FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

Anno 2021 – Volume 6 – Fascicolo 5 (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

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

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

Anno 2021 – Volume 6 – Fascicolo 5 (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

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 2021 – Volume 6 – Fascicolo 5 (ottobre-dicembre)

INDICE

Editoriali

1. La SIMFER elegge il nuovo Presidente, ma i Fisiatri no – *Domenico Uliano* **PDF**

3. W Totò (... e anche Frassica, perchè no)! – *Morena Ottaviani* **PDF**

6. BUON ANNO alle nostre lettrici ed ai nostri lettori – *Domenico Uliano* **PDF**

Attualità

9. Ancora a proposito di Saldi... – *Morena Ottaviani* **PDF**

Attualità – Specialisti in Formazione

10. Sul fisioterapista di comunità – *Morena Ottaviani* **PDF**

Interviste

12. Low dose medicine – *Domenico Uliano* **PDF**

Case Report e Report Brevi

15. Il trattamento della rizoartrosi con MD-Small Joints – *Fabio Brunato* **PDF**

Arte, Tempo Libero e Disabilità

16. Il Macbeth al Teatro della Scala – *David A. Fletzer* **PDF**

La SIMFER elegge il nuovo Presidente, ma i Fisiatri no

Domenico Uliano

Campobasso

Tutto come programmato. A Milano la Segretaria del Gruppo regionale Lombardo, Dottoressa Beretta, è stata eletta Presidente della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa.

Dopo aver cercato negli anni passati la scalata ai vertici del sindacato dei Fisiatri e, ancor prima, la elezione alle amministrative regionali, con poco successo, finalmente il meritato riconoscimento è arrivato.

Questa volta forte del Patto sottoscritto nel 2014 e che ha ratificato le presidenze Boldrini e Fiore, i giochi sono andati a buon fine.

Il patto emilianonapoletanromano ha indicato e designato gran parte degli eletti. Forte del voto dei medici non specialisti che hanno seguito, in maniera illuminata, le illuminazioni dei propri maestri e relative appendici.

E, come ci dicono I bene informati, una elezione questa che potrebbe portare la neo eletta verso nuovi traguardi politici nell'ambito dello schieramento di centro destra, che governa la Regione Lombardia.

Si aprono così nuove prospettive per il futuro.

Dunque un voto decisivo quello dei 280 specializzandi (oltre la metà dei votanti), che hanno raggiunto in gruppi organizzati la sede congressuale di Milano, per dare il proprio sostegno elettorale alla candidata di turno.

Specialisti in formazione che sono sempre più decisivi nel momento elettorale, vista anche la notevole riduzione degli iscritti alla Società scientifica che si è avuta nell'ultimo decennio, ma che poi hanno pochi strumenti per essere parte attiva e propositiva del proprio futuro professionale.

Una elezione determinata da una maggioranza di medici non specialisti rappresenta un paradosso nell'ambito delle società scientifiche italiane, considerando quali ne dovrebbero essere i ruoli istituzionali nei rapporti con le Agenzie governative e non.

D'altra parte ogni tentativo di allargare la base democratica elettorale é andato respinto con forza dal "club dei settantenni" che governa di fatto le strategie e le tattiche elettorali.

Va infatti segnalato come ben otto Gruppi regionali avevano chiesto, nei mesi precedenti, di ammettere il voto online, stante il perdurare dello stato di emergenza pandemica in atto.

Il Consiglio di Presidenza ha respinto a maggioranza questa possibilità, senza peraltro poi procedere alla ratifica assembleare della decisione assunta e creando per questo, secondo colleghi ben informati, le condizioni che potrebbero portare ad un contenzioso amministrativo.

A noi, osservatori esterni, forse ancora un pó nostalgici di un passato che non esiste più, non resta che raccontare una storia, che definire non entusiasmante é poco, ma che purtroppo non è ancora terminata.

Sono già scritte infatti le puntate successive di questa telenovela, che porterà con molta probabilità i Fisiatri a costruirsi un'altra casa che possa essere in grado di tornare ad accogliere tutti.

Le prossime puntate, che noi abbiamo già visto in anteprima, porteranno alla Presidenza la figlia universitaria di un past president e poi lo "yes man" di un grosso gruppo privato.

Non perdete dunque le prossime stagioni per seguire le avvincenti tattiche sulla scacchiera fisiatrica nazionale; noi invece siamo molto curiosi di assistere a quelle che saranno le reazioni del mondo universitario che ci sembra ormai, tranne rare eccezioni, perennemente allineato agli ordini di scuderia.

Nel frattempo si apre una fase fortemente critica per la nostra Disciplina, soprattutto per il periodo di sperimentazione che riguarderà l'appropriatezza dei ricoveri, col rischio di andare alla marginalizzazione di alcune tipologie di disabilità e la creazione di reparti di riabilitazione senza medici.

Il rischio che si ripeta quello che è accaduto con i LEA del 2001, quando I soliti noti tirarono fuori dalla prescrivibilità gran parte della terapia fisica strumentale, potrebbe ripresentarsi drammaticamente. Questi ed altri sono i problemi sul campo, che meriterebbero maggiori approfondimenti da parte di tutti, magari coinvolgendo, questa volta con obbligo di partecipazione, i nostri colleghi in formazione, in modo che possano essere finalmente soggetti attivi e costruttori reali del proprio futuro.

Auguri AI NEO ELETTI!

... to be continued

W Totò (... e anche Frassica, perchè no)!

Morena Ottaviani

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

Prologo

La lingua italiana possiede un vocabolario talmente ricco e variegato che permette di giocare sulle parole e sul loro significato in modo purtroppo spesso ambiguo. Tuttavia, proprio la ricchezza linguistica che possediamo dovrebbe consentire una maggior precisione semantica, impedendo facili equivoci che, in certi settori, possono essere anche dannosi. Ma si sa, a volte la duplicità fa comodo, perché consente di dire senza affermare e lascia sempre aperta la porta del fraintendimento come scusa finale a remissione di ogni peccato. Mio padre ama spesso citare il numero di parole utilizzate per scrivere la Costituzione America (7613 parole nel lontano 1787) e quella Italiana (9369 parole nel vicino 1947) ad esempio di quanto la prolissità insita nel DNA italico possa generare imprecisione.

Il fatto

Un amico e collega mi invia il link ad un articolo pubblicato su di un giornale on line la cui descrizione recita "... il quotidiano italiano dove il protagonista sei tu. Dal 2009 la tua voce libera ed indipendente", e nelle righe che seguono apparirà tutta la sua "libertà" e tutta l'indipendenza che racchiude. L'articolo, che rappresenta una di quelle pubblicazioni di informazione pubblicitaria da riferirsi evidentemente (visto il link nel contenuto) ad un centro medico umbro che si occupa tra l'altro di riabilitazione, ha nel titolo la presunzione di fungere da guida pratica alla ricerca del prefetto ambiente quando si necessita di riabilitazione. E già nel titolo emerge la prima imprecisione (vogliamo chiamarla così? Ma sì, cerchiamo di non essere perfidi sin dalle prime righe!): "*Centro fisioterapico: 3 cose che devi cercare*".

Comunque, scorrendo le righe, ecco il primo paradosso: una delle 3 cose è rappresentata dalla "*Visita fisioterapica professionale*". Ora, stante alla definizione di *Visita* individuabile sul vocabolario Treccani, 3 sono i possibili significati di tale termine:

1. la *Visita* di cortesia
2. la *Visita* quale atto medico
3. la *Visita* come viaggio ad esempio in una data città.

In particolare, si legge: "*V. medica, o semplicemente visita, l'osservazione e l'esame che il medico fa sul malato per diagnosticare eventuali infermità o per accertamenti specifici*". Oibò, dunque! Come sarà mai che si intende quindi la visita come un atto medico da cui far scaturire una diagnosi? E il *professionale fisioterapista* dove lo vogliamo mettere? Immediatamente nelle righe successive tuttavia si precisa che da tale visita non scaturisce però una diagnosi medica ma una *diagnosi "professionale" fisioterapica* (forse perché il fisioterapista è un

professionista ed il medico no?) che in realtà è solo un'ipotesi di diagnosi (ma la diagnosi allora chi la fa??? Non è forse il passo fondamentale per stabilire un piano terapeutico? Mah, mi avranno insegnato male!). Del resto, in un paese in cui di violenta la lingua rendendo lecite parole come "Sindaca" o "Ministra", come se la parità di genere si facesse con queste stupidate, vuoi che non si possa allargare il contesto in cui si eroga la Visita Medica?

Tornando all'articolo-manuale, il *bravo fisioterapista* indagherà se il paziente soffre di "condizioni mediche pericolose": ovviamente sia il paziente sia il terapista hanno tutte le competenze necessarie a comprendere la gravità delle eventuali comorbilità,... O no? Perché in tal caso, il paziente verrebbe rimandato al Medico curante (che forse non si sarà accorto delle patologie in corso e ringrazierà infinitamente il *bravo fisioterapista* per avergli suggerito delle ipotesi diagnostiche di fondamentale importanza per la salute del suo assistito!).

Comunque, una volta fatta la diagnosi (o no?), il *bravo fisioterapista* risolverà il problema del paziente sulla base di un trattamento impostato su...? Vabbè, ma allora sono proprio noiosa ed insistente nel cercare a tutti i costi di voler definire la patologia o la disabilità del paziente!

A questo punto, appurato che la diagnosi è sostanzialmente superflua e che paziente e fisioterapista sono in grado di valutare e discriminare eventuali seri problemi di salute, si passa al capitolo successivo: le competenze del *bravo fisioterapista*. E qui scopriamo che ci sono due "specializzazioni" per il bravo fisioterapista: quella neurologica e quella ortopedica. Ricapitoliamo:

- scuola di fisioterapia: 3 anni di corso per la laurea + eventuali 2 anni di magistrale
- scuola di medicina: 6 anni di corso per la laurea + 4 o 5 anni di specializzazione in Ortopedia o Neurologia o Fisiatria o almeno altre 52 scuole di specializzazione

Mi sa che mi è sfuggita la scuola di specializzazione per fisioterapisti... Sono proprio distratta!

Dunque, proseguendo nell'articolo, si scopre un lungo elenco di patologie neurologiche per le quali "*La fisioterapia non diventa, quindi, solo la risoluzione di un problema ma è anche un pilastro del percorso di trattamento sia per i bambini che per gli adult*i". Data la mia professione, ovviamente ritengo il precorso riabilitativo fondamentale per la gestione delle varie disabilità, tuttavia affermare che sia risolutivo in patologie come la SLA o la Sclerosi Multipla, nelle lesioni midollari o nelle distrofie muscolari, be' mi sembra un pochino presuntuoso.

Passando invece alle patologie di pertinenza ortopedica, l'anonimo autore afferma che esistono due tipi di "dolore": quello spontaneo e quello non spontaneo (traumatico, *I suppose*). Per il primo tipo, scopriamo che, sempre attraverso la visita fisioterapica si può individuare "*qual è il grado di dolore, qual è il metodo migliore per poter trattare il paziente e quali sono le cure del caso*": la diagnosi in queste circostanze è evidentemente superflua, perché presumo che a nessuno trai miei lettori sia mai capitato almeno un caso di rachialgia per un secondarismo a partenza prostatica o mammaria misconosciuta, vero? E mi limiterò a questo esempio, laddove ne esisterebbero decine. Più spesso di quanto vorremmo, purtroppo, ci siamo trovati a fare diagnosi di una patologia grave non ancora individuata perché silente fintanto che non dà un segnale con un problema secondario (in ordine di genesi, ovviamente, e non di gravità). L'errore maggiore in questi casi è non saper cercare ed interpretare i segnali che ci possono condurre a far diagnosi. Ma il *bravo fisioterapista* è sicuramente in una botte di ferro da questo punto di vista!

Ora, per correttezza, mi pare opportuno rilevare che, andando a sbirciare tra le pagine del sito del centro medico umbro cui si fa riferimento nelle prime righe dell'articolo, non ho trovato alcuna delle imprecisioni o castronerie presenti invece nell'articolo. Anzi, in modo estremamente corretto e preciso, si descrive la sequenza dell'accesso alla riabilitazione

partendo dalla Visita Fisiatrica e in nessuna pagina si fa menzione a visite fisioterapiche o a fantomatiche specializzazioni di fisioterapisti. Tuttavia il fatto che un articolo il cui scopo dovrebbe evidentemente essere informativo, abbia in realtà i contenuti su quali ci siamo un po' divertiti ad ironizzare, è seriamente preoccupante. Se poi aggiungiamo gli equivoci provocati dal titolo di Dottore appioppato a suon di legge a chiunque abbia uno "*straccio di Laurea*" che tuttavia nulla ha a che vedere con la Medicina, la frittata è fatta.

Con la riforma Gelmini del resto si è ribadito il concetto originario che in Italia ad un titolo di laurea (sia esso triennale, specialistico o di ricerca) è sempre attribuito il titolo accademico di "*dottore*" al suo possessore e ciò anche in virtù di quanto già disposto dalla Legge 13 marzo 1958, n. 262 che regola il conferimento ed uso di titoli accademici, professionali e simili e che all'art. 1 recita: "*Le qualifiche accademiche di dottore, compresa quella honoris causa, le qualifiche di carattere professionale, la qualifica di libero docente possono essere conferite soltanto con le modalità e nei casi indicati dalla legge* ". Peccato che, nell'approvare tale riforma, nessuno si sia domandato quali problemi identificativi potevano scaturire dall'inflazione del titolo di dottore quando siamo in ambito Medico Sanitario. Il Medico è da sempre appellato Dottore, ma quando tale titolo può essere utilizzato anche per identificare un Infermiere o un Tecnico Radiologo o un Fisioterapista o un Tecnico Podologo, be' la confusione che ne deriva è veramente tanta.

Allora, per tornare virtualmente negli U.S.A., c'è da esprimere ammirazione per una Nazione il cui Presidente viene semplicemente appellato "Mr. President", anche se 34 dei 46 Presidenti della storia americana aveva conseguito almeno un titolo accademico.

Noi al massimo possiamo confortarci con il Principe De' Curtis, che facendosi umilmente chiamare Totò, affermava che "Signori si nasce. Dottori si diventa".

Decisamente una voce molto libera e molto indipendente!

BUON ANNO alle nostre lettrici ed ai nostri lettori

Domenico Uliano

Campobasso

Alle nostre lettrici ed ai nostri lettori i migliori auguri per un 2022 di "riscatto".

Viviamo tutti un periodo difficile, complicato anche negli aspetti primari della nostra esistenza, lontani, spesso con una comunicazione artefatta, sempre più ridotta e mediata da strumenti tecnologici che rafforzano l'idea che siamo di fronte a scenari che difficilmente ci abbandoneranno, almeno nel breve periodo.

Nonostante tutto ciò, noi cerchiamo di non perdere lo storico legame con il nostro straordinario senso dell'ottimismo.

Non ci possiamo certamente sottrarre dal ringraziare tutte le colleghe ed i colleghi che collaborano con la nostra rivista ed anche quelli che ci leggono con attenzione e ci forniscono i propri pareri, osservazioni e punti di vista, spesso molto stimolanti.

Ma un ringraziamento va anche a chi ci legge da fuori del mondo della fisiatria, perché a tutti loro è rivolta l'intenzione di far comprendere come il nostro mondo professionale e la nostra DISCIPLINA abbiano risvolti estremamente pervasivi di diversi aspetti della vita quotidiana, non solo delle Persone che a noi si rivolgono con il carico di una qualunque disabilità, ma di tutti noi che viviamo, ciascuno a modo proprio, le contraddizioni di una società che non è ancora inclusiva così come vorremmo che fosse.

Sicuramente il nostro ottimismo non sarà sufficiente a portarci a credere che le divisioni profonde e le lacerazioni, create in questo ultimo periodo, possano risolversi per magia, ma ci consente comunque di augurare ai nostri colleghi un 2022 che sia ricco di appropriatezza, senza abusivismo della professione medica, senza figli e figliastri, con meno palloni gonfiati, senza le solite trame ministeriali e... (per cortesia fate qualcosa) senza improvvise ma costanti e progressive decurtazioni di posti letto e di storici reparti pubblici di riabilitazione.

Colleghi, come potete vedere, di questi auguri abbiamo davvero bisogno!

BUON ANNO 2022!

AFRIKAANS *gelukkige nuwejaar*
BAMBARA *bonne année*
BASQUE *urte berri on*
BELARUSIAN 3 *новым годам (Z novym hodam)*
BENGALI *subho nababarsho*
BERBER *asgwas amegas*
BETI *mbembe mbu*
BOBO *bonne année*
BOSNIAN *sretna nova godina*

BRETON *bloavez mad*
BULGARIAN *честита нова година (chestita nova godina)*
BIRMAN *hnit thit ku mingalar pa*
CANTONESE *kung hé fat tsoi*
CATALAN *feliç any nou*
CHINESE *xin nièn kuai le / xin nièn hao*
CORSICAN *pace e salute*
CROAT *sretna nova godina*
CZECH *šťastný nový rok*
DANISH *godt nytår*
DUTCH *gelukkig Nieuwjaar*
ESPERANTO *felicxan novan jaron feliœan novan jaron (Times SudEuro font)*
ESTONIAN *head uut aastat*
FAROESE *gott nýggjár*
FINNISH *onnellista uutta vuotta*
FLEMISH *gelukkig Nieuwjaar*
FRENCH *bonne année*
FRIULAN *bon an*
GALICIAN *feliz aninovo*
GEORGIAN *gilotsavt aral tsels*
GERMAN *ein gutes neues Jahr / prost Neujahr*
GREEK *kali chronia / kali xronia eutichismenos o kainourgios chronos*
GUARANÍ *rogüerohory año nuévo-re*
HAITIAN CREOLE *bònn ané*
HAWAIIAN *hauoli makahiki hou*
HEBREW *shana tova*
HINDI *nav varsh ki subhkamna*
KANNADA *hosa varshada shubhaashayagalu*
KHMER *sur sdei chhnam thmei*
KIRUNDI *umwaka mwiza*
KOREAN *seh heh bok mani bat uh seyo*
KURDE *sala we ya nû pîroz be*
HUNGARIAN *boldog új évet*
ICELANDIC *farsælt komandi ár*
INDONESIAN *selamat tahun baru*
ITALIAN *buon anno, felice anno*
IRISH GAELIC *ath bhliain faoi mhaise*
JAPANESE *akemashite omedetô*
KABYLIAN *asseguèsse-ameguèsse*
NORWEGIAN *godt nytt år*
MACEDONIAN *srekna nova godina*
MALAGASY *arahaba tratry ny taona*
MALAY *selamat tahun baru*
MALTESE *sena gdida mimlija risq*
MAORI *kia hari te tau hou*
MONGOLIAN *shine jiliin bayariin mend hurgeye (Шинэ жилийн баярын мэнд хүргэе)*
MORÉ *wênd na kô-d yuum-songo*
LAO *sabai di pi mai*
LATIN *felix sit annus novus*

LATVIAN *laimīgo Jauno gadu*
LINGALA *bonana / mbula ya sika elamu na tonbeli yo*
LITHUANIAN *laimingų Naujųjų Metų*
LOW SAXON *gelükkig nyjaar*
LUXEMBOURGEOIS *e gudd neit Joër*
OCCITAN *bon annada*
PERSIAN *sâle no mobârak*
POLISH *szczęśliwego nowego roku*
PORTUGUESE *feliz ano novo*
ROMANI *bangi vasilica baxt*
ROMANIAN *un an nou fericit / la mulţi ani*
RUSSIAN *С Новым Годом (S novim godom)*
SAMOAN *ia manuia le tausaga fou*
SANGO *nzoni fini ngou*
SOBOTA *dobir leto*
SPANISH *feliz año nuevo*
SWAHILI *mwaka mzuri*
SWEDISH *gott nytt år*
SWISS-GERMAN *äs guets Nöis*
SARDINIAN *bonu annu nou*
SCOTTISH GAELIC *bliadhna mhath ur*
SERBIAN *srecna nova godina*
SHONA *goredzwa rakanaka*
SINDHI *nain saal joon wadhayoon*
SLOVAK *stastlivy novy rok*
SLOVENIAN *srečno novo leto*
TAMIL *iniya puthandu nalVazhthukkal*
TATAR *yana yel belen*
TELUGU *nuthana samvathsara subhakankshalu*
TAGALOG *manigong bagong taon*
TAHITIAN *ia ora te matahiti api*
THAI *(sawatdii pimaï)*
TIBETAN *tashi délek*
TURKISH *yeni yiliniz kutlu olsun*
UDMURT *Vyl' Aren*
UKRAINIAN *Z novym rokom*
URDU *naya saal mubarik*
WALOON *("betchfessîs" spelling) bone annéye / bone annéye èt bone santéye*
WELSH *blwyddyn newydd dda*
WEST INDIAN CREOLE *bon lanné*
YIDDISH *a gut yohr*
VIETNAMESE *Chúc Mừng Nam Mới / Cung Chúc Tân Niên / Cung Chúc Tân Xuân*

Ancora a proposito di Saldi...

Morena Ottaviani

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

Leggo con piacere che per medici e odontoiatri potrebbero presto tornare le tariffe minime come riferimento per i contratti d'opera, anche se non fissate dagli ordini. L'Aula della Camera ha infatti approvato con 251 sì, nessun contrario e 9 astenuti (di Liberi & Uguali) la proposta di legge a prima firma di Giorgia Meloni (FdI, AC 3179) che introduce l'equo compenso per tutti i professionisti affiancando le professioni intellettuali agli avvocati, i quali erano i soli rimasti coperti da una disposizione di legge. Il provvedimento dovrebbe proseguire ora il suo percorso al Senato dove, nelle dichiarazioni di voto finale, sono stati auspicati approfondimenti e modifiche. Gli impianti delle bozze sono simili: in genere, nei primi due articoli si definisce l'equo compenso, e si specifica che per essere "*equo*" il compenso deve essere proporzionato alla quantità e qualità del lavoro svolto, al contenuto ed alle caratteristiche della prestazione professionale.

La proposta di legge considera ad esempio nulle le pattuizioni che prevedano "*un compenso manifestamente sproporzionato rispetto all'opera prestata o al servizio reso, cioè inferiore agli importi individuati con i valori stabiliti dai parametri o dalle tariffe fissati con decreto ministeriale per le professioni regolamentate*" o per gli avvocati (legge 247/2012). In sostanza. Come si evince dal preambolo del Ddl 3179 si mira a concretizzare lo spirito dell'articolo 2233 del Codice civile secondo cui «la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione». Oggi "*non essendo prevista alcuna sanzione di nullità, il professionista non può far valere l'inadeguatezza del compenso in presenza di un accordo che lo determini in misura irrisoria. La proposta contempla anche il diritto del cittadino consumatore di ottenere una prestazione di qualità, impossibile da garantire al di sotto dei livelli minimi di compenso previsti dai parametri ministeriali*".

Confidiamo che venga al più presto riconquistata una dignità professionale laddove è venuta a mancare per puro spirito di concorrenza commerciale, "svendendo" prestazioni professionali o, peggio, offrendo prestazioni sottocosto di qualità incerta.

https://temi.camera.it/leg18/provvedimento/equo-compenso.html

Sul fisioterapista di comunità

Morena Ottaviani

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

Leggiamo con interesse e piacere la comunicazione che il SIMMFIR ha inviato e che pubblichiamo di seguito integralmente, per dare informazione circa le azioni intraprese in relazione alla proposta parlamentare di istituire la figura del fisioterapista di comunità. Siamo consapevoli che il percorso sarà ancora lungo, ma è importante che i Fisiatri siano informati quando vengono svolte azioni che li riguardano, sia che esse abbiano esito positivo sia negativo. Non deve essere un autoreferenzialismo, ma una equa, costante e corretta informazione. Costante negli anni, e non limitata ai periodi elettorali, giusto per non offendere l'intelligenza dei colleghi.

Notizie importanti sulla questione "fisioterapista di comunità"

Cogliamo l'occasione della relazione istruttoria inviataci dal Ministero pochi giorni fa, 8 ottobre 2021 (che vi linkiamo in copia alla presente), per aggiornarvi sugli sviluppi della questione "fisioterapista di comunità", questione di grande interesse per la nostra professione, che il SIMMFIR sta seguendo da tempo.

Stiamo raccogliendo proprio in questi giorni i primi risultati positivi, come la missiva del Ministero dimostra.

Come forse già saprete, il sindacato dei fisioterapisti, lo Spif, da qualche anno ha pensato di spendersi nella iniziativa e nella promozione di quello che viene chiamato "fisioterapista di comunità" o "fisioterapista di famiglia", che è un modello clinico di riorganizzazione delle Cure Primarie sul territorio, in cui la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità è affidata ad una squadra multiprofessionale, coordinata dal Medico di Medicina Generale, dove si sottolinea ed emancipa il ruolo del Fisioterapista che , in dipendenza dall'Azienda Sanitaria Locale, avrebbe il compito, di "identificare e adottare le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita dell'individuo e dei suoi familiari o caregiver".

Il problema è che in questo modo verrebbero realizzate due condizioni anomale ed incostituzionali, la prima è quella secondo la quale si conferirebbero al medico di medicina generale competenze che non ha, ossia coordinare le attività riabilitative sul territorio, mansioni che inevitabilmente ne aumenterebbero enormemente il carico di lavoro su materia specialistica, e d'altro canto il fisioterapista si troverebbe a gestire la complessità assistenziale del territorio, perdendo il medico specialista, fisiatra, come primario riferimento ed interlocutore, sostituito secondo questo modello dal medico di medicina generale.

È intuibile che questo modello clinico ed assistenziale non corrisponda ad alcuna delle leggi e delle organizzazioni vigenti ma, nonostante questo, il sindacato dei fisioterapisti è già riuscito

ad ottenere prima una delibera regionale, in Toscana, nel 2019, ed è riuscito recentemente anche a trovare i canali per proporre al parlamento un disegno di legge, 2021, sulla falsa riga della delibera della Regione Toscana.

Ovviamente il Sindacato non è rimasto a guardare.

Come prima azione abbiamo impugnato la Delibera Regionale del 2019, tramite ricorso straordinario al Presidente della Repubblica chiedendo l'annullamento della delibera stessa, sostenendo che la suddetta delibera regionale finisce per delineare una figura autonoma, del tutto "nuova" nell'ambito del SSN, inserita in un progetto che coinvolge le cure primarie ma che poi finisce con l'interessare l'ambito delle attività sanitarie di riabilitazione che rientrano, in generale, nel percorso assistenziale Ospedale-Territorio.

Abbiamo sostenuto che le competenze attribuite a questa della "nuova" figura professionale, sono sia di carattere medico-specialistico in ambito riabilitativo – proprie dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, sia quelle proprie del "terapista occupazionale".

Ed al fine di "legittimare" la creazione di tale figura, la delibera gravata menziona la delibera della Regione Toscana n. 650 del 05.07.2016 "Sanità d'iniziativa, approvazione indirizzi per implementazione del nuovo modello" che specifica quale sia l'ambito di applicazione del modello di sanità; iniziativa a livello territoriale, quale modello innovativo per la prevenzione ed il contenimento delle patologie croniche basato sulla presa in carico proattiva degli assistiti da parte di un team multiprofessionale, dal quale viene escluso il medico fisiatra, sulla base di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che rendono i provvedimenti impugnati, ad un attento esame, del tutto illegittimi.

Questo ricorso è stato notificato anche al Ministero della Salute che, con relazione istruttoria inviata al Consiglio di Stato, in data 8 ottobre 2021 ha risposto alle nostre lamentele, ammettendo la bontà delle nostre ragioni e sottolineando che il fisioterapista di comunità non solo rappresenterebbe la istituzione di una nuova figura professionale non deliberabile dalla Regione, ma sottolineando anche che il fisioterapista ha l'obbligo di lavorare in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione medica, e nello specifico del medico fisiatra, pertanto esprimendo un parere favorevole all'annullamento della Delibera Toscana.

Questa posizione del Ministero rafforza ed è conseguenza dei precedenti contatti avuti in materia di "fisioterapista di comunità" "fisioterapista di famiglia" con il Ministero nella persona del Sottosegretario Sileri, che è già stato opportunamente contattato dalla Società Scientifica e dal Sindacato, per allertarlo sulla vicenda.

Aspettiamo gli sviluppi di questo procedimento che, se definitivamente confermati secondo l'indirizzo espresso dal Ministero, stroncherebbe sul nascere l'iniziativa parlamentare di istituire questa figura professionale in tutte le regioni italiane.

Sappiamo che molti iscritti alla nostra società scientifica sono allarmati e preoccupati per questa iniziativa dei fisioterapisti, ma il Sindacato c'è e lavora per voi tutti.

Distinti saluti

Salvatore Calvaruso
Segretario Nazionale SIMMFiR

Low dose medicine

Domenico Uliano

Campobasso

VI PRESENTIAMO UN'INTERESSANTE INTERVISTA A MORENA OTTAVIANI SULLA LOW DOSE MEDICINE, CON RISVOLTI NOTEVOLI NELLA PRATICA CLINICA DEL MEDICO FISIATRA

Dott.ssa Ottaviani, lei ha una consolidata esperienza sulla low dose medicine, ci può dire di che si tratta?

La Low Dose Medicine è una Medicina che si propone di riportare un organismo malato alle condizioni fisiologiche originali attraverso l'utilizzo delle molecole segnale (*signaling molecules*) rappresentate da neuropeptidi, ormoni, citochine e fattori di crescita che sono normalmente presenti nel corpo e che, in condizioni di salute, controllano e guidano le funzioni fisiologiche dell'organismo.

Parallelamente alle *signaling molecules*, la farmacologia LDM attinge anche dall'immenso patrimonio di conoscenze sulle sostanze naturali (di origine vegetale, animale e minerale) studiate sotto la lente di ingrandimento della Biologia Molecolare.

Se riconosciamo che lo stato di Malattia è presente quando la concentrazione delle *signaling molucules* a livello della matrice extra-cellulare è in eccesso o in difetto, mentre la loro concentrazione fisiologica rappresenta lo stato di omeostasi e cioè di benessere, allora l'approccio terapeutico del Medico nei confronti della Malattia necessariamente cambia.

In che senso?

Cambia nel senso che non si ricerca la soppressione a tutti i costi del sintomo, ma si cerca in primo luogo di capirne le cause (sostanzialmente facendo Diagnosi) e poi cercando di ristabilire l'equilibrio alterato in modo da ricondurre l'organismo in condizione di salute. Il sintomo è un segnale che va ascoltato, compreso e corretto, non brutalmente soppresso, altrimenti anche la fase diagnostica potrebbe essere alterata.

Premetto che comunque ogni caso è unico, non si può standardizzare nulla ma soprattutto, non devono esistere estremismi o integralismi terapeutici: se il paziente ha un dolore lancinante, è ovvio che non possiamo lasciarlo annegare nella propria sofferenza, ma dobbiamo essere rapidi nell'interpretazione dei segnali per poterlo far stare meglio.

Nel mio studio è appesa una frase di Paracelso che afferma: "*Coloro che si limitano a studiare e a trattare gli effetti della malattia sono come quelle persone che si immaginano di poter mandare via l'inverno spazzando la neve sulla soglia della loro porta, Non è la neve che causa l'inverno, ma è l'inverno che causa la neve*".

Noi Fisiatri siamo un po' dei "meccanici" dell'organismo: se non si capisce *perché* qualcosa non va, non si può capire come intervenire nella riparazione. In questo, i principi base della LDM rispecchiano benissimo il nostro approccio.

Quali sono gli impieghi della Low Dose Medicine ad oggi?

Credo che l'utilizzo più eclatante e diffuso di queste sostanze abbia avuto luogo in Reumatologia, contesto in cui vengono chiamati "Farmaci Biologici". Praticamente si è passati da protocolli farmacologici ad azione prevalentemente "soppressiva" di un sistema immunitario per così dire "anarchico" alla ricerca di una modulazione della risposta sregolata dell'organismo. Sono sempre più numerosi i malati reumatici in trattamento con questi Farmaci Biologici che, oltre a migliorare la loro qualità di vita, sono praticamente privi di effetti collaterali. Mentre purtroppo conosciamo bene quanto fossero devastanti gli effetti avversi delle precedenti terapie farmacologiche, sia a breve sia a lungo termine, essendo spesso questi pazienti in trattamento continuativo.

Del resto, se pensiamo che le prime citochine sono state identificate negli anni '60, possiamo ben comprendere come si tratti di un processo in divenire: man mano che emergono nuove informazioni, nuovi studi scientifici, emergeranno nuovi protocolli terapeutici. L'importante è che sia stato chiarito e diffuso il concetto che il Sintomo non deve essere soppresso ma deve essere compreso, valutato e modulato affinché l'organismo ritrovi il proprio equilibrio omeostatico.

Come si inserisce la Low Dose Medicine nello studio del Fisiatra?

La definizione di Low Dose Medicine afferma che si tratta di una Medicina incentrata su 3 principi:

1. curare la persona e non solo la malattia
2. agire sulle cause e non solo sui sintomi
3. considerare la persona nella sua globalità mente-corpo e nella sua individualità

Come si può facilmente vedere, sono le caratteristiche di un qualsiasi intervento riabilitativo e sono i principi su cui si basa l'approccio del Medico Fisiatra al Disabile. Anche il Fisiatra e la sua equipe si impegnano affinché il Disabile raggiunga il ripristino delle funzioni lese: l'unica differenza è che in Riabilitazione, a volte, occorre aggiustare l'asticella della condizione fisiologica in funzione del tipo di lesione subito. Ma sappiamo bene quanto resiliente sia l'organismo umano, in grado di adattarsi a nuove condizioni che gli eventi avversi talora impongono.

Come nasce il suo interesse nei confronti della Low Dose Medicine?

I pazienti che vengono nel mio studio sono alla ricerca di una risposta nei confronti del dolore. Spesso arrivano da un percorso lungo e difficile, che li ha trascinati in un pellegrinaggio che, evidentemente non ha dato i risultati sperati. Quando poi si tratta di pazienti con un quadro clinico complesso, portatori di Pace-maker o in terapia anticoagulante, le prospettive terapeutiche vengono indubbiamente limitate dalle comorbilità ed il successo terapeutico spesso viene a mancare. La Low Dose Medicine riesce a fornire strumenti utili a contrastare il dolore muscolo-scheletrico che danno risultati spesso sovrapponibili a quelli ottenuti attraverso i classici FANS, senza però in alcun modo interferire con la terapia farmacologica assunta dal paziente.

Sono provvedimenti terapeutici associabili ad altri?

Le terapie possono essere associate e combinate tra di loro. Premesso che mai e poi mai ci si deve permettere di modificare la lista dei farmaci assunti dal paziente, si tratta di trovare nuovi spazi in cui agire. Le sostanze Low Dose possono essere facilmente associate ad altri farmaci ed a tutte le terapie fisiche senza alcun problema. Spesso risulta molto utile anche l'associazione con tecniche di Medicina Manuale e/o di agopuntura, andando a stimolare in quest'ultimo caso gli agopunti specifici per il caso.

Sia ben chiaro però, che qualora esistano gli estremi per dover intervenire ad esempio con una terapia steroidea, si deve procedere senza alcun dubbio in quel senso: come dicevo, un buon Medico non deve essere integralista in alcun modo ma deve cercare si essere preparato in modo polivalente per poter dare al paziente la risposta più appropriata al suo caso.

Come si procede solitamente?

Come sempre, affinché ci siano risultati positivi, occorre fare diagnosi e mai come in questa scelta terapeutica la diagnosi deve essere corretta ed accurata per poter scegliere con attenzione i prodotti più appropriati. Occorre essere un po' come dei cecchini anziché sparare a raffica: spesso infatti un insuccesso terapeutico è da imputare ad una diagnosi errata più che ad una mancata efficacia delle sostanze impiegate.

Come dicevo, spesso mi trovo a prescrivere un Progetto Riabilitativo che contempla inizialmente alcune sedute di Medicina Manuale, poi passiamo magari alla somministrazione intradermica negli agopunti riferiti alla problematica di una sostanza Low Dose, ed infine un ciclo di Rieducazione Motoria con il Fisioterapista definisce il quadro clinico in modo risolutivo. Se poi si tratta di pazienti che non presentano controindicazioni verso le Terapie Fisiche, spesso vengono prescritte anche Onde d'urto piuttosto che Te.Ca.R terapia o altri elettromedicali ad integrazione.

Un esempio di sostanza Low Dose utile per il Fisiatra?

Indubbiamente l'Arnica Compositum (che è disponibile anche in fiale iniettabili) è un prezioso alleato per uno specialista come il Fisiatra. Rappresenta il capofila dei famaci anti-infiammatori biologici low dose dal momento che stimola la produzione di TGF-b che inibisce le citochine pro-infiammatorie; contemporaneamente viene stimolata la produzione di IL-10, che possiede valenza anti-infiammatoria e determina così una modulazione del processo infiammatorio. Senza volerci addentrate troppo nel complesso capitolo delle citochine, ormai diversi studi clinici hanno dimostrato che l'Arnica possiede proprietà antiedemigene, antidolorifiche, anti-infettive ed è in grado di agire su tutte le 6 fasi del processo infiammatorio.

Da sempre ritengo che più siano gli strumenti che abbiamo a disposizione per trattare i nostri assistiti, maggiore è la possibilità di riuscire a centrare il risultato. L'importante è evitare i preconcetti, evitare di denigrare ciò che non si conosce, piuttosto informarsi e cercare di colmare le proprie lacune, e diffidando di chi non ha le qualifiche ed i titoli per prescrivere un trattamento terapeutico.

Il trattamento della rizoartrosi con MD-Small Joints

Fabio Brunato

Padova

La Rizoartrosi è un'affezione molto diffusa; colpisce il 20% della popolazione adulta e rappresenta circa il 10% delle localizzazioni artrosiche; è più frequente nella femmina rispetto al maschio (rapporto 4:1). Il sintomo iniziale è il dolore all'articolazione trapezio-metacarpale (TM) cui segue la difficoltà di svolgere attività quotidiane come girare una chiave o aprire una bottiglia. Il trattamento è inizialmente di tipo conservativo con l'applicazione di tutori di immobilizzazione e la contemporanea assunzione di condroprotettori. Se questo trattamento non ha buon esito, prima di intraprendere il trattamento chirurgico definitivo, si può intervenire con la terapia iniettiva locale con collagene. I Collagen Medical Device migliorano le qualità meccaniche della capsula articolare ripristinando le caratteristiche di anisotropia del collagene con evidente effetto positivo sulla stabilizzazione della ipermobilità articolare, sul movimento, sul dolore e sulla qualità della vita. Lo scopo di questo lavoro è valutare l'efficacia dell'iniezione intra- e periarticolare con MD-Small Joints in pazienti affetti da Rizoartrosi prima di essere sottoposti alla terapia chirurgica definitiva.

In questo studio clinico sono stati inclusi 22 pazienti (3 M; 19 F) e valutati per 10 settimane con le scale DASH, VAS e Grind test. Il trattamento è stato ottimamente tollerato e non si sono osservati effetti collaterali. Il miglioramento ottenuto è stato del 60-80% ≈ in tutte le scale di valutazione. Questo studio dimostra che il miglioramento clinico è direttamente proporzionale alla riduzione della lassità articolare e che questa è in funzione dell'efficacia di MD-Small Joints sul collagene articolare.

https://www.medibio.it/medicina-biologica/2013/221/1461/pdf/MB032021_01.pdf

Il Macbeth al Teatro della Scala

David A. Fletzer

Roma

La prima della Scala è sempre un momento importante della vita di Milano, vera capitale europea ed economica dell'Italia. Sono eventi che passano alla storia del mondo della opera, ma non solo, e rappresentano la meta di molti cantanti e registi oltre che di direttori del più importante teatro del mondo alla pari del Bolshoi di Mosca o del Metropolitan di New York.

Questo anno la prima è stata un evento ancora più importante per la pandemia che ha colpito il mondo e specie il nostro Paese ed in particolare la Lombardia ma anche per l'ultima sua presenza in questa occasione del Presidente Mattarella e per la scelta di fare un'edizione televisiva per i teleutenti italiani e stranieri, che certamente servirà a far conoscere ancora di più e meglio l'eccellenza italiana.

Non sono un melomane ma l'esperienza della prima alla Scala è una esperienza, specie questo anno, da vivere.

Il Macbeth di questa edizione, secondo me, ha avuto il punto di forza certamente nei cantanti scelti ma specialmente nella regia (Davide Livermore), particolarmente della versione televisiva (Arnalda Canali). E se qualcuno non ha avuto l'occasione di vederlo consiglio di farlo su RAIPLAY o meglio ancora sul grande schermo, quando verrà portato al cinema, nell'ambito degli eventi artistici. Questa edizione trasferisce il lavoro di Verdi ai tempi moderni e sentendo il canto degli esodi scozzesi oltre una parete di reticolato si va immediatamente ai filmati, visti recentemente in televisione, fra la Bielorussia e la Polonia.

La determinazione di lady Macbeth verso l'insicurezza del marito fa pensare su alcune sicurezze di certe giornaliste che si battono in modo vigoroso contro il maschilismo presente in molte professioni; vero ma penso che non ci sia una bontà di genere a senso unico.

L'ovazione verso il Presidente Mattarella fa capire la grande stima che il Presidente ha saputo conquistare in questi 7 anni e già molti si sono dimenticati che la sua elezione comportò la rottura fra Renzi e Berlusconi e che Di Maio nel 2018 chiese l'impeachment e molti comici all'inizio lo prendevano in giro per il suo carattere schivo ed ora tutti sono tristi per la fine del suo settennato. Come già detto la regia è stata eccezionale con vari effetti speciali, che nulla hanno da invidiare con i film hollywoodiani e che hanno riscosso un grande successo anche fra gli under 30 nella cosiddetta primina.

La storia di UOMINI, che si ritengono fatali e che si affidano alle previsioni di false indovine, che spesso dicono al dittatore quello che lui vuole sentire e che per raggiunge i propri obiettivi si comportano in modo ingiusto e brutale, al di fuori dell'etica umana, è ancora attuale. La scena di Macbeth e di Lady Macbeth che dopo i tre omicidi compiuti vigliaccamente lasciano il palcoscenico cantando, loro!?!, VENDETTA VENDETTA è quasi ridicola se purtroppo non ci ricordassimo scene analoghe nelle nostre vite a dimostrazione che da Shakespeare non è cambiato nulla sui valori intrinseci dell'UOMO.

Insomma uno spettacolo da seguire alla Scala, da rivedere in televisione o al cinema e da rammentare nella vita quotidiana sapendo che non sempre il dittatore viene eliminato da Macduff, fedele al suo Re Duncan, ucciso dall'usurpatore, ed al figlio erede Malcolm.

La lealtà e la coerenza non sono virtù attuali ma "atteggiamenti strani".