof. Carlo Marino-Zuco, direttore della Clinica Ortopedica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Narra il Prof. Luigi Romanini[2]: "Ed è in questi anni che l'attività di Marino-Zuco si esplica anche aprendo grandi prospettive alla nuovissima scienza della terapia fisica e della riabilitazione motoria in ortopedia. Per sua volontà verrà istituito l'insegnamento di Terapia Fisica e Riabilitazione Motoria che nel 1980 diverrà di ruolo con la prima cattedra in Italia di tale specialità la cui direzione andrà per concorso a Marcello Pizzetti; per sua iniziativa, infine, nascono iniziative rivolte al recupero sociale e fisico dei motulesi".

La Scuola di MFR dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" venne fondata nel 1990 dal Prof. Ignazio Caruso, in un momento storico nel quale le scuole di specializzazione del settore sul territorio italiano erano poche e non ben distribuite tra nord e centro-sud. Il Prof. Caruso diede da subito un'impostazione formativa rivolta a tutti i campi della disabilità, quindi non solo ortopedica, che pure era l'area di sua provenienza.

Gli strascichi della consolidazione della MFR in un contesto ortopedico erano ben evidenti negli anni '90-'00, epoca in cui i tre autori senior (G.C., C.L e C.F.) conseguivano la specializzazione in MFR, in quanto essa non veniva considerata tra i titoli accademici e di studio valevoli per il punteggio per la formazione delle graduatorie di MG.

Tradizionalmente le specializzazioni valevoli per detto punteggio erano distinte in equipollenti e affini alla MG.

Fino al 2018, negli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i MMG, i titoli valutabili per la formazione delle graduatorie ancora distinguevano, tra i titoli accademici e di studio, la specializzazione o libera docenza in MG o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni (per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 2,00) e la specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di MG ai sensi delle vigenti disposizioni (per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 0,50).

Nel più recente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG del 2018, l'elenco dei titoli è stato riformulato e non distingue più tra discipline equipollenti ed affini, ma prevede indistintamente un unico punteggio per una "specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di MG ai sensi della normativa vigente" (per ciascuna specializzazione p. 0,50).

Il Manuale d'uso Ver. 1.0.0 della gestione graduatorie per MMG della Regione Lazio riprende fedelmente questa impostazione al titolo C4 "Specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di MG ai sensi della normativa vigente" ed allega un elenco di queste specializzazioni, tra cui c'è la MFR.

Come è arrivata la Regione Lazio ad includere espressamente la MFR tra le specializzazioni equipollenti ed affini a quella di MG? E a prescindere dagli elenchi delle specializzazioni equipollenti ed affini deliberati dalle singole Regioni e dall'ininfluenza di questa distinzione ai fini del punteggio nella graduatoria di MG, secondo la normativa nazionale la specializzazione in MFR è considerata equipollente o affine alla specializzazione in MG?

In realtà, nei decreti ministeriali che si sono susseguiti individuando le discipline equipollenti e affini "ai sensi delle vigenti disposizioni", non viene mai menzionata espressamente l'equipollenza o l'affinità tra la MG e la MFR.

Il D.M. 30 gennaio 1998, nelle tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale (Gazzetta Ufficiale [GU] Serie Generale n. 37 del 14-2-1998 - Suppl. Ordinario n. 25), individuava alla voce 15 "Medicina Interna" le seguenti specializzazioni equipollenti:

- Medicina Generale
- Clinica Medica
- Geriatria
- Geriatria e Gerontologia

Quindi per desumere le specializzazioni equipollenti e affini alla Medicina Generale si può far riferimento alla Medicina Interna.

Il contiguo D.M. 31 gennaio 1998, nella tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n. 37 del 14-02-1998 - Suppl. Ordinario n. 25), individuava alla voce 15 "Medicina Interna" le seguenti specializzazioni affini:

- Allergologia ed Immunologia Clinica ed equipollenti
- Angiologia ed equipollenti
- Cardiologia ed equipollenti
- Ematologia ed equipollenti
- Endocrinologia ed equipollenti
- Gastroenterologia ed equipollenti
- Genetica Medica ed equipollenti
- Malattie Metaboliche e Diabetologia ed equipollenti
- Malattie dell'Apparato Respiratorio ed equipollenti
- Malattie Infettive ed equipollenti
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza ed equipollenti
- Medicina dello Sport ed equipollenti
- Nefrologia ed equipollenti
- Oncologia ed equipollenti
- Reumatologia ed equipollenti
- Scienza dell'Alimentazione e Dietetica ed equipollenti

Gli stessi Decreti, alla voce 14 "Medicina Fisica e Riabilitazione", individuavano le seguenti specializzazioni equipollenti:

- Terapia Fisica e Riabilitazione
- Fisioterapia
- Medicina Fisica e Riabilitazione
- Fisiochinesiterapia
- Fisiochinesiterapia e Rieducazione Neuromotoria
- Chinesiterapia, Fisioterapia e Ginnastica Medica in Ortopedia
- Fisiochinesiterapia ortopedica
- Chinesiterapia
- Riabilitazione e Ginnastica Medica Ortopedica

e le seguenti specializzazioni affini:

- Geriatria ed equipollenti
- Medicina dello Sport ed equipollenti
- Reumatologia ed equipollenti
- Ortopedia e Traumatologia ed equipollenti

Le varie modifiche ai predetti decreti intervenute negli anni successivi non hanno apportato cambiamenti sostanziali a queste voci.

Il D.M. 22 gennaio 1999 (GU Serie Generale n. 32 del 9-2-1999) ha aggiunto Fisiatria e Medicina Riabilitativa ad Indirizzo Pneumologico alle specializzazioni equipollenti a Medicina Fisica e Riabilitazione.

Il D.M. 2 agosto 2000 (GU Serie Generale n. 193 del 19-8-2000), rettificato con D.M. 8 novembre 2000 (GU Serie Generale n. 285 del 6-12-2000) e del 27 dicembre 2000 (GU Serie Generale n. 6 del 9-1-2001) ha aggiunto Reumatologia e Allergologia ed Immunologia Clinica alle specializzazioni equipollenti a Medicina Interna e Neurologia a quelle affini.

Il D.M. 31 luglio 2002 (GU Serie Generale n. 208 del 5-9-2002) ha aggiunto l'affinità reciproca tra Medicina Fisica e Riabilitazione e Neurologia.

Il D.M. 23 marzo 2018 (GU Serie Generale n. 83 del 10-4-2018) ha aggiunto Medicina Fisica e Riabilitativa alle specializzazioni equipollenti a Medicina Fisica e Riabilitazione ed a Medicina dello Sport (a quest'ultima già risultava equipollente Medicina Fisica e Riabilitazione fin dalle tabelle del 1998).

A rigore tuttora non risulta equipollenza o affinità diretta della MFR con la Medicina Generale/Interna: però, in linea teorica, essendo MFR affine a Geriatria ed a Reumatologia, essendo Geriatria e Reumatologia equipollenti a Medicina Interna, ed essendo anche MG equipollente a Medicina Interna, ne consegue che MFR potrebbe essere considerata affine a MG già a partire dai D.M. 30-31 dicembre 1998. Alla stessa conclusione si perviene considerando che MFR è considerata equipollente a Medicina dello Sport e che quest'ultima è affine a Medicina Interna.

Questo ragionamento "transitivo", per quanto privo di valore giuridico ai sensi di quanto riportato nelle tabelle ministeriali, potrebbe essere stato il presupposto per l'inclusione della MFR nell'elenco delle specializzazioni equipollenti ed affini che costituiscono titoli accademici e di studio valevoli per il punteggio della graduatoria di MG nel Manuale della Regione Lazio.

La centralità della Persona e la visione olistica della stessa sono alla base dell'approccio globale in Riabilitazione. Il medesimo approccio multidimensionale è proprio della MG; il MMG si trova quotidianamente a fronteggiare non solo la moltitudine e la complessità delle patologie, ma anche le disabilità che esse determinano. La centralità della Persona è dunque il perno intorno al quale si svolge l'attività del MMG, il quale, a differenza dei Medici ospedalieri che entrano in contatto con il paziente nel momento dell'acuzie, conosce la storia clinica del paziente nella sua interezza, e non unicamente confinata all' evento precipitante.

Inoltre estremamente utile risulta essere per il MMG una maggiore conoscenza ed un consapevole accesso alle risorse della MFR, in particolare quelle non farmacologiche, per una migliore e globale gestione delle relative disabilità.

A prescindere che la distinzione tra equipollenza ed affinità risulta ormai ininfluente ai fini del punteggio nella graduatoria di MG, riteniamo giustificato sostenere che la prossima modifica alle tabelle ministeriali delle equipollenze ed affinità debba prevedere l'inserimento della MFR tra le discipline equipollenti o quanto meno affini alla Medicina Interna.

Nell'attuale programma del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, i classici insegnamenti di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica che coronavano il percorso di studi sono stati smembrati in Corsi Integrati denominati rispettivamente "Medicina Interna" e "Chirurgia Generale"; le "Cliniche", termine nel quale si identificava l'espressione massima dell'inquadramento globale del malato, sono state relegate al ricordo dei Corsi di Laurea di tempi ormai passati.

Tocca quindi proprio alla MFR, quale "terza Clinica", ristabilire la visione clinico-funzionale e olistica del malato, che rischia di essere persa con l'imperversante e parcellizzante tecnicismo in una Scienza che non potrà mai prescindere dai suoi aspetti umanistici.

Bibliografia

1. Cannata G, Saccoliti E, Ljoka C, Foti C. Medicina Fisica e Riabilitativa: nuovi aspetti di una disciplina di interesse per la Medicina Generale. Rivista SIMG 2020;27(4):25-32. Disponibile su: https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2020/04_2020/5.pdf
2. Romanini L. Storia dell'insegnamento ortopedico a Roma. Medicina nei Secoli Arte e Scienza 2005;17(1):41-64.

Conflitti di interessi
Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti
Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.

Contributi degli Autori
Tutti gli Autori hanno contribuito in egual misura all'articolo.

Richiesta indennità accompagnamento: il ruolo del Fisiatra

Francesca Santangelo[1], Accursio Miraglia[2]

[1]*Libero professionista, Sciacca (AG)*
[2]*Centro Educazione Psicomotoria, Sciacca (AG)*

L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica di assistenza non reversibile, erogata dall'INPS su richiesta a favore dei cittadini per i quali è stata accertata la totale inabilità lavorativa (100%), che siano residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età.

Per ottenere l'assegno in oggetto deve essere inviata l'apposita domanda e, accertata la sussistenza dei requisiti sanitari e amministrativi previsti, la prestazione economica viene corrisposta per 12 mensilità, a partire dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda o, eccezionalmente, dalla data indicata dalle commissioni sanitarie nel verbale di riconoscimento dell'invalidità civile inviato dall'Istituto. Il pagamento dell'indennità, pari a 520,29 euro per l'anno 2020, viene sospeso in caso di ricovero a totale carico dello Stato per un periodo superiore a 29 giorni.

Qualora la domanda venga respinta, contro il giudizio espresso dalla commissione medica dell'INPS è possibile promuovere ricorso giurisdizionale dinanzi al Giudice del Lavoro entro 6 mesi dalla notifica del verbale sanitario.

Le condizioni sanitarie previste per la concessione dell'indennità di accompagnamento consistono alternativamente nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero nella incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza.

Per "atti della vita quotidiana" si intendono quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente.

In particolare sono *atti elementari*: fare il bagno (ricevere assistenza nel lavare non più di una parte del corpo); vestirsi (escluso l'allacciarsi le scarpe); uso del gabinetto (recarvisi con ausili, pulirsi e rivestirsi da solo); mobilità (alzarsi e sedersi sulla sedia senza appoggiarsi, usare il bastone); continenza (controllo completo di feci ed urine); alimentazione (escluso il tagliare la carne).

Sono *atti strumentali* della vita quotidiana la capacità di usare il telefono, di fare acquisti e gestire il denaro, di preparare il cibo, di governare la casa, di cambiare la biancheria, di usare i mezzi di trasporto, di essere responsabili nell'uso dei farmaci, di essere capaci di maneggiare il denaro.

La giurisprudenza di legittimità ha chiaramente affermato che il beneficio spetta anche in caso di incapacità ad eseguire anche uno soltanto degli atti del vivere quotidiano, purché abbia cadenza quotidiana nella vita del paziente, come stabilito dalla Suprema Corte, che con sentenza n. 13362 dell'11 settembre 2003 afferma che "La situazione di non autosufficienza che è alla base del riconoscimento del diritto in esame è caratterizzata, pertanto, dalla permanenza dell'aiuto fornito dall'accompagnatore per la deambulazione, o dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente: in tale ultimo caso, è la cadenza quotidiana che l'atto assunte per la propria natura a determinare la permanenza del bisogno, che costituisce la ragione stessa del diritto".

È stato inoltre chiarito che non assume alcuna rilevanza ai fini del riconoscimento all'indennità in esame la circostanza che la necessità di un concreto e fattivo aiuto fornito da terzi sia perdurante per l'intera giornata potendo anche momenti di attesa, qualificabili come assistenza passiva, alternarsi nel corso della giornata a momenti di assistenza attiva, nei quali la prestazione dell'accompagnatore deve concretizzarsi in condotte commissive (Cassazione 5784/2003).

Occorre specificare che non sono solo le difficoltà motorie invalidanti a dare diritto all'indennità di accompagnamento e come le condizioni di invalidità che stanno alla base di tale diritto non vadano considerate solo come mera esecuzione di un compito motorio semplice, bensì come capacità di utilizzare tutte le apparecchiature e strumentazioni necessarie alla sopravvivenza e capacità di autodeterminarsi.

Con sentenza del **21.01.2005 n° 1268** la Suprema Corte Cassazione ha stabilito che "corollario delle diverse statuizioni dei giudici di legittimità è la configurabilità di un diritto all'indennità di accompagnamento in relazione a tutti quelle malattie che, per il grado di gravità espresso, comportano una significativa degenerazione del sistema nervoso ed una limitazione delle facoltà cognitive (ad es.: Alzheimer, gravi forme di vasculopatia cerebrale, ritardo psicomotorio, patologie psichiatriche ecc.), o significativi deficit motori (ad es.: Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, emiplegie ecc.), o che cagionano infermità mentali con limitazioni dell'intelligenza (ritardo psicomotorio) e che, nello stesso tempo, richiedono una giornaliera assistenza farmacologia al fine di evitare aggravamenti delle già precarie condizioni psico-fisiche nonché incombenti pericoli per sé e per altri (es. psicopatie con incapacità di integrarsi nel proprio contesto sociale, o forme di epilessia con ripetute crisi convulsive, controllabili solo con giornaliere terapie farmacologiche).

Sono queste condizioni patologiche che rendono a diverso titolo necessaria una continua assistenza giornaliera, giustificante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, in attuazione di quegli obblighi di assistenza sociale, il cui adempimento si mostra indispensabile per infermità che, come attesta la realtà fattuale, sono sempre più spesso destinate a gravare sulla vita delle famiglie che vedono uno dei loro componenti colpiti dalle suddette malattie.

In un siffatto contesto ricostruttivo va rimarcato come la capacità del malato di compiere gli elementari atti giornalieri debba quindi intendersi non solo in senso fisico, cioè come mera idoneità ad eseguire in senso materiale detti atti, ma anche come capacità di intenderne il significato, la portata, la loro importanza anche ai fini della salvaguardia della propria condizione psico-fisica.

Infine la Suprema Corte **(Corte di Cassazione, sez. VI Civile – L, ordinanza 22 ottobre – 27 novembre 2014, n. 25225) ha specificato che** l'inabile al lavoro, ma in grado di camminare, ha comunque diritto all'**accompagnamento** se necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi, di avere preparati i cibi e serviti, oltre che di aiuto per ogni operazione di governo della casa.

Al momento della presentazione della domanda amministrativa per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento la parte richiedente deve allegare la documentazione

sanitaria comprovante l'impossibilità del malato di deambulare o compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana. In tal senso occorre aver chiare le caratteristiche che tale documentazione deve avere: è di fondamentale importanza che la documentazione (preferibilmente di struttura pubblica) contenga delle relazioni corredate da un esaustivo esame obiettivo e, possibilmente, che venga evidenziata la necessità di assistenza continua per il malato; la documentazione strumentale, per quanto utile, deve essere considerata come un corollario alle certificazioni cliniche poiché è raro che referti di imaging, esami elettrodiagnostici, ematochimici (e altri) possano "certificare" la necessità di assistenza continua.

Non è infrequente che il soggetto adibito a giudicare i vari casi (commissioni INPS o Consulente tecnico d'ufficio nominato dal Giudice del Lavoro) e la relativa documentazione si trovi a visionare dei referti sostanzialmente inutili al conseguimento dello scopo. In tal senso anche le modalità di stesura del referto medico-clinico e le modalità di valutazione del paziente sono importanti.

Poiché il parametro da valutare è l'autonomia del paziente, è fondamentale che l'esame obiettivo non consideri "l'organo" malato ma il malato in sé, nella sua interezza e totalità. Appare consequenziale che la figura del Fisiatra, avendo un approccio olistico alla persona, possa essere centrale nella stesura di relazioni cliniche funzionali alla richiesta dell'indennità di accompagnamento, poiché ha competenze per valutare ed affrontare le problematiche relative alla limitazione dell'autonomia e della partecipazione del soggetto in relazione al proprio ambiente fisico, familiare, lavorativo e sociale.

Tempo Libero

David A. Fletzer

Roma

In questo periodo di lockdown ho ripreso il saggio "Essere amici" di Franco La Cecla che avevo letto a suo tempo in quanto regalatomi appunto da un amico e su cui mi ripromettevo da tempo di farne un post per consigliarlo ai lettori di questa rubrica.

Il prof. La Cecla, per chi non lo conosce, insegna antropologia visuale alla NABA di Milano ed ha insegnato alla Università Vita e Salute San Raffaele di Milano, allo IUAV di Venezia ed al DAMS di Bologna oltre che alla Università di Berkeley, all'EHESS di Parigi e all'UPC di Barcellona.

Già in copertina vi è una affermazione, anche provocatoria per alcuni lettori, che fa pensare ovvero L'AMICIZIA PRESUPPONE LA SUA REVOCA, NON È NÉ UN DIRITTO NÉ UN DOVERE.

Il saggio ha 13 capitoli oltre ad una premessa, una introduzione e delle conclusioni che iniziano sempre con 1 o 2 citazioni di grossi autori del passato (da Confucio ad Aristotele, da Euripide a Puskin ecc.) ed alla fine vi è una ricca bibliografia con 144 voci.

Non vi è una risposta a su cosa è l'amicizia ("variabile tutt'altro che universale, epoca per epoca, cultura per cultura" "non è peculiare agli umani; i cavalli, le galline e altri animali contraggono legami di amicizia") e non potrebbe essere altrimenti ma ci aiuta a conoscere nel tempo e nello spazio questo "fatto della vita... che pur praticandola rimane qualcosa di indefinibile e di difficilmente fissabile".

Curiosa è la nota del 1330 in *Ore d'ozio* di Kenko che scrive un elenco di sette persone che è bene non avere per amici (persone influenti o di alto rango, i giovani, gli uomini forti che non sono mai malati, gli uomini a cui piace il sakè, gli uomini fieri e coraggiosi, i falsi e gli avidi) e le tre categorie (persone che fanno regali, i medici ed i saggi) di cui è invece bene essere amici.

Solzenicyn affermava che l'amicizia non è una istituzione e non è più forte dei ruoli ma un legame che può scardinare i ruoli se lo si volesse.

Rispetto per esempio all'altro grande rapporto fra umani (l'amore) nella amicizia non si va né da un funzionario del Comune né da un prete per ratificarla; è una ricompensa dei viventi, che non bisogna aspettare anni o un'altra vita, pur non essendo una virtù e non è prevedibile.

Contrariamente all'amore appunto, l'amicizia, almeno nel mondo occidentale (in altre culture così non è, difatti, per esempio l'ortodosso moscovita Pavel Florenskij contrasse un matrimonio mistico con il suo miglior amico Sergej Troickij) non prevede riti per suggellarla, tipo cerimonie, promesse istituzionali o sigilli, anche se "la rottura di amicizie profonde durate anni fanno più male della fine di un amore". L'antropologo polacco Malinowski diceva nel suo diario "Sono terribilmente depresso e rattristato dal fallimento di questa amicizia, che mi era essenziale. La prima reazione di ritenermi responsabile di ogni cosa predomina, e mi sento «capitis diminutio», un uomo da poco, diminuito, di infimo valore".

La Cecla tratta appunto in un capitolo le possibili cause di rotture dell'amicizia come per esempio i cambiamenti di censo in quanto una condizione comune aiuta parecchio nonostante, aggiungo io, nella letteratura e nella cinematografia ci siano molte storie epiche fra amici di ceti opposti.

Ma di contro "Il bello di questo rapporto è che non tutte le amicizie sono importanti, non tutte ci cambiano, non tutte significano per noi la stessa cosa".

Oggi in molti social si richiede e si dà l'amicizia ma l'autore ricorda che social come Facebook appiattisce tutto, espropriandoci del lavoro vitale che è quello di intrattenere rapporti, la costruzione quotidiana della nostra socialità intima e allargata, "riduce l'amicizia a friendship" rischiando di creare "una solitudine affollata da spettri dell'amicizia". "Sbandierare il numero di amici, pensare che basti un like per diventarlo, che basti un contatto, significa umiliare il legame che l'amicizia costituisce nella società, ridurla a *gossip* e a *people*." Concetto che condivido in pieno e difatti nella mia esperienza di utilizzatore di social asocial spesso rispondo solo alle richieste che mi vengono preannunciate a voce proprio perché considero i messaggi via internet troppo anonimi e certamente ben lontani dai valori dell'amicizia.

Il testo affronta, come si nota fin dalla copertina e come ho già ricordato, la revocabilità dell'amicizia ovvero quando il rapporto si attenua, si trasforma in semplice conoscenza ovvero si raffredda e questo avviene quando qualcosa cambia in uno dei due amici, piuttosto che un semplice gesto od un singolo evento e difatti Cicerone ricorda nel suo *De amicitia* "spesso accade che gli interessi dei due amici non coincidano più o che le loro posizioni politiche non siano più le stesse".

Ma se è vero che le amicizie possono finire, Matteo Ricci nel suo *Dell'Amicizia* afferma addirittura che "una nazione può stare senza tesoro, ma non può stare senza amici" nonostante gli antropologi amazzonisti, come Santos-Granero nel *Of fear and friendship*, invece parlano del concetto di amicizia come predazione e cioè "un amico è una potenziale preda" (chi non ha mai sentito la battuta) e quindi affrontano il potenziale ambiguo presente nell'amicizia al punto che pure Cicerone si domandava come fosse possibile che un amico potesse diventare un nemico ("vecchi amici che diventano i nemici più acerrimi"). "Amici, non ci sono amici", la frase attribuita da Diogene Laerzio ad Aristotele, riassume il concetto che alla base di ogni amicizia può esserci una potenziale inimicizia.

La Cecla a pagina 56 ricorda che "C'è stato un momento nell'Italia accademica della fine degli anni Novanta in cui si praticava una **forma di predazione proprio nei confronti degli amici**. Con cinismo e crudeltà veniva perfino teorizzato lo sport di approfittare degli amici, di fare loro dei torti, di renderli subalterni alle proprie logiche di carriera. Era un mondo maschile spietato che non sapeva se non tradire l'amicizia, giustificando i tradimenti col dire «tanto tu sei amico, quindi mi capisci», (ovvero, aggiungo io, la famosa battuta sentita da molti almeno una volta nella vita e cioè «a chi dare le fregature se non agli amici»). Una logica al massacro che come risultato ha creato una generazione intellettuale in cui la lotta col coltello era l'unica possibilità. Ho sempre pensato che l'amicizia non si possa dare via in cambio di altro, che come dice Aristotele «gli amici sono beni» o, come sa il proverbio, **«chi trova un amico trova un tesoro», ma nel mondo accademico questo era (ed è) considerata pura ingenuità**." Nonostante ciò l'autore rammenta pure che "il rancore che si forma nelle rotture amicali è forse uno dei veleni peggiori della vita, qualcosa che se non curato ci accompagna per rovinare il resto degli anni."

Vi è anche un capitolo sulla diversità di specie molto interessante che lascio scoprire al lettore pur volendo ricordare le parole di Madame de Lambert "Ci si chiede se l'amicizia possa esistere tra persone di sesso diverso. È una cosa rara è difficile, ma questa amicizia è più affascinante... Talvolta simili unioni cominciano con l'amore e finiscono per trasformarsi in amicizia" anche se ritengo sia più verosimile l'inverso.

Se "Aristotele nell'*Etica nicomachea* insiste sul l'importanza per gli amici della contiguità e della frequentazione" "la presenza e la prossimità sono le condizione dell'amicizia, la cui energia si perde nell'assenza o nella lontananza", anche se era comprensibile in quella epoca dove la contiguità era la vicinanza mentre oggi in una società iperconnessa e globalizzata, dove in poche ore si può cambiare continente, l'affermazione del filosofo è meno verosimile, anche se Aristotele, secondo me, non aveva proprio torto perché è facile la fine di una amicizia quando non vi è più una qualsiasi forma di frequentazione.

Insomma un trattato interessante, stimolante ma anche molto attuale (pensiamo banalmente a tutte le discussioni fatte in occasione dell'ultimo Festival di Sanremo sui rapporti amicali fra il presentatore e Fiorello o con il cantante Tiziano Ferro) ma voglio finire con una citazione a cui credo fortemente ovvero **"L'amicizia va oltre l'estemporaneità della scomparsa. Essa non viene cancellata dalla scomparsa dell'amico o dell'amica, ma rimane fluttuante come garanzia di un mondo condiviso"**, ricordando espressamente **l'AMICO PASQUALE PACE**.

Dopo il periodo passato negli USA Gabriele Muccino, al suo dodicesimo lungometraggio, ha ripreso a fare film nello stile della commedia italiana che però affrontano grandi tematiche umane. Nel 2018 ha fatto "A casa tutti bene" che ricordo ha collezionato il maggior numero di spettatori nell'anno di uscita ovvero 1 milione e 430 mila persone, che affrontava il tema delle famiglie patriarcali ormai spesso dilaniate al loro interno e questo anno con questo film ha affrontato il tema dell'amicizia seguendo in 40 anni della loro vita 4 amici per la pelle interpretati magistralmente da Pierfrancesco Favino, Kim Rossi Stuart, Claudio Santamaria e Micaela Ramazzotti. Per chi ama il cinema riconosce molte scene (per esempio quelle della Fontana di Trevi e quelle in cui gli amici si ritrovano in una osteria romana ma non solo) in cui Muccino rende onore al grande Scola ed al suo capolavoro "C'eravamo tanto Amati" con la Sandrelli, Gassman, Manfredi e Stefano Satta Flores e francamente per chi ha amato Ettore Scola solo queste scene valgono il prezzo del biglietto. Come nella tradizione del grande cinema italiano i toni del racconto sono agrodolci e questo permette agli spettatori di discutere del film alla uscita magari al tavolo di una fiaschetteria romana e magari la sera di San Valentino (il film é uscito il 13 febbraio). Il film ha molti pregi fra cui un brano inedito di Claudio Baglioni da cui è tratto il titolo del film con una colonna sonora del pluripremiato Maestro Piovani. La storia, che si svolge nella capitale ed in parte a Napoli, parla appunto del TEMPO CHE PASSA e che inevitabilmente cambia le persone, compreso quelli che non vogliono cambiare, come il personaggio interpretato da Santamaria, che vogliono rimanere ai propri sogni dì gioventù. Una scena che più mi è piaciuta è quando verso la fine del film Paolo (interpretato da un bravissimo Kim Rossi Stuart) dice agli amici "Le cicatrici so' il segno che è stata dura, il sorriso è il segno che c'è l'abbiamo fatta!" facendo un verso con la mano che resterà nella poesia della storia cinematografica. Bravi Anche i 4 attori (Francesco Centorame, Andrea Pittorino, eccezionale interprete di Paolo, Matteo Del Buono e Alma Noce) che rappresentano i protagonisti da giovane e che effettivamente somigliano sorprendentemente ai 4 attori principali.

Purtroppo in questi giorni anche il cinema subisce gli effetti negativi del COVID19 con le sale chiuse in molte regioni italiane ma l'invito è di andare al cinema per chi vive nelle regioni dove non ci sono limitazioni, consapevoli, come negli anni del terrorismo, che il nostro vero nemico è chi/cosa vuole cambiare le nostre abitudini (cinema, teatro, musei, mostre, aperitivi, cene, gite, viaggi, lavoro ecc.) isolandoci a osservare il nostro ombelico.

Il 23 gennaio 2020 è uscito nelle principali sale cinematografiche il film FIGLI con Valerio Mastandrea, Paola Cortellesi, Stefano Fresi, Paolo Calabresi ed altri bravi attori italiani con la regia di Giuseppe Bonito. Ma parlando di questo film voglio parlare di MATTIA TORRE, che è stato lo sceneggiatore del film e da cui Mastandrea ha tratto pure il monologo "I figli ti invecchiano" recitato nella trasmissione "E poi c'è Cattelan" che vi consiglio di cercare su internet.

Mattia Torre, morto il 19 luglio 2019 a 47 anni, era uno sceneggiatore, commediografo e regista. Fra le sue sceneggiature la più nota, insieme a Vendruscolo e Ciarrapico, è stata quella della serie televisiva Boris ma che i lettori di questa rubrica troveranno nel secondo pezzo che ho scritto nel 2018, quando ho parlato delle serie televisiva "Linea verticale" trasmessa da Rai 3 e che racconta la storia di un malato di un tumore dell'apparato urinario, la stessa patologia che l'anno successivo porterà Torre a morire.

Vi invito a rileggere il mio commento positivo di quella serie televisiva per capire come mai sono andato a vedere questo film appena uscito.

Ho sempre pensato che per un film sono importanti sia gli attori che il regista ma specialmente la STORIA, i DIALOGHI ed il messaggio che lascia allo spettatore ed è per questo che penso che il cinema italiano ed in generale europeo (specie l'inglese ed il francese come lo spagnolo d'autore) sia uno dei più validi nel campo mondiale perché spesso noi vicariamo con la storia la mancanza di mezzi speciali straordinari tipicamente americani tipo Star Wars o Fast and Furious. E Torre è stato ed è un pezzo importante della creatività artistica italiana e quindi la sua scomparsa ha lasciato un grosso vuoto.

Ma torniamo al film il cui primo ciak è stato poco meno di 2 mesi dopo la scomparsa di Mattia e che merita forse di essere visto non in un momento di stanchezza psicologica ma in un pomeriggio/serata di stimolante riflessione sulla nostra epoca e sull'attuale momento della società italiana.

Uno spettatore anziano, seduto dietro me, diceva alla moglie che il film gli sembrava noioso e probabilmente si aspettava una commedia italiana leggera mentre il film, esilarante in tante scene, fa riflettere sui rapporti fra marito e moglie (quando il marito lascia la moglie a casa con il neonato per andare a lavorare correndo, come mai ha fatto, alla ricerca di un po' di tranquillità) e sul contrasto fra la generazione dei nonni e dei genitori (splendido il confronto aspro fra la Cortellesi e la madre che non vuole dedicare il suo tempo di pensionata nell'accudire il nipote per far tornare al lavoro la protagonista, una volta finito il periodo dell'aspettativa) rispetto alla gestione dei bambini ma anche sul drammatico calo della natalità nel nostro Paese (l'amico Fresi dice al protagonista Mastandrea "i genitori sono soli e non c'è nessuno che li aiuta veramente!" oppure la pediatra-guru quando dice ai due genitori riferendosi al secondo figlio appena nato " lui è ciò che voi decidete di essere"). Come sono magnificamente descritte le terrificanti feste con i genitori dei compagni di scuola o le stramaledette chat di classe, ma io direi in generale in quanto nascono chat per qualunque motivo.

Si ride ma anche ci si personifica con i vari personaggi per poi vergognarci se riusciamo a capire per pochi secondi che quelli che normalmente noi critichiamo non sono poi così tanto diversi da noi stessi. Ed è in questa la bravura di Mattia Torre che riesce a descrivere la realtà in modo comico ma senza eufemismi. Naturalmente nella riuscita del film vì è anche la bravura degli attori con una asciutta recitazione che riesce a rappresentare in modo comico ma anche spietato la realtà.

Come vedete nel mio ultimo post ho parlato del rapporto FIGLI-GENITORI parlando della splendida opera teatrale RE LEAR ed ora nuovamente con questo film di Mattia Torre e potrei concludere con la cinica frase di J. Paul Getty "Money isn't everything but it sure keeps you in touch with your children" ma penso che sia fondamentale parlare dei nostri FIGLI/GIOVANI

che rappresentano IL FUTURO, il futuro nostro e di questo Paese geriatrico, dove gli anziani, pur fondamentali, non vogliono mollare.

PREMI DAVID DI DONATELLO 2019

Mercoledì 27 marzo si è svolta, sui RAI 1 in prima serata, la consegna dei DAVID DI DONATELLO, gli Oscar italiani, e nonostante non abbia condiviso molte cinquine in varie categorie e molti premi assegnati certamente è stato uno spettacolo, anche internazionale vista la partecipazione di personaggi come Tim Burton e Ulma Thurman, interessante specie per chi ama il cinema.

I due film più premiati sono stati DOGMAN e SULLA MIA PELLE, entrambi legati a due fatti reali ovvero la storia del Canaro e di Stefano Cucchi.

Su questa rubrica ho già parlato del primo film e voglio ricordare quello che scrissi a suo tempo e che riaffermo.

"DOGMAN di Matteo Garrone con un fantastico Marcello Fonte. La storia si ispira ad un fatto realmente accaduto nel 1988 ovvero all'omicidio tramite lunghe e inenarrabili torture di Giancarlo Ricci da parte Pietro De Negri, detto il Canaro della Magliana. Ricordo che a suo tempo personalmente capii e condivisi nelle discussioni di quell'epoca l'esasperazione del mite Canaro sostenendo che era giusta la vendetta di chi aveva subito per tanto tempo vessazioni, ingiustizie e minacce. Il film non mi è piaciuto per il clima giustamente cupo e l'ambiente violento e degradato rappresentato, che certamente fanno capire bene il clima in cui era cresciuto il desiderio della vendetta. Come ho detto non mi è piaciuto il film ma certamente merita di andarlo a vedere per apprezzare il protagonista, giustamente premiato a Cannes con la palma d'oro. Marcello Fonte è splendido in questo film perché riesce ad esprimere magnificamente la mitezza e la semplicità del personaggio che poi esplode nell'orrore della vendetta omicida."

Non ho visto invece il secondo film perché la vicenda Cucchi mi colpì a suo tempo specie per il coinvolgimento nel primo processo di alcuni colleghi dell'ospedale Pertini di Roma e pur immaginando la loro innocenza seguii sulla stampa le loro vicissitudini e sofferenze di uomini e di professionisti, che a volte capita nel nostro mestiere (sbattuti sui giornali e sulle trasmissioni televisive del mattino o del pomeriggio come MOSTRI, rovinando professionisti e le loro famiglie, per poi essere riconosciuti innocenti dopo anni) e che quindi mi colpisce sempre lasciandomi una grande amarezza in bocca ed è per questo motivo che non sono voluto andare a vedere questo film. Naturalmente non condivido certamente il pestaggio subito dal fermato ma non vorrei che si generalizzasse in modo negativo sull'Arma dei Carabinieri, composta da tanti giovani che ogni giorno rischiano la vita per garantirci sicurezza e diritto.

Come vedete da questo Premio siamo arrivati a parlare di tante cose e questa è la MAGIA DEL CINEMA.

Non ho condiviso molti premi, come ho già detto, ma su due sono totalmente d'accordo l'ATTRICE PROTAGONISTA ad Elena Sofia Ricci per il film Loro 1 e 2 (impersonava il personaggio ispirato a Veronica Lario) di Sorrentino, assente purtroppo nella serata, ed il DAVID DELLO SPETTATORE, introdotto per la prima volta questo anno, ovvero il film con il numero maggiore di spettatori paganti, consegnato a Gabriele Muccino per il suo film A CASA TUTTI BENE, grande bel film con un cast spettacolare ed a cui avrei dato molti premi e che invece era assente in quasi tutte le candidature.

Con l'occasione ricordo due iniziative interessanti per chi frequenta le sale cinematografiche. Anche questo anno tornano i **CINEMADAYS (al cinema con 3€) al 1 al 4 aprile**.

La seconda è **MOVIE Ment** ovvero sale aperte e uscite di nuovi film anche nei mesi estivi. Nei tre mesi estivi (giugno, luglio e agosto) in Italia nel 2018 abbiamo avuto solo 16,6 milioni di spettatori medi rispetto ai 29,6 della Germania, ai 32,3 della Spagna e ai 59,6 della Francia.

Ricordo che negli anni del dopoguerra il cinema italiano è stato il SECONDO nel mondo dopo quello americano e quindi sarebbe bene che continuassimo a finanziarlo (i film italiani hanno rappresentato lo scorso anno il 34,84% di quelli andati nelle nostre sale con però solo il 24,16% degli incassi) ANDANDO MAGGIORMENTE AL CINEMA.

I GIGANTI DELLA MONTAGNA di Luigi Pirandello – con Gabriele Lavia – regia di Gabriele Lavia

Lavia è sempre stato interessato ai lavori di Pirandello ed in questa stagione teatrale all'Eliseo di Roma (questa è la stagione centenaria in quanto, pur essendo nato nel 1900 come Arena Nazionale in legno all'aperto per diventare il Teatro Apollo di muratura il 24/9/1910, prende il nome di Eliseo appunto nel maggio del 1918) è stato rappresentato I Giganti della Montagna, l'ultimo lavoro scritto dall'autore siciliano, che cominciò nel 1930-31 con il 1 atto, nel 1934 con il 2 atto e rimanendo incompiuto per la morte dello scrittore nel 1936. L' atto finale fu in parte ricostruito dal figlio secondo le intenzioni del morente Luigi Pirandello.

Nel recente lavoro di Lavia, che chiude la sua trilogia pirandelliana, dopo "Sei personaggi in cerca d'autore" e "L'uomo dal fiore in bocca... e non solo" (ovvero L'uomo dal fiore in bocca e altre novelle pirandelliane che affrontano il tema della donna e della morte), la rappresentazione segue il testo incompiuto ovvero con l'arrivo percepito dei Giganti.

Direi che per chi ha sempre amato il teatro italiano questa è una rappresentazione vecchia maniera (per esempio attori che recitano senza microfoni) e di grande effetto (ben 23 attori sul palcoscenico e con scenografie magiche). Probabilmente sono di parte amando Pirandello e Lavia ma penso che questo lavoro rimarrà nella storia del Teatro come "I Masnadieri di Schiller" o "Il Principe di Homburg", parlando di Lavia.

Penso che lavori come questi rappresentino la grandezza della cultura italiana che meriterebbe certo di uscire dai nostri confini perché lavori come questo sarebbero molto apprezzati in capitali europee e nordamericane e dimostrerebbero l'importanza del nostro Paese nel contesto internazionale.

Il dramma fu rappresentato per la prima volta a Firenze nel 1939 e viene ispirato a Pirandello da 2 sue novelle ("Lo Storno" e "L'Angelo centuno") e come in "Sei personaggi in cerca d'autore" è il teatro nel teatro.

Questa rappresentazione ha anche il merito di non vedere una separazione tra il palcoscenico e la platea al punto che sembra di vivere all'interno del lavoro pirandelliano. Tale dramma viene considerato un po' il testamento artistico dell'autore siciliano e difatti quando il protagonista Cotrone dice che nella vita si incontrano molte maschere ma pochi volti si riconosce appieno la filosofia di Pirandello.

Lavia parlando del protagonista ricorda che "è colui che vive rifugiato o emarginato nella propria illusione che il Teatro possa essere il Luogo Assoluto. Fuori da ogni contaminazione. Lontano da quei Giganti, da quelle *–forze brute-*, da quegli uomini (forse noi stessi!) che mettono paura solo a sentirli passare al galoppo!... I Giganti sono uomini che hanno dimenticato la coscienza della loro origine. Snaturati dal non voler conoscere se stessi. E dunque non possono far altro che continuare a uccidere la *–poesia originaria–* nata come specchio

dell'uomo... uccidere il Teatro". Ma il finale *non scritto* vorrebbe, afferma il regista, che fosse una speranza, meglio, una certezza laica, che "*la poesia non può morire*".

Certo non è un lavoro leggero da seguire ma ritengo utile segnalarlo in quanto ho trovato spesso nella vita di tutti i giorni più concreti i paradigmi apparentemente assurdi di Pirandello che le ipocrisie perbenistiche ed anche questa dramma può, oltre a darci un piacere estetico, aiutarci a capire la natura umana del nostro Paese.

Insomma se lo spettacolo viene nelle vostre città vi consiglio di non perderlo e magari sono graditi anche i vostri commenti.

AMATE I VOSTRI NEMICI – San Luca capitolo sesto

Oggi mi piace ricordare il Vangelo della VII domenica del tempo ordinario (S. Luca VI) perché sarebbe, forse dovrei usare "è" specie in una società sempre più urlata e dove prevale il potere e l'opportunismo più che la comprensione, molto utile per vivere meglio ma sono **parole molto difficili** e che a volte non riesco nemmeno a capire, pur cercando di applicarle, anche se molto raramente.

"Beati voi, che ora piangete,
perché riderete.
22 *Beati voi, quando gli uomini vi odieranno e quando vi metteranno al bando e vi insulteranno e disprezzeranno il vostro nome come infame, a causa del Figlio dell'uomo.* ***23*** *Rallegratevi in quel giorno ed esultate perché, ecco, la vostra ricompensa è grande nel cielo. Allo stesso modo infatti agivano i loro padri con i profeti.*
24 *Ma guai a voi, ricchi,*
perché avete già ricevuto la vostra consolazione.
25 *Guai a voi, che ora siete sazi,*
perché avrete fame.
Guai a voi, che ora ridete,
perché sarete nel dolore e piangerete.
26 *Guai, quando tutti gli uomini diranno bene di voi. Allo stesso modo infatti agivano i loro padri con i falsi profeti.*
27 *Ma a voi che ascoltate, io dico: amate i vostri nemici, fate del bene a quelli che vi odiano,* ***28*** *benedite coloro che vi maledicono, pregate per coloro che vi trattano male.*
29 *A chi ti percuote sulla guancia, offri anche l'altra; a chi ti strappa il mantello, non rifiutare neanche la tunica.* ***30*** *Da' a chiunque ti chiede, e a chi prende le cose tue, non chiederle indietro.*
31 *E come volete che gli uomini facciano a voi, così anche voi fate a loro.* ***32****Se amate quelli che vi amano, quale gratitudine vi è dovuta? Anche i peccatori amano quelli che li amano.* ***33****E se fate del bene a coloro che fanno del bene a voi, quale gratitudine vi è dovuta? Anche i peccatori fanno lo stesso.* ***34*** *E se prestate a coloro da cui sperate ricevere, quale gratitudine vi è dovuta? Anche i peccatori concedono prestiti ai peccatori per riceverne altrettanto.* ***35*** *Amate invece i vostri nemici, fate del bene e prestate senza sperarne nulla, e la vostra ricompensa sarà grande e sarete figli dell'Altissimo, perché egli è benevolo verso gli ingrati e i malvagi.*
36 *Siate misericordiosi, come il Padre vostro è misericordioso.*
37 *Non giudicate e non sarete giudicati; non condannate e non sarete condannati; perdonate e sarete perdonati.* ***38*** *Date e vi sarà dato: una misura buona, pigiata, colma e traboccante vi*

sarà versata nel grembo, perché con la misura con la quale misurate, sarà misurato a voi in cambio."

Alcune parole di Cristo sono comprensibili tipo "E come volete che gli uomini facciano a voi, così anche voi fate a loro" o "Non giudicate e non sarete giudicati; non condannate e non sarete condannati", come Papà Francesco ci ricorda continuamente per esempio quando disse "Chi sono io per giudicare un gay?" sull'aereo, di ritorno dal viaggio in Brasile nel luglio 2013.

Leggo e rileggo San Luca ma trovo sempre difficile questo testo e spero che la fede mi aiuti ad applicarle.

Non ho altri commenti ma volevo sottoporre ai lettori della rubrica queste parole in modo da dare la possibilità di una anche pur breve riflessione intima, sempre più necessaria nel nostro contesto assordante.

IMPARIAMO AD ASPETTARE

Amando la storia mi è capitato di seguire una puntata, su Rai-storia, sulla difesa strenua dei russi nei confronti dell'esercito tedesco nell'assedio/battaglia di Stalingrado che si svolse tra l'estate del 1942 e febbraio 1943e che certamente rappresentò un momento fondamentale della Seconda guerra mondiale.

In questa trasmissione è stata citata questa poesia "Aspettami ed io tornerò" dello scrittore russo Simonov (**Konstantin Michajlovič Simonov**, pseudonimo di **Kirill Michajlovič Simonov**), nato a Pietrogrado il 28 novembre 1915 e morto a Mosca il 28 agosto 1979.

Questa poesia (in questi tempi abbiamo bisogno sempre più di poesia, secondo me) non necessita di alcuna parola (tutta la poesia deve arrivare a ciascuno di noi senza alcun filtro o inutile commento) ma in un periodo storico di fastlife e dove la memoria di ogni tipo è completamente assente invitare ad ASPETTARE QUALCUNO CHE APPARENTEMENTE NON C'È PIÙ, stigmatizzando coloro che dicono "che è tempo di dimenticare" è uno splendido messaggio, vecchio ma anche moderno. Fermiamoci a volte per riflettere, pregare o cercare chi sta nella stanza accanto ma che non vediamo, accecati a volte dall'ambizione o dalla foga di accumulare potere e soldi.

Bisogna imparare, sapendo ricordare, ad aspettare perché il futuro parte sempre da quello che abbiamo vissuto e siamo le persone che abbiamo frequentato e continuiamo a frequentare, anche se non ci sono più.

Aspettami ed io tornerò di Konstantin M. Simonov

Aspettami ed io tornerò,
ma aspettami con tutte le tue forze.
Aspettami quando le gialle piogge
ti ispirano tristezza,
aspettami quando infuria la tormenta,
aspettami quando c'è caldo,
quando più non si aspettano gli altri,
obliando tutto ciò che accadde ieri.
Aspettami quando da luoghi lontani
non giungeranno mie lettere,
aspettami quando ne avranno abbastanza
tutti quelli che aspettano con te.

Aspettami ed io tornerò,
non augurare del bene
a tutti coloro che sanno a memoria
che è tempo di dimenticare.
Credano pure mio figlio e mia madre
che io non sono più,
gli amici si stanchino di aspettare
e, stretti intorno al fuoco,
bevano vino amaro
in memoria dell'anima mia…
Aspettami. E non t'affrettare
a bere insieme con loro.

Aspettami ed io tornerò
ad onta di tutte le morti.
E colui che ormai non mi aspettava,
dica che ho avuto fortuna.
Chi non aspettò non può capire
come tu mi abbia salvato
in mezzo al fuoco
con la tua attesa.
Solo noi due conosceremo
come io sia sopravvissuto:
tu hai saputo aspettare semplicemente
come nessun altro.

Dal 27 giugno al 27 luglio, quindi prorogata fino al 7 settembre per il gradimento e l'interesse riscontrato, si è svolta a Roma a piazza Navona, presso l'ambasciata brasiliana (precisamente presso la galleria Candido Portinari e la Biblioteca Tullio Ascarelli del palazzo Pamphilj), una

mostra di foto e video su Pelè e Garrincha in occasione dei campionati mondiali di calcio svoltisi in Russia.

Ora chi mi conosce si potrà stupire per questa recensione, visto lo scarso interesse mostrato dal sottoscritto per un gioco di 22 individui che corrono dietro un pallone ma in effetti non é vero che proprio mi disinteressa questo sport, anche alla luce del mio tifo per la Fiorentina, anche quando era scesa in serie C.

Ma il vero interesse per questa mostra, che poi ho visitato, è in effetti derivato dalla rivelazione che mi fece un giorno un sagace infermiere romano dicendomi il soprannome che era stato dato ad un noto Fisiatra e cioè lo chiamavano **Garrincha** per la sua **abilità nel dribblare** i problemi che il personale gli poneva. Non conoscevo quel giocatore brasiliano e mi rimase l'interesse nel conoscerlo e quindi quando ho visto il manifesto di questa mostra non sono riuscito a non andarla a vedere ripercorrendo le tappe di Pelè, il prodigioso fuoriclasse che ha segnato la storia calcistica e che ha saputo convivere con la propria fama sapendola gestire molto bene, e di Garrincha, che nonostante i suoi splendidi risultati sportivi fu schiacciato dal successo pur sapendo colpire i cuori di tanti tifosi per la straordinaria e triste storia di questo campione.

I due giocatori brasiliani giocarono insieme nella loro nazionale senza mai perdere una partita registrando 35 vittorie 5 pareggi, come ricorda Antonio Lombardo, collaboratore della Mostra e autore de *Il passerotto di Magé*, romanzo liberamente ispirato alla vita di Garrincha.

Ma i due importanti sportivi si sono anche spesso confrontati negli incontri, nel campionato brasiliano, fra le loro squadre di appartenenza, come nell'esempio della foto dove Pelè indossava la casacca del Santos e Garrincha quella del Botafogo.

Pelé é stato un giocatore molto arguto raggiungendo quasi la perfezione, al punto che nel video proiettato nella mostra sono raccolti anche i suoi errori pur sempre però espressioni di grandi abilità tecniche e quindi giustamente chiamato O Rei, la Pérola negra.

Mané Garrincha, fantasia ed estro pur soffrendo di problemi fisici, ha manifestato con i suoi straordinari dribbling il gioco del calcio più divertente ed allegro, tipico dei carioca.

La mostra presenta foto dei due campioni e dei campionati mondiali del 1958 svoltisi in Svezia (la 1 coppa Rimet vinta dal Brasile), del 1962 in Cile dove Pelé si infortunò alla seconda partita con la Cecoslovacchia e quindi Garrincha dovette diventare il leader della squadra che vinse così la sua seconda Coppa mondiale e Mané divenne il pallone d'oro ed il capocannoniere di quella edizione cilena.

La rassegna si conclude con le foto del terzo titolo vinto dal Brasile in Messico nel 1970 proprio contro l'Italia e dove Pelé si consacrò come mito.

E così uscendo dell'ambasciata conoscevo meglio una importante pagina del Paese sudamericano ma ho anche capito meglio le capacità di un Fisiatra romano e forse ho riconosciuto anche un altro Fisiatra in O Rei.

CIÒ CHE I FINZI-CONTINI NON VIDERO

Il 4 luglio su Repubblica a pagina 31 ho letto un interessante articolo di Ian Buruma, direttore della New York Review of Books, tradotto in italiano da Marzia Porta e che si intitola "Ciò che i Finzi-Contini non videro" e che vorrei proporre perché secondo me induce notevoli riflessioni ed indipendentemente dalle proprie convinzioni politiche.

"Paragonare i demagoghi di oggi a Hitler non è quasi mai una buona idea. Un atteggiamento simile banalizza gli orrori compiuti dal regima nazista e distoglie dai nostri problemi. Ammesso che l'allarmismo possa essere controproducente, occorre però domandarsi quando le democrazie siano davvero a rischio. Ciò che sino a pochi anni fa era inimmaginabile – un

Presidente USA che insulta gli alleati e loda i dittatori, definisce la stampa libera un nemico, mette in galera i rifugiati e toglie loro i figli – è diventato la norma. A che punto sarà troppo tardi per dare l'allarme? Su questa domanda sono stati scritti alcuni grandi libri. *Il Giardino dei Finzi-Contini,* capolavoro di Giorgio Bassani, descrive l'esistenza dei borghesi italiani durante il fascismo. Attorno a questi personaggi colti che danno per scontata la loro vita agiata, viene a stringersi lentamente un cappio ammantato di legittimità legale e sociale. Eppure essi non se ne accorgono. Il padre del protagonista si iscrive persino al partito fascista mentre i Finzi-Contini, più ricchi, si rinchiudono nella cerchia familiare, in un distacco aristocratico. Orgoglio e scarsa lungimiranza impediscono loro di vedere il pericolo, sino a quando non verranno deportati nei campi di concentramento.

L'altro grande libro incentrato sulla capacità umana di capire cosa sta accadendo è *Un tedesco contro Hitler*: l'auto biografia che Sebastian Haffner scrisse nel 1939, un anno dopo aver lasciato la natia Germania. Haffner – che all'epoca era uno studente di giurisprudenza – ebbe modo di assistere all'instaurarsi della dittatura nazista che, come nel clima opprimente dell'Italia dei Finzi-Contini, si insinuò progressivamente. E si accorse di come i suoi compagni di università, nessuno dei quali era nazista, avevano accettato ogni nuova decisione – l'applicazione delle leggi razziali, l'abrogazione della Costituzione e via dicendo-perché era stata presentata come legittima. Senza rendersi conto che era stato superato un limite invalicabile, di fronte al quale l'unica risposta adeguata è la resistenza o l'esilio. Haffner (che non era ebreo) se ne accorse e lasciò la Germania nell'anno in cui le sinagoghe furono date alle fiamme e gli ebrei cacciati dalle loro case. I Finzi-Contini sono probabilmente più numerosi degli Haffner. Dormire sonni tranquilli è difficile quando si vive in una condizione di allarme mentre quando il mondo ci appare normale-anche se non lo è-la vita è più semplice. Ci sono molti modi di nascondere la testa nella sabbia e diversi analogie accomunano la nostra epoca e l'Europa dei primi anni Trenta. Molti uomini d'affari, industriali e politici tedeschi (conservatori, ma non nazisti) pensavano che sarebbero riusciti a convivere con Hitler, a patto di poter trarre vantaggi economici dal suo governo. Egli non era che un volgare *parvenu*, dai modi di certo non raffinati, ma loro sarebbero riusciti a controllarlo.

La mancanza dì immaginativa è un altro dei motivi che impediscono alle persone di comprendere ciò che sta per accadere. **La conoscenza della storia può aiutarci a riconoscere alcuni modelli di comportamento che in passato hanno condotto alla tirannia**, come gli attacchi alla magistratura indipendente (aggiungo io vedi quello che sta succedendo in questo periodo in Polonia ed in Turchia). Tuttavia anche la memoria storica, che spesso si fonde con il mito, può compromettere la capacità degli uomini di vedere con chiarezza ciò che sta accadendo. Nei Paesi dove esiste una tradizione democratica é facile presumere che "qui non potrebbe mai accadere" perché "le nostre istituzioni sono troppo forti" o "il nostro popolo ama troppo la libertà" o una data nazione è "troppo civilizzata" o "troppo moderna" per scivolare nella barbarie. Simili errori di valutazione possono interessare tanto la sinistra quanto la destra conservatrice. Negli anni Venti sia i comunisti (su indicazione di Stalin) che i non comunisti si rifiutarono di difendere la fragile Repubblica di Weimar quando questa fu presa d'assalto dalla destra. Agli occhi dei comunisti, i democratici rappresentavano un pericolo più temibile dei nazisti, mentre gli intellettuali di sinistra erano distratti dall'ipocrisia e dalla corruzione dei partiti che avrebbero dovuto sostenere.

Donald Trump non sarà forse l'incarnazione di Hitler (aggiungo io certamente no ma forse più simile al Presidente americano Wilson durante la 1 guerra mondiale che pensava di poter fare a meno dell'Europa e che quindi permise dal 1914 al 1917 la carneficina umana di quella guerra), ma l'accettazione con cui i repubblicani hanno accolto ogni decisione che lo ha allontanato dalle norme democratiche, civili e liberali non lascia presagire nulla di buono. Così come la convinzione dell'estrema sinistra, secondo la quale Trump non è poi così diverso da

Clinton o da Obama, ma a differenza di loro è pronto a denunciare più sfacciatamente le ingiustizie del neo-liberalismo. In entrambi i casi, i pericoli rappresentati oggi dal populismo di destra sono sottovalutati o ignorati.

La stampa *mainstream*, tanto vituperata in quanto "nemica del popolo", è ancora solida, ma la sua influenza si va affievolendo (aggiungo io vedi la recente chiusura del Daily News, primo quotidiano nel 1919 in formato tabloid). Ciò che si legge sul New York Times o sul Washington Post ha una risonanza minore rispetto ai tweet presidenziali, che raggiungono senza intermediari milioni di persone e vengono poi ripresi dai programmi radiofonici o televisivi di parte. In una società polarizzata, i politici che agitano le masse facendo perno sulla paura e sul risentimento (aggiungo io che però è pure un profondo errore ignorare queste esigenze della base, sottovalutandole con tipico snobismo elitario) hanno maggiori probabilità di successo rispetto a personaggi meno appariscenti che tentano di fare appello alle nostre facoltà più razionali. I partiti politici che si oppongono alle tendenze anti-liberali si trovano in un serio impaccio: se reagiscono alla rabbia e all'idealismo spostandosi troppo a sinistra, rischiano di perdere i voti essenziali del centro. Se scelgono dei candidati centristi che propendono per delle riforme anziché per un cambiamento radicale, possono perdere l'appoggio dei giovani più infervorati.

Eppure le libertà vanno difese e per poterle difendere con efficacia occorre riuscire a vedere le minacce. Il momento in cui la gente smette di credere che sia ancora possibile fermare i demagoghi è già troppo tardi."

Penso che questa lettura possa essere stimolante. Io stesso non condivido alcuni pareri espressi dall'autore ma capisco che bisogna stare attenti nei distinguo in quanto poi il passo verso la dittatura è molto breve e non penso tanto al nostro Paese, anche se siamo ad 80 anni dal manifesto sulla razza fatto da intellettuali e scienziati compiacenti e poi adottato dal regime fascista, ma ad altre realtà europee, già nel passato inneschi di guerre mondiali.

David A. Fletzer

LETTERA DI GRAMSCI AL FRATELLO PIÚ GIOVANE CARLO IL 12 SETTEMBRE 1927 DAL CARCERE DI SAN VITTORE
frasi attuali eticamente e ottime per una riflessione sotto l'ombrellone

Il 4 luglio su Repubblica mi è capitato di leggere la rubrica "Le lettere di Corrado Augias" dove è riportata in parte la lettera di Gramsci al fratello Carlo e **pur essendo lontano anni luce dal pensiero gramsciano e dalla sua ideologia mi è piaciuta molto** per il valore etico che ho ritrovato e per la speranza per il futuro che spesso ho perduto e quindi riporto qui alcuni passaggi significativi che appunto mi hanno colpito.

"Mi pare che siano quasi 22 anni da che ho lasciato la famiglia; da 14 anni poi sono venuto a casa solo due volte, nel '20 e nel '24. In tutto questo tempo non ho mai fatto il signore; tutt'altro; ho spesso attraversato dei periodi cattivissimi e ho anche fatto la fame nel senso letterale della parola... Io ebbi una stanzetta che aveva perduto tutta la calce per l'umidità e aveva solo un finestrino che dava in una specie di pozzo, più latrina che cortile. Mi accorsi subito che non si poteva andare avanti... Incominciai col non prendere più il poco caffè al mattino, poi rimandai il pranzo sempre più tardi e così risparmiavo la cena. Per 8 mesi circa mangiai così una sola volta al giorno e giunsi alla fine del 3° anno di liceo, in condizioni di denutrizione molto gravi... Non so come ho fatto a dare gli esami, perché sono svenuto due o tre volte... **Mi sono convinto che anche quando tutto è o pare perduto, bisogna rimettersi tranquillamente all'opera, ricominciando dall'inizio. Mi sono convinto che bisogna sempre contare solo su se stessi e sulle proprie forze; non attendersi niente da nessuno e quindi non procurarsi delusioni**.

Che occorre proporsi di fare solo ciò che si sa e si può fare e andare per la propria via. La mia posizione morale è ottima: chi mi crede un satanasso, chi mi crede quasi un santo. Io non voglio fare né il martire né l'eroe. **Credo di essere semplicemente un uomo medio, che ha le sue convinzioni profonde, e che non le baratta per niente al mondo**."

Mi sono ritrovato in molte delle sue parole e penso possa aiutare noi tutti in una riflessione estiva sul presente a tutti i livelli.

HOTEL GAGARIN e DOGMAN: dal cinema che realizza i sogni al film ispirato alla storia violenta di 30 anni fa

Da poco è uscito il film Hotel Gagarin di Simone Spada, che debutta nella regia dei lungometraggi, con Giuseppe Battiston, Claudio Amendola, Luca Argentero, Barbora Bobulova, Silvia D'Amico, Philippe Leroy e Caterina Shulha. Il film si svolge in Armenia e precisamente sul lago di Sevan, vicino al confine con l'Azerbajgian con cui l'Armenia è ancora in guerra dopo il conflitto fra il 1992 ed il 1994 scatenatosi in conseguenza della dichiarazione d' indipendenza, avvenuta il 6 gennaio del 1992, della Repubblica del Nagorno Karabakh. Il conflitto armato con migliaia di morti si è svolto tra il gennaio 1992 e il maggio 1994, nella piccola enclave del Nagorno Karabakh, nel sud-ovest dell'Azerbaigian, tra la maggioranza etnica armena della nuova Repubblica, sostenuta dalla Armenia, e l'Azerbaigian, dopo il dissolvimento dell'Unione Sovietica.

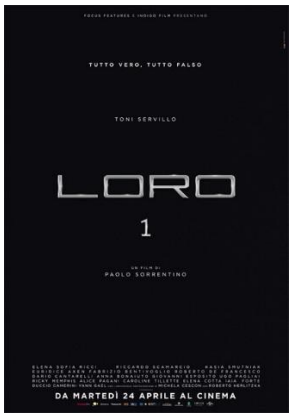
Sono un amante dell'Armenia e del popolo armeno che ha vissuto da parte dei turchi di un genocidio di cui non di parla mai abbastanza e tuttora il confine fra la Turchia e l'Armenia è chiuso ed è tenuto sotto il controllo dall'esercito russo. L'Armenia è un magnifico Paese per i suoi splendidi paesaggi e rivederlo nel film trasmette la voglia di andarci o tornarci. Ma il film è per i cinefili che amano l'arte del cinema, strumento per realizzare i sogni o comunque per SOGNARE e difatti i protagonisti, una sgangherata troupe cinematografica, bloccati appunto al hotel Gagarin dalla guerra, decidono di attuare nella finzione cinematografica le richieste dei cittadini locali di vivere finalmente i propri sogni, fantasie di gente schietta e buona nella propria semplicità. E cosa é appunto la grandezza del cinema se non vedere storie inventate o storie vere i cui retroscena sono sempre misteriosi e che al cinema possono essere spiegati: una

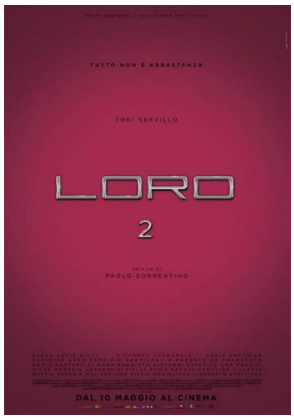
realtà scenica che va dai supereroi alle storie dei veri eroi, dalla fantascienza alla storia passata, dagli amori ai grandi difetti umani, come l'odio, l'invidia, la cattiveria.

Un mondo semplice che spesso non conosciamo più e che quando lo riscopriamo riusciamo ad apprezzarlo più della realtà moderna, basata solo sui valori economici e di potere, per i quali siamo disposti a perdere il senso reale della VITA UMANA. Tanti film hanno trattato in qualche modo del cinema e vorrei ricordare solo NUOVO CINEMA PARADISO di Tornatore ma Hotel Gagarin è una piacevole commedia su questo argomento che mi sento di consigliare.

Noi tutti sogniamo quando stiamo davanti ad uno schermo, piccolo o grande, per esempio quando vorremmo incontrare nella nostra realtà il dottor Kildare o il dr Who o il dr. Douglas di ER o anche semplicemente il dr. Martini del Medico in famiglia piuttosto di qualche collega che senza nemmeno visitarci o ascoltarci pontifica con la propria boriosa sentenza in una visita di nove minuti di media (Repubblica del 23 gennaio 2018 pagina 6).

E parlando dell'uomo semplice voglio ricordare un altro film italiano, in questi giorni nelle sale, DOGMAN di Matteo Garrone con un fantastico Marcello Fonte. La storia si ispira ad un fatto realmente accaduto nel 1988 ovvero all'omicidio tramite lunghe e inenarrabili torture di Giancarlo Ricci da parte **Pietro De Negri**, detto il **Canaro della Magliana**. Ricordo che a suo tempo personalmente capii e condivisi nelle discussioni di quell'epoca l'esasperazione del mite Canaro sostenendo che era giusta la vendetta di chi aveva subito per tanto tempo vessazioni, ingiustizie e minacce. Il film non mi è piaciuto per il clima giustamente cupo e l'ambiente violento e degradato rappresentato, che certamente fanno capire bene il clima in cui era cresciuto il desiderio della vendetta. Come ho detto non mi è piaciuto il film ma certamente merita di andarlo a vedere per apprezzare il protagonista, giustamente premiato a Cannes con la palma d'oro. Marcello Fonte è splendido in questo film perché riesce ad esprimere magnificamente la mitezza e la semplicità del personaggio che poi esplode nell'orrore della vendetta omicida.





LORO 1 – LORO 2 – SI MUORE TUTTI DEMOCRISTIANI – IN ITALIA VIOLARE LA LEGGE CONVIENE. VERO!
3 film ed 1 libro per riflettere sulla nostra etica

In questi giorni al cinema sono presenti 3 film che in qualche modo affrontano la **crisi morale della società italiana e del livello di corruzione presente diffusamente in Italia** e se è etico fare il bene con risorse ottenute tramite il male.

Direi anche, ma questa è una personale lettura che non c'entra con i 3 film, "É giusto combattere il male usando i suoi stessi strumenti?"

Ma parliamo dei 3 film di cui due sono del regista, premio Oscar con "La grande Bellezza", Paolo Sorrentino e cioè **LORO 1 e LORO 2**, una libera interpretazione della vita di Berlusconi e che mostra un Paese dove la droga serve per togliere inibizioni etiche e si utilizza sesso per vincere appalti o divenire eurodeputati o far carriera nel mondo del cinema e delle televisioni. Una Italia apparentemente lontana da quella del dopo-guerra di De Gasperi, Nenni, Pertini e Moro, di cui questo anno è il quarantesimo dell'omicidio suo e della sua scorta e che probabilmente merita una riflessione a parte.

Un dopoguerra che ha portato un grosso benessere economico e un periodo lungo di pace che il nostro continente non ha mai conosciuto ma che ha visto crescere nel nostro Paese illegalità e una corruzione di base, dove prevale praticamente in tutti l'eticità della raccomandazione e del MI MANDA PICONE (altro film spettacolare), dove per avere una carta d'identità o anche una visita medica scrupolosa, pur essendo a pagamento, bisogna conoscere l'amico dell'amico. Insomma un risvolto di tipo corruttivo del famoso NON SA CHI SONO IO.

Questi film di Sorrentino affrontano venti anni della nostra storia tramite la vita di Silvio e di Veronica, dove per solo poter parlare con LUI si era disposti (uomini e donne) a tutto. Nessuna coercizione ma uno spontaneo desiderio di poter essere **il vassallo del potente di turno** e questo lo si vede non solo nei corridoi politici ma anche, per restare nel nostro mondo, in quelli delle università, dei reparti di cliniche private o di ospedali.

Sempre meno meritocrazia e sempre più Yesmen per gestire un proprio utile/affare. I due film non passeranno alla storia del cinema italiano ma certo può essere utile andare a vederli per una riflessione con se stessi ovvero su quanta corruzione ha invaso le nostre cellule, sperando di avere ancora una propria coscienza che ci faccia vedere cosa non è corretto in noi.

Il terzo film è SI MUORE TUTTI DEMOCRISTIANI diretto da ll Terzo Segreto di Satira (Pietro Belfiore, Davide Bonacina, Andrea Fadenti, Andrea Mazzarella e Davide Rossi) che tratta della storia di tre colleghi e amici da una vita che ricevono una offerta che potrebbe finalmente permettere loro di attuare i loro sogni. Una società onlus, che si occupa di immigrazione, li ingaggia per fare un documentario, offrendogli un importante compenso economico. I problemi nascono quando il capo della onlus viene coinvolto in uno scandalo di riciclaggio di denaro e truffa ai danni degli immigrati. Il dilemma dei tre ragazzi è lineare ma complesso ovvero sono disposti a rinnegare tutto ciò in cui hanno sempre creduto nel nome di "una buona causa"? È moralmente accettabile fare cose pulite con soldi sporchi?

Il giornalista Peter Gomez, interpretando se stesso, si chiede nel film "E poi anche se sono soldi sporchi, in Italia chi ti scopre?!" E qui si potrebbe parlare dei tempi della giustizia e di chi ha veramente interessi che la giustizia sia lunga e quindi inefficace (se la giustizia non è veloce in un paese dai mille condoni serve a poco). Ho grande stima dei magistrati che fanno un lavoro veramente difficile in quanto giudicare è certamente una azione molto complessa e non sopporto spesso quella critica generalizzata a questi professionisti, sotto per giunta la scusa ipocrita del garantismo. Ed allora dopo questi 3 film vorrei consigliare l'ultimo libro del giudice Piercamillo Davigo " In Italia violare la legge conviene. VERO!", dove è triste leggere " in Italia a rispettare le leggi sono i fessi, a violarla i furbi". D'altro canto è consuetudine dire che le leggi si interpretano con gli amici e si applicano con i nemici. Sempre Davigo ricorda in una recente intervista che negli USA Madoff fa una catena di Sant'Antonio e viene condannato a 155 anni che sta scontando mentre in Italia il suo reato sarebbe finito in prescrizione per cui un truffatore fra i possibili 155 anni di galera e niente dove dovrebbe andare, secondo Voi, se volesse fare una truffa.

Gesù (Luca 6,41), oltre 20 secoli fa, ci insegnava "Perché guardi la pagliuzza che è nell'occhio del tuo fratello e non ti accorgi della trave che è nel tuo occhio?"

GIUDIZIO UNIVERSALE. Michelangelo and the secrets of the Sistine Chapel

Dal 15 marzo all'Auditorium di via della Conciliazione (realizzato dai famosi architetti Piacentini e Calza-Bini nel 1948-50) di 1750 posti a Roma è in scena il nuovo spettacolo di Marco Balich (già curatore dello spettacolo di inizio delle Olimpiadi invernali di Torino del 2006 e delle Olimpiadi di Rio del 2016) su Michelangelo.

Uno spettacolo stile nord-americano, tipo quelli dei famosi parchi divertimento statunitensi, che certamente affascina per la tecnologia usata con proiezioni a 270°, immersività e proiezioni di luci veramente spettacolari. Spettacolo in italiano od inglese a secondo dei giorni di proiezioni con però la possibilità per turisti di altri paesi di prendere audioguide in otto altre lingue. Quindi uno spettacolo rivolto al pubblico italiano ma specialmente alle comitive straniere che vengono a visitare la capitale e che certamente restano affascinati dalle bellezze del nostro Rinascimento.

Lo spettacolo tratta della vita artistica di Michelangelo e parte proprio dalla scelta dei marmi per il suo David, conservato all'Accademia di Firenze, e riguarda principalmente i desideri di Papa Giulio II di lasciare alla umanità una bellezza indescrivibile ovvero la CAPPELLA SISTINA, voluta da Sisto IV della Rovere, con gli affreschi di Michelangelo per la volta fino ad arrivare a Clemente VII che commissionò proprio a Michelangelo nel 1536 l'enorme affresco del Giudizio universale.

Lo spettacolo molto stelle e strisce, come dicevamo e nel senso migliore della parola, con un budget di 9 milioni di euro ha un Dream Team con Metcalfe alle musiche, Vacis alla supervisione teatrale, Halle per il video design, Nikolau alle coreografie, la Helbek come co-regista, con Favino che presta la voce a Michelangelo e tema musicale principale di Sting.

Ma se la parte spettacolare è stata molto curata, non da meno è stata presa in considerazione la consulenza scientifica affidata ai Musei vaticani che hanno potuto fornire immagini ad altissima risoluzione della cappella SISTINA. Questa collaborazione è iniziata con il precedente Direttore, Antonio Paolucci, già 3 anni fa e continuata con l'attuale Direttrice Barbara Jatta, e che ha visto anche l'intervento di Mons. Nicolini e di Mons. Viganò, prefetto della Segreteria per la comunicazione del Vaticano.

Uno spettacolo, con 40 mila prevendite e 15 mila studenti prenotati ancora prima del debutto, che certamente sarà nella storia degli eventi nazionali e che negli anni farà dire IO L'HO VISTO e che comunque ha il merito di far risaltare uno dei principali capolavori della storia artistica umana e che certamente incoraggerà ancora di più a far percorrere allo spettatore quel chilometro che separa l'auditorium con la Cappella ricostruita elettronicamente dalla vera Cappella Sistina.

Insomma se capitate a Roma andate a vederlo.

TORNA anche nel 2018 CINEMADAYS a 3 €

Dopo il successo delle edizioni precedenti torna **Cinemadays**: l'iniziativa che prevede il biglietto d'ingresso nelle sale cinematografiche a soli **3 euro**. L'iniziativa prevede l'ingresso scontato a tre euro in tutti i cinema d'Italia aderenti in tre diversi periodi: **dal 9 al 12 aprile, dal 9 al 15 luglio e dal 24 al 27 settembre**. E poi dal 9 al 15 agosto per sette giorni nelle sale si terranno proiezioni di anteprime della nuova stagione cinematografica. L'iniziativa è promossa dal Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo in collaborazione con ANICA- Associazione Nazionale Industrie Cinematografiche Audiovisive e Multimediali e i produttori, i distributori e gli esercenti cinematografici al fine di portare sempre più persone al cinema, specie nei mesi estivi. Tutte le informazioni riguardo i cinema aderenti saranno disponibili sul sito internet dedicato, realizzato dal Ministero.

MOSTRA HUMAN+ IL FUTURO DELLA NOSTRA SPECIE
Palazzo delle Esposizioni – Roma

Dal 27 febbraio al 1 luglio al Palazzo delle Esposizioni (via Nazionale 194, non lontano dalla stazione Termini) vi è una interessante mostra sul futuro dell'umanità divisa in 5 sezioni:

- CAPACITÀ AUMENTATE Quale superpoteri ti piacerebbe avere?
- INCONTRARE GLI ALTRI La realtà virtuale diventerà la nuova realtà?

- ESSERE ARTEFICI DEL PROPRIO AMBIENTE Modificando l'ambiente, dovremo cambiare anche noi per adattarci?
- I LIMITI DELLA VITA Chi avrà la proprietà dei materiali genetici nel futuro?
- UMANO, SOVRAUMANO? Io esisto perché penso dice il robot di Asimov in Reason.

Come saremo fra 100 anni in un mondo sempre più tecnologico? La mostra cerca di farci vedere i possibili percorsi futuri dell'umanità ed il segno + indica un orientamento positivo per il nostro futuro che vedrà sempre più l'integrazione fra la biotecnologia, la robotica e l'intelligenza artificiale. La mostra mette in evidenza anche possibili provocazioni (come per esempio le nuove definizioni della nascita e della morte ed i loro limiti in continuo mutamento) che ci pongono inevitabilmente problemi di etica. La scienza e la tecnologia progrediscono rapidamente: dobbiamo accettare che la nostra mente, il nostro corpo e la nostra vita quotidiana vengano modificati oppure esistono limiti che non andrebbero superati? In modo consapevole o meno stiamo delineando il nostro futuro e ogni disciplina avrà un ruolo in questo percorso.

La mostra inizia con la registrazione di 22' per TEDMED del 2009 su "L'opportunità delle avversità" della atleta statunitense di Aimee Mullins (atleta paralimpica, attrice e modella statunitense, conosciuta per le sue prestazioni atletiche, nonostante abbia subito l'amputazione di entrambe le gambe quando aveva un anno e sopranominata "gambe da ghepardo" con le protesi che indossa) che parla splendidamente di disabilità e che ognuno di noi dovrebbe vedere (https://ted.com/talks/aimee_mullins_the_opportunity_of_adversity?utm_source=tedcomshare&utm_medium=email&utm_campaign=tedspread) perché è una splendida lezione sul valore della medicina riabilitativa, intesa nel senso dei presupposti culturali all'ICF. La Mullins nel 1996, ai Giochi paralimpici di Atlanta, stabilì il record personale nei 100 metri piani, con il tempo di 17″01, e nel salto in lungo, con la misura di 3,14 m.

Gli uomini hanno sempre costruito strumenti per mantenere, un tempo, od ora anche accrescere le proprie capacità e così le protesi esterne, usate all'inizio per sostituire parti del corpo, a volte sono divenute strumenti per amplificare a volte anche le funzioni fisiologiche, rischiando di trasformarci in cyborg interessati solo alle prestazioni. La prima sezione della mostra presenta una serie di metodi fisici, chimici e biologici per potenziare la mente e il corpo e viene presentato il progetto per ARTI ALTERNATIVI del 2011/15 di Sophie De Oliveira Barata.

La mostra prevede anche 9 conferenze, i giovedì alle 18.30, che vedono coinvolti importanti personaggi del mondo scientifico e culturale e che termineranno il 17 maggio con Rino Falcone dell'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del CNR che tratterà "la dimensione artificiale del futuro: la cognizione alla prova delle tecnologie intelligenti".

La mostra è certamente interessante e stimolante e merita di andarla a vedere in compagnia perché molte cose esposte meritano discussioni, chiarimenti, confronti.

Non so se mi piace il futuro prospettato perché la tecnologia evolve ma i valori umani, restando fortunatamente sempre uguali (come la memoria, la riconoscenza, l'amicizia, l'amore, l'onestá, la meritocrazia ecc...), rischiano degli aggiornamenti spesso ambigui.

4 OSCAR alla FORMA DELL'ACQUA

In una giornata come il 5 marzo dove i commenti politici sui risultati elettorali (ottima la frequenza elettorale e complimenti ma anche un grande in bocca al lupo a Di Maio ed a Salvini) hanno ovviamente rappresentato il monopolio dei programmi televisivi e delle notizie giornalistiche, che logicamente hanno riguardato anche la tristissima notizia della morte del capitano della Fiorentina (e da tifoso dei Viola la notizia mi ha colpito ancora di più), voglio

invece affrontare la **notte della 90° edizione degli Oscar** e specificatamente la vittoria di Guillermo del Toro e cioè di THE SHAPE OF WATER.

Un film bello anche se con scene a volte molto "forti" e certamente un film molto particolare che però ha per me l'indiscusso merito di affrontare in modo onirico il problema della DIVERSITÀ. Un film fantasy, dark che si svolge negli USA degli anni '60 ovvero in una America maccartista di guerra fredda fra i due blocchi.

Ma il film, che ha numerosi richiami a film cult e che certamente apprezzano i cinefili, ha il merito di capire che la diversità è una ricchezza e non può essere vissuta come un pericolo.

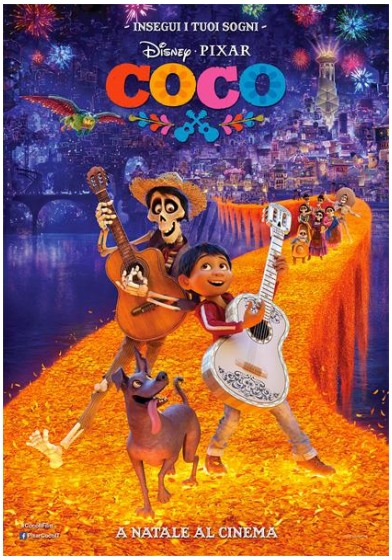
Opinioni diverse e posizioni intellettuali differenti sono un modo per crescere e guai al sistema che ama governare senza sentire le diversità o la base. Ma la diversità sta anche nell'origine messicana di del Toro e nell'oscar al film Coco, miglior film d'animazione e canzone originale, che si svolge nella caratteristica festa messicana dei morti e non penso siano eventi casuali in una nazione come gli Stati Uniti guidati dal Presidente Trump, che vorrebbe costruire un muro fra gli States ed il Messico.

Il film di del Toro è certamente una bella favola che vede una storia d'amore fra la protagonista muta ed un mostro acquatico su cui si concentrano le attenzioni degli apparati militari americani e dell'Unione sovietica, che lo vorrebbero far sparire e che poi si salverà per merito appunto della protagonista ma anche di uno scienziato russo, che rappresenta appunto la neutralità del mondo scientifico dagli apparati statali e che apprezza appunto lo studiare, senza colori e senza ideologie, ciò che è diverso. È un film secondo me non sempre affascinante in alcune parti ma certamente non è un film dove ci si addormenta e certamente questo è un merito del regista.

Colgo per segnalare anche uno spettacolo teatrale che sta girando nei nostri teatri ovvero "VINCENT VAN GOGH l'odore assordante del bianco" di Stefano Massini regia di Alessandro Maggi e con un bravissimo e per me sorprendente Alessandro Preziosi. Una pièce teatrale sull'ultimo periodo di vita (1989) di Van Gogh, ovvero il tempo del grande pittore olandese nel manicomio di Saint Paul, e sul suo rapporto con il fratello Theo. Quindi un altro lavoro sulla diversità che si chiami genialità o follia e quindi sul contrasto fra il bianco dell'ambiente sanitario rispetto al colore dei quadri e della mente del maestro olandese, dal giallo accecante al blu luminoso. I dialoghi che Vincent ha con il fratello, con il Direttore del

nosocomio e con i suoi "aguzzini sanitari" sono molto stimolanti, specie per i medici, come noi, che di norma si confrontano con la diversità.

Insomma tanti stimoli per la nostra crescita culturale che è indispensabile per la nostra professionalità oltre ovviamente alla formazione.



COCO: un film Disney sul mondo dei morti secondo la tradizione messicana

Ai primi dell'anno sono stati comunicati i risultati del box office dei cinema nel 2017. Meno spettatori nelle sale e meno soldi in cassa: i cinema italiani hanno chiuso il 2017 con uno dei risultati peggiori degli ultimi cinque anni. E questo per effetto soprattutto del calo dei film made in Italy. Secondo i dati dell'Associazione nazionale industrie cinematografiche, audiovisive e multimediali, l'anno scorso le pellicole italiane hanno perso il 46,35% del box office e il 44,21% dei biglietti rispetto al 2016. E questi risultati nonostante il successo dei mercoledì a 2 € introdotti per iniziativa del Ministero competente. La "colpa" sarebbe specialmente dovuta all'assenza lo scorso anno di un film di Checco Zalone, che nel 2016 aveva sbancato i botteghini. Mi dispiace molto per la cinematografia italiana perché nel 2017 sono usciti 2 splendidi film, che pur essendo stati i primi per incassi, ovvero PERFETTI SCONOSCIUTI di Paolo Genovese e L'ORA LEGALE di Ficarra e Picone non hanno avuto il successo economico di QUO VADO? Comunque se qualcuno non li avesse visti consiglio vivamente di comprare i dvd perché sono due splendidi film, uno su la dipendenza ormai che abbiamo dai nostri cellulari, diventati scrigni dei nostri segreti o delle doppie vite e l'altro sulle comuni abitudini illegali della nostra quotidianità per cui amiamo la legalità esercitata solo dagli altri.

In ogni caso la riduzione nel 2017 degli incassi contrasta con la diffusione capillare dei film sui nostri dispositivi elettronici (chi non passa le ore di un viaggio in treno guardandosi un film nel proprio pc, chi ormai non ha abbonamenti per il proprio televisore ad aziende che programmano 24 ore su 24 film) a conferma dell'importanza dell'arte cinematografica che ci aiuta, come la lettura, a vivere esperienze che mai vivremmo nella nostra realtà. Tornatore ha raccontato magnificamente come un bambino può sognare davanti al grande schermo del NUOVO CINEMA PARADISO e mi insospettiscono coloro che non vogliono sognare

leggendo un libro, ascoltando della musica, guardando un film o ammirando un quadro o una scultura.

A parte questi discorsi mi piace segnalarvi un film della Disney da vedere assolutamente ovvero COCO. Dire che è un film per bambini mi sembra assolutamente riduttivo o lo è come il vecchio FANTASIA (un capolavoro appunto della fantasia e con una straordinaria colonna sonora). Coco è il trionfo dei colori ed è la storia di un bambino messicano, amante della musica, che per la festa dei morti va a cercare nel mondo dei trapassati un parente che è stato un grosso musicista.

E qui da medico mi sono posto, dopo aver visto il film, il problema di come noi viviamo la morte dei nostri pazienti. La mia esperienza è che non siamo stati per niente formati su come gestire questa tappa fisiologica della vita e quindi viviamo la morte di chi ci si affida professionalmente come una sconfitta ed il nostro istinto in queste circostanze è di fuggire, delegando ad altre figure, tipo la caposala, anche la comunicazione ai parenti, che vengono spesso abbandonati. Pensiamo che con la morte il nostro compito sia finito, non pensando ai figli o ai/alle consorti. Partecipiamo alle nascite e non capiamo che la morte è un' inevitabile fisiologica fase della vita di tutti e che necessita quei comportamenti di dignità per chi non c'è più e contemporaneamente di vicinanza per i parenti rimasti soli.

Vedere Coco mi ha aiutato a capire come i messicani vivono senza drammi la morte dei loro congiunti e di come il 1 novembre può essere vissuta come una grande festa, per niente triste.

Ho ricordato l'importanza, con un altro post, del valore che assegno alla MEMORIA e penso che ricordare chi non c'è più sia uno dei doveri di chi rimane ma il film disneyano mi ha aiutato a vivere questa memoria con allegria piuttosto che con quella tristezza che possiamo percepire nei nostri cimiteri, specie nei primi giorni di novembre.

Ma oltre a Coco consiglio di vedere anche NAPOLI VELATA di Ozpetek e THE PLACE di Genovese. Andate o vedeteli, quando esce il dvd, a casa però in compagnia perché sono film i cui finali meritano una discussione ed un confronto fra le interpretazioni possibili.

Per gli amanti della storia segnalo due altri film L'ORA PIÙ BUIA su Churchill, subentrato nel 1940 al pavido Neville Chamberlain, e l'ironico MORTO STALIN, SE NE FA UN ALTRO che tratta una pagina dell'Europa sovietica.

LINEA VERTICALE, FICTION SU RAI 3 – uno spaccato sugli ospedali

Da poche settimane Rai 3 trasmette il sabato sera la nuova fiction napoletana LINEA VERTICALE con il bravissimo Valerio Mastandrea, Babak Karimi, Greta Scarano, Giorgio Tirabassi, Paolo Calabresi, Ninni Bruschetta ed Antonio Catania per la regia di Mattia Torre e che si svolge totalmente in un ospedale. La storia inizia con una improvvisa ematuria da parte del protagonista e con la successiva diagnosi di tumore vescicale che richiede il ricovero in ospedale (urologia oncologica) per l'intervento.

Mastandrea felicemente sposato in attesa del secondo figlio passa da una vita felice ad una situazione di disperazione e deve interfacciarsi con la vita ospedaliera con le proprie regole scritte ma specialmente non scritte.

La storia a volte fra il provocatorio ed il satirico rappresenta secondo me molto bene i pregi ed i **tanti difetti della vita in ospedale** che ogni professionista dovrebbe vedere per farsi un esame di coscienza se quello che vede rappresenta a volte la propria realtà.

Lo sceneggiato rappresenta molto bene la realtà come viene vissuta dai pazienti e di come l'ospedale è organizzato per le esigenze più del personale che non dei malati e d'altro canto chiamare i ricoverati PAZIENTI fa capire tante cose.

A me ha ricordato tante esperienze vissute da operatore o da "cliente" e francamente mi ha suscitato molta tristezza.

Sono affrontati molto bene la difficoltà degli operatori ad ascoltare veramente i malati, la disperazione dei pazienti davanti al male e la loro fragile dipendenza dai medici e dagli operatori in generale, la visione del primario, specie se chirurgo, come di una divinità, le insulse ed inutili proibizioni di cui il ricoverato è il terminale (come per esempio il divieto di bere, non richiesto dalla radiologia, prima di una Tac nelle 24 ore precedenti), il valore negativo delle porte chiuse da non aprire, le avventure sentimentali-sessuali fra i vari operatori (forse un modo per cercare di dimenticare tutte le tragedie umani con cui si convive quotidianamente in certi ambienti).

Molto divertente ma tragicamente vero è quando la fiction affronta il problema dell'**alimentazione** e cioè dell'eccellenza del cibo italiano (specie negli ultimi anni), presente in tutte le riviste, trasmissioni televisive, discorsi fra amici con relativa pubblicazione di molti libri sull'argomento ("51 programmi televisivi, 259 periodici, 620 opere, 1015 siti dedicati al cibo" così riferisce il protagonista dello sceneggiato), in netto contrasto con lo schifo del cibo che si mangia in ospedale. E qualcuno potrebbe dire che deve essere così per problemi di salute ed allora basta vivere l'esperienza di ricoverato in un ospedale pubblico all'estero (tipo il Hopital Saint-Louis di Parigi) per capire quanto le nostre eccellenze culinarie si bloccano inspiegabilmente e senza motivo alle porte dei nostri ospedali. Questo spesso per superficialità, leggerezza, mancanza di adeguati controlli da parte della dirigenza e a volte anche interessi economici. E domenica 28 gennaio pure la Littizzetto a "Che tempo che fa" ha affrontato l'argomento del cibo negli ospedali.

Il protagonista Mastandrea dice verso la fine dello sceneggiato "**Io sono contento di stare qui. Prima di ammalarmi mi ritenevo indistruttibile ma se devo essere sincero la mia vita non girava bene. Se mi fossi ascoltato di più avrei sentito che qualcosa non andava. La malattia è arrivata in maniera esplosiva, deflagrante. Ha cambiato tutto. E anche se è difficile ammetterlo ha cambiato tutto in meglio. Mi ha aperto gli occhi, la testa, il cuore. Ora ho nuovi desideri. Voglio essere centrato, voglio stare in piedi, voglio vivere in asse su una linea verticale. Non voglio avere paura perché la paura ti mangia e non serve a niente. Voglio pagare le tasse con gioia perché un ospedale pubblico mi ha salvato la vita senza chiedermi nulla in cambio. Voglio guardarmi intorno e vivere tutto quello che è**

possibile con generosità e vitalità. Questo tumore mi ha salvato la vita. Senza questo tumore sarei senz'altro morto."

Direi che è una delle più belle dichiarazioni di amore per la vita ospedaliera e forse una delle dichiarazioni più convincenti sul ruolo catartico della malattia e giustamente arriva in modo laico e per niente religioso.

Forse tutte queste problematiche non dovrebbero essere solo oggetto di una bella fiction che denuncia ironicamente ma anche dettagliatamente tutti gli aspetti negativi di molti nostri ospedali. Queste problematiche dovrebbero essere anche oggetto di tavoli ministeriali e regionali oltre che di congressi scientifici che spesso hanno relazioni sulla centralità del paziente con splendide diapositive ma poi la realtà è tutt'altra.

Penso che la televisione, il cinema, i libri, i giornali devono aiutarci a migliorare la Società e questa fiction dovrebbe farci riflettere per poi tentare di CAMBIARE I NOSTRI COMPORTAMENTI.

Mi piace segnalare anche le musiche originali e orchestrate da Giuliano Taviani e Carmelo Travia che alleggeriscono la visione di certe scene/argomenti; stiamo sempre raccontando la storia di malati tumorali.

da Sanità informazione L'intervista a Valerio Mastrandrea

RICERCA e FINANZIAMENTI: riflessioni dopo il caso Regeni

Alcune settimane fa ho letto su La Repubblica un interessante articolo di Carlo Bonini "Regeni fa paura a Cambridge – è legittimo chiedere all'università inglese chi ha finanziato la ricerca di Giulio in Egitto?"

Conosciamo tutti, probabilmente, i fatti e le vicende riguardanti la morte, dopo essere stato torturato, di Regeni e sappiamo i grossi sospetti (per non dire quasi certezze) sull'agire delle forze dell'ordine egiziane e le difficoltà affrontate dal Governo e dalla Procura di Roma per cercare di far luce su questa tristissima vicenda, ma non voglio affrontare l'argomento che ha risvolti di politica interna ed internazionale.

Voglio, invece, riflettere su quello che fa emergere l'articolo, cioè sul rapporto fra Cambridge e questo assassinio. Dispiace leggere l'attacco del mondo accademico inglese che, anche tramite

l'intervista del vice-Chancellor (praticamente il Rettore) dell'Università inglese, prof. Toope, si è scagliato contro la Procura e la stampa italiana, pur non citandoli mai, così come dispiace rilevare apparenti atteggiamenti omissivi provenienti non solo dal Paese medio-orientale. Recentemente la magistratura italiana ha finalmente interrogato la professoressa Maha Abdelrahman, tutor di Regeni, che finora, mi è sembrato, non era apparsa molto collaborativa nella ricerca della verità.

Il mondo scientifico inglese ha difeso il **diritto della ricerca e della riservatezza dei finanziamenti,** ma la ricerca non è libera se ha bisogno di finanziamenti segreti e, quando capitano eventi come quello successo allo studioso italiano, difendere il diritto dei ricercatori a non comunicare la provenienza dei fondi rischia di sembrare un atteggiamento omertoso, per non parlare di vera e propria possibile complicità.

Questo è il punto su cui desidero soffermarmi, cioè non vorrei affrontare il caso Regeni bensì l'etica dei finanziamenti per la RICERCA in generale, che proprio l'efferato omicidio del nostro connazionale ha drammaticamente evidenziato. Sicuramente dichiarare i finanziamenti della ricerca, una volta pubblicata, negli acknowledgements è eticamente valido, anche se forse non bisognerebbe dichiarare solo quelli direttamente rivolti alla ricerca in questione, ma anche quelli indiretti e destinati in vario modo ai ricercatori.

L'articolo di Repubblica si interroga su come mai nella sua ricerca, la griglia di domande che Regeni sottoponeva ai sindacalisti proponeva ossessivamente quesiti che avevano a che fare con la polizia e la repressione operata dagli apparati egiziani.

Negli ultimi anni sono state scoperte falsità in prestigiose ricerche internazionali ed è nota la probabile presenza di svariate "consorterie" nel mondo della stampa scientifica, a cui bisogna sottostare se si desidera pubblicare. E' vero che la ricerca deve essere libera, ma perché deve anche essere auto-referenziata e senza alcun controllo da parte di organismi nazionali o sovranazionali? Parlando proprio della autonomia della ricerca, mi sembra importante sottolineare come a volte in alcuni lavori scientifici vengono inseriti nomi apparentemente estranei che probabilmente nulla hanno a che fare con la ricerca in questione e sono piuttosto frutto di accordi di convenienza e opportunità fra molti soggetti estranei al mondo culturale. E questi possibili accordi fanno parte di una ricerca libera?

Alla luce di queste osservazioni, che vengono periodicamente diffuse dalla stampa, forse il mondo politico e scientifico si dovrebbe porre alcune domande per evitare che la ricerca possa sembrare parzialmente frutto di interessi personali o di gruppi di potere, soprattutto in riferimento ai fondi, pubblici e non, e dovrebbe indagare sulle ricadute economico imprenditoriali in campo medico di alcune ricerche cliniche, che forse libere non sono. Nel 2013 in Germania il ministro dell'Istruzione e della Ricerca scientifica, **Annette Schavan,** accusata di aver copiato la tesi di dottorato, si dimise e l'**Università di Dusseldorf**, dove nel 1980 aveva conseguito il dottorato, le revocò il titolo accusandola di plagio per la tesi, con l'approvazione di 12 componenti del consiglio giudicante di facoltà, due voti contrari e un'astensione e mi sono sempre chiesto se mai sarebbe potuto succedere nel nostro Paese.

Come si vede ci siamo allontanati molto dall'evento criminoso del Cairo ma penso sia importante che partendo dalla anomala reazione della prestigiosa Università di Cambridge si faccia, da Sanitari, una seria e più ampia riflessione sugli effetti di alcuni "studi scientifici" nel nostro mondo.

Antonio Maglio: una storia tutta italiana

Maria Stella Maglio

Roma

Il nome di Antonio Maglio è sconosciuto alla maggior parte degli italiani. Eppure Maglio, medico e dirigente dell'INAIL, dedicando la vita intera al pieno recupero delle persone disabili, da geniale precursore qual era contribuì a stabilire i fondamenti teorici e pratici che ancora oggi ispirano chi opera nel settore.

Un evento in particolare ci dice quanto lungimirante fosse il suo sguardo e grande la sua capacità di promuovere e canalizzare energie. Ricorre quest'anno il sessantesimo anniversario dell'Olimpiade di Roma. Maglio riuscì con pochi mezzi, superando difficoltà di ogni genere, scetticismi e opposizioni, a far sì che a Roma, subito dopo quell'Olimpiade, se ne disputasse un'altra, la prima paralimpiade del mondo. Vi parteciparono quattrocento atleti disabili provenienti da ventitré nazioni e cinquemila persone seguirono con passione le gare: tiro con l'arco, giavellotto, pallacanestro, nuoto, scherma... La vera portata di quell'evento non risiede però solo o tanto nella sua rilevanza sportiva. È data piuttosto dal fatto che per la prima volta dei disabili uscivano dai luoghi dove prima vivevano confinati per mostrarsi al mondo come uomini e donne interi, integri, persone orgogliose dei risultati raggiunti. E per la prima volta il mondo li guardò come tali. Rivolgendosi a quegli atleti papa Giovanni XXIII seppe cogliere appieno il senso straordinario dell'impresa di cui erano stati protagonisti: "*Diletti figli, voi avete dato un grande esempio che noi amiamo rilevare perché può essere utile a tutti. Avete mostrato quello che può realizzare un'anima energica, malgrado gli ostacoli in apparenza insormontabili che il corpo le oppone*".

Nato al Cairo nel 1908, vissuti gli anni della formazione in un ambiente cosmopolita che lo rende padrone di cinque lingue, Maglio si laurea in medicina presso l'università di Bari. Conseguita la specializzazione in neurologia, inizia presto a interessarsi di medicina dello sport e in modo particolare allo sport come fondamentale strumento nella riabilitazione dei *medullolesi*, le persone che per un trauma spinale non erano più in grado di camminare. Pioniere in questo campo e suo ispiratore è Ludwig Guttmann, medico e neurologo a sua volta, che già negli anni '40, nell'ospedale militare dei Stoke Mandeville, presso Londra, promuove la pratica sportiva come forma di riabilitazione per i reduci di guerra che avevano riportato lesioni spinali. Per Maglio tuttavia lo sport non è il fine ma uno strumento, uno tra gli altri, volti alla piena riabilitazione della persona disabile. Divenuto dirigente dell'INAIL, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e avendone il pieno sostegno, dà perciò ulteriore impulso e sviluppo a quanto Guttmann andava attuando. In quegli anni essere vittima di una grave menomazione significava perdere funzione economica e ruolo sociale, perdere non di rado anche gli affetti per venire relegati in un limbo vuoto di ogni cosa, peso e vergogna per le famiglie, oggetto di pietà o di scherno. Riabilitare dunque non vuol dire solo riprendere, mantenere e sviluppare le residue facoltà fisiche. Per Maglio, per l'umanità e la

preveggenza che lo animavano, significava soprattutto recuperare ruolo sociale, promuovere nuove capacità di lavoro, vivere con pienezza gli affetti. All'epoca non esistevano protocolli né personale qualificato per la cura dei disabili. Anche alla formazione di nuovi ruoli specialistici dunque Maglio dedica la propria opera. Negli spazi liberi esterni di Villa Marina crea spazi per la musica, per lo svago, officine, laboratori artigiani. Ma la cosa che più colpisce, come genialità anticipatrice dei tempi, è il pensiero che queste sue parole esprimono: "*Occorre sollecitare l'opinione pubblica con mezzi efficaci a modificare lo stato d'animo verso i minorati i quali non hanno bisogno di pietà ma di reale aiuto e quindi a considerare il fratello minorato come un individuo capace di partecipare attivamente, con le sue possibilità residue, allo sviluppo della società e al progresso dell'umanità".*

Maglio prese delle persone ferite, sconfitte dalla sorte, destinate a vivere nascoste, spesso a lasciarsi morire, e le rigenerò nel corpo e nello spirito. Molti di quei suoi *ragazzi* si sposarono, qualcuno ebbe figli o li adottò, si aprirono a una vita piena.

"Una società capace di inclusione, promotrice di inclusione, è una società migliore". Queste semplici parole esprimono il suo lungimirante e vasto disegno. Un disegno che a tutt'oggi non si può dire pienamente realizzato. Ma più la società si fa capace di accogliere i diversamente abili, i diversi, più diventerà umana, ricca, giusta.

Grazie professore!