



MENSILE DI
MEDICINA,
SALUTE,
ALIMENTAZIONE,
BENESSERE,
TURISMO
E CULTURA

natura docet: la natura insegna



Anziani e pandemia

RSA virtuose

BIOETICA

**Approccio
integrale**

MAL DI SCHIENA

**Prevenzione
possibile**

FILLER

**Sicurezza
nei vaccinati**



UnitelmaSapienza
Università degli Studi di Roma



OBA
**Operatore in Biosicurezza
Ambientale**
delle Residenze per anziani



LA SICUREZZA PRIMA DI TUTTO

LA SICUREZZA PRIMA DI TUTTO

www.unitelmasapienza.it
www.atta.bio
segreteria@atta.bio

Residenze per anziani *Prima frontiera*



di Massimo
Enrico Radaelli,
Direttore
Scientifico
di ND

Contrariamente a quanto molti credono di sapere, il termine "resilienza" non è affatto un orrendo neologismo alla moda, di origine inglese (esattamente come "media", che gli stessi saccetti amano pronunciare "midia"), ma deriva dalla nostra lingua-madre, il latino: il testo che segue è testualmente preso dal sito della Accademia della Crusca, indubbiamente fra le massime istituzioni filologiche e indiscusso punto di riferimento internazionale per tutto quanto attiene alla nostra splendida lingua. "Nel corso dei secoli e del progredire del pensiero scientifico occidentale – che, ricordiamo, è stato prevalentemente espresso in latino fin oltre il Seicento – l'aggettivo "resiliens" ha indicato sia il rimbalzare di un oggetto, sia alcune caratteristiche interne legate all'elasticità dei corpi, come quella di assorbire l'energia di un urto contraendosi, o di riassumere la forma originaria una volta sottoposto a una deformazione. Entrambe le accezioni di "resilientia" sono registrate, all'inizio del XVIII secolo, nel Lexicon Philosophicum di Stephanus Chauvin: la prima, legata all'esperienza quotidiana; la seconda, più tecnica, legata all'ipotesi di un anonimo "insigne filosofo". Ciò premesso, non deve stupire (come invece è regolarmente avvenuto da parte di un noto personaggio, che testualmente ha parlato di "insopportabile accostamento alle mode"), che nel discorso di insediamento del nuovo Capo del Governo italiano la parola "resilienza" sia stata pronunciata ben dieci volte: "resilienza" è infatti la capacità fondamentale di qualsiasi sistema di adattarsi e sopravvivere al cambiamento. La valenza di questo termine spazia dalla Biologia evolutivistica alla Fisiologia e dalla Psicologia alla Sociologia: mai come nei periodi critici questa dote deve emergere, e la risposta che il mondo sta dando all'emergenza pandemica ne rappresenta il paradigma più evidente. L'equilibrio post-Covid-19 si raggiungerà certamente, come da sempre è accaduto nella storia della convivenza fra umanità e microrganismi patogeni, anche grazie ai mezzi scientifici di cui oggi l'uomo dispone, ma certamente più lungo sarà il tempo necessario per uscire dagli aspetti "sindemici" che la pandemia inevitabilmente sta provocando (crisi economica, ansia, depressione, fobie). Mai come oggi, quindi, serve "resilienza", in ogni contesto sociale, senza eccezioni, iniziando dalla "prima frontiera", rappresentata dai nostri anziani. Le residenze per anziani, in particolare, rappresentano oggi una insostituibile roccaforte, per mettere in sicurezza persone fragili nel momento in cui, per molte famiglie, la convivenza fra generazioni rappresenta un serio rischio per genitori e nonni: venire a conoscenza, quindi, di "RSA virtuose", di fatto indenni dal rischio pandemico, grazie a capillari e sistematiche strategie di intervento - come emerge dall'articolo del Dott. Vincenzo Latini, noto Esperto su questo argomento e autorevole membro del Comitato scientifico di questa rivista - rappresenta un confortante stimolo a continuare insieme, nella certezza che anche la notte più buia attende sempre la luce del nuovo sole.

CONSIGLI DEL MEDICO

12 I comportamenti da evitare

COVID-19

E MEDICINA ESTETICA

16 Ci sono rischi correlati alla vaccinazione?

INFEZIONI AEROTRASMESSE

18 Capelli e acconciature, possibile mezzo di ingresso per patogeni

INFORMAZIONE ALIMENTARE

22 Tumori, Nutrizione e "Food Warnings"

PANDEMIA

24 Come sarà il nostro futuro?

COVID 19

28 Intervista al Prof. Lino Di Rienzo Businco



COVID-19
**Le RSA
indenni dalla
pandemia
2020**
• a pagina 6 •

PIANETA TURISMO

30 Cornice di un amore eterno

ARTE

36 Elena Pontiggia un cristallo in Boemia

MEDICINA OLISTICA

40 Il Tango argentino

BIOFANTASY

44 Il parere dell'ultimo rimasto

CONSIGLI PER LA LETTURA

50 Lituus

BIOETICA

52 Per un approccio integrale della Medicina

PERCORSI PSICOLOGICI

60 Osservare la voce ossimoro o opportunità?



natura docet: la natura insegna

MEDICINA, SALUTE, ALIMENTAZIONE, BENESSERE, TURISMO E CULTURA

Anno II - N° 2 - Febbraio 2021

Autorizzazione di Tribunale di Verona n.2133 del 14/02/2020

Sede legale:

A.Na.M. - Via Caprera, 1 - 37126 Verona (VR)

Direzione scientifica e redazione:

Strada della Lodesana 649 SX - 43036 Fidenza (PR)

Direttore scientifico:

Massimo Enrico Radaelli radamass1@gmail.com

Direttore responsabile:

Gianluigi Pagano paganoprom@hotmail.com

Direttore editoriale:

Giovanni Battista Colombo gianbattista.colombo@libero.it

Direttore amministrativo:

Rosalba Lofrano rosalba.lofrano@gmail.com

Direttore commerciale:

Marcello Lofrano marcello.lofrano@icloud.com

Editing Manager:

Halyna Korniyenko halykor@gmail.com

Art Director:

Giuliano Castrovilli giuliano.castrovilli@yahoo.it

Segreteria di Redazione:

Alisée Maksimovna Radaelli, Manuel Lofrano

Osservatorio internazionale:

- Africa: Martin Obioha
- Argentina: Santiago Spadafora
- Azerbaijan: Tural Mammadov
- Brasile: Patricia Urquiza Lundgren, Spartaco Bolognini
- Cina: Giovanni Cubeddu
- Giappone: Hiroshi Kazui
- India: Luca Riccò
- Israele: Moshe Jean
- Kazakhstan, Kyrgyzstan: Anara Bayanova
- Marocco: Miriem Dasser
- Moldova: Tatiana Cojocar
- Paesi balcanici: Olja Turanjanin
- Paesi scandinavi: Simona Aramini
- Romania: Bianca Constantin
- Spagna: José Miguel Lainez
- Sudafrica: Antonio Pappalardo
- Sud Est Asiatico: Adriano Ciocca
- Tunisia: Wael Toumi
- Ucraina: Nataliya Dyachyk
- Uruguay: Federico Dajas

Stampa:

Tipografia Quetti
Via Leopardi, 48 - 25040 Artogne (BS)

Eventuali detentori di copyright sulle immagini ai quali non siamo riusciti a risalire, sono invitati a mettersi in contatto con amministrazione@saintgeorge.it.
La Rivista è distribuita telematicamente in abbonamento gratuito e in versione cartacea a target selezionati. I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore per la spedizione della pubblicazione e di altro materiale da essa derivato.
La responsabilità relativa ai contenuti degli articoli pubblicati su ND è da attribuirsi agli Autori degli articoli stessi.
Nessun testo può essere riprodotto con qualsiasi mezzo se non citando la fonte e l'Autore o gli Autori dell'articolo.

Presidente
Giuseppe Nappi (Pavia-Roma)
Coordinamento
Massimo Enrico Radaelli (Parma)

- Ditzler Hans Peter (Montevideo, Uruguay): Arte
- Evtusenco Olga (Rovigo): Magnetoterapia
- Fantozzi Fabio (Roma): Chirurgia estetica
- Farina Luca (Pavia): Comunicazione nel web
- Fermi Enrico (Piacenza): Bioingegneria
- Ferrari Paolo (Parma): Medicina dello Sport
- Ferretti Stefania (Parma): Urologia
- Fiz Perez Javier (Roma): Bioetica
- Foad Aodi (Roma): Professionisti di origine straniera in Italia e Salute globale
- Fraschini Andrea (Varese): Infezioni ospedaliere
- Franchi Stefano (Savona): Giomalismo
- Franzè Angelo (Roma): Gastroenterologia
- Fritelli Filippo (Parma): Politiche territoriali
- Gaddi Antonio Vittorino (Bologna): Telemedicina
- Gallingani Giuseppe (Reggio Emilia): Scenari di mercato internazionale
- Gerace Pasquale (Parma): Angiologia
- Gianfrancesco Giuseppe (Bologna): Medicina olistica
- Giuberti Rosanna (Milano): Idrocolonterapia
- Ghisoni Francesco (Parma): Cure palliative
- Grassi Gianfranco (Milano): Ingegneria olistica e Psicologia
- Gregori Giulia (Roma): Osteopatia animale
- Gregori Loretta (Parma): Scienze naturali
- Grossi Adriano (Padova): Pedagogia
- Gualerzi Massimo (Parma): Cardiologia
- Guerrini Gian Luca (Milano): Innovazione industriale
- Guidi Antonio (Roma): Politiche legate ai diversamente abili
- Guidi Francesco (Roma): Medicina estetica
- "HeLLeR" (Milano): Associazioni di pazienti (Psoriasi)
- Korniyenko Halyna (Parma): Etnomedicina
- Lamping Martina Carmen (Treviso): Heilpraktiker
- Latini Vincenzo (Rieti): Residenze per anziani
- Latyshev Oleg Yurevich (Mosca, Russia): Storia naturale
- Lisi Rodolfo (Roma): Medicina ayurvedica
- Lista Anna (Parma): Nutrizione
- Lista Vincenzo (Pavia): Amministrazione
- Loconte Valentina (Parma): Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica
- Lofrano Marcello (Brescia): Formazione professionale
- Lombardo Claudio (Bolzano): Scienze e tecniche psicologiche
- Lotti Torello (Firenze): Dermatologia e Venereologia
- Luisetto Mauro (Piacenza): Nutraceutica
- Magaraglia Anna (Vicenza): Naturopatia e Riequilibrio Somato-Emozionale
- Maggi Filippo (Milano): Propulsione aerospaziale
- Maiera Giuseppe (Milano): Vulnologia
- Manni Raffaele (Pavia): Disturbi del sonno
- Mantovani Mauro (Milano): Biochimica sperimentale
- Marchesi Gianfranco (Parma): Neuropsichiatria
- Martinelli Mario (Varese): Terapia fisica vascolare
- Mazzarello Paolo (Pavia): Storia della Medicina
- Melotto Claudio (Principato di Monaco): Economia etica

- Menchinelli Claudio (Roma): Medicina legale
- Merighi Lara (Ferrara): Alleanza Cefalalgici
- Messina Lorenzo (Roma): Oftalmologia
- Miatì Maurizio (Pavia): Diritti dei Lavoratori
- Micoli Giuseppina (Pavia): Misure ambientali e tossicologiche
- Mongiardo Salvatore (Crotone): Filosofia
- Moneta Angela (Pavia): Medicina di Genere
- Montanari Enrico (Parma): Neuroscienze
- Morini Emanuela (Parma): Scienze pedagogiche
- Occhiogrossi Maria Simona (Roma): Medicina interna
- Pacchetti Claudio (Pavia): Parkinson
- Paduano Guido (Lecco): Tecnologie transdermiche
- Pagliara Claudio (Brindisi): Medicina olistica
- Pellegrini Davide (Parma): Letteratura e Poesia
- Penco Susanna (Genova): Metodi alternativi alla sperimentazione animale
- Piccinini Chiara (Modena): Audio Psico Fonologia
- Pigatto Paolo (Milano): Dermatologia
- Plebani Massimo (Lecco): Inquinamento planetario
- Po Ruggero (Roma): Comunicazione
- Polizzi Manuela (Parma): Ingegneria civile
- Pregliasco Fabrizio (Milano): Virologia
- Pucci Ennio (Pavia): Neurologia
- Rabbi Federica (Bologna): Bioenergetica vibratoria
- Radaelli Lorenzo Federico (Parma): Studenti e Università
- Revelli Luca (Roma): Chirurgia endocrina e vascolare
- Ricci Giorgio (Forlì-Cesena): Turismo sanitario
- Roncalli Emanuele (Bergamo): Turismo
- Saidbegov Dzhahaludin G. (Roma): Riposizionamento vertebrale e articolare non invasivo
- Saito Yukako (Tokyo, Giappone): Scienze olistiche Naturopatia
- Savini Andrea (Milano): Naturopatia
- Scaglione Francesco (Milano): Farmacologia
- Schiff Laura (Bologna): Verde urbano e pianificazione territoriale
- Sciotta Mariaros (Varese): Scienze infermieristiche
- Serrano Angela (Reggio Calabria): Massaggio sportivo
- Sitiza Giuseppe (Cuneo): Omeopatia e Omtossicologia
- Solar Iryna (Forlì): Medicina ayurvedica
- Spaggiari Piergiorgio (Milano): Medicina quantistica
- Spagnolo Stefano (Lecce): Biologia agroalimentare
- Spattini Massimo (Parma): Medicina funzionale
- Tarro Giulio (Napoli): Virologia clinica
- Trecroci Umberto (Forlì/Cesena): Nutrizione integrata
- Troiani Daniela (Roma): Psicologia
- Truzzi Claudio (Milano): Sicurezza alimentare
- Turanjanin Olja (Fojnica-Bosnia Erzegovina): Idroterapia termale
- Turazza Gloriana (Mantova): Biomeccanica del piede
- Valentini Marco (Forlì): Sindromi fibromialgiche
- Varrassi Giustino (Roma): Medicina del Dolore
- Vento Maurizio Giuseppe (Parma): Otorinolaringoiatria
- Vicariotto Franco (Milano): Medicina della Donna
- Viscovo Rita (Milano): Medicina rigenerativa e Tricologia
- Zanasi Alessandro (Bologna): Idrologia medica
- Zurca Gianina (Rieti): Scienze sociali



natura docet: la natura insegna



natura docet: la natura insegna

Residenze per anziani

Le RSA indenni dalla pandemia 2020



di Vincenzo Latini,
Amministratore
RSA Città di Rieti e RSA
Santa Rufina
(Rieti)

Le RSA sono presidi residenziali territoriali autorizzate dalle Regioni e gestite da privati, destinate all'assistenza sociale e sanitaria, nonché alla riabilitazione di malati ed anziani non assistibili a domicilio.

Le RSA si stanno rivelando oggi le strutture sanitarie più sicure ove portare i nostri cari.

Quanto apparso sulla stampa mesi fa in piena pandemia, ove si additavano le RSA come cimiteri degli anziani, non corrisponde a verità. Purtroppo l'epidemia di Covid-19, al suo primo impatto sul Sistema Sanitario, ha aggredito in modo così violento e rapido le strutture sanitarie del Paese e di tutta Europa che, non solo le RSA, ma gli ospedali pubblici, privati, cliniche, case di cura e strutture socio sanitarie in generale, hanno registrato tantissimi decessi.

Comunque va detto che le RSA, come strutture socio sanitarie più piccole degli ospedali quando ben gestite ed organizzate,

hanno mostrato di resistere meglio alla diffusione del virus, tenendo indenni dal contagio ospiti e dipendenti; si contano infatti in ogni Provincia e Regione d'Italia decine di RSA che hanno superato indenni la pandemia durante tutto l'anno 2020, non registrando alcun caso di malattia né tra i propri ospiti, né tra gli operatori e ciò anche nella nostra provincia di Rieti come la RSA Santa Rufina e la RSA Città di Rieti.

Ma come è stato possibile che alcune RSA non abbiano registrato alcun contagio per tutto l'anno 2020, al contrario di molte altre? Quali metodi e strategie hanno messo in atto per difendersi da un'epidemia così contagiosa ed aggressiva?

Da una prima raccolta dei dati, riguar-

danti centinaia di strutture di RSA e Case di Riposo associate all'ANASTE Nazionale (Associazione Nazionale Strutture Terza Età) e presenti in tutta Italia da Nord a Sud, emergono alcune caratteristiche comuni alle strutture che possono vantarsi di non aver avuto alcun decesso da Covid-19.

Volendo fare una analisi delle strategie poste in essere da queste strutture possiamo sintetizzare alcuni punti comuni e che hanno maggiormente contribuito al loro risultato positivo.

Per semplicità possiamo segnalare quanto posto in essere alla RSA Santa Rufina ed alla RSA Città di Rieti, strutture associate all'ANASTE.

Per semplificare al massimo possiamo dire che i punti focali vincenti, posti in essere nelle due strutture entrambe gestite dalla stessa Società, sono stati: il rispetto puntuale delle norme di protezione e l'organizzazione del lavoro.

Fin dal mese di marzo 2020 nelle due strutture si è attuato.

■ Controllo della temperatura

- Il personale di ciascun nucleo assistenziale (Intensivo, Estensivo, Mantenimento Basso e Mantenimento Alto) controllavano all'inizio e alla fine di ogni turno di lavoro la temperatura

degli ospiti ricoverati; Le temperature "sospette" venivano analizzate collegialmente con il Medico Responsabile e Dirigente Infermieristico e nei casi sospetti si procedeva al controllo con tamponi nasofaringei ed eventuale isolamento preventivo.

■ "Blindatura delle strutture"

- Gli ospiti ricoverati venivano sottoposti a tampone nasofaringeo con cadenza ogni 15 giorni.

L'ingresso di nuovi ospiti in struttura avveniva a seguito di tampone negativo; comunque l'ospite veniva posto in isolamento e trattato come soggetto presuntivamente contagiante.

Le visite dei famigliari e amici, previo appuntamento, avvenivano in una stanza appositamente allestita (successivamente stanza degli abbracci), osservando scrupolosamente le norme e indossando tutti i dispositivi di protezione; gran parte del lavoro di relazione con i familiari veniva svolto con le videochiamate attraverso il tablet.

Le uscite dell'ospite dalla struttura per visite specialistiche, accessi programmati, dialisi, ecc, dovevano limitarsi a casi indispensabili e improcrastinabili; al rientro in struttura veniva fatto un tampone di controllo e posti in isolamento per quattordici giorni.

Tutti i dipendenti sono stati sottoposti a tampone nasofaringeo con cadenza ogni quattordici giorni, giacché proprio loro potevano essere i porta-

Nelle foto
da sinistra,
RSA S.
Rufina
RSA Città
di Rieti:
Personale
RSA Città di
Rieti





RSA Città di Rieti: Personale

tori sani e diventare i maggiori killer all'interno della struttura. Il personale, al proprio domicilio, osservava una convivenza stretta ai soli familiari; ad ogni sospetto di contagio

proprio, o del familiare, si rimaneva in isolamento in casa, in attesa di controllo.

Per tutti gli altri visitatori (fornitori, consegna biancheria, farmaci, presidi ecc) non era consentito l'ingresso in struttura e gli incontri avvenivano all'esterno.

■ **Sanificazione degli ambienti**

- Le camere, destinate all'isolamento dei casi sospetti, venivano sanificate dopo ogni uscita e prima di ogni entrata di nuovo ospite

Osservazioni. In alcuni casi di malati molto gravi (livello prestazionale intensivo) è stato permesso l'accesso giornaliero di un familiare, sottoposto a tampone di controllo ogni settimana. Il diritto del morente è stato sempre rispettato consentendo l'accesso dei famigliari (massimo 2) anch' essi con tampone negativo e muniti di tutti i dispositivi di protezione.

Per tutto il periodo della pandemia, da Febbraio a Dicembre 2020, i ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da malattie broncopolmonari

sono stati soltanto 4 su 110 ricoverati nelle due RSA; ciò contrariamente a quanto si verificava negli anni precedenti nei periodi influenzali.

Per quanto riguarda l'organizzazione del personale.

■ **Isolamento dei nuclei**

- Il personale addetto all'assistenza ai vari nuclei (Intensivo, Estensivo, Mantenimento Basso e Mantenimento Alto) hanno conservato, per tutto l'anno 2020, sempre lo stesso nucleo assegnato; ciò consentiva l'analisi certa dei fatti accaduti, il tracciamento dei dati e degli eventi e la possibilità, in caso di contagio, di isolare rapidamente il nucleo.

■ **Grande importanza è stata data alla comunicazione.**

- Affinché essa fosse rapida ed efficace, furono attivati due diversi livelli di gruppi WhatsApp. Il primo gruppo comprendeva la Direzione, il Medico Responsabile, la Direzione infermieristica, l'Assistente Sociale Specialista, la Psicologa e la Segreteria; il secondo

gruppo comprendeva il Medico Responsabile, la Direzione Infermieristica, gli Infermieri, i Terapisti, gli Operatori Socio Sanitari.

■ **Attivazione della squadra**

- Affinché lo svolgimento delle attività assistenziali, terapeutiche e riabilitative si potessero svolgere in sicurezza si affidarono dei compiti precisi ad infermieri, terapisti e ad operatori socio sanitari

Rieti, panorama



In memoria del Prof. Alberto De Santis

L'improvvisa e prematura scomparsa del prof. Alberto De Santis, Presidente Nazionale Anaste (Associazione Nazionale Strutture Terza Età), che con illuminata visione aveva guidato tutte le attività associative, per oltre venti anni, lascia un profondo vuoto in ogni addetto del settore, quel vuoto misto a stupore e dolore che sempre accompagna la fine dei Grandi. Pochi mesi fa, per questa stessa Rivista, lo avevo intervistato, e il ricordo della sua saggezza, della sua sensibilità, della sua determinazione, è ancora profondamente vivo in me. Vale per questo grande personaggio il motto di Orazio: la sua opera, come quella dei Grandi in genere, sopravviverà certamente a lungo e sarà sprone ed esempio per affrontare e risolvere i crescenti problemi legati alla gestione, sociale e politica, della terza età.

Anaste rappresenta le imprese private di assistenza residenziale agli anziani, autosufficienti e non autosufficienti fu fondata il 10 gennaio 1990 ed è membro della European Confederation of Care Home Organisations (ECHO, la Confederazione Europea delle Residenze private per anziani con sede a Bruxelles), oltre ad averne assunto la Presidenza

per molti anni. Anaste aderisce a Confcommercio e riunisce istituzioni private operanti nel settore sociosanitario assistenziale e riabilitativo ad alto valore sociale: Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), case albergo, centri diurni, centri polivalenti, strutture semiresidenziali, case di riposo, strutture protette. Nel 1991 Anaste ha firmato con le Organizzazioni sindacali, presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, diventando così soggetto politico riconosciuto e accreditato presso le sedi istituzionali. In tutti questi anni, sotto la guida del Prof. De Santis, Anaste è diventata la voce più autorevole in tema anziani, e il lungo periodo della pandemia da nuovo coronavirus, ancora in corso, ne ha indiscutibilmente accresciuto l'importanza.

De Santis non usava perifrasi, credeva in quanto diceva, e nell'intervista di dicembre parlò apertamente di "genocidio di un'intera generazione di anziani". Credo che riportare le sue stesse parole sia il miglior modo di ricordarne competenza, forza ed autorevolezza:

"I cittadini devono essere informati e la politi-

ca, nel suo complesso, deve assumersi le proprie responsabilità, a livello centrale e periferico. Senza mezzi termini voglio ad esempio denunciare l'autentico rapimento di infermieri che le Regioni stanno operando nei confronti delle RSA: siamo ben consapevoli dell'emergenza sanitaria che tutti stiamo vivendo, ma se i politici pensano di risolvere il problema del Covid-19 togliendo infermieri alle RSA, arriviamo alla follia, ed è quanto meno criticabile che il Governo centrale non intervenga su questi abusi, che si realizzano attraverso bandi per assunzioni a tempo determinato (l'ultimo era per 30.000 posti) che ovviamente attirano infermieri operanti in RSA private con la fondata speranza di passare successivamente a tempo indeterminato, come la storia recente conferma. Durante la prima ondata pandemica il Governo ha abbandonato le RSA e ora consente, con il suo tacito assenso, quel saccheggio di infermieri dalle stesse che potrebbe diventare la prima causa del "genocidio di anziani" di cui par-

lavo inizialmente. I cittadini devono essere consapevoli che sottrarre personale alle strutture private per anziani ha come primo effetto macroscopico che queste non possono più rappresentare una sorta di filtro rispetto alla pandemia, ritrovandosi obbligate ad indirizzare gli ospiti verso ospedali già in sovraccarico. Di questo, ripeto, la gente deve essere informata. Qualcuno dei rappresentanti degli infermieri ha osato dire che forse il motivo va ricercato nella maggiore retribuzione percepita nel pubblico io sostengo invece che le ragioni vanno ricercate altrove in quanto pur avendo offerto una maggiore retribuzione oltre alla abitazione preferiscono comunque il pubblico".

"È la volontà che fa l'uomo grande o piccolo", scrisse Friedrich Schiller, e nella volontà di procedere nel giusto è forse l'estrema e più efficace sintesi parlando della vita del Prof. De Santis: chi ne continuerà l'opera ha certamente un grande esempio da seguire. di Gianina Zurca, Comitato scientifico ND



(controllo e approvvigionamento farmaci, controllo ad ogni inizio del turno di lavoro delle attrezzature e delle apparecchiature rilevanti i parametri vitali, controllo ad ogni inizio e fine del turno di lavoro la presenza sul carrello visita di quanto necessario, trattamento delle piaghe da decubito, controllo delle cartelle cliniche e consegna ai richiedenti, ecc.)

■ **Motivazione del personale**

- La Dirigenza ed il personale sono stati fortemente motivati nel rispetto delle norme di protezione e nel raggiungimento dell'obiettivo finale, potendo anche contare sulla meravigliosa disponibilità dei giovani nell' assistere con amore gli anziani ospiti. La dotazione numerica del personale, durante l'epidemia, è stata sempre massima; ciò ha consentito che il personale potesse godere regolarmente di ferie e permessi (si sono registrate durante l'anno pochissime assenze per malattia nelle due RSA). L'appartenenza al gruppo dava un senso di protezione reciproca e il personale, dopo ogni mese passato indenne, veniva

al lavoro sempre più motivato.

L'obiettivo finale della dirigenza e dei lavoratori, a superare indenni l'epidemia, comportava grande gratificazione morale ma anche un riconoscimento economico.

Comunque il peggio è passato, siamo a Febbraio 2021 ed è iniziata la vaccinazione di massa in Italia contro il Covid-19.

Ancora una volta le RSA sono in primo piano e il Paese ha iniziato la somministrazione delle prime dosi di vaccino Pfizer BioNTech proprio agli operatori sanitari degli Ospedali e delle RSA.

Alla RSA Città di Rieti, in via Palmiro Togliatti 20 in Rieti e alla RSA Santa Rufina in Via Salaria n. 1 in Cittaducale - Rieti sono state già somministrate sia le prime dosi, sia le dosi di richiamo agli ospiti ricoverati e a tutto il personale, completando la vaccinazione il 27 Gennaio 2021: dunque gli ospiti ricoverati e il personale di servizio sono oggi sicuramente protetti dal contagio.

Si può quindi affermare che, quando la Regione Lazio avrà completato la vaccinazione di tutte le RSA del territorio, queste strutture oggi saranno le più idonee ad accogliere malati ed anziani in totale sicurezza.



La RSA Città di Rieti è una struttura realizzata per ottenere il massimo della qualità di vita degli ospiti ricoverati e del comfort alberghiero. Si sviluppa su una superficie molto spaziosa con grandi camere ariose e luminose, dotate di ampi bagni, balconi con affaccio esterno, grandi vetrate e accesso al giardino circostante. Sono presenti all'interno dell'RSA, oltre a camere doppie e triple, anche numerose camere singole che consentono una privacy ed un confort totale. Gli spazi dedicati alla socialità sono ampi, luminosi e ben integrati con la natura circostante dando così modo vivere in luoghi piacevoli, confortevoli e ben progettati. La struttura è dotata di palestre, fisioterapia, mediche, infermerie, numerosi ambulatori medici dedicati ai medici di base, ai professionisti ed ai medici interni dedicati ai professionisti che tengono in cure nostri pazienti (barbiere parrucchiere podologo). Circondata da 10.000 m quadri di parco attrezzato che completa l'offerta residenziale a disposizione di ospiti e familiari, RSA Città di Rieti è all'avanguardia dal punto di vista del risparmio energetico e della sostenibilità ambientale, essendo quasi completamente autosufficiente dal punto di vista delle risorse energetiche grazie ai numerosi pannelli fotovoltaici installati, ai sistemi di efficientamento energetico, ai serramenti ad alto isolamento termico ed ai sistemi di recupero dell'energia dissipata. Nella nostra RSA è presente una chiesetta per svolgere tutte le funzioni di culto a disposizione degli ospiti e dei loro familiari.

**ACCREDITATA DALLA REGIONE LAZIO PER TRATTAMENTI:
Intensivo, Estensivo, Mantenimento alto, Mantenimento basso**

Via Palmiro Togliatti, 20 - 02100 Rieti (RI)
Tel. 0746 200634 - www.rsaitalia.com

Colonna vertebrale

I comportamenti da evitare



di Dzhahaludin Gadzhievich Saidbegov, Comitato scientifico di ND

Questo articolo del Prof. Saidbegov, MD, PhD, già Docente presso l'Università romana "La Sapienza" (Semiotica neurologica e Riabilitazione), Specialista di fama mondiale nel trattamento non chirurgico delle ernie discali, attraverso il metodo RAVNI (Riposizionamento Articolare e Vertebrale Non Invasivo), da lui ideato e sviluppato sulla base della tecnica del Maestro, Dott. Nikolai Andreevich Kasyan, rappresenta una anticipazione ai nostri lettori del libro scritto in collaborazione con il figlio, Dott. Ramazan Dzhahaludinovich Saidbegov (MD), dal titolo "Если болит спина" ("Se fa male la schiena"), di cui ho il piacere di annunciare l'imminente pubblicazione dell'edizione italiana, nella collana "ND Library" (Edizioni A.Na.M.).

Massimo Enrico Radaelli, Direttore scientifico di ND

● ATTACCO ALLA SCHIENA

Ernies dei dischi intervertebrali, loro protrusione, aggravamento di spondilodiscoartrosi sono per la gran parte conseguenze del modo in cui ci si muove: molti movimenti scorretti, purtroppo abituali, sono infatti pericolosi per la colonna vertebrale. Non mi riferisco solo al portare pesi eccessivi, ma anche di svariate attività e posture che comportano stress a livello dei dischi situati tra le vertebre, movimenti e posture così comuni che non pensiamo nemmeno alla loro pericolosità e in questo breve articolo ne descriveremo i più frequenti.

La posizione più comune, quando ci si siede, ad esempio piegandosi con un telefonino tra le mani, è in assoluto una delle più dannose per la

colonna vertebrale (Fig.1).

Il carico sui dischi intervertebrali lombari in questa posizione è altissimo, come descritto dal famoso ortopedico svedese Alf Nahemson negli anni '60, attraverso misurazioni della pressione all'interno dei dischi intervertebrali, che differiscono in modo significativo a seconda della postura. Se la pressione all'interno del disco di una persona in piedi viene assunta come riferimento (100%) in posizione supina diminuisce di quattro volte (25%) mentre se il soggetto è seduto su una sedia, con la schiena dritta, la pressione aumenta di una volta e mezza (150%). In piedi, leggermente piegato nella parte bassa della schiena, la pres-



● FIGURA 1



sione aumenta ulteriormente (170%), ma la situazione più a rischio, soprattutto per gli ultimi dischi lombari, è quando il soggetto si siede su una sedia, piegando la parte bassa della schiena, esattamente la posizione della Fig. 1: la pressione all'interno dei dischi si avvicina al 200%. Se ciò accade frequentemente possono arrivare seri problemi alla colonna lombare. È molto meglio sedersi appoggiandosi allo schienale della sedia senza lasciare spazi vuoti tra la parte bassa della schiena e la parte bassa dello stesso schienale (Figura 2).

● LA REGIONE LOMBARÈ LA PIÙ VULNERABILE

Una delle cause principali di aggravamento della spondilodiscoartrosi, che porta alla formazione di dischi intervertebrali erniati, soprattutto in regione lombosacrale, è rappresentato dal sollevare e trasportare in modo non corretto pesi eccessivi. Ricordiamo sempre che si deve provocare il meno stress possibile alla colonna vertebrale, con particolare riferimento alla regione lombare, la più a rischio a causa delle sue caratteristiche anatomiche e fisiologiche. Anche misure che possono apparire a prima vista insignificanti possono ridurre drasticamente l'inci-

● FIGURA 2



● FIGURA 3



denza di spondilodiscoartrosi e ernie discali. A titolo di esempio nei cementifici, dove i lavoratori devono caricare sacchi da 50 kg, le malattie della colonna sono molto comuni, ma nelle imprese dove vengono seguiti e messi in pratica i consigli di medici specialisti la loro incidenza è notevolmente più bassa, con due semplici provvedimenti: ridurre il peso dei sacchi a 30 kg, e insegnare ai lavoratori i corretti movimenti per il sollevamento ed il trasporto degli stessi, riassumibili in un concetto: “più il carico è vicino al corpo, meglio è”. Ne derivano alcune regole di base per il trasporto di carichi pesanti:

1. Cercare di tenerli il più vicino possibile al tuo corpo (fianchi, petto, e anche sopra le spalle);
2. Cercare di distribuire il peso in modo da trasportare il carico uniformemente con entrambe le braccia.
3. Evitare posizioni in cui il busto risulti piegato



nella parte bassa della schiena (la causa più comune di lombalgia acuta è proprio quando si solleva un peso in questa posizione, magari con uno scatto).

4. Da ultimo: i dischi lombari sono soggetti a uno stress massimo quando si sposta il carico con un movimento nella regione lombare. È molto pericoloso rimanere in posizione piegata: più corretto raggiungere l'obiettivo piegando il più possibile le ginocchia e raddrizzando il busto, senza gravare o gravando il meno possibile sulla colonna lombare.

● **MAI PIEGARSI A METÀ**

Quanto sopra vale non solo per il trasporto di sacchi di cemento o di bagagli e altri carichi pesanti: allo stesso modo deve comportarsi la mamma quando la madre solleva un bambino piccolo (Fig.3). Il suggerimento è di carattere assolutamente generale, anche se il peso non sembra nemmeno molto grande, perché flessioni del corpo e torsioni nella colonna lombare sono in generale potenzialmente pericolose per la colonna vertebrale.

Anche quando si devono raccogliere oggetti dal pavimento, non ci si deve piegare: meglio agire sulle articolazioni del ginocchio, facendo attenzione che un piede sia leggermente davanti all'altro. La gamba davanti dovrebbe appoggiarsi completamente sul pavimento e quella dietro solo sulle dita dei piedi, col tallone leggermente

● FIGURA 4



rialzato. Raccomandabile anche appoggiarsi con una mano sullo schienale di una sedia, sul bordo di un tavolo o su qualsiasi altro mobile (Fig.4).

● **COME PORTARE UNA BORSA**

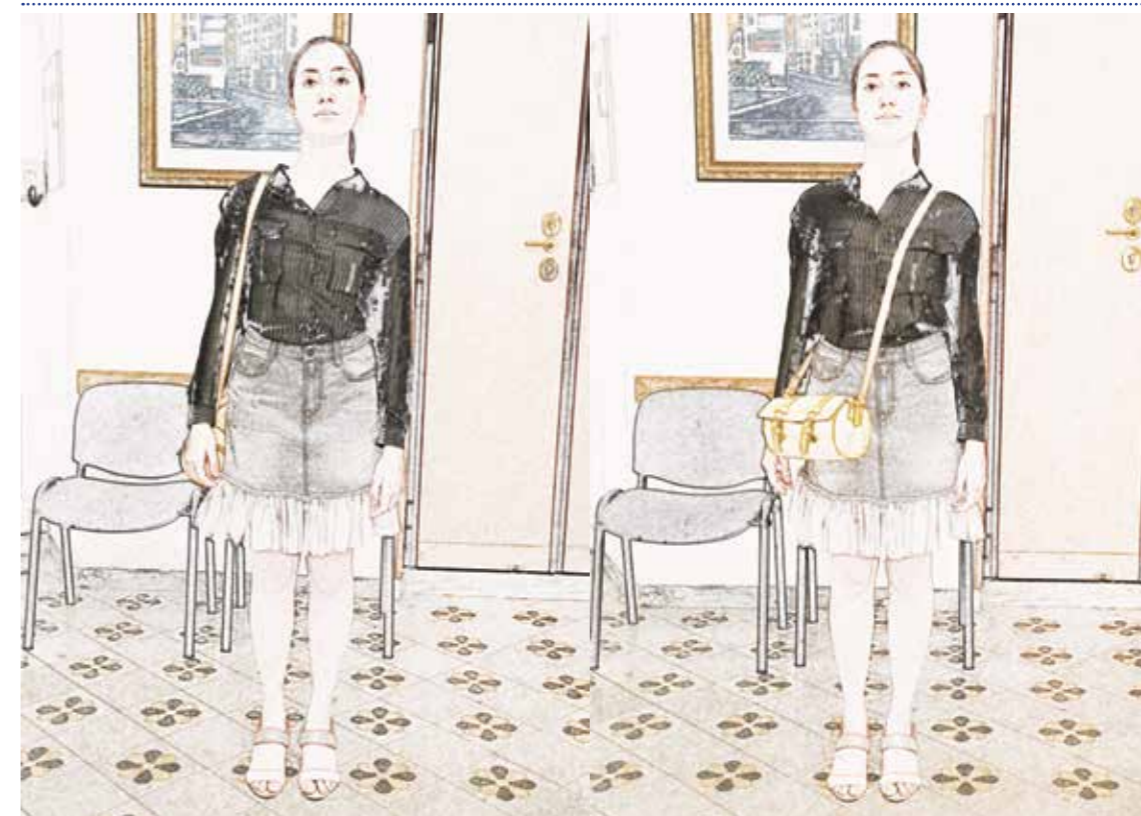
Molti sono abituati a portare borse con lunga tracolla su una spalla: non è corretto. Per rendere più uniforme il carico sulla colonna vertebrale, la cinghia deve girare sopra la testa in modo che si trovi sulla spalla opposta (Fig.5). Questo vale sia per le borse piccole femminili che per le borse più grandi degli uomini. Da qualche tempo è diventato di moda in tutto il mondo portare zaini: molti portano lo zaino solo su una spalla, e questo è profondamente scorretto, perché il suo peso deve distribuirsi sulla schiena nella regione toracica, in modo da gravare uniformemente su tutta la colonna vertebrale.

Un'ultima, importante raccomandazione, utile per chi ad esempio esce da un supermercato: se si devono trasportare molte cose, mai metterle tutte in una borsa grande e pesante, è molto meglio distribuirle, più o meno a metà, e trasportarle con due borse, una per mano, in modo che il carico sulla colonna vertebrale sia pareggiato. Ancora meglio, ovviamente, usare una valigia a ruote oppure un trolley.

Personalmente non conosco una sola persona che, dopo i 35 anni, non abbia mai provato “mal

di schiena”, soprattutto nella regione lombare (le statistiche ufficiali dicono che tra i soggetti di età compresa tra i 40 ei 50 anni, più dell'80% ha manifestato il problema): prevenire è sempre meglio che curare, e anche solo seguire le semplici regole che ho illustrato in questo breve articolo può rivelarsi prezioso.

● FIGURA 5



Filler di acido ialuronico

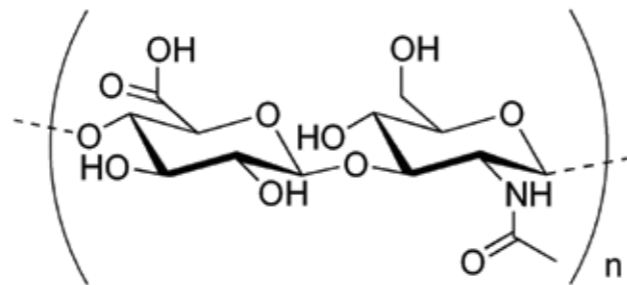
Ci sono rischi correlati alla vaccinazione?



di **Ksenia Dedova**,
Medico estetico,
Dermatologo,
Comitato scientifico di ND

MEDICINA ESTETICA, CHIRURGIA ESTETICA E SALUTE PSICOLOGICA

O rmai è passato un intero anno dall'inizio della pandemia mondiale provocata dal nuovo coronavirus SARS-Cov-2, responsabile della patologia nota come Covid-19, pandemia purtroppo tuttora in atto, anche se qualche luce si comincia a vedere all'orizzonte. Tutto ciò ci ha cambiato profondamente le nostre abitudini e i nostri rapporti, coinvolgendo praticamente ogni aspetto della vita, sia privata che lavorativa e sociale.



Inevitabilmente, le nuove regole, tra “smart working”, palestre chiuse, no cene, no incontri con amici, hanno comportato, di riflesso, che il settore della Medicina e della Chirurgia estetica non abbia invece subito flessioni, giocando anche un ruolo importante per la salute psicologica della gente, che si rivolge a questi settori per “vedersi meglio”: naturale e comprensibile reazione all'inerzia che le peraltro giuste regole varate per contrastare la pandemia hanno provocato, con inevitabile incremento di patologie riconducibili ad ansia e a depressione.

VACCINAZIONE, RISPOSTA IMMUNITARIA E FILLER

Siamo ora entrati nel pieno delle strategie vaccinali anticovid, con farmaci diversi dai vaccini classici, la cui approvazione da parte degli organismi regolatori internazionali è stata caratterizzata da una inusuale rapidità, giustificata dall'obiettivo primario di contrastare la diffusione di un virus che ha già causato, nel mondo, oltre due milioni e mezzo di decessi.

La cautela rimane comunque d'obbligo, per cui la segnalazione di tre casi di reazione infiammatoria e di edema in zone in cui erano stati iniettati filler a base di acido ialuronico, in soggetti vaccinati con un preparato ai tempi in fase sperimentale ma ora

autorizzato dall'EMA (Agenzia europea per i medicinali), verosimilmente attribuibile ad un'interazione tra risposta immunitaria vaccinale e filler dermico, ha destato negli Operatori del settore un giustificato allarme. La sintomatologia è peraltro regredita senza esiti dopo una terapia antinfiammatoria steroidea ed antistaminica, in tutti i tre casi, portando alla ragionevole conclusione che si sia trattato di reazioni avverse molto rare, peraltro già riscontrate in passato correlatamente ad altri tipi di vaccinazione e facilmente trattabili con adeguata terapia per qualche giorno. Importante è solo che i pazienti siano informati di tale possibile reazione avversa e che, ovviamente, i Medici siano preparati ad intervenire, in caso di insorgenza. Al momento non sussiste pertanto alcuna controindicazione nell' eseguire trattamento con filler a soggetti vaccinati, con le sole raccomandazioni di:

- evitare il trattamento con filler nei 30 giorni antecedenti la vaccinazione;
- evitare il trattamento nel periodo tra prima e la seconda dose vaccinale;
- evitare il trattamento nel periodo di trenta giorni successivi alla conclusione del ciclo vaccinale.

Per concludere: il ricorso a filler non deve rappresentare un freno alla vaccinazione, perché i rischi legati a covid-19 sono di gran

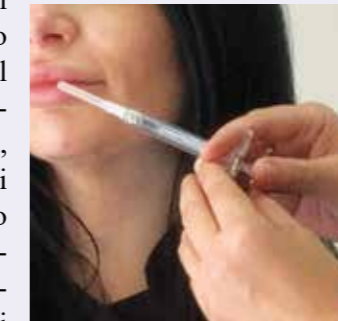


lunga superiori a quelli legati al vaccino. Infine, ad oggi, in letteratura non sono stati riportati eventi avversi dopo vaccinazione correlatamente all'inoculo di un altro importante strumento della Medicina estetica: la tossina botulinica.

Filler

I “filler” (dall'inglese “to fill”: “riempire”) sono delle sostanze impiegate in Medicina estetica per correggere inestetismi della pelle (rughe, cicatrici) o per “riempire” determinate aree del viso o del corpo, che abbiano perso volume o di cui si voglia aumentare il volume, per finalità estetiche, rimodellando aree come labbra, mento, zigomi e altre. I filler sono iniettati esclusivamente da Medici estetici o da Dermatologi, direttamente nel tessuto sottocutaneo o nel derma, utilizzando siringhe pre-riempite, con aghi molto sottili: non si tratta di interventi “invasivi” e non è richiesta anestesia locale. L'iniezione del filler non è un intervento invasivo e non è necessario ricorrere ad alcun tipo di anestesia per effettuarlo. Tecnicamente i filler sono suddivisi in: “biologici”

(riassorbibili), parzialmente sintetici (semipermanenti), sintetici (permanenti) e i più frequentemente utilizzati sono i primi, il cui effetto è temporaneo (alcuni mesi), in quanto vengono riassorbiti dalla pelle, ma più “modulabile”, “naturale”, e “sicuro”, in quanto normalmente scevro da reazioni indesiderate e senza necessità di tempi di recupero dopo l'iniezione. Fra i filler riassorbibili quelli più frequentemente utilizzati sono a base di acido ialuronico (un “glicosaminoglicano”, polimero risultante dalla sequenza di due zuccheri semplici, l'acido glicuronico e la N-acetilglucosamina), fra i componenti naturali dei tessuti connettivi, il cui progressivo impoverimento è correlato all'invecchiamento cutaneo e alla formazione di rughe.



Covid-19

Capelli e acconciature, possibile mezzo di ingresso per patogeni



di **Mauro Luisetto**, Comitato scientifico di ND

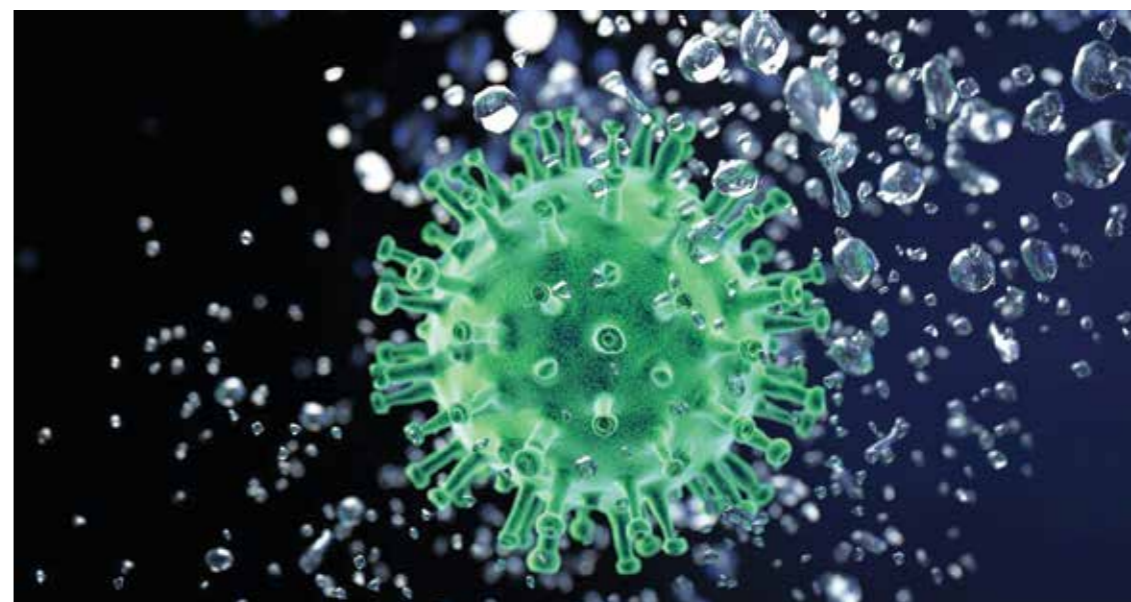
Leggendo questa breve ed interessante comunicazione dell'amico Prof. Mauro Luisetto, autore di svariate pubblicazioni relative al coinvolgimento del particolato quale via di trasporto del nuovo coronavirus, responsabile della pandemia Covid-19, tuttora in atto, ne ho particolarmente apprezzato la validità in termini di comunicazione e di ricerca "traslazionale": le acquisizioni scientifiche non devono rimanere fine a se stesse, ma alimentare sempre considerazioni pratiche. Il succo di questo articolo è il classico "due più due fa quattro", nel senso che, se gli agenti patogeni sono veicolati in ambiente esterno da particelle inquinanti l'aria, appare evidente che possono depositarsi su superfici particolarmente "adatte", quali i capelli, portando quindi anche a questo livello la doverosa attenzione igienica che sta alla base di ogni strategia di contrasto al nuovo coronavirus e ad altri patogeni. Sorgono spontanei anche pensieri relativi alla consuetudine di molte religioni (cattolica compresa, fino a qualche tempo fa) di prevedere l'impiego del velo da parte delle donne, le cui capigliature sono quasi sempre molto più voluminose rispetto a quelle degli uomini, moltiplicandosi per la lunghezza di ogni capello la superficie di potenziale contatto: e se alla base vi fossero, oltre ad altre, anche motivazioni strettamente igieniche?

Massimo Enrico Radaelli,
Direttore scientifico ND

In accordo a quanto previsto dalle organizzazioni internazionali sanitarie, vari presidi e misure sono stati indicati come strumenti in grado di prevenire la trasmissione del virus: si pensi alle mascherine, all'uso di gel disinfettante per le mani, al distanziamento sociale ma anche utilizzo di visiere ed occhiali protettivi in ambienti sanitari ad alto rischio. Tutto ciò in relazione alle vie principali di trasmissione del coronavirus e cioè per contatto diretto o tramite droplet (le goccioline di saliva emesse con colpi di tosse, starnuti e anche semplice respirazione). Vari studi si sono concentrati circa anche la via "Airborne" sotto forma di aerosol specialmente in ambienti indoor. Molte simulazioni sono state riportate circa diffusione di tali particelle e durata di permanenza nel tempo. Ma di interesse risulta essere anche il problema del possibile trasporto di virus legato alle particelle di smog fluttuanti nell'aria: il cosiddetto "particolato" (PM2,5 e PM10). Su tali particelle, specialmente in zone molto inquinate, sono state rinvenute significative quantità di particelle virali, come recentemente pubblicato anche su un supplemento di questa rivista ("Disinfection" 01/2021, M. Luisetto, O. Y. Latyshev). È necessario però chiarire che un conto è trovare particelle virali adese alle PM, un altro è se queste particelle possano causa di trasmissione del contagio, e cioè se abbiano carica infettante sufficiente.

Certo è che, nel caso della disinfezione delle mani, lo scopo è quello di prevenire la trasmissione distruggendo il virus, e che per quanto concerne le mascherine, esse siano efficaci, a seconda delle tipologie diversificate, nella filtrazione (maggiore o minore efficienza filtrante a seconda del diametro dei pori).

È inoltre assai curioso e preoccupante il fatto che, nonostante le misure citate vengano adottate



nella maggior parte dei casi, vi sia tuttavia, specialmente durante la seconda ondata e in quella attuale, una velocità di diffusione anomala, difficilmente spiegabile solo ed esclusivamente per mezzo di trasmissione da contatto diretto o tramite droplet: È possibile pensare che, accanto a delle vie di trasmissione principali quali contatto diretto o via droplet, vi siano anche altri fattori residuali che possono agire? Secondo alcuni autori di diverse discipline scientifiche, nel caso dei

virus respiratori è da verificare anche la modalità di trasmissione via "airborne" (cioè non da contatto diretto o via droplet). Specialmente Ricercatori di area tossicologico-ambientale hanno posto quesiti simili, avanzando ipotesi di correlazione tra inquinamento dell'aria e diffusione e gravità delle infezioni, respiratorie in generale, ma anche per quelle sostenute da coronavirus. Inquinamento dell'aria che provoca non solo un aumento dello stato infiammatorio respiratorio dei pazienti,

● **TABELLA**
PERMANENZA DEL CORONAVIRUS SARS-2 SU SUPERFICI

Superfici	Particelle virali infettanti rilevate fino a	Particelle virali infettanti non rilevate dopo
carta da stampa e carta velina	30 minuti	3 ore
tessuto	1 giorno	2 giorni
legno	1 giorno	2 giorni
banconote	2 giorni	4 giorni
vetro	2 giorni	4 giorni
plastica	4 giorni	7 giorni
acciaio inox	4 giorni	7 giorni
mascherine chirurgiche strato interno	4 giorni	7 giorni
mascherine chirurgiche strato esterno	7 giorni	non determinato

Da: Rapporto ISS Covid-19 n. 25/202, "raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza Covid-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento" (pag. 4). Gruppo di Lavoro ISS Biocidi Covid-19 - Versione del 15 maggio 2020.

che si riflette poi nella mortalità aumentata, ma anche un ruolo di carrier vero e proprio per le particelle virali: aerosol che possono contribuire al trasporto e alla permanenza in aria dei virus. Tra i carrier si possono annoverare, ad esempio, la sabbia trasportata dopo le tempeste da correnti di vento in regioni molto distanti dall'origine (diversi articoli hanno studiato per alcuni virus respiratori simili pattern di diffusione in seguito al trasporto di sabbia a notevole distanza), ma anche l'inquinamento può giocare un ruolo importante.

Le cosiddette PM_{2,5} (o PM₁₀, più grandi) possono veicolare sostanze inquinanti, tra benzopirene (cancerogeno) ma anche particelle microbiche, quali anche i virus o funghi. Vista inoltre la particolare rapidità di diffusione del virus (soprattutto per le "varianti") si propone di tener conto anche di modalità più sottili ma non per questo non meno rilevanti di permanenza negli ambienti, soprattutto indoor.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in alcune linee guida prevedeva già nella prima parte del 2020 di areare i locali prima delle riunioni. Ciò significa attenzione anche alla possibilità che ambienti chiusi, con molte persone (scuole, uffici, locali pubblici) possano di fatto rappresentare un ambiente non sano. Numerose pubblicazioni hanno trattato queste ipotesi in modo approfondito. Si tenga conto che le varianti di cui si parla oggi presentano incrementi notevoli di trasmissibilità rispetto al ceppo di Wu-Han. Le proprietà chimico-fisiche della superficie dei coronavirus sono responsabili della adesione con le cellule epiteliali respiratorie dei polmoni ma anche della sopravvivenza del virus in aerosol, o legato a superfici. Inoltre, anche le dimensioni delle particelle sono assai rilevanti nel fenomeno patogenetico, in quanto le particelle più piccole penetrano meglio nelle basse vie respiratorie e possono essere quindi anche più pericolose rispetto a quelle più grandi.

Tali particolarità sono state ampiamente studiate da ricercatori di varie discipline e per virus respiratori anche diversi dal covid-19. Non a caso si sente parlare, nei media, anche di utilizzo di "doppia mascherina" per contrastare meglio le varianti: ciò significa che il tema è certamente rilevante.

Visto tutto ciò, perché non considerare anche altri fenomeni? Cosa succede alle particelle di inquinamento quanto si depositano, ad esempio sui capelli, durante una giornata di lavoro in una città molto inquinata? Abbiamo visto che sul

particolato sono state rilevate con certezza particelle virali. Perché quindi, se da un lato dobbiamo giustamente disinfettare le mani con gel alcolico a precise concentrazioni di alcool etilico, indossare 1 o 2 mascherine protettive e secondo alcuni suggerimenti anche tipo FFP2, non possiamo pensare di proteggere i nostri capelli da questa deposizione? In fin dei conti, durante il giorno si passano le mani anche inavvertitamente sui capelli più volte: quindi ci disinfettiamo le mani, stiamo attenti a non toccare maniglie di porte o di ascensori e poi non pensiamo ai nostri capelli... Consideriamo, poi, che non tutti hanno le stesse superfici di capelli: in molti casi nel sesso femminile vi sono capelli molto lunghi, oppure riccioli che possono adsorbire tali particelle di inquinamento.

Dovremmo quindi pensare a protezioni discrete, funzionali ed efficaci, per proteggere i nostri capelli e noi stessi. Vari studi hanno verificato la persistenza del virus su superfici di tipo diverso, da alcune ore fino a giorni (Tab. 1) e quindi non sarebbe poi così strano pensare anche alla deposizione sui capelli. E per quante ore potrebbero permanere depositati? Quali fattori potrebbero incrementarne l'adesione? (pensiamo ad



esempio ad una possibile maggior attrattività dei capelli grassi per PM con caratteristiche liposolubili). Inoltre, anche negli ambienti indoor, cosa succede se in seguito a colpi di tosse particelle virali rimangono sospese nell'aria per tempo non trascurabile ed entrano in contatto con folli capelli? Riportiamo testualmente uno scritto del Dr. Adam Friedman, (interim Chair of Dermatology, George Washington School of Medicine and Health Sciences): "Se si dovessero strappare alcune ciocche di capelli, metterle giù e qualcuno positivo per il coronavirus vi starnutisse sopra, il virus potrebbe vivere su quei capelli, strappati, che non fanno più parte dell'organismo umano? Da quanto si apprende da un articolo apparso sul New England Journal of Medicine, è molto probabile che possa vivere su quella superficie per un massimo di tre giorni, ma se gli stessi capelli fossero ancora attaccati al cuoio capelluto, gli oli naturali che ricoprono le ciocche agirebbero come un protettore"

Ed infine, cosa succede se, dopo aver accarezzato i propri capelli, poi con le stesse dita poi ci si strofina gli occhi? Possiamo pensare se non a una diretta trasmissione ad una via di tipo indiretto? Anche attraverso le congiuntive, infatti,

è dimostrato che i virus possono accedere. Anche osservando i servizi televisivi, si può osservare quanta attenzione si riserva nel proteggere il personale sanitario di reparti critici con visiere e caschi protettivi che ricoprono la testa dell'operatore, o come nei laboratori di virologia ad alta attenzione, siano usate tute complete a pressione positiva a protezione. Ovviamente non si può pensare solo di lavare molto spesso i capelli quale misura di trattamento ma forse pensare a protezioni dedicate, quale strategia ottimale.

Riportiamo testualmente da un sito commerciale, sezione Hair Education: "Il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie degli Stati Uniti e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sottolineano l'importanza di aumentare l'igiene adeguata durante questa pandemia. L'uso di shampoo, che si legano a sporco, olio, batteri e virus, può aiutare a liberare i capelli da questi potenziali rischi e può persino ucciderli. Quindi lavarsi frequentemente può prevenire l'accumulo di qualsiasi sostanza sui capelli, specialmente dopo una potenziale esposizione".

E ancora (ABC 13 news "If COVID-19 is airborne, should we wash our hair after being out?", by Jennifer Emert Monday, April 20th 2020): "Dovremmo indossare coperture per capelli? Lavarci i capelli dopo essere usciti?, il Dott. Chris Parsons, del Center for Infectious Diseases di Pardee, afferma che non è una cattiva idea. Sottolineando che non ci sono molte informazioni su quanto tempo il coronavirus possa vivere sui follicoli piliferi, Parsons raccomanda quanto segue: Se lavori in un ambiente e se sei stato fuori, o in uno spazio pubblico, o in una zona affollata, la cosa migliore che puoi sempre fare per proteggerti è toglierti i vestiti che indossavi quando torni a casa, lavarli con acqua molto calda appropriata e farti una doccia dopo essere tornato a casa, includendo il lavaggio dei capelli, soprattutto per coloro che hanno lavorato in un ambiente sanitario".

Come si può vedere il problema è certamente di interesse: dovremmo pensare a confortevoli cuffie protettive per capelli, di buona fattura ed esteticamente gradevoli.

Potrebbero diventare una parte importante delle strategie di contrasto, identificando ambienti nei quali indossarle in via prioritaria, il tutto ovviamente sotto lo stretto controllo delle autorità sanitarie, con adeguata marcatura CE e rispetto delle normative sui dispositivi medici, qualora queste cuffie dovessero essere inquadrate in questa classe.

Nutri-score a semaforo

Tumori, Nutrizione e “Food Warnings”



di Giuseppe Bertoni,
Presidente di ARNA

Consapevoli della importanza del piano della Commissione Europea: “Europs Beating Cancer Plan”, ma al tempo stesso preoccupati per talune posizioni allarmistiche in campo alimentare (Nutri-score a semaforo), l'Associazione Ricercatori Nutrizione e Alimenti (ARNA) sente il dovere di condividere talune informazioni, che si augura chiarificatrici. Lo fa a partire dalle recenti e autorevoli raccomandazioni per la prevenzione del cancro contenute nel decalogo del “Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective”, Report del World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, apparso nel 2018 e così articolato:

- 1) Mantenere il peso forma (BMI non oltre 26 e non ingrassare da adulti);
- 2) Essere fisicamente attivi, ogni giorno, per mantenere il peso forma;
- 3) Mangiare una dieta ricca in “cereali” integrali, verdura, frutta e legumi (30 g/d di fibra alimentare);
- 4) Limitare il consumo di ‘fast foods’ e di alimenti conservati ricchi in grassi, ma anche in amidi e zuccheri, per mantenere il peso forma;
- 5) Limitare il consumo di carni rosse e conservate: 70-80 g/d di rossa nel piatto (pari a circa 100 g se si considerano i dati delle statistiche); mentre le carni conservate andrebbero fortemente ridotte;
- 6) Limitare il consumo di bevande zuccherate: soft drinks (bere “solo acqua”);
- 7) Limitare il consumo di alcool (poco-poco);
- 8) Non usare supplementi alimentari per la prevenzione del cancro;
- 9) Per le mamme: allattare al seno se possibile;
- 10) Dopo una diagnosi di cancro: seguire le suddette raccomandazioni, per quanto possibile. Tralasciando gli ultimi tre “comandamenti”, i



primi sette sono relativi alle regole alimentari e ai comportamenti individuali che:

- A. contribuiscono a contenere il peso, evitando sovrappeso-obesità, quindi l'eccesso di grassi (qualsivoglia), ma anche di amidi raffinati e di zuccheri;
- B. possono contribuire alla ingestione o al formarsi nel digerente di sostanze potenzialmente cancerogene, quindi alcolici e carni conservate, ma anche le carni rosse fresche, pur meno problematiche;
- C. possono proteggere dai rischi dei primi due fattori; sono in particolare frutta e verdura non amidacea in quanto apportano fibra alimentare, polifenoli e altri antiossidanti che normalizzano il microbiota intestinale e comunque riducono i processi infiammatori. Da ciò scaturiscono due importanti considerazioni:
 - a) Si conferma che eventuali problemi di patologie raramente sono ascrivibili al consumo di alimenti e di principi nutritivi se rientrano nei fabbisogni raccomandati per l'uomo sano (salvo fenomeni legati a specifiche allergie e/o intolleranze). Maggiore attenzione si deve invece ai frequenti eccessi, pur senza trascurare alimenti-bevande che apportano od originano sostanze a rischio;
 - b) Si conferma altresì il segreto della dieta me-

diterranea – da tutti riconosciuta come dieta salutare per eccellenza – che in buona sostanza obbedisce al decalogo di cui sopra e che possiamo così riassumere: non serve eliminare singoli alimenti, specie se tradizionali, ma piuttosto è bene contenerne il consumo per accrescere invece gli alimenti protettivi (frutta e verdure non amidacee, preferibilmente fresche), oltre a praticare uno stile di vita sano (elevata attività motoria).

Per concludere, non siamo aprioristicamente contrari a indicazioni in etichetta che aiutino il consumatore a valutare i potenziali effetti dei singoli cibi, semplicemente avremmo preferito un metodo meno “tranchant” rispetto ai colori del semaforo (Nutri-Score), per tenere conto anche della loro presenza nelle diete (es. il “Nutrinform battery” italiano). Giusta, infatti, la preoccupazione del nostro sistema agro-alimentare che, da certe forme di generalizzazione dei problemi, ne avrebbe un inutile danno.

Tuttavia, poiché è prevalso il “semaforo”, diventa ora importante che il consumatore venga correttamente informato affinché, specie i colori a rischio, non vengano interpretati come una “stroncatura” di quell'alimento, ma piuttosto come il suggerimento per un consumo prudente. Questo approccio è, in sostanza, parte della “filosofia” della dieta mediterranea: moderazione con gli alimenti, equilibrio della dieta e stile corretto di vita.

Non meno importante, ci sia infine consentito un suggerimento per gli Operatori del sistema agro-alimentare: potrebbe essere infatti l'occasione per affinare – anche grazie alla Ricerca – le tecniche di produzione al fine di rendere, per quanto possibile, bassi i tenori di sostanze a rischio che, attenzione, non sono soltanto i nitrati-nitriti o l'alcol, ma anche il sale e lo zucchero, senza trascurare le micotossine, i prodotti di ossidazione delle carni se non opportunamente protette (soprattutto dalla luce) ecc.



Opportunità dopo la crisi

Come sarà il nostro futuro?



di Yvonne Pincelli,
Docente di
Lingua e
Letteratura
Francese

Il Capodanno del 2020 ha avuto connotazioni particolari: vietati cenoni, assembramenti nelle piazze, botti e fuochi d'artificio, controlli da parte della polizia, addirittura è stato mobilitato l'esercito nella Capitale e in altre grandi città italiane. Mai, come quest'anno, il mondo ha esorcizzato tutte le sue ansie e le sue preoccupazioni, i suoi dolori e le sue intime ferite allo scoccare della mezzanotte con impeto e forza gridando al "maledetto 2020". E già, nell'anno del bisestile e del decennale tutti eravamo in attesa del tanto agognato cambiamento che ho esplicitato nel testo "Grand Tour al calor bianco", il libro della precognizione. Ma credo che nessuno di noi si aspettasse una simile catastrofe perpetuata dalla pandemia di un virus aggressivo e mortale. Abbiamo tutti inneggiato al 2021 come l'anno della liberazione dalla schiavitù del lockdown, lo abbiamo osannato come l'anno della rinascita e della riconquista della nostra quotidianità, abbiamo immaginato di viaggiare, di tornare a danzare, di assistere a concerti e di abbracciarci ancora con desiderio, con forza, tenerezza, di ritrovare l'empatia in una carezza, un bacio!

"Quando la tempesta sarà finita, probabilmente non saprai neanche tu come hai fatto ad

attraversarla e a uscirne vivo. Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finita per davvero. Ma su un punto non c'è dubbio. Ed è che tu, uscito da quel vento, non sarai lo stesso che vi è entrato".

Trovo che la citazione di Haruki Murakami sia molto appropriata all'incedere degli eventi nella nostra epoca. Abbiamo proiettato in maniera ostentata e quasi delirante tutti i sogni e le aspettative al 2021 ma, attenzione a non enfatizzare troppo, rischieremo di cedere alla retorica e/o alla banalizzazione del contesto. Positività è la parola d'ordine, supportata dalla consapevolezza di trovarsi ancora nel pieno della tempesta metafisica e simbolica di un virus non ancora sconfitto, di un'economia crollata, di anime spaventate e angosciate, di un mondo che vive ancora la guerra silente contro il nemico invisibile.

Nessun problema può resistere all'assalto di una riflessione approfondita (Voltaire)

Il modo migliore per risolvere qualsiasi problema nel mondo è per tutti quanti sedersi e parlare (Dalai Lama)



Voltaire



Dalai Lama

Adoro le citazioni pertinenti ad una fase storica molto complessa perché fonte d'ispirazione per poter rielaborare, semplificare, comunicare, quindi, contestualizzare. La trasmissione di un pensiero e di una nuova conoscenza sortiranno il loro effetto benefico e saranno proficui quando si riuscirà a toccare profondamente l'anima, suscitare emozioni, perché nulla si realizza se non passa attraverso la nostra spinta interiore. Ciò che mi propongo, in questo articolo, è arrivare direttamente al cuore delle persone, è indicare la strada per ritrovare se stessi, il proprio equilibrio interiore, per avere la forza di reagire in maniera positiva e propositiva all'aggressione della pandemia, la più devastante di tutte le minacce avendo colpito tutti i Paesi del mondo.

È necessario affrontare la crisi trovando risposte comuni che permettano di sanare le gravi mancanze e far rifiorire le nostre risorse economiche e sociali. Bisognerà indicare al Pianeta una nuova strada di crescita comune perché la visione del mondo è oggi a 360°, essa è diventata Universale perché durante i mesi del lockdown ci siamo tutti attivati con smartphone e computer. Mesi di confinamento hanno fuso intere generazioni. Squadroni di madri e padri ultraquarantenni hanno fatto infinite call e meeting usando tecniche di inquadratura degne di un tredicenne che

smantetta su youtube o pubblica il proprio setup su Reddit. Adesso, tutti (o quasi) usano fondali virtuali, immagini calibrate; ci sono addirittura persone che registrano il fondale della stanza come un video in loop, in cui loro stessi fanno capolino da dietro la porta del tinello, in modo tale che durante la video conferenza ci siano disturbanti attimi di teatro dell'assurdo ed effetti di bilocazione degni



di un film degli anni '50. La tecnologia, insomma, si è imposta come unico strumento e mezzo di comunicazione a partire dal bambino di nove anni fino all'anziano signore di ottanta anni. In un contesto mutato, in cui il Covid ha accelerato il processo di digitalizzazione da parte di tutte le generazioni, per riuscire

nell'impresa della riorganizzazione, ci sarà bisogno del senso di responsabilità degli Stati Generali, dei loro leader e della formazione di ognuno di noi, gente comune che lavora e fa sacrifici, gente che non può restare indifferente o sentirsi impotente davanti alla catastrofe. Questa è l'occasione della ricostruzione morale, civica, etica, economica e sociale di tutta l'Umanità.

"Le cose non cambiano, siamo noi che cambiamo"

Con la citazione del filosofo americano

Henry David Thoreau

Henry David Thoreau tengo a sottolineare il fatto che prima di attuare l'impresa di ricostruire esternamente, dobbiamo noi stessi sottoporci ad una trasformazione interiore; se continuiamo ad assumere un atteggiamento vittimistico nei confronti della vita e dei suoi problemi, se perseveriamo ad usare lo slogan di speranza andrà tutto bene, saremo dei perdenti a prescindere, non solo non riusciremo a risolvere i problemi, piuttosto ne saremo sopraffatti. Atteggiamento mentale positivo, informazione, conoscenza, formazione, preparazione, acquisizione delle nuove competenze, fantasia, spirito critico sono gli elementi precipi e fondamentali per attivare un percorso di ricostruzione del Sé che si rifletterà poi in un contesto più ampio ed universale.

Come l'araba fenice che risorge dalle proprie ceneri dopo la morte, è dalla rinascita interiore che possiamo intraprendere l'attività della ricostruzione di una realtà che ormai non sarà più la stessa di prima. Alla stregua di uno tsunami, il virus è stato così potente da segnare una demarcazione profonda tra il passato e il presente. La normalità che vogliamo ripristinare sarà un nuovo modello di quotidianità, ciò che sembrava impossibile perseguire ieri, oggi diventa un diktat, l'inimmaginabile diventerà consuetudine,

Haruki Murakami



nuovi contenuti, nuovi mezzi e strumenti di comunicazione invaderanno i nostri libri, le nostre aule, i nostri uffici, le nostre aziende, la nostra stessa vita sociale e di comunità.

Di fronte a questi scenari che implicano sia la sfera esistenziale che quella più pragmatica della professionalità e del lavoro, non userei il termine globalizzazione la cui connotazione ritengo ormai desueta ed anche negativa, bensì focalizzerei l'attenzione sul concetto di universalità, prerogativa della società che avanza. Chi saranno i protagonisti del cambiamento? In che modo possiamo risollevarne la nostra economia? Quali metodi e strumenti utilizzare? Con tutta onestà in questo articolo potrò dare degli spunti di riflessione, così come avevo preannunciato nel 2019 con la pubblicazione del saggio "Grand Tour al calor bianco".

Partiamo dalla prima domanda che sorge spontanea: chi e come saremo coinvolti nella ricostruzione? Dal dopoguerra ad oggi tutte le generazioni che si sono succedute, dai boomer ai millennial, evidenziano smania di protagonismo e ricerca ossessiva della felicità; essi si strutturano come reaganiani, conservatori, inquadriati, vittime di populismi di destra o di sinistra, frammentati, seri, orientati al rispetto delle regole e della legge, preoccupati dell'ambiente e dello sviluppo sostenibile, amanti dell'high-tech benché solo fruitori. Questo è il quadro che emerge allo stato delle cose, generazioni liquide, evanescenti, con dei valori ma che non sono riusciti a costruire; l'unica che ha veramente dato il proprio sangue per ricominciare è stata la Silent Generation, quella del dopoguerra che ha visto emigrare anche tanti nostri connazionali all'estero. Tutti saremo coinvolti nella ricostruzione ma i veri protagonisti saranno i figli della crisi, l'ultima generazione uscita dalla comfort zone grazie alla tecnologia non più fruita ma sperimentata, verificata e collaudata per inventare nuove forme di co-

municazione, per aggiungere nuovi contenuti a modelli ormai desueti, per incrementare il successo di molte attività commerciali, per inventare nuove tipologie di spettacolo, di arte e d'intrattenimento. Saranno cauti ma costruiranno moltissimo sui disastri delle tre generazioni che li hanno preceduti. Il confinamento ha dato loro la possibilità di emergere e di ottenere consensi. L'entusiasmo generazionale dilaga come una peste: "È possibile, ce l'abbiamo fatta, coraggio, è possibile!". La voglia di esagerare, di rischiare, di osare sarà la chiave che porterà al brave new world. Non ci sono scuse convincenti per il malessere contemporaneo.

La ricostruzione ripartirà dal basso, dai giovani che stanno conquistando terre che noi non avevamo raggiunto. I nativi digitali sono in grado di attivare startup innovative in tutti i campi, dalla musica, al design, all'ambiente; studiano la fisica per andare ad esplorare lo spazio; approfondiscono lo studio del cervello per creare prototipi di Intelligenza Artificiale; realizzano piattaforme di e-commerce utilizzando la multisensorialità; creano modelli di ecosistemi innovativi per il rilancio del turismo (talora beneficiando di fondi comunitari) attraverso virtual tour; ripopolano antichi borghi dando ampio spazio alla loro fantasia e creatività grazie anche alle nuove forme di lavoro; i nomadic worker hanno oggi la possibilità di viaggiare, confrontarsi con altre culture e riportare i risultati nella terra d'origine; diventano moderni agricoltori perché oltre al profitto per loro è importante la qualità della vita; conoscono tutto (o quasi) dell'economia circolare e creano prodotti di successo in tutto il mondo.

In questo contesto appare evidente che dall'alto delle Istituzioni dovremo scegliere di avvicinarci ai giovani, legittimarli, supportarli, guidarli, educarli, formarli, rimproverarli, continuare ad essere sempre il loro punto fermo. È questa che io chiamo la seconda chance. Ed è esattamente il significato più profondo ed autentico del Neumanesimo Rinascimentale che la nuova società viene a delineare, una società che coniuga la tecnologia con la letteratura e la filosofia dove l'uomo è sempre al centro e dirige l'orchestra della vita che come diceva Paul Claudel altro non è che "una grande avventura verso la Luce!".

Paul Claudel



L'autore Yvonne Pincelli

E' docente di Lingua e Letteratura Francese presso l'Istituto Superiore di Istruzione "A. Zoli" di Atri (TE), Abruzzo. Ha conseguito l'abilitazione di Assistente Turistico e di Direttore Tecnico di Agenzie Viaggi e Turismo e dal 1994 si occupa di progetti per la valorizzazione del territorio, collaborando con Enti pubblici e privati. Attualmente è direttore tecnico di un Tour Operator e si occupa, principalmente, di potenziare i flussi turistici dai paesi esteri verso la propria Regione. Attualmente è Segretaria Regione Abruzzo dell'Associazione per l'Italia nel Mondo (A.I.M). È autrice di varie raccolte di poesie; a marzo 2020 pubblica il saggio "Grand Tour al calor bianco", un'opera in cui l'autrice anticipa alcune tematiche che saranno di grande diffusione dopo il periodo della pandemia. In questo articolo si propone di approfondire un argomento molto scottante che riguarda il nostro futuro. Nonostante l'incertezza e la precarietà della fase storica, l'autrice riesce a trovare delle nuove opportunità di crescita economica, sociale ed etica.

Otorinolaringoiatria

Intervista al Prof. Lino Di Rienzo Businco



di Maurizio Pizzuto, Giornalista

Uno dei massimi esperti del momento in Italia di infezioni nasali e rinofaringee, il prof. Lino Di Rienzo Businco, Direttore del Dipartimento Otorino Laringoiatria presso l'Istituto di Medicina CONI Lab a Roma, e Responsabile della Unità di Ricerca Clinica, Società Italiana Diffusione Endoscopia e Ridottinvasività Operatoria Italiana, fa il punto su come affrontare il Covid-19-

Professor Businco, dopo un anno di Covid le difficoltà maggiori per i ricercatori quali sono?

Una delle difficoltà nella gestione di questa pandemia consiste nel fornire informazioni tempestive, comprensibili e il più possibile accurate sia agli operatori sanitari sia alla popolazione generale, mantenendo sufficientemente alto il livello di consapevolezza per poter individuare precocemente casi sospetti o accertati, senza tuttavia suscitare allarmismi. Anche la confutazione di notizie false e non suffragate da fonti attendibili è molto importante per evitare ansie, psicosi ed ulteriori danni personali, sociali ed economici.

Per l'Italia i numeri sono pesanti professor?

L'Italia è stato il primo paese Europeo coinvolto con un numero di pazienti infetti e morti molto elevato, trovandosi in modo improvviso ad affrontare una grande sfida sociale,

economica, ma soprattutto medico-sanitaria. I Coronavirus sono una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome Respiratoria Mediorientale e la Sindrome Respiratoria Acuta Grave. Si tratta di virus RNA a filamento positivo,

con aspetto simile a una corona al microscopio elettronico.

Quando per la prima volta sentiamo parlare di Coronavirus?

I Coronavirus sono stati identificati a metà degli anni '60 e sono noti per infettare l'uomo e alcuni animali (inclusi uccelli e mammiferi). Le cellule bersaglio primarie, con cui fanno ingresso negli organismi, sono quelle epiteliali del tratto respiratorio e gastrointestinale. Ad oggi, sette coronavirus hanno dimostrato di essere in grado di infettare l'uomo (coronavirus umani comuni): HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 (Betacoronavirus) e HCoV-229E e HCoV-NL63 (Alphacoronavirus); questi possono causare raffreddori comuni ma anche gravi infezioni del tratto respiratorio inferiore; altri coronavirus umani meno comuni (Betacoronavirus): SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV

(ora denominato SARS-CoV-2).

Ma abbiamo imparato a capire che si può anche guarire dal Covid?

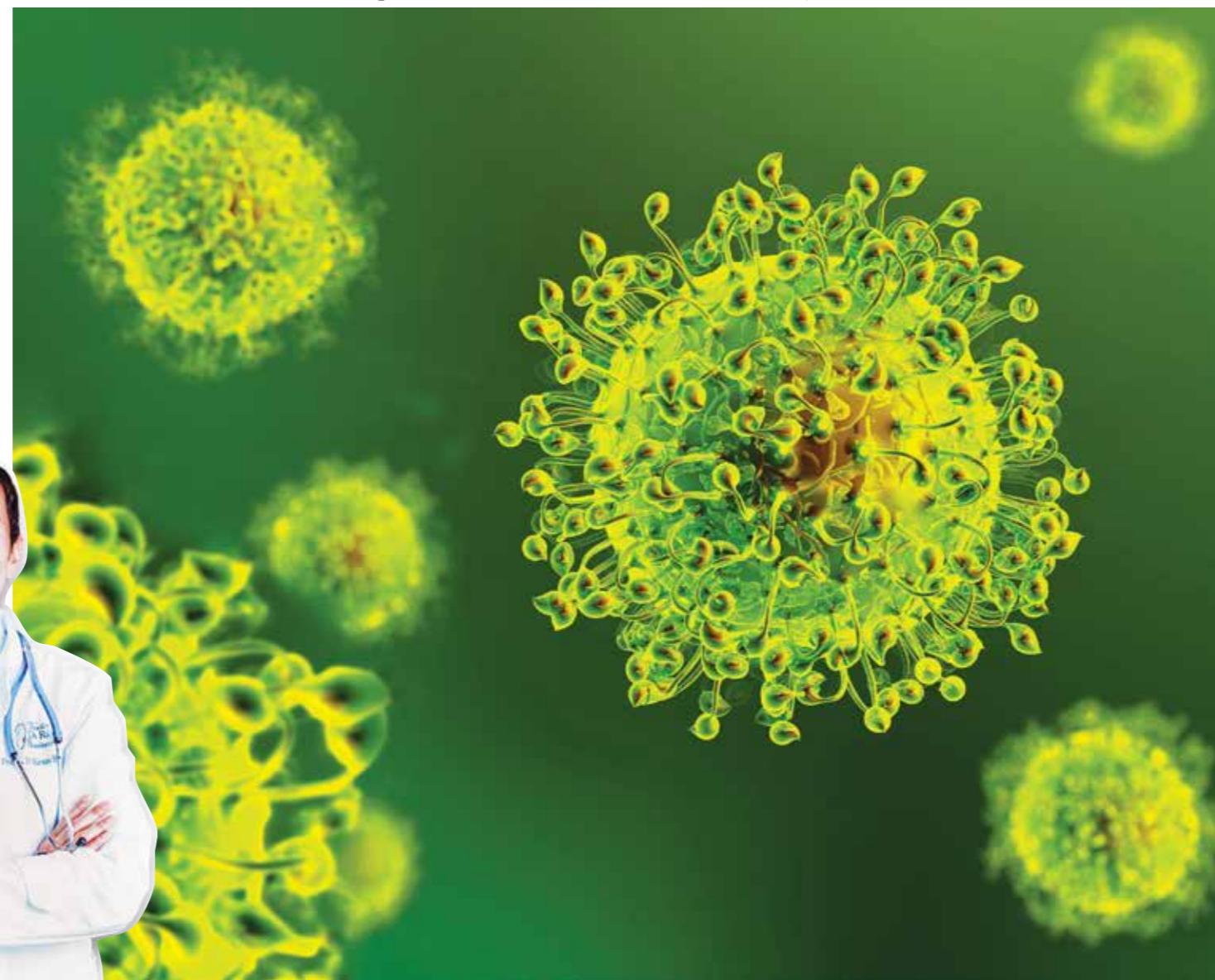
L'infezione da un Coronavirus è molto variabile, e può essere innocua o asintomatica o può portare a malattie respiratorie gravi e potenzialmente letali. Contrariamente alle prime pandemie di coronavirus (SARS-CoV (2003) e MERS-CoV (2012)), la SARS-CoV-2 è molto più contagiosa. È noto che il virus si replica con molta facilità nel faringe, ma la carica virale rimane relativamente elevata anche nel naso e nel cavo orale. Nella cavità delle prime vie aeree il virus trova un ambiente favorevole al suo insediamento e replicazione a motivo delle condizioni di temperatura e umidità, oltre a una condizione anatomica che facilita la sua diffusione per contagio aereo molto semplice.

Quando è che bisogna incominciare ad allarmarsi?

L'infezione da SARS-CoV-2 è caratterizzata da una grande varianza nel quadro clinico, con sintomi simil-influenzali durante le fasi iniziali del contagio con febbre e tosse secca non produttiva. Viene regolarmente descritto mal di gola, rinite, congestione nasale, iposmia, anosmia, mal di gola, indolenzimento, dolori muscolari e diarrea. Nei casi più gravi però, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e infine anche la morte.

Non per tutti è la stessa cosa?

È stato anche osservato come alcune persone si infettano ma non sviluppano alcun sintomo, generalmente nei bambini e nei giovani i sintomi sono lievi e ad inizio più lento. Considerati i sintomi descritti non possiamo sottovalutare i sintomi legati alle Allergie respiratorie. Starnuti e occhi gonfi sono in agguato tutto l'anno per i pazienti sensibili ad allergeni perenni, come la polvere. In primavera le fioriture determinano nell'aria la presenza di pollini di piante ed alberi. Siamo quindi nel periodo in cui le allergie polliniche colpiscono alcuni milioni di persone (30% della popolazione). Proprio in questo momento particolare in cui è presente il Coronavirus, il sovrapporsi delle allergie potrebbe complicare la diagnosi nei



soggetti che ne soffrono. Esistono differenze e similitudini tra i sintomi delle allergie stagionali e la pandemia in corso che gli specialisti Allergologi possono facilmente individuare.

Ci aiuta a capire meglio professore?

Venendo ai sintomi tipici e più frequenti dovuti ad allergie, dobbiamo pensare a raffreddore “acquoso” e lacrimazione profusa non presenti tipicamente nell’infezione da Covid-19; congiuntivite e tosse sono sintomi comuni. Un’altra fondamentale differenza: nelle allergie non si ha quasi mai la febbre che è invece presente nell’infezione virale, elemento quindi fondamentale di diagnosi differenziale. Esistono comunque soggetti portatori del virus del tutto asintomatici.

Un paziente allergico è un paziente a rischio?

Questo ribadisce da un lato l’importanza di una terapia specialistica per l’allergia e dall’altro l’osservanza di norme comportamentali più volte segnalate per tutta la popolazione. Allergia e asma non sono fattori predisponenti all’infezione da Coronavirus; comunque, se scarsamente controllata, una eventuale sovrainfezione da Coronavirus o di altri virus o da batteri può avere complicazioni. Le abituali terapie farmacologiche opportunamente prescritte dagli allergologi sono efficaci. Nel caso delle allergie disponiamo oggi anche di terapie desensibilizzanti specifiche atte a controllare ottimamente e in modo specialistico la gestione delle allergie. Un altro problema è che la metà degli allergici non seguono adeguatamente le terapie suggerite.

In un paziente allergico è vero che non sempre la diagnosi è certa?

È evidente che l’asma così come la rinite allergica sono malattie croniche che andrebbero sempre adeguatamente trattate a seconda delle diverse gravità. Quindi, soprattutto questo periodo di maggiore esposizione ad allergeni stagionali, esiste una maggior necessità di differenziare i sintomi dell’allergia da quelli dell’infezione da Coronavirus o da altre infezioni virali più comuni tutt’ora presenti (virus influenzale o rinovirus. Infine, oltre a raccomandare una ade-

renza maggiore alle terapie farmacologiche e desensibilizzanti specifiche, ricordiamo il necessario uso della mascherina chirurgica: può diminuire l’inalazione di allergeni, ben più voluminosi dei virus, e quindi diminuire anche i sintomi correlati alla loro inalazione.

Chi sono i pazienti più a rischio?

Circa 1 persona su 5 con Covid-19 si ammalava gravemente e presenta difficoltà respiratorie acute severe, richiedendo il ricovero in ambiente ospedaliero. Le persone anziane e quelle con malattie preesistenti, come ipertensione, malattie cardiache o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati) hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi della malattia e prognosi più severa. Il periodo di incubazione rappresenta il periodo di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici.

Si può contabilizzare questo periodo?

Si stima attualmente che vari fra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni. Il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto con le goccioline del respiro delle persone infette, ad esempio tramite la saliva, tossendo e starnutando, attraverso contatti diretti personali o attraverso le mani, che se contaminate possono rappresentare un veicolo per bocca, naso o occhi. In rari casi il contagio può avvenire attraverso contaminazione fecale

Quanto serve la prevenzione?

Risulta di fondamentale importanza l’approccio specialistico ORL nella valutazione dei sintomi da coronavirus poiché la tempestività della diagnosi, che si esegue con dei semplici test diagnostici non invasivi, da correlare agli esami di laboratorio ad oggi disponibili, ci consente di instaurare una terapia che miri al recupero più rapido possibile dell’olfatto evitando la cronicizzazione del problema. I test che si possono effettuare sono molteplici, ma la rinomanometria, il trasporto muco-ciliare, l’esame citologico nasale e l’olfattometria rappresentano i gold standard veloci, semplici e non invasivi,

nell’identificazione della sintomatologia da Sars-CoV-2.

Cosa è la rinomanometria?

È un esame non invasivo che valuta la resistenza e i flussi delle vie aeree in entrambe le cavità nasali. È un esame diagnostico che fornisce una valutazione dinamica della pervietà nasale misurando la pressione ed il flusso aereo attraverso le fosse nasali durante gli atti respiratori. Visualizzando le resistenze al flusso aereo attraverso le fosse nasali la rinomanometria consente di ottenere una migliore comprensione della sensazione soggettiva della ventilazione nasale. Il trasporto muco-ciliare valuta la clearance mucociliare; questa è un mezzo di difesa aspecifico basato sull’intrappolamento delle particelle e dei microrganismi nel muco che viene trasportato dal movimento antero-posteriore delle ciglia in faringe e quindi eliminato con la deglutizione. L’aumento del tempo di trasporto mucociliare (TMC) è un indicatore delle affezioni flogistiche delle alte vie respiratorie.

L’olfattometria invece?

È una metodica che valuta la capacità di percepire gli odori utilizzando sostanze odorose di differente tipologia che vengono presentate alla narice del paziente in modo nascosto. La divulgazione dell’intero genoma virale, così come la pubblicazione di precisi protocolli epidemiologici da parte della Organizzazione Mondiale della (OMS), avvenute a partire dal mese di gennaio, hanno segnato una tappa importante nell’elaborazione di analisi molecolari accurate per la diagnosi di COVID-19. Un’appropriata raccolta dei campioni risulta come sempre fondamentale per una corretta analisi di laboratorio, volta principalmente all’identificazione del materiale genetico virale. Infatti, l’RNA del SARS-CoV-2, elemento principale su cui si basano le tecniche di rilevazione del virus, può essere ritrovato nei pazienti infetti in diversi distretti corporei: nei tratti respiratori, nel sangue, nelle feci e nelle urine.

Quali sono secondo lei i test diagnostici molecolari da preferire?

I test diagnostici basati sul riconoscimento degli acidi nucleici virali (dall’inglese,

NAT) risultano i più efficaci per la rilevazione del SARS-CoV-2 in fase acuta di infezione. Essi consistono, di fatto, in un test genetico per la ricerca e l’amplificazione del RNA del virus, previa raccolta del campione biologico dal paziente, preferibilmente mediante tampone rinofaringeo.

Che ne pensa invece dei test sierologici?

I test sierologici sono in grado di fornire importanti informazioni sia sull’infezione in corso che su esposizioni virali passate, attraverso il dosaggio di immunoglobuline nel sangue dei pazienti. Infatti, essi non sono impiegati come test diagnostici di prima linea, in quanto la produzione e la rivelazione di anticorpi avviene solo dopo diversi giorni dall’esposizione all’agente patogeno, non essendo, dunque, in grado di identificare precocemente la presenza del virus. In particolare, i test sierologici di tipo quantitativo si basano sulla rilevazione, nel siero o plasma del paziente affetto, di anticorpi specifici (IgG e IgM) prodotti contro il virus. In particolare, le immunoglobuline di tipo IgM sono la classe anticorpale più precocemente prodotta durante l’infezione, risultando rilevabile a partire dal terzo giorno dall’insorgenza dei sintomi.

Chi sono i pazienti più a rischio?

Particolare attenzione deve essere prestata alle categorie fragili (età superiore a 55 anni e con comorbidità), per ricercare il più precocemente possibile i sintomi suddetti al fine di poter isolare eventuali casi sospetti di COVID19 e sanificare gli ambienti venuti a contatto con i pazienti. Sono necessari ulteriori studi scientifici epidemiologici, clinici e di base, coinvolgendo più centri contemporaneamente, che chiariscano i meccanismi patogenetici alla base dello sviluppo di questi sintomi per cercare di interferire con i danni della cascata infiammatoria prima che le lesioni divengano permanenti e soprattutto per ridurre la mortalità globale da Covid-19. Si sottolinea la necessità e l’utilità sia nelle fasi precoci che nel follow-up dei pazienti colpiti da infezione Covid-19, di una valutazione otorinolaringoiatrica al fine di migliorare la prognosi e monitorare le fasi di infezione con test semplici, non invasivi e poco costosi.



a cura di Alisée Maksimovna Radaelli,
Redazione di ND



Il Castello di Gradara

Gradara, il suo castello e il suo borgo Cornice di un amore eterno

Impossibile visitare questi luoghi senza che la memoria torni ad uno dei passi più noti e amati dell'Inferno dantesco, la tragica storia d'amore fra Paolo Malatesta e Francesca da Rimini, cognati in vita (Francesca era moglie di Gianciotto, fratello di Paolo) e quindi "colpevoli", secondo la morale del tempo, e perciò uccisi da chi si sentiva tradito, proprio fra le mura del Castello di Gradara (anche se altre ipotesi storiche portano alla Rocca Malatestiana di Santarcangelo di Romagna, o alla Rocca di Castel

Nuovo di Meldola). Quale che sia la verità storica, certamente si affievolisce di fronte alle terzine del Sommo Poeta, che, pur collocan-

*Amor, ch'a nullo
amato amar perdona,
mi prese del costui
piacer sì forte,
che, come vedi, ancor
non m'abbandona*

*[Dante Alighieri,
La Divina Commedia, Inferno
Canto V, 100-107]*

do gli amanti all'inferno, non nasconde la propria umana simpatia, offrendo ai nostri giorni anche un motivo in più per visitare Gradara, piccolo comune con poco meno di cinquemila abitanti, in provincia di Pesaro e Urbino, nelle Marche, inserito tra i "Borghi più belli d'Italia" dall'omonima Associazione ed insignito, dal 2004, della "Bandiera arancione" del Touring Club Italiano, prestigioso riconoscimento di qualità turistico-ambientale, conferito dal TCI a piccoli comuni dell'entroterra italiano che si distinguono per eccellenza turistica ed accoglienza di qualità.

Fin dai tempi più remoti la posizione geografica fece di Gradara un importante crocevia di gente e di traffici commerciali, portando alla necessità, nel Medioevo, di erigere il Castello quale fortezza difensiva, indispensabile per i nobili marchigiani e della vicina Romagna, che si alternavano nel dominio di quelle terre, nei ricorrenti conflitti con il Papato. Oggi, pandemia a parte, la vicinanza al mare, le eccellenze enogastronomiche marchigiane, le attrattive culturali e la bellezza del luogo, fanno di Gradara una meta obbligata per i vacanzieri della riviera marchigiano-romagnola ma giustificano pienamente anche un breve ma intenso fine settimana, per chi ama viaggiare anche nel tempo e nelle emozioni.

IL CASTELLO

Indubbiamente tra le strutture medioevali meglio conservate d'Italia, il Castello di Gradara, a base quadrata, con torri angolari bastionate e un "mastio" poligonale a nord, sorge su una collina alta circa 140 metri, a cui si aggiungono i 30 del torrione principale (il mastio), consentendo la vista di un panorama unico che spazia a settentrione sul Mare Adriatico e, ad occidente, verso il Monte Carpegna. Due imponenti cinte murarie, quella esterna lunga quasi 800 metri, proteggono la fortezza. Edificato intorno alla metà del XII secolo per volontà dei nobili De Griffo, dopo la loro caduta in disgrazia presso il Papato, passò a Malatesta da Verucchio, un condottiero romagnolo guelfo, capostipite, col nome di Mastin Vecchio, della dinastia dei Malatesta (cognome dal nome), che signoreggiò nel tempo su Rimini, Cesena, Pesaro e relativi entroterra. Ad essi si deve l'edificazione delle due cinte di



Le mura di Gradara

mura, tra il XIII e il XIV secolo. Nel 1445 Galeazzo Malatesta cedette Gradara a Francesco Sforza per l'ingente somma di 20.000 fiorini d'oro, ma quando questi cercò di entrarne in possesso, un altro Malatesta, Sigismondo Pandolfo, si rifiutò non solo di consegnargliela ma anche di restituire il denaro: ciò provocò l'ovvia reazione di Francesco che, l'anno successivo, alleatosi con il Duca

Federico da Montefeltro, marciò su Gradara con un esercito equipaggiato di cannoni e bombarde. L'assedio durò 40 giorni, ma proprio quando la fortezza sembrava sul punto di essere conquistata, la notizia dell'imminente arrivo di truppe malatestiane, accompagnata da un improvviso cambiamento meteorologico, costrinse Francesco Sforza a desistere, lasciando così Gradara di fatto nelle



Borgo di Gradara



a cura di Alisée Maksimovna Radaelli,
Redazione di ND

mani di Sigismondo fino al 1463, quando, dopo la scomunica da parte di Papa Pio II, Federico da Montefeltro assediò con successo Gradara in nome della Chiesa, determinandone il trasferimento sotto il dominio degli Sforza di Pesaro. Fu solo l'inizio di una serie di passaggi di mano, dai Della Rovere, ai Borgia, ai Medici, fino a quando, nel 1641 Gradara andò sotto il diretto dominio dello Stato della Chiesa, incominciando una lunga agonia, al punto che quando, nel 1920, la famiglia Zanvettori comprò il Castello, sia la fortezza che la cinta muraria erano ridotti autentici ruderi. Umberto Zanvettori ne finanziò il restauro riportando finalmente tutto all'originario splendore. Nel 1928 la rocca fu venduta allo Stato italiano dalla vedova di Zanvettori, Alberta Porta Natale, con diritto di usufrutto da parte della famiglia fino al 1983 e, dal 2014, è gestita direttamente dal Ministero per i Beni e le Attività culturali, tramite il Polo museale delle Marche,

attualmente Direzione regionale Musei, con l'organizzazione di importanti eventi culturali, museali, musicali ed artistici.

Un ponte levatoio consente l'accesso al cortile del Castello, e da qui prende inizio una visita indimenticabile, attraverso ambienti perfettamente restaurati, che consentono al turista un autentico viaggio attraverso nove secoli di storia italiana. Sala della tortura, sala del Mastio, Sala della Passione, Camerino di Lucrezia Borgia, Cappella e Camera di Francesca sono le tappe obbligate, quest'ultima, ricostruita come il resto degli ambienti nel secondo decennio del secolo scorso, offre tutti i dettagli raccontati sia da Dante che da Boccaccio, fra cui il famoso libro "galeotto" ("Galeotto fu 'l libro e chi lo scrisse", troviamo nel testo dantesco, con riferimento a Ginevra, sposata ad Artù, e Lancillotto, in una storia d'amore impossibile, tanto simile a quella di Francesca e Paolo da convincerli ad osare di procedere nel loro

sentimento), le sedie degli amanti e anche la botola da cui Paolo tentò inutilmente di fuggire. I mobili presenti all'interno risalgono prevalentemente al '400 e al '500 e, fra i vari tesori che si possono ammirare nel Castello, ricordiamo una pala di Andrea della Robbia e una di Giovanni Santi.

● IL BORGO

Piccolo e avvolgente, il borgo di Gradara si sviluppa come una bomboniera di colori lungo la stra-

da che porta alla Rocca e lungo altri due vicoli minori, a destra e a sinistra, che costeggiano la cinta muraria esterna fino a ricongiungersi all'ingresso alla Rocca. La strada principale è leggermente in salita e pullula di negozi, botteghe, ristoranti (almeno una decina, tutti accoglienti, spesso scavati nella roccia e accessibili anche nei prezzi, fra cui cito, per esserci stata, l'Osteria Ristorante La Botte, in un Palazzo del '600 che fu di proprietà dei Nobili Morandi Bonacossi). Camminare per il borgo è piacevolissimo: rare le automobili, colora-



Botteghe a Gradara

te ed invitanti botteghe artigiane, balconi fioriti e case curatissime, espressione dell'autentico amore che tutti gli abitanti nutrono verso l'autentico paradiso che li ospita.

Appena dopo l'ingresso al borgo, segnaliamo la piccola Chiesa di San Giovanni, sulla destra, che custodisce un Crocifisso in legno risalente al XIV o al XV secolo. Altra chiesa molto interessante è quella del Santissimo Sacramento, vicina alla Torre dell'orologio, risalente al '500 e riedificata due secoli dopo: ospita una pala d'altare attribuita al Cimatori, le spoglie di San Clemente ed un organo antico, ben conservato e grande pregio. Il Museo Storico è nelle vicinanze e la sua visita può essere inclusa nel biglietto per visitare il Castello: ospita reperti di Gradara, della sua storia e della rocca, con l'immane collezione di strumenti di tortura (che non ci fa certo rimpiangere il non aver vissuto in quei tempi), armi ed un'intera sezione dedicata alla vita dei contadini del Medioevo, con strumenti di lavoro e scene della vita di ogni giorno. Da segnalare anche la possibilità di visita parziale alle antichissime grotte tufacee medievali, di cui si ha memoria fin dal IV secolo d.C. che percorrono tutto il sottosuolo.

Piccola soddisfazione per chi come me ama gli animali: gatti e cani sono ben accolti a Gradara e possono accompagnare i padroni non solo nel borgo ma anche nel Museo Storico, solo nella Rocca c'è l'obbligo del trasportino, ovviamente anche per la loro sicurezza.



Gradara centro storico



La camera di Francesca

L'autorevole firma consacra Vlastimil Kosvanec sull'altare dell'Arte

Elena Pontiggia un cristallo in Boemia



di Charlie,
Accademico
Onorario
dell'Accademia
delle Arti della
Russia
Bonavicina
22 febbraio 2021

Era il 1990 quando il mecenate Giuseppe Franzoni entrando in un negozietto di Parigi rimase folgorato dalla straordinaria bellezza di un'opera pittorica, la acquistò subito e dai cartigli trovati sul retro del quadro riuscì a risalire al pittore cecoslovacco Vlastimil Kosvanec (Praga 1887/1961). L'immediata ed elaborata ricerca esplose in un contagioso entusiasmo che ha portato alla realizzazione della più importante collezione straniera di opere di Kosvanec ora custodita

presso il Museo Martinengo di Villagana a Brescia. All'iniziale recupero delle opere ha fatto seguito una minuziosa e capillare serie di studi che hanno aperto l'intrigante sipario sulla gloriosa e tormentata vita dell'artista boemo.

L'interessamento del mondo accademico e della critica si è esteso sempre più in modo esponenziale preceduto, agli inizi degli anni duemila, dalla brillante intuizione dell'insigne Storica dell'Arte Elena Pontiggia, docente, fra l'altro all'Accademia di



Sole e Luna



Charlie,
opere10

Brebra a Milano, che per prima si immerse nelle pieghe di una pagina sgualcita dell'arte del primo Novecento. La sua autorevole responsabilità intellettuale ci permette, oggi, di leggere un nuovo capitolo del panorama artistico internazionale. Vlastimil Kosvanec si aggiunge così ai numerosi saggi prodotti da Elena Pontiggia (Cézanne, Pollock ecc.) e alle mostre che ha curato sui vari Boccioni, Arturo Martini, Sironi, De Chirico, ecc, ecc.

Nell'articolo di seguito si potrà contemplare la "gioia di vivere" di Kosvanec attraverso l'analisi di uno dei massimi esperti sull'arte espressa fra le due guerre mondiali e del rapporto che intercorre fra classico e moderno.

Per informazioni vedere il sito:
[www.http://museomartinengovillagana.it](http://www.museomartinengovillagana.it)
Oppure scrivere a:
segreteria@museomartinengovillagana.it



FARFALLA
Olio su tela
cm 60x80



Charlie, opere4



RSA
S. RUFINA
IL NOSTRO IMPEGNO QUOTIDIANO

*Un nuovo modo
di fare assistenza*

Residenza Sanitaria Assistenziale
70 posti residenza
7 posti in semi residenza

**Accreditata dalla Regione Lazio per trattamenti:
estensivo, mantenimento alto, mantenimento basso**

Via Salaria n. 1/1A
Loc. S. Rufina - 02015 Cittaducale (RI)
Tel. 0746696174
Pec: sorattedue@legalmail.it
info@rsaitalia.com
www.rsaitalia.com

Terapia della danza

Il Tango argentino

Storia di immigrazione, schiavitù, bassifondi e rinascita



di **Maura Comotti**,
Maestro Tango
Canyengue,
ACSI-
Faitango

● BALLO E SALUTE FISICA E MENTALE

Conservare la salute fisica e mentale è il desiderio, nonché la speranza, di ogni individuo. Trovare un equilibrio fra il corpo e la mente però non è sempre facile.

Stili di vita viziati e ritmi frenetici mettono spesso a serio rischio il nostro benessere.

La prevenzione riveste un ruolo molto importante per conservare quello star bene che ci aiuta a combattere l'insorgenza di svariate patologie, legate anche all'età. Forse però non ci rendiamo abbastanza conto che possiamo aiutare la nostra salute attraverso i nostri comportamenti a volte più di quanto non faccia la medicina tradizionale. Fra i fattori di prevenzione l'attività fisica riveste un ruolo di primaria importanza. Un'attività che può certamente essere assimilata all'attività fisica è il ballo, che non solo costituisce un momento importante di svago ma va visto anche come un elemento utile alla promozione della salute. Cosa c'è di più piacevole del ballo, attività fatta a tempo di musica che ci permette anche di socializzare, migliorando anche il tono dell'umore? I benefici che può dare sono molti. Può ridurre il rischio di malattie cardiovascolari o cronico/degenerative con un potenziale impatto molto rilevante. Contribuisce a mantenere il bilancio energetico dell'organismo e quindi aiuta coloro che devono perdere peso. Tiene attiva la mente ed elastica la memoria attraverso lo studio dei passi e delle coreografie, l'interpretazione della musica e la comunicazione col partner. Tutto questo si traduce nell'aumento degli ormoni – serotonina, dopamina, endorfina - deputati al nostro benessere. C'è poi l'aspetto relazionale, di coppia e di gruppo; senza dimenticare i benefici che produce un abbraccio. Benefici fisici,



dunque, ma anche mentali in una sessione di ballo.

Ed il ballo che più di tutti sviluppa questi meccanismi – ce lo dicono gli studi fatti da anni su vasta scala - è il tango argentino.

● LE ORIGINI

Si può ipotizzare che il tango delle origini, quello chiamato canyengue, possa essere nato dopo la metà del 1800. Non c'è traccia organica degli stili e dei luoghi, si sa solo che ogni rione lo ballava a suo modo; veniva tramandato dai genitori ai figli, dai fratelli alle sorelle, oppure lo si apprendeva guardando o ballando. Per capirne le origini e l'evoluzione dobbiamo andare a cavallo fra l'800 e il 900 per vedere la realtà di quel tempo sul Río de la Plata, quella vasta area che è l'estuario dei fiumi Uruguay e Paraná, una specie di imbuto largo all'inizio 48 km e alla fine 220 (quando incontra l'Oceano Atlantico), per 290 km di lunghezza. In quegli anni il Río de la Plata è un grande crocevia di popoli e culture - quello che ora chiameremo "melting pot"- ; un miscuglio di africani, immigrati europei, indios... dove ognuno ha una propria cultura e parla la propria lingua. Quale linguaggio allora per comunicare se non



quello del corpo, dove le parole sono superflue; e quale mezzo per esternare questo bisogno di dialogo e contatto se non la musica, quel linguaggio universale che accomuna tutti i popoli del mondo.

Per conoscerne il significato serve però andare un po' più indietro nel tempo.

Fra la metà del 1700 e l'inizio del 1800 dieci milioni di schiavi africani arrivano sulle coste americane, vittime della dominazione inglese e spagnola, e vengono sbarcati per essere impiegati come schiavi. Sono partiti in 60 milioni ma solo uno su sei arriva vivo nei porti. Siamo nel 1730 e gli Spagnoli stanno fondando Montevideo, capitale dell'Uruguay, servono gli schiavi per i duri lavori. Il numero degli schiavi supera quello della popolazione locale. Nelle notti di festa i tambores del barrio si riuniscono alla luce del fuoco, i falò sono accesi anche per riscaldare le pelli dei tamburi. La musica candombe è l'unico bagaglio che i neri hanno portato con sé e il ballo l'unica ricompensa per i duri lavori nelle stalle, nei campi, nei porti e i tamburi riempiono la notte con quel ritmo proveniente dall'Africa. In un frammento di storia spesso ignorato i tamburi raccontano la storia del profondo impatto che la cultura africana ha nell'America Latina. Gli schiavi sono tanti e sono lì, sradicati dalle loro terre nel cuore dell'Africa, e hanno solo la musica e la danza per evocare le proprie origini. La loro musica riassume il loro dolore, è travolgente e scuote la morale.

● IL CANDOMBE

Il candombe è un ritmo proveniente dall'Africa, quanto sopravvive di un'eredità ancestrale di origine Bantù. L'area Bantu è quell'enorme regione culturale africana costituita da una complessa varietà etnica di circa 450 gruppi. Il

termine è generico per tutte le danze di negri, sinonimo quindi di razza nera e di evocazione rituale.

Candombe Porteño: Raíces de la historia argentina: <http://www.youtube.com/watch?v=MvLIFKjXso0>

Nell'epoca coloniale, gli africani appena arrivati davano ai loro tamburi il nome di tango. Con quel vocabolo veniva designato anche il posto dove i negri realizzavano le loro danze di candombe, le quali per estensione venivano chiamate tango. Con la parola Tangò si definiva il posto, lo strumento, e la danza dei neri. Può sembrare una forzatura collegare questo a una qualche forma di tango, che con questo stesso termine si diffuse circa 60 anni più tardi.

Nel 1820 vengono così proibite le danze, considerate anche pericolose per l'ordine sociale in quanto riuniscono grandi quantità di persone. La cultura africana viene annientata dalla dominazione spagnola, ma ... la musica resta. Il Presidente della Repubblica Uruguaiana alcuni anni più tardi abolisce la schiavitù, ma presto i neri spariscono dall'Uruguay e dall'Argentina, decimati dalle epidemie e dalle guerre.

La musica però non muore; i tamburi raccontano ancora la cultura di un popolo.

Il ritmo del candombe non potrà mai più essere cancellato.

Afroargentinos - La historia jamás contada http://www.youtube.com/watch?v=bJw-k9Y_bHw

Il ritmo del candombe si forma dal suono di tre tamburi (piano, chico e repique). Quando questi tre tamburi si riscaldano si ascolta qualcosa di unico.

Candombe (cm 24cm x 64) dipinto di Pedro Figari dipinse quest'opera in 1932 all'età di 71 anni. Si potrebbe dire che l'immagine di sopra è una evocazione di suoi ricordi d'infanzia, nella quale s'illustrano le riunioni di candombe di metà del secolo XIX.

Azabache - (Candombe) - Hugo Del Carril
<https://www.youtube.com/watch?v=INoBzwrnOmQ>

Con il passare degli anni il tessuto sociale si evolve; le varie culture e tradizioni etniche si ritrovano a convivere nei quartieri detti "orilla"; destini comuni di disperazione e speranza, di tristezza ma anche di aspirazioni. Da questa miscela si sviluppa un grande processo creativo.

Guerra a la Burguesia (Tango Anarquista 1901)
<https://www.youtube.com/watch?v=0nTQ4GFjJz4>

El tango antes de 1900
https://www.youtube.com/watch?v=JZIL_Xq_t0U&list=RDJZIL_Xq_t0U&index=1
Enrique Di Cicco - Jorge Omar - 1900 - Tango
<https://www.youtube.com/watch?v=gq5R3kWtmRM>

Con la sua forte ritmicità, fondendosi gradualmente con altri ritmi locali e musiche di provenienza europea, il candombe lascia il posto al canyengue.

Candombe criollo - Carlos Roldán & Orquesta Típica Sinfónica de Francisco Canaro
<https://www.youtube.com/watch?v=sS7UjuA9knY>

Candombe - Francisco Canaro
<https://www.youtube.com/watch?v=PtDbUx0KzRY>

● IL CANYENGUE

Il canyengue viene sviluppato attraverso i decenni dai figli dei ballerini di candombe e mantiene buona parte delle sue radici africane, è il ballo più diffuso a Buenos Aires durante i primissimi anni del 900 e si balla in modo burlesque e divertente, molto spesso anche fra uomini. Una delle sue caratteristiche infatti è la giocosità; troviamo perciò fra i più noti brani canyengue testi divertenti e allusivi (El Choclo, uno dei più famosi, significa "pannocchia"), che col tempo lasceranno il posto a brani intrisi

di tristezza e malinconia, che porteranno Di-scepolo a pronunciare la famosa frase "Il tango è un pensiero triste che si balla".

La sua culla è il quartiere chiamato La Boca, un intricato dedalo di viuzze che si gettano nel mare accarezzando La Plata. Un quartiere di casette colorate con gli avanzi delle vernici delle navi, terra di artisti, portuali, prostitute, emigranti e delinquenti; assolutamente nessuna persona perbene avrebbe pensato di ballare il tango

Il termine canyengue, che si ritiene di origine africana, significa "camminare cadenzato"; è l'essenza del tango, camminare abbracciati a tempo di musica.

Documento histórico: Orquesta Típica Criolla Vicente Greco "Don Juan" (1910)
<https://www.youtube.com/watch?v=r6BkyUZmdpQ>

Tita Merello - El Choclo (scritto nel 1901)
<https://www.youtube.com/watch?v=KMtGOEwKSZM>

Gardel Balla
https://www.youtube.com/watch?v=2ZxCaz_r-Yw&list=RD2ZxCaz_r-Yw&index=1

Intervista a Carmencita Calderon
<https://www.youtube.com/watch?v=WhQOp9is5ik>

● COME SI BALLA

Il tango canyengue ha un tempo di 2x4 (primo e terzo accento musicale di pari valore) e veniva suonato a quei tempi con un ritmo incalzante. La sua caratteristica principale è la musicalità, l'arte di camminare in cadenza restando fedeli allo spirito della musica.

Si balla in cadenza-tempo con contatto fermo con il suolo, ginocchia un po' flesse, con movimenti picareschi (arresti e partenze improvvisi, micrososte) che danno un tocco del tutto particolare e sensuale al ballo. Un'ipotesi suggestiva vuole che la mano dell'uomo appoggiata sul fianco sinistro servisse ad estrarre più velocemente il coltello in caso di risse Chi mai potrà smentire questa supposizione!



● L'EVOLUZIONE

Il crescente interesse della borghesia verso questa musica rompe i confini delle orillas e la porta gradualmente nelle sale da ballo di Buenos Aires. Fra il 1930 e il 1940 la sopraggiunta eleganza di stili e movimenti lo vede gradualmente soppiantare a favore del tango milonguero e salon; il canyengue scompare. L'Argentina vive lunghi momenti bui ma il tango non ha fretta, sa aspettare. Nel frattempo gira il mondo, emigra in Europa, torna in Argentina... è un'affascinante misteriosa incredibile storia di musica ma soprattutto di uomini, di popoli, e nei vari passaggi si arricchisce di nuovi strumenti e sonorità.



Il tango è un ballo versatile, vari stili permettono di ballarlo in ogni occasione, in ogni ambiente, con qualsiasi pavimento, in sala o all'aperto, ballando sempre la musica nel modo adatto. Un insieme di dinamiche che, mettendoci in connessione col partner, ci permettono di esprimere la musica trasformandola in abbracci e passi; conoscerne i vari stili stimola la nostra creatività e abilità interpretativa, adattandola al nostro modo di relazionarci. Il ballo del tango è l'espressione corporea di una musica che è man mano cambia-

ta nelle varie epoche in cui è stata composta. La musica di fine '800 diversa da quella dei primi del '900 e ancor più da quella degli anni '40, per non parlare di quella ancora più contemporanea; cambiano le linee interpretative e gli arrangiamenti delle orchestre, cambiano gli ambienti in cui si suona e balla, cambiano gli stili di ballo. Tutti gli stili sono ugualmente accettabili, aggreganti, divertenti, appassionanti e appassionati; se impariamo ad usarli con la musica giusta, la dinamica che più si adatta raggiungiamo la massima soddisfazione e la connessione più completa! Come terapia aggiuntiva la pratica del tango argentino viene utilizzata sempre più spesso e con successo nella riabilitazione di alcune patologie anche gravi, vedi ad esempio il Morbo di Parkinson; sono infatti innumerevoli in tutto il mondo gli studi clinici di tango-terapia al riguardo.

Il 30 settembre 2009 il Tango Argentino viene dichiarato dall'Unesco "Patrimonio dell'Umanità", in quanto "personifica sia la diversità culturale sia il dialogo, rappresenta l'essenza di una comunità e pertanto merita di essere salvaguardato".



Pensieri e riflessioni di un produttore di olio di oliva naturale

Il parere dell'ultimo rimasto



di Stefano Spagnolo,
Comitato scientifico di ND

Minuccio era dinnanzi all'ultimo rimasto e calpestava il terreno di un Salento desertificato. I tentativi di ristrutturazione dei campi erano risultati tutti vani. Si era tentato nelle riprese con innesti e potature, con la selezione di varietà più o meno resistenti, ma niente! La patologia aveva avuto una marcia in più e "Solitario", così era stato chiamato, l'ultimo rimasto degli Ulivi secolari, era divenuto il monumento di un Salento da dimenticare. Terra una volta dei Lupi e della macchia mediterranea. Frammentata essa stessa per coltivare l'olivo. Pianta conosciuta con il gergo "l'ulia, tie duermi e iddra fatia". Ma non era affatto così. Ogni essere vivente che dona alimenti non può essere utilizzato come una macchina. Minuccio era un contadino anziano. Aveva 83 anni con 3 anni di scuola elementare. Nonostante questo, aveva da insegnare a biologi e agronomi in termini di agricoltura e tanti studiosi avevano sempre fatto riferimento a personalità del genere, per la conoscenza in agricoltura. Restava però un fatto: né la scienza e tanto più l'esperienza aveva salvato gli ulivi dalla Xylella fastidiosa. Minuccio si sentiva sconfitto e con le lacrime agli occhi. Sperava che l'ultimo albero rimasto vivo, in una campagna di Alezio, in provincia di Lecce, dove tutto si pensava fosse cominciato, rimanesse vivo. Tutti si chiedevano come mai non avesse contratto la devastante patologia. A breve sarebbe stato espantato per produrre cloni di cellule, per ricreare piante da esso, sperando che questa ultima mossa avrebbe vinto il prezzo della oramai devastante desertificazione nel Salento.

Camminava avanti e indietro. Picchiava i palmi delle mani sulle proprie cosce sfogando la rabbia. Pregava e bestemmiava. La lucidità era divenuta un lusso. Era giunta ora di pranzo

e lo attendeva pasta fatta in casa con il pomodoro fresco e un delizioso filo di olio di oliva extravergine. Uno degli ultimi. Si voltò per andarsene e sentì dire... "tu forse hai il cuore per ascoltarmi" Minuccio si voltò di scatto impaurito non scorgendo anima viva. Corse e guardò dietro l'albero. Ebbe paura di essere pazzo, ma non era l'uomo che aveva parlato.



"Sono io Minuccio! Lu solitariu! So che ti stupirai e che adesso magari scapperai! Però ti assicuro che stai bene e che non hai allucinazioni o altro. Sono io. L'ultimo rimasto!" Minuccio cadde sul manico della sua zappa e non sentì alcun dolore. Sentiva i brividi su tutto il corpo. Si chiese cosa stesse succedendo. Scosse la testa e si mise seduto. "Dove mi ha portato la disperazione!?" si disse toccandosi la testa.

"Quale disperazione Minuccio? Sono veramente io e siamo da soli! Non provare disperazione e per almeno una volta ascoltami! Sono colui che avete soprannominato come Il Solitario perché l'ultimo rimasto. A breve so che mi utilizzerete per altra ricerca inutile...quindi... ora mi stai ad ascoltare e finalmente ti dico la mia!" Minuccio si fermò ad osservare l'olivo e si mise a ridere dicendosi che questa storia assurda non sarebbe proprio dovuta accadere. Guardò l'albero. Non aveva il coraggio di parlare. Passarono diversi minuti e non ebbe la

forza di alzarsi da terra. Rimase seduto e poi dopo essersi osservato intorno disse. "Dimme meh, sentimu sta storia assurda".

Solitario: Assurda un corno, mio caro Contadino! Tutto quello che non avete scorto come la bellezza vi ha portato a questo. Quello che voi non conoscete, dite sia assurdo! Ma non è così!

Minuccio: perché non ti sei fatto sentire prima? Perché proprio adesso e perché con me. Qua mi prendono per pazzo! Ci manca solo che dico che parlo con gli alberi. Immagina tutto! Se vado a raccontare che ho parlato con te... come vuoi che mi giudichino le persone. Io ho una buona reputazione.

Solitario: infatti non devi raccontare un bel niente caro Minuccio. Mi devi solo ascoltare. Poi...è la prima volta che siamo da soli io e te! Tu hai un cuore immenso e sei il miglior candidato per la missione!

Minuccio: Missione? Quale missione? ...disse Minuccio alzandosi da terra e quasi imprevedendo contro all'albero.

Solitario: quella di dire qual è stata la causa di tutto ciò! Meglio tardi che mai!

Minuccio: oh! Io la terza elementare tengo! Io di sarchiatura (lavorazione del terreno) e di laccio (sedano) ne capisco! Di olio tanto e tanta esperienza. Adesso è terminato tutto. – disse mettendosi a piangere di getto e inginocchiandosi ai piedi del maestoso olivo.

Solitario: suvvia, dai, non fare così! Calmo mettiti all'ombra. Io ti darò agio temperato. Ti chiedo solo di ascoltarmi, poi niente più! Magari non ci rivedremo. Minuccio si mise a risedere su di un masso di calcarenite secca. Propose un gesto di apertura e scosse ancora la testa. Iniziò il colloquio.

Solitario: ti esprimerò il mio pensiero e successivamente ti proporrò cosa si può fare e cosa dovete fare. So che ti conoscono tutti per la tua buona memoria. Quindi conto pure che tu possa ricordare.

Minuccio: aspetta...vado in macchina e prendo il quadernetto. Puru ca tegniu la terza elementare però, sacciu scriere e leggere, megghiu de li giovani sai?

Solitario: vai vai. Ti aspetto!

Minuccio: bbueno. Però... mo ca tornu, nu bbene da nu me parli cchiui no?

Solitario: ritorneremo a parlare solo che devi cercare di parlarmi in Italiano perché nonostante l'esperienza, non ho mai prestato

attenzione a rimodellare il vostro dialetto, nonostante sia una lingua bellissima e simpatica. Complessa, ma devo ammettere, molto simpatica.

Il contadino corse verso l'auto. L'aprì e con velocità raccolse un quadernetto con una penna di colore nero. Batté lo sportello alla chiusura. Ritornò a sedere. Faceva tenerezza. Disse... "come ti devo chiamare, professore?"

Solitario: Olea va più che bene. Il nome scientifico che mi avete attribuito mi è sempre piaciuto.

Minuccio facendo finta di capire questa notizia. Annui e si aprì alla conversazione. Fu un lungo racconto da parte dell'olivo. Durò tantissimo, circa un paio d'ore. Ma ne valse la pena aspettare. La cosa fantastica fu che...su ogni parola, Olea, aveva la capacità di tele-trasportare la mente di Minuccio su immagini e suoni, avvenimenti, come se il contadino potesse vedere quello che l'albero riusciva a vedere. Olea: lo sai che nell'antica Grecia si condannava a morte a chi si permetteva di uccidere uno di noi? Nel 2013 si propose l'abbattimento di molti di noi. La nostra uccisione fu concessa da quella che voi chiamate Legge. Ti voglio portare ad una vista dall'alto, quando tanti anni fa il Salento era tutto verde ed era un'antica foresta non di Ulivi ma di Leccio e Gelso. Una grande foresta copriva l'intero tacco. Pochi di noi erano qui naturalmente ma osservandoci, l'uomo capì che avremmo fatto tanto bene all'economia. Quando i Lecci e i Gelsi seppero che sarebbero stati tagliati per inserire noi, al loro posto, furono tristi, ma tutti furono concordi sul fatto che saremmo stati la casa di tantissima vita sulla Terra e avremmo dato al Salento una bellezza non indifferente. L'uomo ci conobbe come piante che non avevano tanto bisogno di acqua e lavorazione. In realtà era vero, ma confusero questo aspetto con un altro: che non avevamo bisogno di un terreno ricco di nutrienti e organismi utili. Qui fu il serio problema. Hanno vestito bene un bambino senza crescerlo e nutrirlo. Abbiamo avuto, da prima di Cristo, l'opportunità di essere qui in questa Terra. Abbiamo sofferto delle patologie e le abbiamo superate tutte. Ora perché ci siamo estinti? Il problema credo che riguardi voi stessi come società! Come la cugina Fillirea avvisava il contadino delle malattie che stavano per giungere sull'Olivo, così noi vi stavamo avvisando che vi state per estinguere per la vostra

insostenibilità. Quella alimentare. Non vi siete mai messi in relazione con noi perché ci avete sempre riconosciuti come un organismo a parte! Un compartimento stagno da dove estrarre l'olio e basta! Avete fatto estinguere l'uomo di Neanderthal e tanti organismi su questa Terra. Siete rimasti solo voi! Vi abbiamo avvisato. Vi estinguerete a breve. Guardami! Ho più di trecento anni e il mio tronco è sorretto da una pietra di calcarenite più antica di me! Ciò che veniva prima di me mi ha sorretto e io l'ho apprezzato dando freschezza ed ombra a questa pietra. C'è stata una collaborazione, una simbiosi, uno scambio reciproco sentito e provato. Voi avete l'opportunità di avere un cuore. Ma non lo usate. Il nostro legno è vivo! È vivo! Lo è stato sempre! Caro Minuccio chiudi gli occhi. Ti faccio entrare con la tua mente e il tuo cuore nel mio legno. Partiamo dalla foglia e penetra in una nervatura. Guarda! Scorre l'acqua e quello che si chiama linfa. Quello che vedi è quello che abbiamo elaborato quando l'acqua è penetrata attraverso il terreno. L'acqua

del terreno è ricca di microrganismi e nutrienti che ci permettono di vivere. Soprattutto fino a quando il terreno non si impoverisce di microrganismi, per colpa dell'uso indiscriminato di veleni, utilizzati da voi per contenere le malattie a noi avverse, tutto va bene. Vedi, con i microrganismi giungevano anche dei composti molto particolari chiamati enzimi che avevano anche il ruolo di ripulire i nostri canali interni, dove scorre la linfa. Man mano che il terreno è divenuto sempre più arido e inerte di vita, non abbiamo più avuto la possibilità di lavarci al nostro interno ed è bastata una elementare malattia come la Xylella fastidiosa per ucciderci a tutti. Presta attenzione!

Io e altri di noi siamo nati da seme! Eravamo seme più di trecento anni fa! Come i Mandorli ad esempio. La vera pianta produttiva e duratura nasce dal seme. Il frutto dell'amore! Tu sai che alcuni alberi di Mandorle non durano più di cento anni, eppure nel Salento ci sono alberi che hanno avuto vita molto più duratura. Tu hai imparato a potare su di me! Se ben ricordi...

(Minuccio annui e una lacrima scese dai suoi occhi) ... eri un bambino e tuo padre non volle mandarti a scuola perché non aveva i soldi per farti studiare. Bene! Questa lezione di oggi non ha avuto l'opportunità di seguirla neanche il più preparato e titolato scienziato al Mondo! Consolati! Te la sto facendo io! Ti ho prodotto tantissime olive! Quintali di olive! Avremmo avuto bisogno di acqua. Batteri commensali nel terreno che trasportavano enzimi. Abbiamo avuto poco di tutto ciò. Il mio olio lo hai utilizzato nelle insalate colorate, nelle torte e nelle focacce. Dappertutto! Ricorda quando eri bambino e ti nascondevi nel mio legno perché avevi combinato una cavolata che aveva fatto imbestialire tuo padre. Ti nascondevi dentro di me e nessuno ti trovava! Ti ho addirittura difeso! Ho dato la casa all'edera, all'upupa, alla civetta, al rinolofo, alla lucertola sicula, ai ragnetti e a topolini. Ho perpetuato la vita. Abbiamo sempre perpetuato la vita (Minuccio si alzò, accarezzò l'albero e poi lo abbracciò poggiando il capo su di esso. Pianse ancora!).

Ascoltando un agronomo che un giorno parlò dinnanzi a me io sentii dire questo: "Nell'estate del 2013 sono stati segnalati in alcuni oliveti pugliesi diversi casi di disseccamento di piante di olivo coltivate in una zona a sud di Gallipoli nella Provincia di Lecce. Le piante colpite presentavano la seguente sintomatologia:

- disseccamenti estesi della chioma che interessavano rami isolati, intere branche e/o l'intera pianta;
- imbrunimenti interni del legno a diversi livelli dei rami più giovani, delle branche e del fusto;
- foglie parzialmente disseccate nella parte apicale e/o marginale.

In seguito alle indagini svolte dal Servizio Fitosanitario della Puglia con il supporto dell'Università degli Studi di Bari e del CNR, nell'area colpita sono stati individuati diversi agenti parassitari che associati costituiscono il cosiddetto "Complesso del disseccamento rapido dell'olivo"; essi sono: il batterio fitopatogeno da quarantena Xylella fastidiosa,; il lepidottero Zeuzera pyrina o Rodilegno giallo ed alcuni miceti lignicoli vascolari (Phaeoacremonium parasiticum, P. rubrigenum, P. aleophilum, P. alvesii e Phaemoniella spp.) noti per causare disseccamenti di parti legnose di piante arbo-



ree e di vite. *Xylella fastidiosa* è un batterio incluso nella lista degli organismi nocivi di quarantena dell'Unione europea (allegato I AI della Direttiva del Consiglio 2000/29/CE) che è stato riscontrato per la prima volta sul territorio comunitario. Considerato il rischio della sua diffusione a causa della sua pericolosità nei confronti di numerose specie vegetali coltivate e spontanee, questo ha innescato una serie di azioni comunitarie, nazionali e regionali atte ad eradicare il focolaio pugliese e a contenerne la diffusione sul territorio nazionale.

Xylella fastidiosa è un batterio fitopatogeno capace di attaccare oltre all'olivo, diversi tipi di piante fra le quali le più importanti sono la vite, il pesco, il mandorlo, diverse specie di agrumi, l'oleandro e diverse altre. In totale le specie di piante ospiti di *Xylella fastidiosa* sono oltre 150, fra le quali molte infestanti. *Xylella fastidiosa* colonizza lo xilema delle piante ospiti e il suo sviluppo nella pianta sembra condizionato dalla temperatura: valori compresi fra 25 e 32°, le temperature più idonee per la moltiplicazione del batterio, sarebbero favorevoli ad uno sviluppo epidemico della malattia; al contrario, temperature al disotto di 12-17°C e superiori a 34°C potrebbero influire negativamente sulla sopravvivenza del batterio nelle piante ospiti. La sensibilità di *Xylella fastidiosa* alle basse temperature invernali spiega in parte la sua distribuzione geografica che appare limitata alle aree tropicali e subtropicali. Tuttavia, *Xylella fastidiosa* è stata segnalata anche in Canada (Ontario), dove le temperature possono essere piuttosto rigide. *Xylella fastidiosa* si moltiplica nei vasi xilematici della pianta ospite provocandone l'ostruzione. La situazione che si viene così a determinare sarebbe in parte responsabile della comparsa dei sintomi della malattia. Il batterio riesce a muoversi sia verso l'alto sia verso il basso, e per questo motivo può essere rinvenuto anche nelle radici. Si diffonde facilmente, su brevi e lunghe distanze, con il materiale di propagazione o piante intere e, in loco, anche tramite innesto. La trasmissione più efficiente è però operata da insetti che si nutrono della linfa xilematica. Questo tipo di trasmissione è di norma molto rapida poiché manca nell'insetto il periodo di latenza (periodo intercorrente tra l'acquisizione del batterio e la capacità dell'insetto di trasferirlo in una pianta sana tramite punture di alimentazione).

Il patogeno è trasmesso in natura esclusivamente da alcune specie di insetti appartenenti all'Ordine Hemiptera, sub-ordine Cicadomorpha (Famiglie Cicadellidae e Aphrophoridae) che fungono da vettori contribuendo alla diffusione della malattia a breve e medio raggio. Il batterio è trasmesso in maniera persistente dai vettori che tuttavia perdono l'infettività a seguito della muta. La diffusione su lunghe distanze è opera dell'uomo attraverso il commercio di materiale di moltiplicazione infetto. *Xylella fastidiosa* non si riproduce nel seme. Il periodo di incubazione della malattia è di solito molto lungo (ma molto dipende dalla specie di pianta ospite e, nell'ambito della stessa specie, dalla cultivar), da qualche mese ad un anno e talvolta anche più. Si aggiunga che in molti ospiti l'infezione può rimanere asintomatica. Ne deriva che in molti casi, ad es. in vivaio, eventuali infezioni possono sfuggire, in tempi brevi, all'osservazione diretta e ciò facilita la propagazione della malattia con il materiale vegetale. Nel mondo, sono ufficialmente riconosciute quattro sottospecie del batterio, in grado di attaccare, come già accennato, un numero elevato di ospiti, tra cui vite diversi fruttiferi; colture da frutto, essenze forestali e specie spontanee. *Xylella fastidiosa* è stata a lungo conosciuta esclusivamente come agente della ben nota e devastante malattia di Pierce (PD) della vite (le prime viti ammalate sono state osservate negli anni '80 del 1800, nella zona di Anaheim, Contea di Orange, in California). Solo di recente si sono aggiunte, nel continente americano (Nord e Sud America, in particolare), le segnalazioni della presenza di *Xylella fastidiosa* su altre piante oltre che sulla vite. Ad es., la presenza di *Xylella fastidiosa* nell'olivo, con la sintomatologia tipica di una brusca parassitaria e l'aggiunta di più o meno estesi disseccamenti di rametti e branche, è stata segnalata, in California, solo nel 2007 (ma le indagini erano cominciate nel 2003, 2004 dopo le prime segnalazioni di piante ammalate). Nel 2008 c'è stato un incremento della mortalità di piante di olivo colpite da "leaf scorch" nella contea di Los Angeles e le indagini sono state riprese. Dai tessuti infetti è stata isolata *Xylella fastidiosa* e il batterio isolato è stato inoculato in piante sane di alcune cultivar di olivo utilizzate in California (Mission, Manzanillo, Sevillano, Arbequina, Arbozano, Koroneiki, e Barouni). I risultati ottenuti non sono stati però tali da

permettere ai ricercatori che hanno condotto le indagini di poter affermare con certezza che la malattia osservata su olivo fosse da attribuire a *Xylella fastidiosa*. Si aggiunga che nei primi mesi del 2013 è stata segnalata, sempre in California, una malattia caratterizzata da disseccamento di rami e branche e causata, verosimilmente, da una pletera di funghi diversi fra cui *Paheoacremonium aleophilum*, *Phaeomoniella chlamydospora* e diverse *Botryosphaeriaceae*. Tutti questi funghi sono già molto noti come funghi implicati nell'altrettanto nota "mal dell'esca della vite". Nel Salento, le piante di olivo che presentavano sintomi di deperimento rapido con estesi imbrunimenti fogliari e disseccamenti hanno rivelato la presenza di attacchi di *Zeuzera pyrina* e la presenza nel legno di alcuni funghi tracheomicotici, *Phaeoacremonium parasiticum*, *P. rubrigenum*, *P. aleophilum*, *P. alvesii*, *Phaeomoniella* spp. e, inoltre, anche la presenza di DNA di *Xylella fastidiosa*. A questa affezione, nuova per la zona, è stato dato il nome di "complesso del disseccamento rapido dell'olivo", rapido perché pare che nel giro di pochi mesi la malattia si sia diffusa in un'area di oltre 8.000 ettari in 6 differenti focolai (in realtà la malattia avrebbe cominciato a manifestarsi nel 2011). Questa sintomatologia è stata definita "complesso" perché i ricercatori sospettano, anche se ancora non ne hanno i riscontri sperimentali, che sia l'esito dell'azione di più organismi diversi, come nel caso dell'affezione segnalata in California nel 2013. Sempre in Puglia, ma in un'area diversa dal Salento (provincia di Foggia e provincia di Bari), un altro gruppo di ricercatori ha individuato piante di olivo con i soliti sintomi (disseccamento di rami e branche, imbrunimenti interni, leaf scorch in qualche caso) e dai tessuti infetti ha isolato *Pleurostomophora richardsiae*, *Neofusicoccum parvum* e *Phaeoacremonium aleophilum*."

Tutti organismi patologici che nel mio terreno proliferano quando non ci sono quelli fisiologici, un po' come accade nel vostro intestino: prendente molti farmaci e mangiate male, decadono i batteri utili nell'organismo, decadono gli enzimi che scindono i nutrienti, aumenta la flora batterica patologica e proliferano le malattie emergenti e passate. Alla notizia della *Xylella fastidiosa* tutta l'Europa ha tremato! Ha tremato, ma forse è stata questa paura che

vi ha scioccati e non vi ha fatto ragionare con un quadro sistemico. Avete sempre fatto una semplificazione molto pericolosa. Ulivo secco – *Xylella*. I perché e i ma...e tutta la vita che ci ruota attorno. I batteri, gli enzimi! Eppure, la *Xylella* è presente ovunque! È una malattia molto particolare che si sta divertendo all'impazzata perché glielo avete permesso voi! Voi! Avete estratto dal terreno più acqua rispetto a quella che vi dona il mare e che serviva a noi per trasportarci dentro batteri, i nutrienti e le sostanze che ci servono per ripulirci i vasi che trasportano la linfa grezza ed elaborata. È stato un sistema agricolo che ha sbagliato tutto! Ora mi dovete tutelare e se lo farete vi ringrazierò. A modo mio lo farò! Togliete quei cartelli dalle campagne come zone avvelenate e da ora in poi scrivete "Zona piena di vita"! Pensate con la vita e non con questa ipnosi collettiva! Pensate con il linguaggio della vita. Ricorda che questa pietra sotto di me vive con me perché mi ringrazia. Non è inerte neanche essa perché mi sostiene. E io Sono La Vita!

Era pomeriggio inoltrato e Minuccio fu svegliato dalla volante del Maresciallo Barbatto dei Carabinieri della stazione di Alezio. Fu trovato a dormire sotto l'albero accovacciato ed infreddolito. La moglie insieme ai figli, alla vista lo pensò morto, ma poi avvicinandosi e accertando insieme ai carabinieri che era vivo scoppiò in lacrime e insieme ai figli ci fu un immenso abbraccio. Si alzò in piedi. Propose alla sua famiglia di abbracciare l'albero. Il maresciallo e i colleghi videro la scena e curiosi, si avvicinarono per indugiare. Minuccio si allontanò dall'albero, recandosi in prossimità del Carabiniere disse... "Mi porta dal Presidente della Regione Puglia? Ho una storia da raccontare. Mi ci vorrà coraggio. Ma ho una storia da raccontare". Barbatto sorrise e sorridendo al contadino disse "Da domani organizzerò il tutto e le dirò di più. Ci andremo insieme!"

Bibliografia

- 1) *Per la trattazione e per la stesura di questo articolo è stata fondamentale la visione del bellissimo Documentari "Legno Vivo, Xylella Oltre il Batterio"*.
- 2) *Regione Toscana Xylella fastidiosa. Agente del Complessodel disseccamento rapido dell'olivo (CoDiRO).*



Consigli per la lettura

a cura di di **Lorenzo Federico Radaelli**,
Comitato Scientifico di ND

LITUUS Gli Etruschi e le energie della Madre Terra

di **Andrea Amato**
Collana "I viaggi dell'asino",
OaC edizioni, 135 pagine



Gia il primo contatto con la "fisicità" di questo inusuale romanzo genera sensazioni: la copertina plastificata opaca con risvolti interni, la qualità della carta, i caratteri scelti, le meravigliose illustrazioni di Vito Maria Fimia ("a prima vista, vagamente oniriche ma che, in realtà, nell'osservarle attentamente, sembrano plasmate nella sostanza della divinazione più che in quella dei sogni"), sembrano fatti apposta per deliziare un bibliofilo, perché tenere fra le mani un libro, "sentirne" le pagine al tatto, è già magia. Nel caso di Andrea Amato, noto esperto di Fisica quantistica ed energie sottili, il termine "magia", che ben si adatterebbe anche ai contenuti del romanzo, in prima lettura, è certamente improprio, ma aiuta a capire lo straordinario sincretismo temporale del legame fra autore e protagonista. Un effetto che certamente la lettura di questo libro provoca è poi l'accendersi di curiosità verso il popolo etrusco, verso il mistero delle sue origini. Per pura casualità mi ero tempo fa im-

battuto negli studi di Ciampi, Chertkov e Volansky, risalenti alla prima metà dell'Ottocento, circa l'origine paleoslava della lingua etrusca, mai accreditata dalla "Etruscologia" classica perché scomoda: se gli Etruschi erano slavi (e lo stesso termine etruschi contiene in desinenza la parola "ruschi" - russi), l'Etruria sarebbe stata fondata da popoli dell'Est, presenti quindi in Italia ancora prima della fondazione di Roma. Bene: ciò che era solo un embrione di curiosità di fronte a questa teoria, cominciò a germogliare in me

davanti al titolo stesso del libro di Amato: "Lituuus", il bastone ricurvo, che mi evocò subito la parola "Lituania", scoprendo che non è ancora affatto chiara l'origine del nome di questo paese baltico: celtica? Slava? E se si ricollegasse invece a "questa" storia? Lascio ovviamente agli esperti possibili approfondimenti e, per presentare ai lettori questo affascinante romanzo, dove il viaggio nel tempo è continuo, fra presente e passato, fra la Roma d'oggi e antiche necropoli la cui "energia" collega epoche e annulla abissi temporali, lascio la parola a Bruno Del Greco, estrapolando in parte la sua presentazione: "Il contenuto di quest'opera insegue le tracce di un personaggio realmente esistito attraverso le vicende della sua evoluzione personale, da adolescente scanzonato e facile preda della propria sensualità ad augure illuminato e conscio del proprio ruolo. Il personaggio storico è Caile Vipinas (o, per i latini, Celio Vibenna) nel periodo della sua esistenza in cui è ancora ignaro del proprio futuro: in quella fase in cui è solo il giovane rampollo di una nobile famiglia etrusca di Caere anche se pare destinato a diventare uno dei re di Roma, non lo diventerà. Ad assumere quella carica prestigiosa e il potere materiale ad essa connesso sarà invece il suo servo Macstarna che assumerà il nome più noto di Servio Tullio. (...) Il libro che avete fra le mani contiene tuttavia una sottile forza, da cui emana una energia altrettanto sottile e, se ci si lascia trasportare nel modo giusto, si riesce a percorrere quei sentieri nel bosco percependo il senso profondo di quelle vaghe scintille di memoria. Come quella memoria sia emersa e si sia radicata nello spirito creativo dell'autore del testo non è dato sapere. Ma questo è ciò che sempre accade nella creazione letteraria."

L'Autore



Andrea Amato, Tossicologo ambientale (tesi: "Geotossicologia, l'attuale importanza degli effetti delle geopatie e del Radon negli spazi abitativi e di lavoro"), si occupa di Ricerca, produzione, commercializzazione, consulenza e didattica in *Biocompatibilità e Riarmonizzazione Ambientale, soluzioni tecniche per disturbi geopatologici ed elettromagnetici, soluzioni tecniche qualitative per la riproduzione e incisione del suono, tecnologia toroidale, energizzazione dell'acqua.*

www.aeteres.com - a.amato@aeteres.com



produzione e commercializzazione di alga spirulina biologica



ALGA SPIRULINA "il cibo degli DEI"
SPIRULINA ALGAE, food of the future

I NOSTRI PRODOTTI

La linea di prodotti biologici Bertolini Farm ti aiuta ad integrare la tua alimentazione in modo sano e naturale, con la **Spirulina disidratata** in scaglie, spaghetti e polvere da aggiungere a cibi e bevande, con la linea **SpirPasta**, pasta tradizionale di grano duro e Spirulina e pasta Gluten free di mais, riso e Spirulina, con le **EnergySpirBar** per un sano break e con la **Spirulina in capsule vegetali** in un formato comodo da portare sempre con te.

ALGA SPIRULINA COS'È

È una microalga d'acqua dolce, di colore verde-blu, che si riproduce grazie alla fotosintesi, ricca di proteine, vitamine, sali minerali, acidi grassi essenziali e antiossidanti. Il curioso nome di questa alga è dovuto alla sua forma che ricorda, appunto, quella di una spirale. Già conosciuta dagli Aztechi che la chiamavano "il cibo degli Dei".

La sua composizione contiene:

- 3 volte le proteine della carne
- 20 volte il betacarotene presente nelle carote
- 34 volte più ferro degli spinaci

ALLEATO PER LA SALUTE FISICA E MENTALE:

- azione tonica, stimolante e remineralizzante
- effetto disintossicante ed antiossidante
- funzione antinfiammatoria
- funzione di difesa immunitaria
- sostegno per stati di debilitazione
- effetti positivi sull'apparato neuromuscolare
- ideale in ambito sportivo
- ideale per diete dimagranti

BERTOLINI FARM di Bertolini Mario, Attilio e Maria Soc. Agr.
STRADA DEGLI ORSI, 192 - LOC. CASTIONE MARCHESI 43036 FIDENZA (PR) - ITALIA

www.bertolinifarm.it

in vendita online e nei negozi specializzati - contattaci se vuoi diventare un nostro rivenditore

La prospettiva "Psico-Bio-Etica"

Per un approccio integrale della Medicina



di **Javier Fiz**
Perez,
Comitato
scientifico
di ND

1.1 BIOETICA E SANITÀ

I temi della Bioetica in sanità interessano fortemente la professione dello Psicologo, in quanto il processo di erogazione delle cure è fondamentalmente relazionale, così come quello che ha portato al Consenso Informato. Nel cambiamento di paradigma da una medicina paternalistica che aveva il suo cardine nel principio di beneficiabilità, ad una medicina contrattuale delle autonomie, la funzione ed il ruolo dalla Psicologia e degli Psicologi è quello di essere interpreti e mediatori del processo relazionale, attenti alla dimensione olistica della persona in tutte le fasi della sua vita ed in qualsiasi aspetto relativo alla salute. Una seconda linea di sviluppo riguarda la funzione, per la Psicologia e gli Psicologi, di tutela della dignità e dell'autonomia della persona e dei suoi bisogni complessi psicofisici nelle fasi iniziali o terminali della vita, attraverso l'assunzione di responsabilità. Il ruolo di fiduciario, figura prevista nella legge del 28 marzo 2001, n.145 sulle Direttive Anticipate di trattamento e non ancora compiutamente applicata, fa sì che lo Psicologo sia il possibile fiduciario della persona; quindi, egli deve determinare come la persona vorrebbe essere trattata in certe condizioni della sua vita fornendo così un apporto professionale a tutta la comunità. Lo psicologo crede, infatti, nella dignità e nel valore della persona umana; di conseguenza, il suo impegno è volto ad accrescere la comprensione che l'uomo ha di sé stesso e degli altri e a salvaguardare il benessere di ogni persona. Per attuare tutto ciò, sono necessarie sinergie sia con gli organismi regionali che con quelli nazionali (Ordine Nazionale, Commissioni parlamentari, Comitato Nazionale di Bioetica) al fine di promuovere

autorevolmente tale possibilità.

La bioetica, che si connota per l'attenzione posta costantemente al preservare il livello di "scelta" e "umanizzazione" nell'erogazione delle cure, ha il suo fondamento nella crisi della modernità dove, all'aumento del potere delle tecnologie biomediche si accompagna una drammatica riduzione della possibilità di scelta per i cittadini nonché una possibile intrusione valutativa sia in sfere della vita (fecondazione assistita, rifiuto di cure utili, ...) sia in momenti della stessa (nascita, morte) molto delicati ed intimi.

Un altro tema di fondo della bioetica è quello dell'allocazione "etica" delle risorse, sempre più scarse, nel mondo della sanità: quali scelte per quali servizi, cosa privilegiare e quali fini, quali criteri adottare per una sanità più equa, più giusta, più trasparente. Si tratta di un tema cruciale, spesso disatteso per i riflessi che potrebbe avere nei processi decisionali delle organizzazioni sanitarie. Codici, norme legislative ed amministrative, povertà delle risorse costituiscono il contesto dato e quindi i vincoli dell'agire di ogni operatore. Il 'vincolo' non ha solo significato negativo in quanto, essendo limite, è costitutivo dell'esistenza stessa che, contestualizzandosi, permette all'individuo di muoversi nello spazio e nel tempo. In questo modo, egli si assume la responsabilità di scelte e comportamenti, sperimentando e sviluppando l'aspetto etico. In particolar modo, vi sono linee di sviluppo molto interessanti riguardanti la Psicologia in Ospedale, che vanno viste non solo come mera rivendicazione di posizioni strategiche o occupazionali, ma anche come possibilità di stimolo e sviluppo di un rinnovato processo di umanizzazione. Quest'ultimo è il contraltare ad un accentuato tecnicismo, all'esasperazione della strumentalità, alla ri-

duzione del cittadino malato e ad una serie di organi frammentati. Tuttavia, vi sono alcune linee guida importanti, presenti all'interno del Codice Deontologico degli psicologi, a cui tutti gli psicologi possono fare riferimento. Ad esempio, l'articolo 4 del codice afferma: "Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Lo psicologo utilizza metodi e tecniche salvaguardando tali principi, e rifiuta la sua collaborazione ad iniziative lesive degli stessi. Quando sorgono conflitti di interesse tra l'utente e l'istituzione presso cui lo psicologo opera, quest'ultimo deve esplicitare alle parti, con chiarezza, i termini delle proprie responsabilità ed i vincoli cui è professionalmente tenuto. In tutti i casi in cui il destinatario ed il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso". (Codice deontologico degli Psicologi, art. 4).

1.2 LA PROSPETTIVA BIO-PSICO-SOCIALE E LA QUALITÀ DELLA VITA

Secondo le linee guida delineate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1986), la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

Pertanto, la promozione della salute comprende una logica che si sgancia dalla malattia ed entra nella logica positiva della salute. La malattia è intesa non più come "silenzio del corpo", assenza di salute, ma come processo (emozionale e fisico) in continuo divenire, che porta a vivere con pienezza. Assume rilevanza

1 Cfr. www.osservatoriosanita.it

la prospettiva bio-psico-sociale, caratterizzata dall'attenzione alle tre dimensioni integrate: fisica, mentale e sociale. Ciò risulta alla base del concetto stesso di prevenzione verso cui si protende attraverso progetti territoriali. Il termine prevenzione indica un concetto derivato dall'epidemiologia; vi sono tre diversi gradi di prevenzione attraverso interventi sociosanitari finalizzati a evitare i seguenti effetti:

- PRIMARIA: disequilibrio dell'organismo, senza strutturazione patologica;
- SECONDARIA: strutturazione del disagio/patologia;
- TERZIARIA: progressione del disagio nella malattia già conclamata.

Per capire il passaggio dalla salute alla malattia, occorre sottolineare alcuni concetti basilari come il ruolo dell'emozione nel continuum normalità-patologia sul quale è necessario soffermarsi. Il termine emozione, derivante dal latino *ex-movere* (muovere verso) indica sia una propensione ad agire, sia un turbamento della mente. Da un punto di vista dinamico, le emozioni sono una reazione affettiva intensa, con insorgenza acuta e di breve durata, determinata da uno stimolo ambientale; la loro comparsa provoca una modificazione a livello somatico, psichico e vegetativo. Le emozioni sono, quindi, alla base dei processi interni ed interpersonali che creano l'esperienza soggettiva del Sé mentre la loro organizzazione dipende dalle modalità con cui esse vengono elaborate. In questo campo, le ricerche rivelano che l'emozione, come insiemi di processi, sono regolate e, allo stesso tempo, svolgono funzioni regolative. Da ciò, con il termine "normalità" è da intendersi il momento in cui un soggetto raggiunge l'autonomia attraverso relazioni oggettuali valide.

1.2.1 Il concetto di disabilità

Secondo quanto rilevato da Banchieri e coll¹. Sono 191 i Paesi partecipanti che alla 54ma Assemblea Mondiale della Sanità che hanno accettato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) come "standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità". Lo scopo generale dell'ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per

la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati, descritte dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali:

- 1) Funzioni e Strutture Corporee
- 2) Attività e Partecipazione.

La classificazione elenca anche i fattori ambientali che interagiscono a determinare una situazione di disabilità. Tale classificazione è il risultato del lavoro di revisione da parte dell'OMS a partire dal 1993, della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Svantaggi Esistenziali (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH) del 1980². Precisamente dal 1998 il lavoro di revisione della precedente classificazione ICIDH è stato svolto in Italia dalla Disability Italian Network-(DIN), una rete di istituzioni, servizi, esperti e associazioni di persone con disabilità coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli-Venezia Giulia.

La nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è una delle classificazioni internazionali, sviluppate dall'OMS che permettono di codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute (ad es. diagnosi, funzionamento e disabilità, accesso ai servizi...) Organizzazione Mondiale della Salute (Banchieri e coll., 2011). Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc) vengono classificate principalmente nella Classificazione Internazionale delle Malattie (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) che viene periodicamente rivista ed aggiornata. Attualmente è in uso l'ICD-10 (OMS, 1992-94), tradotta in italiano nel 2000. Oltre alla classificazione Internazionale delle Malattie, vi sono altri sistemi classificatori che si concentrano su gruppi di patologie. Ad esempio, per quanto riguarda le malattie mentali il principale riferimento, dopo l'ICD-10, è dato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV TR) realizzata dall'American Psychiatric Association. La Classificazione Internazionale delle Malattie e la Classificazione Internazionale sul Funzionamento, sulla Disabilità e sulla Salute vanno considerate come complementari. L'ICD-10 si basa sulla sequenza Eziologia

² L'Italia è tra i 65 paesi che hanno attivamente partecipato alla validazione dell'ICF.

-> Patologia -> Manifestazione Clinica e fornisce una "diagnosi" delle malattie mentre l'ICF classifica il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute.

2.1 RUOLO DELLO PSICOLOGO NELL'ISTITUZIONE SANITARIA

Il ruolo e la funzione dello psicologo, all'interno dei servizi di salute mentale, si è definito pian piano, soprattutto nel corso dell'ultimo decennio, in stretta relazione con la progettualità operativa. La definizione di competenze ed obiettivi e gli orientamenti terapeutici di questi servizi è stata fatta per rispondere al complesso ruolo sociale da essi ricoperto. La forte necessità di cambiare l'approccio culturale al disagio mentale e l'esigenza di fornire risposte diversificate ed efficaci ai complessi bisogni dell'utenza psichiatrica sintetizza il cammino storicamente percorso ed i cambiamenti avvenuti nell'assistenza sanitaria che hanno portato alla fase attuale. Nella struttura organizzativa, nei ruoli, nelle competenze professionali, le Istituzioni riflettono le acquisizioni scientifico-culturali e dominanti in relazione alla domanda di salute espressa dall'evolversi della coscienza e dalla contrattualità sociale (Ardizzone, 1992).

2.2 LA CIRCOLARITÀ DELLA COMUNICAZIONE

La funzione della comunicazione in alcune professioni, dagli assistenti sociali agli infermieri, dagli educatori agli operatori sociali, costituisce un assunto fondamentale. Più specificatamente, oltre alle competenze, uno dei requisiti è proprio l'utilizzazione di peculiari capacità relazionali e comunicazionali. Sia il medico che lo psicologo così come lo psicoterapeuta devono saper entrare in contatto, comprendere le richieste, i bisogni e i vari punti di vista ma anche gestire la complessità interpersonale nell'incontro con l'altro ed offrire accoglienza e disponibilità a ricevere e contenere. "La capacità relazionale è dunque in primo luogo proprio il non voler curare, ma piuttosto il prendersi cura, il non voler cambiare o far cambiare a tutti i costi, ma piuttosto il saper affiancare l'interlocutore nel lavoro interiore di riflessione, non agire ma riuscire a pensare e aiutare a pensare; la capacità di sentire, essere

in contatto piuttosto che capire razionalmente, il saper aspettare, tenere viva la curiosità, dare spazio all'interlocutore per poter entrare in contatto con la sua sofferenza e saper dare speranza e spinta verso le risorse, con quell'atteggiamento di aiuto che consente la ricerca della forza vitale anche dove sembra spenta e oscurata" (Blandino, 1996).

La relazionalità è strettamente legata alla comunicazione che si configura come "un gioco sociale primario e intrinseco della natura dell'uomo; il suo sviluppo costituisce il risultato e la condizione dell'acquisizione di abilità percettive, cognitive e sociali, essenziali alla sopravvivenza, in un processo evolutivo che si è realizzato nella stretta interdipendenza di queste sfere dell'attività umana". (Anolli, Cicceri, 1992)

Il comunicare è primariamente uno scambio di informazioni dove è necessario che i messaggi in partenza dall'emittente siano percepiti e interpretati dal ricevente in modo che le funzioni di emittente-ricevente possano essere scambiate a vicenda. Il processo di codificazione dell'informazione coinvolge una serie di varie operazioni strettamente connesse tra di loro a livello cognitivo, emotivo e affettivo. La decodificazione del messaggio comporta la percezione, il riconoscimento del suo significato, oltre all'interpretazione dell'espressione; di conseguenza, anche in questo processo, entrano in gioco vari fattori come l'attenzione, le aspettative personali e il contesto. Inoltre, vi sono varie funzioni della comunicazione come viene ora schematizzato:

- referenziale: scambio di informazioni tra interlocutori su un referente;
 - espressiva o interpersonale: consente di esprimere il proprio modo di sentirsi e può essere spontanea, autentica, oppure accuratamente costruita per conseguire un fine voluto;
 - sociale: ricerca del contatto con gli altri;
 - controllante: utilizzazione di modalità espressive dirette o indirette - minacce, gesti, sguardi attraverso cui si cerca la regolazione del comportamento altrui;
 - regolativa: riguarda le regole che sottostanno a ogni comunicazione.
- Fra i vari messaggi comunicativi si possono distinguere due livelli:
- denotativo: è un messaggio esplicito e letterale

■ metacomunicativo: le informazioni sono veicolate in modo indiretto, ossia come "metamessaggio"). L'aspetto relazionale rappresenta la meta comunicazione, cioè la comunicazione sulla comunicazione.

2.3 LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI: PRESUPPOSTI PER UNA COMPLIANCE

I momenti di maggiore importanza e difficoltà nell'ambito dell'attività del medico riguardano il momento del colloquio e della comunicazione della diagnosi al paziente (Fulcheri, op.cit.) Il colloquio tra medico e paziente non può essere ridotto a un dialogo razionale, volto a fini diagnostici. Di fronte al malato il medico non deve accontentarsi di analizzare solo l'origine organica del disturbo, bensì deve guardare all'individuo nel suo insieme e tentare di comprendere il significato del disturbo. Infatti, la sola anamnesi non porta il medico a una conoscenza profonda del paziente, questa può essere ottenuta unicamente attraverso un ascolto attento, empatico, che richiede da parte del medico un atteggiamento di apertura. Il medico deve essere in grado non solo di ascoltare, ma anche saper osservare: il modo in cui il paziente si comporta quando prende appuntamento, se arriva o no in ritardo, se si presenta accompagnato o da solo, lo stile dell'abbigliamento, della pettinatura, l'espressione del volto, il tono della voce. La gestualità e la postura del corpo. Anche il silenzio può assumere un'importanza significativa: in senso positivo se esso esprime stupore, attenzione, meraviglia; in senso "negativo" se comunica imbarazzo, dolore, incapacità di partecipazione emotiva; a questo riguardo, qualsiasi tentativo frettoloso da parte del medico per indurre il paziente a parlare, quasi sempre comporta l'effetto opposto, non facendo altro che rinforzare il suo atteggiamento difensivo (Imbasciati, 1993).

La concezione che il paziente si fa della propria malattia può inoltre svelare le aspettative più o meno inconsapevoli, il desiderio di guarire, il possibile vantaggio secondario che ne può derivare, la dipendenza nei confronti della malattia o del medico. La comunicazione della diagnosi può verificarsi, ad esempio, nel corso di una visita ambulatoriale, in presenza del solo paziente o anche di eventuali accompagnatori. Più spesso, trattandosi di una noti-

zia difficilmente comunicabile, il medico può aver chiesto ai familiari indicazioni circa il modo più opportuno per affrontare il problema con l'interessato.

Un'altra eventualità è che i parenti, pensando di dover "proteggere" il proprio congiunto, abbiano chiesto al medico di nascondere la verità. In questo caso il medico può rinunciare all'impegno nei confronti del paziente, accettando di mentire, oppure può decidere di spiegare ai familiari le ragioni che lo spingono comunque a mettere al corrente il malato circa la sua situazione clinica. La comunicazione della diagnosi richiede in ogni caso, la capacità da parte del medico, di usare un linguaggio comprensibile attraverso l'uso di domande aperte o chiuse evitando le domande a risposta guidata, cercando di non sovrapporsi al discorso del paziente e rispettare tempi e silenzi del colloquio; fare interventi facilitanti e di chiarificazione, prestando attenzione alla comunicazione non verbale propria e del paziente; importante è chiedere al paziente se ha domande da fare, se c'è qualcosa di importante da aggiungere, fare interventi di commento, di sintesi e restituzione.

Molta importanza riguarda l'accoglienza e la presentazione, il saper cogliere e tenere sotto controllo lo stato d'animo del paziente durante il colloquio, il facilitare l'espressione in modo da migliorare il livello della comunicazione, il sondare l'adesione del paziente rispetto alle prescrizioni, all'eventuale possibilità di fare esami strumentali più o meno invasivi e il saper applicare le capacità in modo elastico e in relazione alla tipologia del soggetto (bambino, adulto, anziano, familiari ecc.). Nel comunicare la diagnosi al paziente bisogna tenere presente che questi la rielabora attraverso le sue capacità razionali e di simbolizzazione. Ciò potrebbe scatenare dei meccanismi inconsci che, aumentando l'angoscia, possono aggravare una malattia e le sue conseguenze, o portare a negarne l'esistenza. Quindi, in alcuni casi, sembra utile tenere separata la verità scientifica dalla verità medica, dove quest'ultima può tacere o deformare alcuni aspetti della prima. I diversi pareri sui modi e sui tempi con cui informare il malato sono talora fonte di conflitto. Quasi sempre, con la riflessione ed il dialogo, il medico ed i familiari possono recuperare un accordo che rispetti il diritto del paziente ad essere informato. Senza dubbio, per la maggior parte delle persone, il sostegno dei propri cari

al momento della comunicazione della diagnosi è essenziale: questa, infatti, indipendentemente dal tempo trascorso dai primi sintomi, nonostante la cautela ed il tatto, è sempre fonte di paura, preoccupazione e smarrimento.

Il significato attribuito alla diagnosi varia da una persona all'altra: per alcune l'idea di avere una malattia è inaccettabile; per altre rappresenta finalmente la risposta alle loro domande; per altre ancora costituisce la fine di un periodo trascorso tra ospedali ed ambulatori, tra visite mediche ed accertamenti di vario tipo. Alcuni, dopo aver appreso la diagnosi, sono increduli e chiedono subito un parere ad un altro medico, altri cercano di documentarsi autonomamente, consultando libri, riviste mediche o siti Internet dedicati all'argomento. Questa ricerca solitaria può aiutare ad affrontare in termini più realistici la malattia, ma può accentuare la paura, il senso di isolamento e di smarrimento di fronte ad informazioni difficili da capire e spesso contraddittorie. Spesso il malato riesce a parlare della propria malattia solo con estranei, meno coinvolti emotivamente e quindi più capaci di ascoltarlo; altre volte rifiuta le cure o le visite mediche o può chiudersi ad ogni tentativo di dialogo. Quasi sempre tali atteggiamenti mutano con il passare del tempo; gradualmente, infatti, ogni membro della famiglia impara ad accettare una novità così dura caratterizzata dall'incertezza riguardo all'evoluzione della malattia, alla possibilità a continuare a lavorare, alle relazioni sociali, agli affetti personali. Spesso ci si sorprende della capacità di accettare la gravità della situazione da parte di chi ne è interessato in prima persona, tuttavia questo momento non è il frutto di una decisione, ma il punto di arrivo di un processo psicologico complesso, che richiede molto tempo. Alcuni, in breve tempo, prendono coscienza della malattia e l'accettano come parte integrante della propria vita, altri, invece, hanno bisogno di tempi più lunghi.

2.3.1 Informare "comunicando" in modo etico

I contenuti dell'informazione al paziente ed alla sua famiglia sono la diagnosi, i trattamenti medici e la prognosi. Nella pratica clinica le questioni più urgenti riguardo alla informazione sono la quantità delle notizie da fornire e le modalità da utilizzare nel rispetto dell'obiettività dei dati clinici, del diritto del paziente

a conservare la speranza e dell'obiettivo di rendere più accettabile possibile la nuova situazione. La sostituzione del termine "Verità" con quello di "Informazione" rappresenta il segno di un cambiamento culturale che riconosce il diritto del malato ad essere informato e la sua capacità di far fronte alla malattia e di gestirla autonomamente. Il cambiamento culturale comprende anche l'aspetto giuridico, in quanto "l'Informazione ai familiari" diventa obbligatoria dal punto di vista legislativo e la non-osservanza implica la sanzione penale. Ritornando alla Informazione al paziente, bisogna tener conto che oggi il medico non è più l'unica fonte informativa e pertanto diventa necessaria la costruzione di un rapporto paritario sul piano umano, basato sulla conoscenza della persona che si ha di fronte; solo così il medico saprà come parlare ed interagire con il paziente.

"Dire la Verità" coincide con informare solo in quei contesti in cui sono possibili scambi autentici tra medico e paziente. Nel suo significato teorico "il dire la Verità" va bene al di là del fornire una mera Informazione. Nella pratica oncologica il "dire la Verità" significa dire quello che il medico ritiene giusto dal proprio punto di vista, ma quella Verità non implica affatto l'esistenza di una relazione, né una reale conoscenza del paziente. La Verità al paziente è una realtà già interpretata dal medico, che ha il vantaggio di ridurre/eliminare la confusione, soprattutto quando il rapporto è basato sulla fiducia, ma risente delle emozioni del medico che spesso sono negative. La Verità è un accomodamento da parte del medico delle informazioni al paziente sulla base di una sua ipotesi d'incapacità del malato di tollerare un'informazione completa ed esauriente. Il concetto d'Informazione è sicuramente riduttivo rispetto a quello di Verità. L'Informazione ha come obiettivo l'autonomia e l'autodeterminazione del paziente ed il migliore adattamento possibile al cancro. L'Informazione completa ed esauriente costituisce il prerequisito ad una relazione medico-paziente: attenua ansia e depressione, facilita il processo di adattamento alla malattia, consente la partecipazione alle scelte e rafforza la relazione medico-paziente.

I bisogni informativi del paziente dipendono dalle personali esigenze di controllo, dalla fase della malattia, dal suo retroterra educativo e culturale. L'istituzione di servizi informativi risponde all'esigenza di realizzare una miglio-

re comprensione di quanto sta accadendo e di ricoprire un ruolo più partecipativo alle scelte. L'Informazione è uno strumento terapeutico, ma, per essere utile, deve ridurre l'incertezza del paziente, aumentare le capacità di controllo sulla malattia e rafforzare la relazione medico-paziente. Inoltre, le notizie fornite devono essere adattate al background culturale del paziente, al suo livello d'istruzione, alla sua disponibilità a conoscere una realtà personale emotivamente impegnativa e devono essere sintonizzate al suo stato emozionale. I medici devono, però, saper anche capire quando l'Informazione può essere dannosa o non desiderata dalla persona che hanno di fronte. Una tappa importante, in materia d'informazione al paziente e alla famiglia, è rappresentata dalla Legge 675/96 sulla privacy, che ha introdotto un obbligo all'informazione dell'interessato e la necessità di un consenso scritto per il trattamento dei dati che lo riguardano. Dal punto di vista contrattuale la richiesta di consenso alla trasmissione di suoi dati a terzi conferisce al paziente un ruolo nuovo: è lui a stabilire "chi" deve sapere e soprattutto gli viene riconosciuto il diritto di sapere prima degli altri. Inoltre, è una scelta che interferisce con possibili alleanze tra sanitari e familiari. Dal punto di vista psicologico, dare un nome alla malattia permette di collocarla nel contesto della sua evoluzione, nella sua prospettiva di cambiamento e, se possibile, di cura.

Per quanto riguarda la malattia cancro si ha la tendenza ad evitare di menzionare il nome, poiché nell'immaginario collettivo contiene automaticamente la prognosi, cioè l'idea di morte certa. Ma la prognosi, per il paziente che desidera veramente conoscerla, è un fatto che lo riguarda in modo unico, per questa ragione la rivelazione della prognosi è il momento più difficile nella relazione medico-paziente, anche se nella pratica oncologica è un argomento che non viene affrontato con regolarità. Culturalmente il medico e il paziente tendono ad identificare la prognosi con il tempo che rimane da vivere. La riluttanza dei medici nei confronti della comunicazione della prognosi è motivata dalle convinzioni che il paziente non voglia realmente essere informato, che la conoscenza lo farebbe precipitare in uno stato di ansia e di depressione, che per informare e mantenere la speranza è necessario per il medico non dire e per il paziente non sapere. Affrontare le

emozioni e le preoccupazioni del paziente è il nuovo impegno richiesto al medico. Le emozioni rappresentano il nodo principale intorno a cui ruota la relazione medico-paziente e possono diventare importanti ai fini della cura e necessarie per affrontare la progressione della malattia.

In conclusione, l'uso del termine "informazione", stabilisce le premesse per importanti cambiamenti nella relazione medico-paziente. La comunicazione è parte della relazione medico-paziente ed è influenzata, oltre che dalle caratteristiche del paziente e del medico, dall'equilibrio tra il desiderio del medico d'informare ed il corrispondente bisogno del paziente di essere informato. I medici sono sempre più a favore di un'informazione completa al paziente in quanto l'aumento delle conoscenze scientifiche richiede la partecipazione consapevole al processo decisionale. Ma occorre anche che l'informazione fornita sia puntualmente verificata. Sembra utile a questo proposito, far seguire all'informazione orale la consegna di materiale cartaceo, in modo che il paziente possa documentarsi con calma e, successivamente, porre al medico domande più precise sulla sua malattia. Fornire informazioni è un atto medico con un'enorme importanza terapeutica. Oltre a ridurre l'ansia e l'incertezza restituisce al paziente la libertà che la malattia gli ha sottratto, l'autonomia e la capacità di fare delle scelte, la consapevolezza della realtà che sta vivendo e l'adattamento alla nuova situazione di vita (Fulcheri, op.cit.)

Naturalmente, come per qualsiasi intervento medico, per risultare efficace richiede la conoscenza della storia passata e presente del paziente e la verifica della volontà di essere realmente informato. Inoltre, è molto importante il "come" le informazioni vengono date e l'interesse e la premura che il medico mostra nei confronti del paziente. Tutto questo sarà di grande aiuto se avviene in un clima di reciproca fiducia. Rimane il problema dell'informazione ai familiari in quanto le vigenti norme di legge capovolgono la pratica usuale, ma, poiché la famiglia svolge un ruolo importante ai fini dell'adattamento del paziente all'accettazione della malattia, non si può eludere questo momento, che va affrontato apertamente dal momento che il cancro è una malattia che investe tutta la famiglia sia materialmente che psicologicamente.

2.4 ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Etica, termine che deriva dal greco antico εθος (o ήθος), "èthos", che significa costume, norma di vita; si può definire come "l'insieme dei principi, delle regole e delle norme di condotta che aspirano all'agire di ogni individuo nel consorzio umano dove egli vive e opera. Essa non si limita allo studio del comportamento umano, ma ricerca e indica anche i mezzi per attuarlo nel modo migliore" (C. Puccini, Istituzioni di medicina legale", Ambrosiana Milano, 1995, pag.806). Si intende come bioetica quella branca dell'etica incentrata sulle questioni delle scienze biologiche e quindi della medicina e della clinica. Negli ultimi anni, seppur ancora un po' velatamente, si parla sempre più di bioetica, dal greco antico βίος, costume, "bios", vita, ossia una disciplina che si occupa delle questioni morali collegate alla ricerca biologica e alla medicina. È stato Potter a dare un organico a questa disciplina, la quale venne definita esattamente in questi termini: "la bioetica è una nuova disciplina che contemporaneamente riflette su dati biologici e sui valori umani [...]. Ho scelto bio-per rappresentare la conoscenza biologica, la scienza dei sistemi viventi, e ho scelto - etica per indicare la conoscenza dei sistemi di valore". (Russo, 1995)

Nella bioetica sono coinvolte varie discipline come Filosofia, Filosofia della Scienza, Medicina, Biologia, Genetica, Epigenetica, Embriologia, Giusnaturalismo, Diritto, così come le problematiche collegate alle varie visioni morali atee, spirituali o religiose ed all'esercizio del potere politico sul corpo dei cittadini (Biopolitica). Coloro che trattano del tema della bioetica sono quindi specialisti in varie discipline, come filosofi, giuristi, sociologi che vengono chiamati con il termine di "bioeticisti", o più comunemente "bioetici". Vi costituiscono i principali enunciati: il principio di autonomia decisionale; il principio di "beneficialità", che deve improntare la finalità dell'intervento clinico; il principio di giustizia e di equità nell'ambito dei servizi sociosanitari; il principio di totalità sia nella dimensione corporea che psicologica, per cui si considera etico un intervento di mutilazione o danneggiamento di una parte, laddove ciò consente la salvaguardia della totalità del soggetto.

"La Bioetica clinica è quella parte della bioetica dedicata ai problemi che sorgono 'al letto

del malato' (Bedside ethics). La Bioetica, a sua volta, può essere definita come l'Etica applicata alla Biomedicina, alle pratiche di cura, alle attività di ricerca sull'uomo o gli animali, alle scienze della vita. L'Etica è filosofia morale in quanto rappresenta il tentativo di fornire una giustificazione razionale delle valutazioni morali. Il Bioeticista clinico è quindi un consulente filosofico, poiché aiuta operatori individuali, staff di reparto, o istituzioni sanitarie ad approfondire i dilemmi morali che incontrano e ad elaborarne, per quanto possibile, una soluzione convincente".

Rispetto ad essa, è necessario occuparsi del ruolo della comunicazione, delle modalità più adeguate di trasmettere informazioni relative a problematiche delicate che vanno dal consenso informato, alla relazione medico-paziente, fino ad arrivare alla comunicazione al malato della diagnosi. La scelta di informare o meno il malato è comunque un problema molto ampio che coinvolge non solo il malato, i medici curanti ed i familiari, ma anche la struttura sanitaria, il corpo sociale. È una scelta che si pone continuamente e ripetutamente lungo tutto l'iter della malattia: al momento della diagnosi, nel corso dei diversi interventi terapeutici (operazioni, chemio-radio terapia), nel caso di recidive, di terapie palliative e nell'eventuale fase terminale. Ma soprattutto è un problema che investe direttamente le fondamenta culturali ed etiche di ogni modello sociale. In altre parole, il dilemma circa la comunicazione di diagnosi e prognosi al malato oncologico rispecchia il rapporto che una determinata cultura intrattiene con l'idea della vulnerabilità-malattia e della finitudine-morte. Da una parte la scienza medica, con le sue verità, e dall'altra l'informazione con le sue innumerevoli sfaccettature. Come è possibile realizzare la giusta mediazione? Se da una parte è giusto che la medicina scientifica proponga un'immagine salvifica e risolutiva delle malattie, dall'altra l'evoluzione dell'informazione ha allargato i confini della conoscenza comportando una minore attenzione agli aspetti meramente etici.

Attualmente il dibattito sulla identità delle bioetica come scienza, ovvero il dibattito sull'epistemologia bioetica, assume sempre più i connotati di uno scontro politico. Tra laici e cattolici. Sembra siano i laici a cercarlo e a provocarlo. Sembra siano i cattolici a esserne avvantaggiati, visto che, un po' ovunque, ogni visione della

realtà ha solide basi religiose. Secondo alcuni per i laici è assolutamente necessario tenere in mano il dibattito sulla bioetica, poiché questo è un periodo critico per la comprensione della sua natura. Il dibattito è partito da un confronto su problematiche storiche circa la genesi della bioetica, per trasferirsi al significato e, come l'hanno chiamato i laici, alla "natura" della bioetica. Per cui alcuni tendono a pensare che la bioetica sia una disciplina nuova, anche se si può affermare tranquillamente che la bioetica è una branca, forse la più vivace, della cosiddetta "etica applicata" (che comprende l'etica degli affari, del giornalismo, ecc.), cioè quella riflessione costituita dal fatto che le varie "teorie etiche" o una riflessione "teorica" è applicata ad un particolare ambito di indagine per indagarne la coerenza o la sostenibilità. Tuttavia, l'etica della bioetica è una realtà assolutamente nuova, nel senso che è sorta come una reazione alla vecchia morale del senso comune. Ad ogni modo, il campo della bioetica ha avuto origine dalla parola bioetica, in parte perché la parola in se stessa ha rappresentato un simbolo e ha stimolato un'interazione senza precedenti tra metodi di pensiero e problemi biologici, medici, tecnologici, etici e sociali. Un'area dove idee scientifiche, sanitarie, religiose, filosofiche, politiche e sociali potessero incontrarsi per creare una nuova multidisciplinare indagine scientifica. Per cui si potrebbe dire che l'etica è una misura di valore, intendiamo dire che non si possono descrivere in astratto comportamenti etici o non etici, l'etica è l'arte della convivenza e, in quanto tale, se ne può solo avere una esperienza olistica: osservare il proprio comportamento in una situazione data e sperimentarne il vissuto personale in relazione a valori che, in quanto tali, non possono che essere personali. La bioetica è sempre presente nell'attività svolta da chi esercita le professioni sanitarie negli ospedali, negli ambulatori. Al tempo stesso la bioetica può costituire una delle basi dell'etica pubblica, che riguarda i principi, le priorità, le regole, le decisioni operative delle istituzioni, come pure la volontà e i comportamenti dei cittadini. La sua comprensione e divulgazione, soprattutto nelle professioni sopra indicate, può aiutare a capire meglio le relazioni fra la scienza, la vita e le scelte morali, a decidere con più consapevolezza, a svolgere coscientemente le proprie attività professionali e personali, ad alleviare la vita delle persone che sono oggetto delle nostre cure.

La comunicazione verbale

Osservare la voce ossimoro o opportunità?

(terza e ultima parte)



di Paola
Cadonici,
Pedagogista,
Psicoterapeuta,
Logopedista

E' possibile osservare la voce non direttamente ma attraverso le impressioni che produce. Seguire attraverso l'arte le tracce che lascia al suo passaggio è uno dei modi.

L'ascolto custodisce l'essenza della voce. L'arte figurativa ha spesso frugato in questo compendio di disponibilità psico fisica ed ha cercato di captarne le emozioni.

La fanciulla immortalata da Tranquillo Cremona nel dipinto "In ascolto" non lascia dubbi interpretativi: non esiste nulla al di fuori di ciò o di chi ha catturato il suo interesse. La protagonista sembra aver trovato il proprio baricentro posturale non in sé ma nell'oggetto dell'attenzione, che potrebbe essere una musica suggestiva, una dichiarazione amorosa, un sermone toccante... Poco importa accontentare la curiosità, ciò che conta è gustare il fascino che sprigiona l'estasi dell'ascolto rapito. In questa totalizzazione dell'interesse è racchiusa l'apoteosi del suono, strumentale o

In Ascolto



umano che sia. L'ascolto permette ai rapporti sociali di raccontarsi, di trasformare fatti in ricordi comuni e di unire le persone con un invisibile filo comunicativo.

Nel film "Figli di un dio minore" è proprio la mancanza di un ascolto condiviso che rende difficile l'unione di una donna sorda e di un uomo udente. I due mondi, del silenzio e del suono, fanno fatica ad intendersi. "Bach non mi dà gioia perché tu non l'ascolti con me" commenta lui con tristezza mentre cerca di rendere la suggestione delle note con i gesti'.

L'ascolto svolge un ruolo fondamentale nella nascita, nello sviluppo e nell'approfondimento dei rapporti umani. Passare dal sentire all'ascoltare vuol dire superare la dimensione fisica dell'orecchio per entrare in quella impalpabile delle emozioni. La reciprocità della comunicazione verbale è possibile solo se c'è un equilibrio tra il dare e il ricevere le parole. Guercino, nel dipinto "Due donne in conversazione", ha colto la complicità che si instaura tra il parlante e l'ascoltatore.

Appaiono chiari i ruoli delle due donne che, con i loro atteggiamenti complementari, uno recettivo e l'altro propositivo, creano il presupposto dell'alleanza comunicativa.

Nel dipinto balza all'occhio l'intesa: chi ascolta è fisicamente disposto ad accogliere il messaggio di chi parla. La foniatra, anche se in modo meno suggestivo, conferma quanto la postura giochi un ruolo importante nella comunicazione verbale attraverso i differenti atteggiamenti corporei da voce e da silenzio. È quando si crea confusione tra i due modi di porsi che l'interazione diventa difficile.

Nel dipinto "La Conversazione" Matisse rende visibile, quasi corporea, la disfunzionalità comunicativa.

Non c'è nulla nei due atteggiamenti cor-

Due Donne in
conversazione

porei che faccia capire chi parli e chi ascolti. Forse in un inquietante indistinto comunicativo nessuno parla perché nessuno ascolta.

Matisse nel dipinto "Il tè in giardino" rende palpabile il clima che caratterizza il vuoto comunicativo.

Le due donne, pur essendo una di fronte all'altra, non si guardano, entrambe sembrano rivolte ad un ipotetico obiettivo, come in posa per un'istantanea.

Passando dall'arte alla realtà comunicativa, è molto facile incappare in monologhi camuffati da dialoghi nei quali il parlante cerca solo una conferma al proprio pensiero e l'ascoltatore è apprezzato solo per la sua compiacenza.

Il Piccolo Principe descrive il disagio che prova quando interagisce con il vanitoso: può solo battere le mani e lodarlo, perché "i vanitosi non sentono altro che lodi".

La saggezza popolare ha descritto la selettività dell'ascolto con il detto "Non c'è peggiore sordo di chi non vuol sentire". Nelle conversazioni all'insegna dell'incomunicabilità la ricerca spasmodica della parola giusta per superare l'ottusità dell'altro è sempre fallimentare, perché il problema non è nella comprensione del termine ma nell'accettazione del suo significato.

Il dipinto di Magritte "L'arte della conversazione" scolpisce davanti ai nostri occhi il

perfetto incastro voce ambiente.

Alcuni blocchi di pietra sono disposti in modo da comporre alla base tre parole: Rêve (sogno), Trêve (tregua), Crêve (morte). Nella conversazione il sogno della condivisione può nascere e morire nel tempo di una pausa, quella che scandisce l'alternanza del dire e dell'ascoltare. Nel dipinto ogni enunciato trova il proprio posto senza sgomitare o smarrirsi in uno spazio vocale fuori misura. Il titolo "L'arte della conversazione" non è meno eloquente del dipinto: la fonazione è creazione comunicativa. Il perfetto incastro tra la voce e l'ambiente procura una grande gioia ma, quando troppe bocche parlano e poche orecchie ascoltano, il delicato equilibrio si incrina. È difficile

Il tè in
giardino

La
Conversazione

ascoltare l'altro, ma anche se stessi. La cultura orientale, che ha scoperto prima di noi quanto sia complicato spogliare la mente dai pensieri e disattivare l'attenzione percettiva, ha inventato il mandala per facilitare il passaggio dall'esteriorità all'interiorità.

Nel passato pre tecnologico i bambini usavano pupazzi, fantocci o bambole come simboli d'ascolto nel gioco del "far finta di..."³.

A quei tempi il gioco era facilitato dal fatto che pupazzi, fantocci e bambole non erano in grado di parlare e sapevano solo ascoltare.

In questi ultimi vent'anni è fiorita una vera e propria pedagogia dell'ascolto, che ha dato agli educatori nuovi strumenti formativi e rieducativi. Tomatis, uno degli studiosi più illustri di questa disciplina, afferma: "Il fatto che l'orecchio si formi prima di ogni al-



La bambina con bambola

tro organo, permette di comprendere il perché non sia eccessivo affermare che il desiderio di ascoltare è il desiderio più ontologico dell'essere. Questo desiderio suscita la vocazione umana di colui che sta per nascere, in quanto già da quel momento comincia a comunicare, e scopre di appartenere al mondo circostante⁴". A ricordare quanto sia delicato l'equilibrio tra parlare e ascoltare è la frase di Zenone di Cizio: "La ragione per cui abbiamo due orecchie e una sola bocca è che dobbiamo ascoltare di più e parlare di meno".

Per curare le ferite interiori si può chiedere un "ascolto a pagamento" ad un professionista del dialogo che la psicologia chiama terapeuta. All'interno dello spazio simbolico si crea una magia relazionale fatta di parole e silenzi. L'ascolto è rassicurante solo se esce allo scoperto e si dichia-

ra apertamente, quando si nasconde diventa una vera e propria arma comunicativa. Si dice correntemente "I muri hanno cento orecchi" per mettere in guardia dalla pericolosità dell'ascolto nascosto, quasi sempre concepito a danno di qualcuno. Lo spionaggio rinverdisce in ogni epoca, cambia volto e vestiti, ma è sempre pronto a captare i segreti dal campo politico a quello economico.

L'ascolto può trasformarsi da benefico a dannoso, dipende dal suo impiego. Dopo aver sfoggiato con orgoglio tutti i gioielli che l'Uomo gli ha regalato, l'ascolto si chiude in una casa dipinta "ad hoc" da Magritte. Nel dipinto ad essere completamente circondata come da un abbraccio è un frutto ricco di sapori e significati nella storia umana, una mela.

Il mito vuole che Dioniso, dio della voluttà, l'abbia donata ad Afrodite, emblema dell'amore. L'arte barocca ha spesso rappresentato la morte con una mela in mano. Il suo nome evoca il pericolo, dato che in latino è detta "malum", come il male. Come "una mela guasta fa marcire tutte le altre nel paniere", così uno cattivo soggetto può traviare un'intera compagnia.

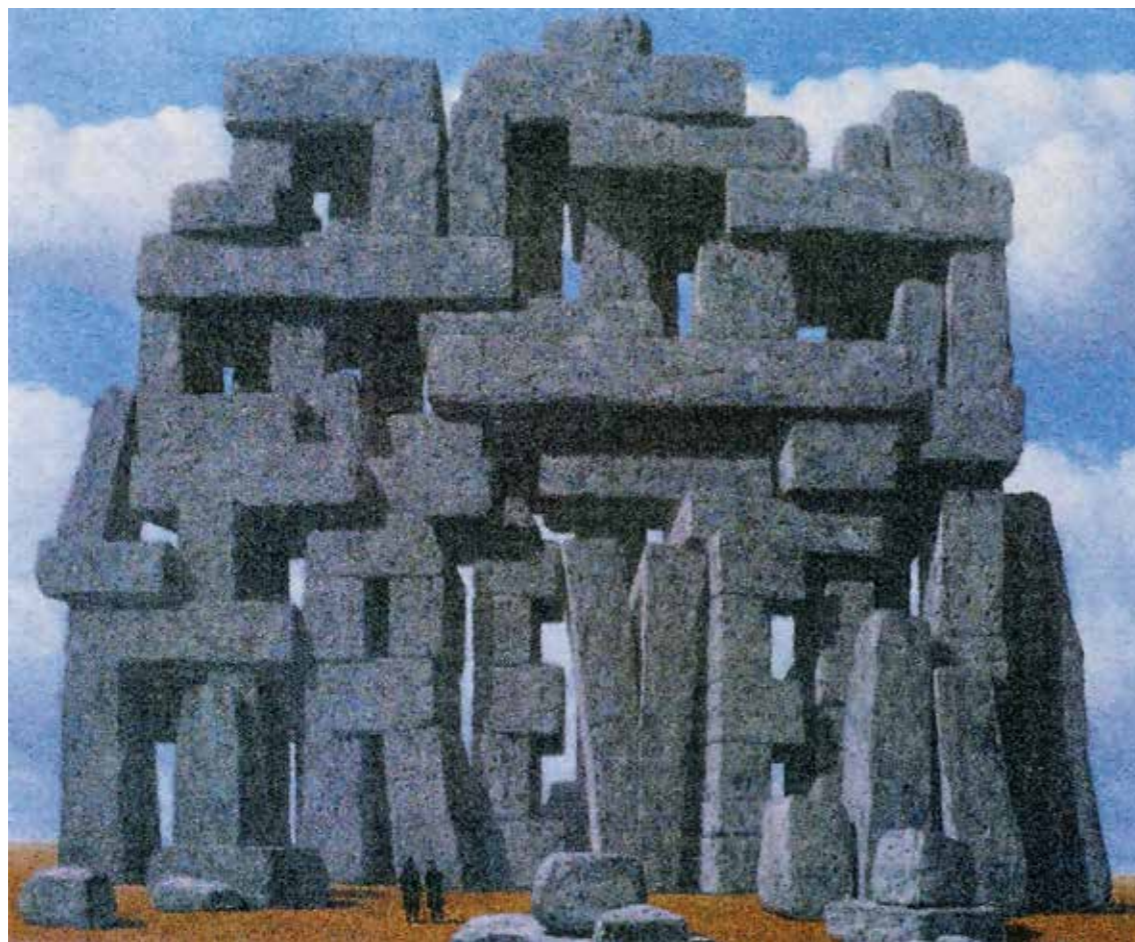
Gaia donò una mela a Era e a Zeus per augurare fecondità alla loro unione. Le mele coltivate dalla dea nordica Iduna donavano l'eterna giovinezza. Regalare una mela nell'antichità significava dichiarare il proprio amore. Per i celti la mela rappresentava la trasmissione della conoscenza da uomo a uomo. Se in Cina la parola mela viene usata per indicare sia il frutto che la pace, nel mito greco il pomo della discordia è stato il primo anello di una catena funesta iniziata con il ratto di Elena e terminata con la guerra di Troia. Grazie alla sua forma sferica, la mela simboleggia la perfezione, il cosmo. Secondo l'antica sapienza occidentale "Una mela al giorno toglie il medico di turno", per quella orientale è inadatta agli infermi per le sue proprietà malefiche. Nelle rappresentazioni antiche i re venivano spesso ritratti con lo scettro in una mano ed una mela nell'altra. Nella mela sembrano essere racchiuse la miseria e la ricchezza dell'Uomo: la salute e la malattia, il potere e la debolezza, l'amore e la morte. Che uno strumento possa essere contemporaneamente responsabile di malanno e benessere non è insolito nella storia dell'Uomo, e i vaccini ne sono una conferma. Mela buona, mela cattiva, mela per la vita, mela per la morte: varianti di un frutto che crescono

sullo stesso albero coltivato dall'immaginario.

Dopo aver utilizzato "La camera d'ascolto" con un certo senso di colpa nei confronti di Magritte che detestava ogni forma di interpretazione in odore di psicologia, l'osservazione visiva del suono umano si sposta dalla dimensione simbolica a quella concreta. Imparare a guardare la voce può essere di grande utilità a chi educa o rieduca artisti vocali. Le sole impressioni sonore possono essere fuorvianti in quanto fortemente evocative a livello emotivo. Una voce può essere armoniosa ma risultare antipatica, sgradevole ma carica di espressività. Guardare alla televisione un cantante o un attore dopo aver tolto l'audio può essere un esercizio estremamente utile per chi cerca di prevenire la disfunzionalità fonatoria. Una bella voce non rimane a lungo tale se è emessa con lo sforzo laringeo. E lo schermo senza distrazioni sonore rivela molto dell'impostazione vocale di un artista. Smorfie che non hanno nulla a che vedere con le esigenze interpretative, contratture muscolari nella zona del cinto scapolare omerale, giugulari talmente turgide da rischiare l'esplosione: preoccupanti spie comportamentali che sollevano dei dubbi sulla correttezza della tecnica utilizzata. È proprio vero che "L'occhio vuole la sua parte", anche nella voce.

Mandala
di Daniela
Vacchi

arte
conversazione



Fonti consultate

Testi

- *Enciclopedia dei simboli*
- P. Cadonici, *Sulle tracce della voce, Aracne, Roma, 2014*
- A. Tomatis, *L'orecchio e la vita* Baldini Castoldi Milano 1992
- M. A. Scavuzzo, *Leggo e scopro, Letture per il primo ciclo, classe II, Fratelli Fabbri Editori, Milano 1969*
- A. de S. Exupery, *Il piccolo principe, Bompiani, Milano, 1979*
- H. Biedermann *Enciclopedia dei simboli Garzanti, Milano, 1991*
- *La nuova enciclopedia dell'Arte Garzanti, Milano 1992*
- Xavier Girard *Matisse uno splendore inaudito Universale Electa Gallimard Arte Edizione italiana Einaudi Trieste 1996*
- *Magritte, Un saggio di R. Hughes, Rizzoli, Milano 2001*

Dipinti

- T. Cremona, *In ascolto 1874 Torino collezione privata in La nuova enciclopedia dell'Arte Garzanti*
- Guercino, *Due donne in conversazione gessetto rosso del Guercino Oxford Ashmolean Museum in La nuova enciclopedia dell'Arte Garzanti*
- R. Magritte, *La camera d'ascolto in Magritte, Un saggio di R. Hughes, Rizzoli, Milano 2001*
- R. Magritte *L'arte della conversazione in Magritte, Un saggio di R. Hughes, Rizzoli, Milano 2001*
- Matisse, *La conversazione, Tè in giardino, in Xavier Girard Matisse uno splendore inaudito*

Film

- R. Haines *Figli di un dio minore USA1986*

1 R. Haines, *Figli di un dio minore*
 2 A. de S. Exupery *Il piccolo principe* cit. cap. XI, p. 57
 3 M. A. Scavuzzo, *Leggo e scopro, Letture per il primo ciclo, classe II, Fratelli Fabbri Editori, Milano 1969, p. 95*
 4 A. Tomatis *L'orecchio e la vita, p. 338*

QUANDO LA TECNOLOGIA DIVENTA UN AIUTO CONCRETO AL BENESSERE DELLA PERSONA

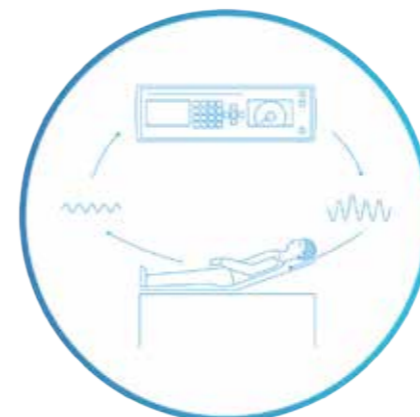
Un metodo innovativo che aiuta a ripristinare e sostenere il benessere psicofisico dell'organismo contro le numerose fonti di stress quotidiane a cui il nostro organismo è costantemente sottoposto: elettrosmog, tossine ambientali, allergeni, agenti patogeni, agenti chimici, stress lavorativo, tensioni emotive e uno stile di vita non adeguato.

È il supporto ideale in sinergia e in ausilio ad altre terapie secondo i nuovi canoni della medicina integrata finalizzata al ripristino dello stato armonico fisiologico dell'organismo stimolando e attivando la capacità di autoguarigione del nostro corpo.

La Biorisonanza sfrutta le vibrazioni prodotte dalle nostre cellule (onde elettromagnetiche) per correggere le disarmonie e gli squilibri all'interno del corpo. È un metodo naturale non invasivo privo di effetti collaterali indesiderati. Il miglioramento dello stato biofisico che la Biorisonanza induce nell'organismo, funge da supporto verso una graduale normalizzazione dei processi biochimici.



Materiale riservato agli operatori del settore



METODO
DI BIORISONANZA
BICOM® DAL 1987

BIORES
TECNOLOGIE PER LA SALUTE & BENESSERE

Biores sas - Via V. Monti, 47
20123 MILANO

www.bicomitalia.it

In primo piano:
Alleanza Fibromialgici

In collaborazione con il Comitato scientifico e con tutti i Lettori

- *I limiti non solo etici della sperimentazione animale*
- *L'esistenzialismo nella visione umanistica della Fondazione Homo Novus*
- *Il vino e il Salento*
- *Pet forest Therapy*
- *Anemia: importanza alimentare della spirulina*
- *Tennis e patologie d'anca*
- *Idrocolonterapia: osservatorio diagnostico*
- *Acqua enzimatica in agricoltura*
- *Uno sguardo quantistico sul mondo*
- *Fibre FIR e benessere degli anziani.*
- *Disinfezione delle autoambulanze*
- *Interazioni farmacologiche*
- *Dissonanza cognitiva e abitudini alimentari*
- *Ricordo di Petr Petrovic Gariaev*
- *La dieta perfetta*
- *Entanglement e Medicina quantistica*
- *Testosterone e Medicina funzionale*
- *Il formaggio "etico"*
- *Idrocolonterapia e patologie neurologiche*
- *Le grandi pandemie della storia*
- *Multisensorialità: strategie nelle demenze*
- *L'ambiente inizia nelle nostre case*
- *Integratori alimentari contro l'inquinamento?*
- *Donna e Dolore*
- *Ulcere da decubito*
- *Pelle e organi interni: le "mappe" di A. T. Ogulov*
- *PFAS, Sostanze Perfluoro Alchiliche: nuovo pericolo emergente*
- *Il metodo Kousmine*
- *Produzione alimentare, salute dell'ambiente e salute umana*
- *Lievito-madre e grani antichi: alle origini del Pane*
- *Hikikomori, quando il mondo virtuale si sostituisce alla realtà*
- *La sindrome di Asperger*
- *Apparecchiature per Estetica*
- *La cassetta del pronto soccorso domestico*
- *Organismi Geneticamente Modificati: le verità nascoste*
- *Il Ciclismo: laboratorio di Fisiologia umana*
- *I dieci minuti che salvano la vita: riconoscere le emergenze*
- *Allergie da Nichel: le "colpe" delle monete da 1 e 2 euro*
- *Adattogeni naturali*



UnitelmaSapienza
Università degli Studi di Roma

TECNICO AMBIENTALE IN BIOSICUREZZA SANIFICAZIONE

Per iscrizioni: www.unitelmasapienza.it
www.atta.bio



Aziende attualmente convenzionate per i tirocini



Acqua leggera

Per il benessere e la salute



ACQUALife®
La tua acqua leggera

Acqua pura senza limiti, la soluzione ideale.

VANTAGGI CON L'UTILIZZO DEL PURIFICATORE:

Acqua di qualità senza limiti da bere, da utilizzare per cucinare, lavare gli alimenti come frutta e verdura, o per gustare tè, caffè e tisane aromatiche

Stop ai batteri e alla ruggine, che può essere trasportata nelle vecchie tubature

Riduzione dei costi sull'approvvigionamento dell'acqua in bottiglia e minor fatica per il trasporto a casa

Riduzione del consumo di plastica e della raccolta differenziata, a beneficio dell'ambiente



Numero Verde
800.036.471

www.depuratoriacqua.life - E-mail: info@depuratoriacqua.life