



prevenzione, benessere per la vita

9

- / **VISTA**
la prevenzione oculistica
in età pediatrica
- / **MEDICAL EXERCISE**
l'esercizio fisico
nell'anziano
- / **GIOCO D'AZZARDO**
come vincere la
dipendenza
- / **ARTE E CULTURA**
La scuola medica
salernitana

COPIA OMAGGIO

informa

Trimestrale di **Wellness & Sport**

IDEATO DA **alexa wellness club**

ANNO 3 N° **9** MARZO 2010

- 3** **EDITORIALE**
Lo stivale è extralarge
DOTT.SSA C. SESSA GIORNALISTA
- 4** **PREVENZIONE**
Guardiamoli negli occhi
DOTT. V. PAGLIARA OCULISTA
- 5** **PREVENZIONE**
A Salerno la carta rosa traccia un nuovo percorso per la donna
DOTT. G. GUERRA SENOLOGO
DOTT. SSA M. LAMBERTI SENOLOGA
- 6** **MEDICAL EXERCISE**
La riabilitazione della protesi d'anca
DOTT. A. PEPE RIABILITAZIONE
- 7** **MEDICAL EXERCISE**
L'anziano e l'esercizio fisico
DOTT.SSA C. SCHIFILLITI GERIATRIA
- 8** **NUTRIZIONE**
Dieta: tra mente e corpo
DOTT.SSA M. R. GALDI NUTRIZIONISTA
DOTT. C. PARMENTOLA PSICOLOGO
- 9** **NUTRIZIONE**
A tavola con Mister Bean
DOTT. V. D'ANIELLO TECNOLOGO ALIMENTARE
- 10** **MOTIVAZIONE**
Abituiamo la nostra volontà con un bicchiere d'acqua
SIG. R. LECCE FORMATORE
- 11** **SOCIALE**
Febbre da... gioco
DOTT.SSA A. D'ANGELO REDATTRICE
- 12** **ESPERIENZE**
L'allenatore... nel sociale
DOTT. A. PIERRO REDATTORE
- 13** **ESPERIENZE**
La bontà ignorata del pompiere
DOTT. SSA I. ANDRIA REDATTRICE
- 14** **ARTE E CULTURA**
Bentornata Schola Medica Salernitana
PROF. O. CAPORASO INSEGNANTE
- 15** **UNO DI NOI**
Uno strano angolo di paradiso
SIG.RA A. LANDI CASALINGA

IN COPERTINA
foto Motive

EDITORE
Alexa srl

DIRETTORE
dr. ssa Carla Sessa

CURA REDAZIONALE DEI TESTI
E CONSULENZA EDITORIALE
C. Sessa, D. Rago, A. D'Angelo, I. Andria,
M. Masiello, O. Caporaso, R. Lecce, M. Memoli

DESIGN
Motive 349 7623964

HANNO COLLABORATO
dott. A. Pepe, dott.ssa C. Schifilliti,
dott.ssa MR Galdi, dott. C. Parmentola,
dott. V. Pagliara, dott.ssa M. Lamberti,
dott. G. Guerra, dott. V. D'Aniello, prof. A. Pierro,
prof. O. Caporaso, dott.ssa A. D'Angelo,
sig. R. Lecce, dott.ssa C. Sessa,
dott.ssa I. Andria, sig.ra A. Landi

STAMPA
Arti Grafiche Sud

FOTO
Dario Rago, Archivio Alexa

CONTATTI
redazioneinforma@alexsa.it

PER LA PUBBLICITÀ DI INFORMA
Tel. 089 568001

alexsa[®]
wellnessclub

Via P.Borsellino, 11
84080 Coperchia di Pellezzano SA
Tel. 089 568 001
Fax 089 9953507
www.alexsa.it
info@alexsa.it

informa è anche su 
Informa Magazine
Trimestrale di sport, salute, benessere.


Comune di **Pellezzano**


Provincia di **Salerno**
ASSESSORATO ALLO SPORT ED ALLA QUALITÀ DELLA VITA.


Associazione dei
Team Diabetologici Italiani


Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno
O.O.R.R.S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona


FONDAZIONE
SCUOLA MEDICA
SALERNITANA

Lo stivale è extralarge

Continua ad aumentare in Italia il numero delle persone extralarge. A partire dai bambini, i più paffuti d'Europa... un fenomeno che preoccupa gli scienziati, che lo paragonano ad un'epidemia! Il dato certo e allarmante è che purtroppo in Italia la cattiva alimentazione e la televisione battono il gioco e l'attività fisica all'aria aperta: è quanto emerge da uno studio, finanziato dall'Unione europea, che ha confrontato stili di vita, comportamenti e abitudini dei bimbi di Italia, Danimarca e Polonia. Il risultato, per il nostro Paese, non è certo lusinghiero: i baby italiani, infatti, sono quelli con il maggiore tasso di sovrappeso e obesità infantile. E sul banco degli imputati finisce, ancora una volta, la cattiva alimentazione: i nostri piccoli sembrano essere i più indisciplinati, non mangiano mai verdura cruda e ben il 40% non consuma mai verdura cotta. Inoltre solo poco più della metà dei nostri figli consuma frutta almeno una volta al giorno. In compenso spetta a noi il primato in classifica delle famiglie che comprano cibi confezionati. Se poi alle abitudini alimentari colleghiamo l'altro dato allarmante, quello della scarsa attività fisica, il quadro non può che peggiorare; i bambini italiani, infatti, sono quelli che si muovono di meno: solo il 18,2% pratica sport, ma in compenso primeggiano nelle ore trascorse davanti alla televisione! Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il sovrappeso è la vera emergenza del terzo millennio: porta con sé malattie cardiocircolatorie, diabete mellito, osteoporosi, diversi tipi di tumore e costa allo Stato, in termini di cure, qualcosa come 22,8 miliardi di euro l'anno». InForma è stato sicuramente precursore del problema ed ha sensibilizzato i suoi lettori sin dalle primissime uscite della rivista (*) ma alla luce dei recenti giustificati

allarmismi è opportuno e doveroso richiamare nuovamente l'attenzione sull'argomento. Il 2010, infatti, è stato dichiarato "Anno di Lotta all'Obesità". Medici, strutture sanitarie locali ed esperti di nutrizione scenderanno in campo per divulgare e promuovere i principi della sana e corretta alimentazione: un'iniziativa che toccherà in modo diretto milioni di famiglie in tutta Italia, grazie all'appoggio e al coinvolgimento proprio dei medici di base. Promossa da FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), Federsanità ANCI (Aziende Sanitarie e Comuni per l'integrazione socio-sanitaria) e AssoTisanoreica, l'iniziativa si propone di affrontare in modo diretto un problema troppo a lungo ignorato e sottovalutato, ma oggi sempre più diffuso. Negli ultimi decenni, infatti, stiamo vivendo un paradosso costituito dal fatto che metà della popolazione mondiale soffre e muore di fame mentre l'altra metà soffre e muore per le conseguenze della sovralimentazione. «Il discorso, ha precisato Michele Carruba, docente di Farmacologia e direttore del Centro studi sull'obesità dell'università di Milano, è che mangiamo male e troppo. Non in assoluto, ma in funzione di quanto consumiamo. Abbiamo ridotto sostanzialmente l'attività fisica perché grazie allo sviluppo tecnologico tutto è a portata di telecomando e viviamo praticamente con il telefono in tasca. Questo fa accumulare grasso. Non ci si muove e non si cammina più. Gli effetti si vedono, siamo al 5 per cento per il diabete nella popolazione italiana con 170 mila casi di infarto l'anno, di cui la metà mortali». «Fino a due generazioni fa» dice Carruba «molte persone facevano lavori di fatica nei campi o in fabbrica, ora la maggioranza sta dietro una scrivania. Non si alza mai dalla sedia, per fare le scale usa l'ascensore e in ufficio va in macchina. Per sconfiggere l'obesità non basta perdere 10 o 20 chili. È indispensabile il movimento. Nella vita normale facciamo 5 mila passi al giorno. Per stare bene dovremmo farne 10 mila: mezz'ora di cammino. Mantenere i muscoli attivi serve a facilitare un buon

livello di metabolismo. Il muscolo, infatti, è un tessuto vivo, in continuo rinnovamento e con richieste metaboliche molto superiori rispetto al tessuto grasso». «Il primo atto di questa battaglia» spiega Donatella Alessio, vicepresidente scientifico di Fimmg (Federazione Italiana Medici di Famiglia), «è aumentare la sensibilità e la conoscenza da parte dei medici. Faremo corsi di formazione in tutta Italia. I dottori impareranno indicazioni e controindicazioni di ogni dieta, forniranno ai cittadini nozioni di base sulla corretta alimentazione e indirizzeranno gli obesi a specialisti esperti. Ma soprattutto, con la tecnica del colloquio motivazionale, sapranno rafforzare la spinta del paziente a dimagrire e troveranno insieme la soluzione che meglio si attaglia al suo caso». Ora la via è tracciata, ma molto dipende dalle scelte comportamentali di ciascuno di noi: occorre adoperarsi attivamente per invertire la tendenza degli ultimi decenni alla riduzione dei livelli di attività fisica. L'infanzia è un periodo importante in cui infondere la preferenza per comportamenti salutari, in cui imparare tecniche di vita utili a mantenere uno stile di vita sano, e le scuole giocano chiaramente un ruolo cruciale in tal senso: tre ore di sport settimanale obbligatorie nelle scuole, ad esempio, è quanto chiede il Parlamento europeo per contrastare il crescente fenomeno dell'obesità tra i giovani e per far sì che per i bimbi italiani lo sport non sia più un oggetto misterioso ma una componente fondamentale per il loro sviluppo fisico e psichico.

(*) **L'obesità**, dott. Giovanbattista Adesso medico endocrinologo, InForma Aprile 2008; **Obesità in pediatria**, dott. Mario Cioffi pediatra, InForma settembre 2008; ndr



Guardiamoli negli occhi

La vista è un senso importante ma molto delicato; ecco perché, fin dalla più tenera età, la prevenzione gioca un ruolo decisivo. Compito dell'oculista è la **diagnosi precoce**, ma anche genitori, nonni ed insegnanti possono individuare i **segnali** che spesso nascondono importanti problemi e sono: occhi arrossati, fastidio alla luce, lacrimazione, secrezione, problemi palpebrali, alterazione della motilità oculare quali strabismo o nistagmo, inclinazione o rotazione della testa, anomalie del comportamento come difficoltà nel seguire oggetti in movimento e nell'afferrarli, sguardo assente, difficoltà nell'evitare gli ostacoli e cadute frequenti, avvicinamento esagerato per guardare gli oggetti o strizzare gli occhi nella visione da lontano. Importantissimo è il **mal di testa**, spesso associato a difficoltà nella lettura alla lavagna o da vicino, con conseguente ritardo di apprendimento. **Quando effettuare i controlli oculistici preventivi?**

In genere una prima visita viene effettuata **alla nascita**, specialmente nei prematuri a basso peso e nei soggetti a rischio genetico (per escludere patologie quali retinopatia, cataratta congenita, dacriocistite, ecc), in ogni caso entro il primo anno. Successivamente, se non si è notato nulla di particolare, è consigliabile una visita intorno ai **3-4 anni**, età in cui si ha una buona collaborazione e il bambino può leggere dei caratteri adatti alla sua età. In seguito, per tutti bambini è indispensabile una visita oculistica a **5-6 anni**, età in cui si ha una collaborazione ottimale. Ricordiamo che in questo periodo risulta particolarmente significativo il ruolo di genitori ed insegnanti, che non devono esitare a consultare l'oftalmologo pediatra se il bambino ha difficoltà nella lettura. Tra i **problemi visivi più frequenti nei bambini** è bene evidenziare

la **miopia**, che è il difetto visivo per cui si ha difficoltà nel vedere gli oggetti lontani ma si mettono bene a fuoco quelli vicini. Sono maggiormente interessati i bambini intorno ai 9-10 anni, con un peggioramento durante l'adolescenza. Quindi attenzione in classe, quando il bambino strizza gli occhi perché vede male alla lavagna, e a casa, quando si avvicina troppo al televisore. L'**ipermetropia** è l'esatto contrario della miopia, rende difficile la visione degli oggetti vicini ed è il difetto più comune dei bambini. Si manifesta con difficoltà di concentrazione, bruciore agli occhi e mal di testa (astenopia). Tende a ridursi spontaneamente con lo sviluppo. In classe ed a casa il bambino ha difficoltà nel leggere e scrivere e lamenta cefalea, apparendo erroneamente svogliato. L'**astigmatismo** è un difetto della vista che non permette la messa a fuoco sia degli oggetti vicini che lontani, e può essere miopico ed ipermetropico. La visione distorta delle immagini è il sintomo caratteristico. Si possono vedere gli oggetti deformati o sdoppiati con mal di testa, arrossamento degli occhi ed una certa intolleranza alla luce. È quasi sempre congenito e di solito la sua entità non si modifica nel corso della vita. Molto importante è l'**ambliopia**, il cosiddetto **occhio pigro**, cioè la riduzione della funzione visiva di uno dei due occhi, in quanto il bambino non se ne rende conto. La diagnosi deve essere precoce, intorno ai 3-4 anni, massimo 6. **Più tardi s'interviene, meno possibilità si hanno di recuperare l'occhio pigro**, che resterà con un deficit visivo per tutta la vita. Terapia di elezione è il bendaggio dell'occhio normale al fine di potenziare l'uso dell'occhio pigro, e l'eventuale correzione con lenti. Per capire se c'è il difetto basta coprire con la mano, alternativamente, prima un occhio e poi

[prof. **Vincenzo Pagliara** Specialista in Oculistica - Oftalmologia Pediatrica]

“ La prevenzione oculistica in età pediatrica. ”

l'altro: se il bambino reagisce in modo differente (per esempio spostando la testa o provando fastidio), ci potrebbe essere un sospetto di visione differente tra i due occhi e forse di ambliopia, che spesso si associa allo strabismo. In conclusione, per la prevenzione e la cura dei difetti visivi nei bambini, l'oftalmologo pediatrico è indispensabile, ma con lui possono interagire varie figure professionali: il pediatra, che s'interessa della salute del bambino, l'ortottista o assistente di oftalmologia, per la riabilitazione visiva, l'ottico che ha il compito di realizzare l'occhiale e voi, cari lettori, che con la vostra attenzione potete dare un importante contributo.



A **marzo**, tutti i giorni alle **11,00** ed alle **19,30**, in onda su **Sky Canale 951 Health&Beauty TV** le trasmissioni di **“Oculistica e Prevenzione”** con il prof. **Vincenzo Pagliara**

[dott. Gaetano Guerra

Medico chirurgo senologo]

[dott.ssa Maria Lamberti

Medico chirurgo senologa]

A Salerno la carta rosa traccia un nuovo percorso per la donna

Iperuranica, da sempre vagheggiata, forte da considerarla fragile, capace di persuadere ma altrettanto distogliere, coniugata tra gioia e dolore. Lei che soffre, ma che spesso fa soffrire. Lei, sempre lei!

Con questo timido omaggio alla donna vogliamo rendervi partecipi di una iniziativa promossa dalla Direzione Generale e Strategica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" di Salerno che ha favorito l'instaurarsi di una rete multidisciplinare di Professionisti della salute: medici ed infermieri dedicati alla senologia, brillantemente coadiuvati da psicologi e volontari. Questa rete ha avuto la sua traduzione pratica nella realizzazione del percorso senologico o Breast Care Unit e si è reso indispensabile dal momento che la patologia oncologica del seno copre il 25% circa delle affezioni tumorali della donna. Il percorso si occupa con competenza e professionalità dalla accoglienza alla diagnostica (clinica, radiologica e istologica), dalla terapia medica e chirurgica alla terapia oncologica e radioterapica, garantendo alla donna l'integrità fisica ed estetica attraverso un intervento chirurgico ricostruttivo immediato, per poi concludersi con il follow up ossia il controllo del paziente esteso nel tempo.

Il tutto in perfetta armonia con le linee guida internazionali F.D.N.C.A.M. (forza operativa nazionale carcinoma mammella) che mirano a favorire un'uniforme diffusione degli interventi diagnostico - terapeutici per i tumori della mammella in tutto il territorio del Paese.

Il Direttore Generale Dr. Attilio Bianchi in concerto con il Direttore Sanitario Dr.ssa Virginia Scafarto hanno da sempre creduto nella realizzazione di tale percorso e avvalendosi di Professionisti dedicati

hanno rodato le fasi del processo che si è ulteriormente arricchito con la dotazione della prima Carta Rosa in Italia rivolta alle donne salernitane, offerta gratuitamente dall'Azienda a tutte coloro che accedono agli ambulatori dedicati.

Tale progetto promosso e sostenuto consiste nel rendere disponibile tutte le notizie riguardanti i dati clinici generali, ginecologici e senologici delle donne affette da neoplasia mammarie e a quelle in stato di gravidanza. La carta Rosa è un dispositivo elettronico (una CARD USB) che consente alle donne che utilizzano i servizi diagnostici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno di avere sempre a portata di mano referti, ecografie, mammografie, TAC, etc. È grande quanto una comune carta di credito, utilizzabile su qualsiasi computer fornito di porta USB ed indipendente dal collegamento ad Internet.

Il suo uso è strettamente personale e le informazioni sanitarie sono gestite ai sensi dell'attuale normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/03); l'accesso al contenuto della Carta è possibile solo con l'inserimento di una password che la titolare stessa sceglierà al primo utilizzo. In buona sostanza come ha sottolineato il Dr. Attilio Bianchi, "consente di immaginare utilizzazioni preziose legate alla disponibilità immediata ed universale delle informazioni di base e specialistiche sulla salute della donna, completa di accertamenti strumentali in formato immagine quali, ad esempio, la mammografia per le donne affette da neoplasia mammaria e l'ecografia ostetrica morfologia per le donne in stato di gravidanza". Un ulteriore vantaggio è dato dalla partecipazione al progetto del medico curante, il quale potrà inserire sulla Carta le notizie cliniche tratte dalla Cartella Sani-

“ La tua salute in un click. ”

taria (diagnosi, trattamenti farmacologici, allergie, vaccinazioni, precedenti ricoveri, risultati di esami ed indagini strumentali) ed avere a disposizione un fascicolo sanitario elettronico personale sul portale Internet www.progettosos.it

È possibile attivare la **carta rosa** nei giorni dedicati lunedì e il mercoledì dalle 14:00 alle 18:00 e il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 all'ambulatorio della Breast Unit, situato presso l'A. O. U. di Salerno al piano rialzato dell'ingresso principale, telefono 089/672761.

Breast Unit Salerno è anche su Facebook, iscrivendosi al gruppo consentirà di ricevere news e utili aggiornamenti.

"Se si cura una patologia o si vince o si perde. Se si cura una persona vi garantisco che si vince, qualunque esito abbia la terapia" Hunter Patch Adams ci ha indicato la strada, noi la percorriamo con passione.



La riabilitazione della protesi d'anca

L'aumento crescente dell'età media della popolazione ha spinto la medicina ad ottimizzare la ricerca a favore della chirurgia protesica focalizzando l'attenzione su una delle articolazioni maggiormente soggette ad alterazioni morfologiche: l'anca.

Spesso al medico capita di riscontrare un grado di usura tale dell'osso da non permettere altra soluzione se non l'innesto di una protesi. Lo scopo dell'intervento è quello di ottenere un'anca "nuova", con una buona articolarietà, stabile e soprattutto non dolente; un'articolazione che permetta al paziente di migliorare in maniera significativa la qualità della propria vita. Uno dei problemi principali che affliggeva chirurgo e paziente negli anni scorsi, era la durata dell'impianto. Inizialmente le protesi duravano poco e soltanto negli anni sessanta, con l'evoluzione dell'ingegneria biomolecolare, si iniziarono a produrre componenti protesiche in grado di resistere all'usura ed ai fenomeni di rigetto generati dalla produzione di residui metallici. Oggi possiamo disporre di innumerevoli tipi di protesi in grado di sopravvivere mediamente sopra i 15 anni e le attuali tecniche operatorie, veloci, precise e sicure non destano particolari preoccupazioni.

A giocare un ruolo di fondamentale importanza nella piena ripresa dell'efficienza fisica è il programma riabilitativo che, ove possibile, sarebbe opportuno iniziare prima dell'atto chirurgico. Arrivare all'intervento, nelle migliori condizioni psicofisiche e motorie, soprattutto per quanto riguarda il trofismo muscolare, generalmente compromesso da lunghe sofferenze significa accorciare considerevolmente i tempi di recupero. È opportuno quindi, nel rispetto delle condizioni generali, dell'ambiente familiare e sociale e soprattutto delle proprie aspettative, cercare di: rag-

giungere un peso ottimale, stabilizzare o correggere alterazioni metaboliche e di ridurre l'uso di alcuni farmaci, contemporaneamente, sempre con l'aiuto di un bravo professionista, lavorare sulla postura in generale e sul tono muscolare degli stabilizzatori dell'anca e del ginocchio.

Dopo l'intervento saranno necessari alcuni giorni di riposo a letto, mantenendo l'arto in posizione con una doccia di gommapiuma e calze elastiche per evitare problemi circolatori, già in seconda giornata si potrà raggiungere la posizione seduta sul letto ed in terza, se le condizioni cliniche lo consentiranno, la stazione eretta con l'assistenza del terapeuta. Successivamente si inseriranno nuovi esercizi e nuove tappe consentendo la deambulazione con girello o con doppio appoggio. Durante il periodo di degenza ospedaliera sarà l'equipe riabilitativa a prendersi cura del paziente e a seguirlo passo dopo passo nel primo percorso di recupero. Le tecniche consolidate come ad esempio e ove è possibile la camminata in acqua, ed il personale altamente qualificato permetteranno un veloce miglioramento della deambulazione e la capacità di provvedere autonomamente alle attività della vita quotidiana. È questo il momento in cui il paziente può tornare a casa. Ma se questo traguardo segna un momento di gioia per il paziente che potrà finalmente ritornare alle cure amorevoli dei familiari dall'altro lo espone al rischio di compromettere il lavoro dello staff medico, eh si perché la piena efficienza la si otterrà solo con la completa stabilizzazione dell'articolazione. Sino ad allora esiste la possibilità di mobilizzazione o lussazione della protesi. È importante quindi seguire dei semplici accorgimenti su come effettuare le azioni di routine quotidiana e soprattutto quali movimenti evitare assolutamente. Schematicamente sono quattro le azioni da evitare: Chinarsi in avanti con il ginocchio esteso, accavallare le gambe,

[dott. **Antonio Pepe** Specialista in Medicina fisica e riabilitazione]

sedersi su sedie basse e quindi con l'anca molto flessa e chinarsi in avanti da seduti. Altre semplici precauzioni agevoleranno il recupero in tutta sicurezza: durante i primi mesi dopo l'intervento è consigliabile non dormire sul fianco operato, non flettere il tronco in avanti a letto e non ruotare all'interno l'arto operato. Può essere utile tenere un cuscino tra le gambe durante il sonno o quando si cambia posizione. Molto importante è eseguire correttamente l'azione di alzarsi o sedersi da una sedia o dal water, sul quale è opportuno posizionare un rialzo. È da preferire la doccia al bagno e vanno possibilmente evitate tutte quelle attività che comportano la flessione del busto in avanti (lavare piatti, stirare, radersi) oppure effettuate con un piano di lavoro adeguato, che consenta l'allineamento delle spalle alle anche. Altro accorgimento importante è rimuovere tutti quegli oggetti in cui si possa inciampare (tappeti, tavolini). Per quanto riguarda le scale seguire una semplicissima regola: sale la sana (si sale portando avanti l'arto non operato), scende la malata (avanzare le stampelle sul gradino inferiore, portare avanti l'arto operato e successivamente il sano). È in questo momento che il paziente diventa ancor più il protagonista del suo recupero, sarà infatti la sua volontà e l'esercizio fisico mirato, seguito da personale qualificato a determinare il tempo per il ritorno alla piena efficienza fisica. Trenta minuti di esercizio fisico al giorno saranno utili a consolidare e stabilizzare il lavoro effettuato in precedenza dal chirurgo e dall'equipe riabilitativa.



[dott.ssa **Chiara Schifilliti** Specialista in Geriatria, attività fisica nell'anziano]

L'anziano e l'esercizio fisico

“MOV.I.S ...
la palestra come luogo
di prevenzione”

Nell'età geriatrica si assiste purtroppo ad un declino delle prestazioni fisiche e ad una diminuzione della cosiddetta RISERVA FUNZIONALE, cioè la capacità fisiologica che l'organismo non utilizza nello svolgimento delle normali attività quotidiane ma che riserva per far fronte agli stress extra-ordinari. Allo scopo di prevenire una condizione di disabilità e di migliorare le capacità funzionali della persona anziana, l'esercizio fisico rappresenta il miglior intervento possibile in termini di rapporto costi-benefici, ed è noto, d'altra parte, il ruolo che l'attività fisica esercita sulla longevità, poiché essa agisce con una serie di benefici effetti cardiovascolari, endocrini e metabolici, come per esempio la riduzione della frequenza cardiaca, delle resistenze periferiche e della pressione sanguigna, l'aumento della tolleranza al glucosio e la riduzione della massa grassa: in poche parole, essa riduce il rischio di eventi cardiovascolari e svolge un ruolo positivo nella prevenzione del diabete e delle sue complicanze.

Non è necessaria un'attività intensa ma costante nel tempo, in quanto gli effetti benefici si azzerano dopo poco tempo dalla sospensione dell'esercizio. Va fatta però un'amara constatazione, nonostante tutto ciò: sono infatti ben pochi gli anziani che svolgono una regolare attività motoria, consapevoli dei suoi benefici.

L'esperienza del MOV.I.S.

Pur essendo noti da decenni i benefici dell'attività fisica a qualunque età, non basta descrivere i meccanismi fisiopatologici di tali benefici senza averne un riscontro concreto per accrescere il numero di coloro che scelgono lo sport come terapia di prevenzione. È per questo motivo che da circa cinque anni un gruppo di giovani me-

dici, coordinati dal geriatra prof. Carmelo Leotta, ricercatore presso l'Università di Catania, e dottori in scienze motorie, guidati dal chinesiologo dott. Lelio Cucinotta, provano a mettere in pratica un messaggio che per troppi anni è rimasto inascoltato.

L'associazione **MOV.I.S. ONLUS** nasce a Giarre, in provincia di Catania, il 14 febbraio del 2005 dall'esigenza di controllare i pazienti anziani, con pluripatologie e polipronicità, nello svolgimento di un'attività motoria controllata e svolge il suo lavoro in stretta e costante collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Catania.

Ad oggi gli iscritti sono più di 1000 e sono circa 200 i pazienti in attività, dei quali il 70% ha più di 65 anni. Afferiscono alla struttura pazienti anziani e/o diabetici, con problematiche più o meno gravi come ipertensione, obesità, broncopatie croniche, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, ma anche depressione di vario grado di gravità, oltre che pazienti in buono stato di salute che vogliono mantenersi tali.

I pazienti praticano tre volte alla settimana sedute di attività fisica, della durata di 45 minuti, sotto la guida di personale tecnico specializzato e con il supporto del personale medico costituito da specialisti e specializzandi in geriatria. Ad ogni accesso vengono praticati sui pazienti controlli della glicemia e della pressione, prima e dopo l'esercizio, oltre a controlli periodici del peso corporeo e della circonferenza vita e ad esami di laboratorio e strumentali, necessari per il costante monitoraggio della situazione clinica dei pazienti.

Lo staff è completato da un podologo, che si occupa di tenere sotto controllo eventuali lesioni del piede non compatibili con lo svolgimento di una costante attività motoria, e da un dietista, che segue il paziente informandolo e motivando le modifiche apportate alla sua alimentazione.

Ad ogni accesso inoltre la terapia farmacologica viene scrupolosamente control-

lata per valutare eventuali aggiustamenti che via via si rendano necessari, in particolare modo per quanto riguarda i farmaci contro l'ipertensione, l'insulina e gli ipoglicemizzanti orali.

Ogni controllo effettuato viene registrato in un apposito programma informatizzato che permette di avere in qualunque momento il quadro dettagliato di ogni paziente. In questi cinque anni di attività, grazie alla grande mole di dati ed osservazioni raccolti, sono state realizzate tesi di laurea in medicina e chirurgia ed in scienze motorie ed una tesi di specializzazione in Geriatria, che, oltre ai parametri numerici facilmente quantificabili, hanno messo in evidenza l'aspetto socio-comportamentale dell'iniziativa.

Il 23 giugno 2009 a Roma, nella Sala Zuccheri del Senato, è stato assegnato al progetto **MOV.I.S.** il premio **Dawn Award 2009** nella sessione "**Roberto Sivieri**" dedicata ai progetti per la cura e la prevenzione del Diabete di tipo 2.

La palestra dunque diventa luogo di benessere fisico ma soprattutto mentale, la persona anziana passa da spettatore passivo ed inerme della malattia ad attore del suo programma terapeutico.

L'esperienza dell'ass. Movis costituisce un valido esempio scientifico di come la qualità della vita degli anziani possa essere facilmente migliorata grazie all'impegno di medici competenti e di istituzioni sensibili.

www.movisonlus.it



Dieta: tra mente e corpo

[dott.ssa **Maria Rosaria Galdi**
Biologa, Nutrizionista
[dott. **Catello Parmentola**
Psicologo]

Si dice sempre agli altri cosa fare riguardo a tutto, nonostante sia spesso inutile.

Ognuno, infatti, sa già cosa sarebbe meglio fare, riguardo a molte cose: il vero punto è che non riesce a farle, perché magari non ha maturato ancora, dentro di sé, le condizioni per riuscirci. Sono premesse spesso dimenticate, anche a proposito della dieta. Un numero crescente di persone ha sempre meno tempo da dedicare alla scelta degli alimenti ed alla preparazione dei pasti: si pone il problema dell'alimentazione non in termini di disponibilità ma come difficoltà di scelta e di rapporto con il cibo. Il cibo, simbolo della gratificazione e del benessere della società, ha perso il suo valore nutrizionale e funzionale ed ha acquisito, da una parte, valenze seduttive (pronto a colmare vuoti e monotonia ed a rassicurare persone stressate e stanche), dall'altra, intrinseca pericolosità, diventando ingannevole e spesso nocivo.

Così, di fronte all'espansione epidemica di obesità e disturbi del comportamento alimentare, emerge la necessità di aiutare il paziente a trovare un equilibrio alimentare, coerente con i propri ritmi di vita e di lavoro. È inutile, infatti, estendere una dieta perfetta, se poi questa non sarà mai praticata, perché lontana dalle proprie esigenze di lavoro, di orari, di organizzazione quotidiana... Invece, sarebbe opportuno proporre programmi personalizzati che integrino la valutazione clinico-metabolica-strutturale con la dimensione nutrizionale-psicologica-comportamentale. Troppe volte diciamo al paziente solo quello che va fatto..., in realtà, dovremmo attivare una relazione terapeutica che attraverso l'ascolto, l'osservazione ed il monitoraggio, tenda a ripristinare la comunicazione del paziente con il proprio corpo. Spesso, c'è

solo bisogno di un sostegno che, in equilibrio tra cultura e buon senso, offra al paziente spunti di riflessione e la prospettiva di percorrere strade diverse e di provare soluzioni diverse al suo problema. Il primo colloquio diventa, così, fondamentale per attivare un processo conoscitivo strategico che, partendo dal corpo e dall'analisi del comportamento alimentare, faccia esprimere al paziente le sue motivazioni, e per inquadrare il caso nella giusta cornice bio-sociale. Un processo - dieta che parta solo dalla prescrizione terapeutica, dall'obbligo legato alla malattia, è così triste e innaturale da non potere durare a lungo.

Un processo partito dal paziente, invece, è inevitabilmente collegato alla sua vita, a suggestioni belle e soggettive (rinnovare l'immagine, il guardaroba, essere più dinamici, più seduttivi, sentirsi più leggeri e in forma). È un processo suo, che gli appartiene, che può avere a che fare con i suoi desideri e i suoi sogni. La dieta, in tal modo, è più probabile che sia svolta fin in fondo, poiché il suo svolgimento è più naturale e spontaneo: il piacere degli esiti può "far sentire di meno" lo sforzo. L'inizio della dieta corrisponde ad una "rinascita" e ogni nascita presuppone l'inizio di una comunicazione che si concretizza con l'essere nutriti, ascoltati, apprezzati, compresi; in questo senso, il programma alimentare rappresenta il nutrimento ma serve a recuperare la capacità di gestione del corpo ed attiva una relazione terapeutica che facilita l'osservazione e l'ascolto di se stessi. Come tutti i processi di cambiamento, però, il tempo risulta la variabile più importante per il raggiungimento dell'obiettivo: personalità con vario grado di motivazione al cambiamento richiedono misure di intensità diversa, per cui il tem-

po e la costanza dei controlli diventano gli elementi determinanti del successo terapeutico per la maggioranza dei pazienti. Meglio, dunque, aspettare i tempi del paziente e vedere riuscita una dieta, piuttosto che riferirsi solo a protocolli e tabelle. Da qui emerge, quindi, tutta la necessità di un modo psicologico di gestire il paziente: difficilmente una dieta può avere gli esiti attesi, se non si indagano prima i perché di un certo tipo di rapporto con il cibo.

Da dove vengono quei chili in più? Cosa significano? Cosa compensa il cibo? Perché è stata scelta proprio quella modalità di compenso? Qual è la causa prevalente dell'iperalimentazione in quello specifico caso? E sono maturate le condizioni psicologiche - motivazionali per intervenire sul compenso-cibo? Può, il paziente, farne a meno "qui e ora"? Non si rischia un maggiore disequilibrio, un rimedio peggiore del male? Nei casi in cui, toccando il rapporto con il cibo, si toccano molti punti profondi, delicati e complessi della persona, sarebbe opportuno che il medico, il nutrizionista si accompagnasse ad altre professionalità (in particolare lo psicologo), per valutarne con appropriatezza gli altri aspetti (psicologici, relazionali, antropologici, culturali, sociali...). Esiste la necessità di una nuova cultura della nutrizione che "superi" le varie competenze specialistiche e riesca a coniugare le conoscenze proprie della professione con quelle della comunicazione, della psicologia e del consumo. Medici, nutrizionisti, psicologi ed altri professionisti del settore, hanno la possibilità di essere (e di sentirsi) meno soli: ogni volta che una dieta segna il passo, il lavoro si può svolgere meglio, in una più compiuta logica interdisciplinare.





[dott. Vincenzo D'aniello Tecnologo Alimentare]

A tavola con Mister Bean

“ Agli inglesi piace la mediterranea ”

Esistono molte differenze tra l'Italia e l'Inghilterra, e se prendi come esempio Londra, te ne rendi conto ancora di più: una metropoli multietnica dove puoi trovare persone da ogni parte del mondo ben integrate tra di loro. Dal punto di vista delle abitudini alimentari è una cosa risaputa, almeno a livello generale, lo stile anglosassone: abbondante colazione al mattino (*breakfast*), rapido pasto a pranzo (*lunch*), l'immane tè delle cinque (*tea-time*) e la cena serale non tardiva (*dinner*). Questo schema di base è caratteristico della tipica famiglia inglese, mentre valutando la mia esperienza personale, essendo per lo più a contatto con studenti e lavoratori che vivono indipendentemente, si mangia essenzialmente senza troppe regole, soprattutto tenendo in considerazione il fatto che qui trovi pietanze di qualsiasi cucina del mondo *anywhere and anytime*. Il piatto più famoso, o che incuriosisce di più noi italiani, è *the full English breakfast*. Mangiare a colazione uova con pancetta, salsicce, fagioli (*baked beans*), vegetali vari, formaggi, cereali (tra cui il *porridge*), pane, toasts con burro e marmellata, frutta fresca, accanto al tè ed altre bevande calde come latte, caffè, non mancano poi i succhi di frutta e yoghurt, diciamo che ti da una bella carica di energia!!! Esistono molte varianti di questa ricchissima colazione, infatti per chi è dotato di uno stomaco particolarmente robusto al mattino, in aggiunta a quanto citato prima ci sono aringa e merluzzo affumicato o sandwich con tonno e cetrioli. Visti i ritmi serrati di oggi le famiglie inglesi si limitano a consumare *the full English breakfast* una-due volte a settimana, generalmente nei week-end. Pub, bar ed altre tipologie di ristorazione collettiva offrono invece quotidianamente questo servizio ad un prezzo che perso-

nalmente ritengo basso considerando la quantità di cibo messa a disposizione. Il *lunch* è vissuto come un pasto veloce da consumare nelle pause di lavoro o di scuola: panini, insalate, piadine, zuppe, pasta o il famoso *fish&chips*, sono solo alcune delle pietanze disponibili, che vengono consumate nel locale-bar dove si comprano, in ufficio o per le città come Londra, quando il tempo lo permette, nei meravigliosi parchi per rendere questo pranzo ancora più piacevole. Non sono rare persone che mangiano camminando per strada, il tutto per non perdere tempo: per loro il *lunch-time* è visto come un pit-stop per rifornire di carburante il corpo! Il tè alle cinque si può considerare come un'istituzione, specialmente per le persone dai trenta in su. Esistono tantissime varietà di tè per ogni gusto, gli inglesi sono molto esperti in questo, ed il *tea-time* è spesso accompagnato da pasticcini, torte (*cookies, muffins, fruit scones* solo per citarne qualcuno). I giovani preferiscono di gran lunga cioccolate calde e drink di vario genere a base di latte e caffè in inverno, mentre in estate sono di gran moda i Frappuccini e Frappelatte (frappé fatti con latte, caffè o altri gusti) che praticamente vengono consumati durante tutta la giornata. La cena viene consumata generalmente intorno alle 19, anche quando si va in ristoranti con amici,

al contrario di noi italiani che di solito non ci si riunisce prima delle 22!! La *dinner* è composta essenzialmente da tre portate: *starter* che può essere paragonato al nostro antipasto (ad esempio un'insalata, frittelle, focaccine etc.) *main course* che è il piatto principale (carne, pesce cucinati in svariati modi, di solito accompagnati da riso o patate, di cui una preparazione molto famosa è la *jacket potato*) e il *dessert* (dolci come il *pudding* o alcuni tipi di *cheesecake*). Il tutto accompagnato da vini di varia importazione, soprattutto italiani e francesi, birra e bevande varie. Negli ultimi anni si sta cercando di migliorare le abitudini alimentari inglesi, promuovendo soprattutto frutta e verdura e riducendo il consumo di bevande alcoliche che qui è davvero notevole. Una cosa che mi ha colpito particolarmente durante il mio percorso di studi qui a Londra, è *the eatwell plate*, ossia il piatto del mangiare bene. Lo si sta promuovendo già agli studenti delle elementari, come facciamo in maniera simile anche in Italia, ma è rivolto a tutte le categorie di persone con lo scopo di fornire una serie di semplici informazioni ed indicazioni per mangiare meglio, nel rispetto della propria salute non tralasciando la tradizione culinaria britannica.



Abituiamo la nostra volontà con un bicchiere d'acqua



Tanti, veramente tanti si lamentano per la loro situazione lavorativa, personale, sentimentale, ecc. ma pochi veramente pochi fanno realmente qualcosa per facilitare un concreto e definitivo cambiamento.

Cosa succede? Si delega la colpa sempre ad altri o a qualcosa che si poteva fare ma non si è ancora fatto, col risultato che poi non si raggiunge il proprio obiettivo. Ma allora perché non agiamo per migliorare la nostra situazione?

Perché anche semplici decisioni (es. come interrompere quella brutta abitudine, iscriversi in palestra, rimandare una visita importante, ecc) sembrano o diventano difficili scelte che ci spingono a non agire, pur conoscendo gli enormi benefici che ci possono portare? La risposta è nel fatto che siamo poco abituati al cambiamento. Ci piace restare dove siamo anche se non ci fa stare bene del tutto, anche se siamo

consapevoli che potremmo avere di più. Abbiamo un po' timore che agendo e sbagliando potremmo avere insuccesso e così diventiamo bravissimi ad "auto-sabotarci", trovando mille scuse e giustificazioni. Allora come possiamo fare e cambiare per migliorarci?

In questo istante, ovunque tu sia, alzati e vai a prendere un bicchiere d'acqua (anche se non hai sete). Fallo veramente, poi continua a leggere.

Fatto? Siamo spesso abituati a trovare molte finte scuse pur di non fare ed agire. Forse anche tu avrai pensato un istante che, in fondo, è inutile fare questo piccolo gesto, eppure la maggior parte della nostra vita è formata da tanti piccoli gesti che sommati tra loro creano grandi eventi. Certo bere un bicchiere d'acqua non ti cambierà l'esistenza ma sicuramente è un primo passo per vincere la naturale resistenza alla nostra volontà di non fare oltre a far nascere delle riflessioni importanti. Impariamo da piccole cose ad abituare la nostra volontà, a prendere decisioni. Se riusciamo con piccole cose ad allenare la nostra mente ad essere determinati, avere piena padronanza delle nostre semplici ma importanti azioni, avremo piano piano

“ Se vuoi essere felice, non perderti in un bicchiere d'acqua ”

grandi benefici. Saremo più propensi ad agire, perché l'avremo fatto tante volte. Sarà naturale.

Allora hai bevuto il bicchiere d'acqua? Stai ancora pensando che non serve farlo? Eppure è un semplicissimo gesto. :-)

Secondo te, quanti leggeranno questo articolo senza bere il famoso bicchiere d'acqua? Quanti, invece hanno provato ed hanno fatto un piccolo primo passo verso il cambiamento?



A maggio avrà luogo la **II edizione** della Fiera del Libro di **BiblioMagia**

Autori noti, notte bianca e un concerto di bambini sono alcune delle novità di quest'anno.

Vi aspettiamo!



Febbre da... gioco

“ La vera vincita è la tua libertà ”

Si comincia sempre per gioco fin quando per il gioco non si fa altro che perdere dignità, tempo e danaro. Per chi, come me, ha dovuto frequentare necessariamente ambienti in cui il gioco l'ha fatta da padrone, con molta probabilità non avrà bisogno di possedere una laurea in sociologia per tracciare il profilo di un giocatore d'azzardo. Ma andiamo per gradi. Il termine azzardo deriva dall'arabo "az-zhar" che sta per dadi, il più antico gioco praticato dai tempi della civiltà egizia a cui faceva concorrenza, un po' più ad est verso l'India e il Giappone, la corsa dei carri. Nella storia del gioco certamente è cambiato l'oggetto, alla corsa dei carri si è sostituita la corsa dei cavalli, al gioco dei dadi quello della roulette proseguendo fino ai giorni nostri in cui - grazie anche all'utilizzo di internet - è possibile scommettere su tutto, persino su chi vince un programma o un festival. Una cosa non è cambiata nel corso del tempo però: il giocatore, ovvero quel soggetto incapace di resistere all'impulso di scommettere e che a causa del suo comportamento, definito patologico o compulsivo, distrugge le proprie relazioni personali, familiari, economiche e lavorative.

Il giocatore compulsivo può essere chiunque; non ubbidisce a tratti somatici predefiniti o ad un'età o sesso specifico: è un papà di famiglia, una casalinga, un benestante, uno studente o in molti casi colui che, come si suol dire, non ha nemmeno gli occhi per piangere e ripone nel gioco la speranza di poter migliorare la propria condizione di vita. Ognuno di essi si avvicina al gioco per le ragioni più disparate e soggettive: senso di insoddisfazione, noia, depressione, inquietudine interiore e senso di sfida. Tuttavia, però, esiste un minimo comune denominatore tra tutti loro: la sensazione che il gioco d'azzardo sortisce

Il 17 marzo 2010 alle 17,30 presso la sala N. Molinari, P.zza San Francesco Salerno

INCONTRO FORMATIVO

Le nuove dipendenze.

RELATORI

prof. F. Pellegrino Psichiatra - Psicoterapeuta

dott. G. Del Buono Psichiatra - Psicoterapeuta

Evento gratuito, aperto al pubblico

sul proprio aspetto psico-fisico. Eccitazione manifestata da tensione muscolare, pallore, intensa sudorazione, eccitazione psicomotoria, ansia, senso di onnipotenza, irritabilità, distorsione della realtà attraverso l'enfatizzazione o la minimizzazione degli eventi. Non bisognerà allora stupirsi se, come tutte le forme di dipendenza, anche il gioco d'azzardo patologico presenterà sintomi d'astinenza come: inquietudine, tremori, nervosismo e insonnia. Secondo lo studioso Custer esistono delle fasi ben precise di progressione del gioco d'azzardo in cui un giocatore si può muovere sia sul versante dell'aggravamento del problema che della risoluzione dello stesso:

Fase vincente: caratterizzato dal piacere iniziale del gioco associato a vincite che motivano a giocare in modo crescente.

Fase perdente: dovuta all'aumento del denaro investito nel gioco, dalla nascita dei debiti e dal tempo speso per giocare.

Fase di disperazione: evidenziata dal crescente tempo dedicato al gioco, l'isolamento sociale e il degenerare dei problemi lavorativi/scolastici e familiari.

Fase critica: in cui nasce il desiderio di aiuto e speranza di uscire dal gioco con tentativi di risoluzione dei vari problemi conseguiti.

Fase di Ricostruzione: in cui iniziano a vedersi i miglioramenti della vita familiare, nella capacità di porsi nuovi obiettivi e nell'autostima.

Fase di crescita: in cui si sviluppa maggiore introspezione e un nuovo stile di vita lontano dal gioco.

Ovviamente ciò non significa che chiunque giochi sia necessariamente un giocatore patologico. Il passo dal vizio alla dipendenza però, è senz'altro breve e bisogna fare molta attenzione perché, sebbene la maggior parte dei giocatori si autoconvince di poter smettere in qualsiasi momento lo si voglia, la realtà dei fatti dimostra il contrario. Non si vuole fare allarmismo inutilmente, ma sta di fatto che negli ultimi anni la percentuale di giocatori patologici è in netto aumento e tocca ogni sfera sociale: pertanto se leggendo questo articolo riscontrate degli atteggiamenti e/o comportamenti simili in voi stessi o tra le persone a voi care, non esitate a chiedere aiuto purché da soli non sarete mai in grado di potercela fare, né per voi stessi né per chi vi sta accanto. In queste situazioni si ha bisogno di persone specializzate e competenti. Per chi non lo sapesse, sul territorio salernitano, esiste il Gruppo Logos Onlus con un percorso finalizzato al recupero sia tramite gruppi di mutuo-auto aiuto, legato a personalità che riconoscono di avere un problema e che dal confronto con propri simili trovano il coraggio e la forza di cambiare, e sia con un programma più operativo denominato FUORIGIOCO legato ad una esperienza psicoterapeutica. Pertanto, non esistono scuse, dunque non permettere alla dipendenza di prendersi gioco della tua vita e scommetti sull'unica cosa che ti è consentita: farcela!

Gruppo Logos Onlus

Via Torrione, 4

84123 Salerno

Tel 089 792800

[Dott. A. Piero Redattore]

L'allenatore... nel sociale

Non sempre si fa sport con il solo scopo di vincere, di annientare gli avversari, a volte c'è chi interpreta la parola sport nel miglior modo possibile. Ora non vogliamo dire che siamo di fronte al nuovo De Coubertin, ma sicuramente abbiamo di fronte una persona che interpreta l'attività agonistica come una missione per far migliorare i ragazzi che allena non solo da un punto di vista atletico-tattico, ma anche a farli crescere e formarli per meglio affrontare le dure battaglie della vita.

Abbiamo di fronte Alfonso Zoccola un padre di famiglia che si è sempre distinto nel mondo del calcio come un allenatore-educatore.

Da quanti anni alleni?

Alleno da circa un ventennio. Ho deciso di seguire squadre del settore giovanile perché, avendo allenato anche squadre di prima categoria, mi sono accorto che i calciatori, o presunti tali, giunti all'età di 18/20 anni non riescono nemmeno a stoppare una palla e/o eseguire un semplice passaggio di un metro ad un compagno di squadra. Secondo il mio modo di vedere, il problema è alla base. Cioè questi atleti in età adolescenziale non hanno avuto la possibilità, la voglia o la mancanza di stimoli per soffermarsi su quella che è la tecnica di base di questo sport e che le lacune accumulate all'inizio della pratica sportiva, se le sono portate avanti senza che poi si potesse più avviare a questo problema. Ma anche e soprattutto per formare i ragazzi sull'aspetto comportamentale in campo.

È difficile far capire ai giovani che per raggiungere certi risultati bisogna lavorare sodo?

Non è certamente semplice far capire loro che per riuscire a vincere una partita occorre, anche in età adolescenziale, impegnarsi negli allenamenti, soffermarsi, an-

che con sacrificio sulla tecnica individuale, rispettare al massimo l'atleta che si ha di fronte, tenere fede alle regole che disciplinano il gioco del calcio e, soprattutto cercare di creare all'interno della squadra un gruppo di ragazzi che sempre e soprattutto nei momenti di difficoltà si unisce per cercare di superare tutti gli ostacoli.

Ma oltre agli allenamenti e alle partite dedichi anche del tempo al di fuori del rettangolo di gioco?

Ovviamente per me questo concetto lo si allarga anche al di fuori del campo di calcio che poi costituisce un mezzo per far stare insieme i ragazzi e aiutarli a non incamminarsi in strade irte e difficili da cui poi difficilmente ne possono uscire. Quindi lo Sport non è solo migliorare la tecnica, l'aspetto fisico o quant'altro ma strumento fondamentale per la crescita dei ragazzi. Io non faccio nulla di particolare se non portarli un paio di volte l'anno a mangiare una pizza, prossimamente li porteremo al cinema, organizzare una gita fuori porta con tutti i genitori e mangiare all'aria aperta, la partecipazione a manifestazioni sportive fuori della propria città, abbinando mare, turismo, sport.

E stai usando anche altri mezzi di comunicazione più vicini alla nuova generazione per tentare di migliorare il rapporto di rispetto e di amicizia tra loro?

Dallo scorso anno ho creato un semplice blog su cui commento le nostre gare e le

“ Quando la partita non finisce coi tre fischi ”



nostre iniziative coinvolgendo anche i ragazzi a scrivere. Però per la verità sono più i genitori a seguirlo che i ragazzi. Comunque è uno strumento che suscita interesse. Insomma le cose sono tante per attirare l'attenzione dei ragazzi però ci vuole molta pazienza, un tantino di fantasia e molta passione altrimenti determinati obiettivi non riesci a perseguirli.

Qual è la cosa che più ti ferirebbe come educatore ed allenatore?

Il ruolo dell'educatore-istruttore è difficilissimo. Io comunque porto avanti l'idea che a volte è meglio perdere una gara anziché vedere un bambino piangere perché ha giocato poco rispetto ad un altro. Bene, poche cose ci siamo detti, tante altre le abbiamo tralasciate non perché meno importanti, anche perché sull'argomento ci sarebbe da discutere e tanto. Noi volemmo solo presentare un uomo che dedica e dedicherà tanto ancora al nostro mondo sportivo e all'educazione di tanti piccoli aspiranti campioni.



La bontà ignorata del pompiere

[Pablo Neruda]

“ Quando la passione per il lavoro diventa missione ”

Mette sempre un po' di agitazione prepararsi ad incontrare un importante funzionario come il vice-comandante provinciale dei Vigili del Fuoco. Ma a dispetto dell'altisonanza del titolo, parlare con l'ingegnere Enzo D'Andrea è semplice e piacevole, come conversare con un caro amico.

La persona che ho davanti a me infatti non è un impiegato stressato dai suoi mille impegni ed annoiato dalla routine quotidiana, bensì un uomo che parla del suo lavoro con parole serene e cariche di soddisfazione e a volte sembra quasi che stia parlando della sua famiglia e non dei suoi colleghi. Durante tutto l'incontro risulta sempre più evidente, infatti, come una scelta professionale motivata dal bisogno di seguire i propri interessi piuttosto che dalla ricerca del successo ad ogni costo abbia determinato per il nostro interlocutore il raggiungimento di uno stile di vita equilibrato e giusto, capace di fargli raggiungere quello stato di benessere che tutti dovremmo ricercare nella nostra vita professionale. Già durante i suoi studi per la tesi di laurea in ingegneria idraulica, l'ingegnere D'Andrea volle seguire il proprio interesse personale verso il territorio ed il suo sviluppo, desideroso di farsi portavoce di un'ingegneria che diventasse un sistema per risolvere i problemi, facendosi carico per andare incontro alle esigenze delle persone. Per nulla interessato a fare carriera come impiegato in qualche pubblica amministrazione né tantomeno come libero professionista, intravide nel corpo dei Vigili del Fuoco la possibilità di coniugare la volontà di lavorare per il territorio e l'ambiente con il desiderio di rimanere in contatto con i bisogni della gente, mettendo a suo servizio la propria professionalità in un lavoro fatto di impegno, anche fisico, e solidarietà. La sua prima assegnazione, dopo

sei mesi di preparazione e addestramento, fu la città di Napoli, vera e propria scuola di formazione essendo una città che vive nell'emergenza costante.

Sono numerosi gli episodi che l'ingegnere mi racconta su questo suo primo periodo, dal gravissimo incendio al deposito dell'AGIP nella zona del porto, allo scoppio di un'autobomba nei pressi di un circolo di ritrovo dei militari USA. E quando mi racconta, con un po' di emozione, di una frana avvenuta a Palma Campania, che investì un'abitazione in cui si stava svolgendo una festa di fidanzamento, non posso fare a meno di chiedergli come faccia a convivere con il peso dell'emergenza.

«Il vigile del fuoco - mi risponde - è consapevole di ciò che deve affrontare e del rischio che corre: quando c'è un'emergenza, vede la gente scappare via e aprirsi davanti a lui, facendogli largo per farlo passare; e mentre corre dritto davanti a sé non sa cosa troverà ma è consapevole della responsabilità di cui è investito, nei confronti delle persone coinvolte, dei suoi compagni, di se stesso». Ed è continuamente emozionante questo racconto dell'ingegnere D'Andrea, che dice «Siamo tutti pompieri» e mi spiega come nel corpo dei Vigili del Fuoco non esista nessun tipo di rigidità gerarchica o di superbia nei confronti dei sottoposti: per lui, così come per gli altri, mi dice, i colleghi sono molto di più, perché quando si condividono le notti e i pasti e le ore passate a lavorare gomito a gomito per salvare chi ha chiesto aiuto, ci si sente e si diventa una famiglia.

È condividendo che si riesce a superare anche l'enorme carico di stress emotivo che si accumula dopo un intervento, soprattutto se non tutto è andato per il verso giusto: la squadra al completo si ritrova in sala riunioni, oppure attorno al tavolo per il

pranzo, o ancora sotto le docce, e si mettono in comune emozioni, dispiaceri, complimenti reciproci, e qualche volta rimproveri, che assumono così il sapore della correzione fraterna; ed ogni parola pronunciata è utile a chi ha vissuto in prima persona l'intervento ma anche a chi non c'era, proprio come succede in famiglia.

Ecco allora che mi appare chiaro perché i Vigili del Fuoco sono tanto amati: non amano farsi pubblicità o mostrarsi su un palcoscenico, non sono osannati continuamente dai politici, non partecipano ai talk-show... Ma tutti sappiamo che ci sono e che sono qua per noi, come degli angeli custodi. E quando ci capita di incontrarne uno, come il pompiere Enzo D'Andrea, scopriamo che fa così bene il suo lavoro perché lo ama e vi ha trovato la sua piena soddisfazione, e rendere la nostra vita più sicura è la sua realizzazione professionale, certo, ma anche la sua quotidiana missione.



Bentornata Schola Medica Salernitana

Vi è mai capitato che uno straniero vi chiedesse da quale città provieni? Bene! La più comune risposta degli abitanti di Salerno è quasi sempre: "Salerno, near Naples!" (traduzione: Salerno, vicino Napoli).

Probabilmente, la citazione del capoluogo campano sarebbe evitabile se rispondessimo semplicemente: Salernitano! Sì! perché se la folkloristica città partenopea è nota in tutto il mondo per la pizza, la musica e le opere d'arte, la nostra città lo è per aver consegnato alla storia l'inizio della scolarizzazione della medicina moderna, con l'istituzione della "schola medica salernitana"; e, probabilmente, l'aggettivo "salernitano" è più noto del nome proprio stesso. La **Scuola medica salernitana** è stata la prima e più importante istituzione medica d'Europa nel Medioevo (XI secolo); come tale è considerata da molti come l'antesignana delle moderne università. La Scuola si fondava sulla sintesi della tradizione greco-latina completata da nozioni provenienti dalle culture araba ed ebraica. Essa rappresenta un momento fondamentale nella storia della medicina per le innovazioni che introduce nel metodo e nell'impostazione della profilassi. L'approccio era basato fondamentalmente sulla pratica e sull'esperienza che ne derivava, aprendo così la strada al metodo empirico ed alla cultura della prevenzione. Secondo alcuni studiosi l'origine della Scuola medica Salernitana è da collocare nel IX sec. ma non ne esiste alcuna prova valida dell'esistenza di una scuola di medicina a Salerno prima del XII secolo. Fu la presenza in città di famosi medici pratici che portò Salerno ad acquisire la fama di culla della medicina nella seconda metà del X secolo; è di questo periodo, infatti, la citazione del poeta Alfano: *la medicina fiori a Salerno*. Sono attribuibili a questo il

periodo anche le prime tracce di letteratura medica, come il *Passionarius* di **Gario-ponto** o la *Practica Petracelli*. All'XI secolo risalirebbe anche l'*Antidotarius Nicolai* e l'opera attribuita a **Trotula Salernitana**. Nel *Passionario* Gario-ponto descriveva tutte le malattie, e ne indicava la cura, coniando tra l'altro termini come: gargarizzare, cicatrizzare, cauterizzare che ancora oggi rientrano nel nostro linguaggio scientifico. Tra i padri della moderna medicina vissuti a Salerno sono da ricordare anche i maestri **Costantino l'Africano, Giovanni Afflaccio, Alfano I, Giovanni da Procida, Isidoro, Salvatore Calenda, Giovanni Plateario, Benvenuto Guido D'Arezzo, Grafeo** e a testimonianza della totale apertura ed originalità della scuola, emersero poi le figure delle famose "medichesse" come **Trotula de Ruggiero**, ostetrica e levatrice vissuta nella metà dell'XI secolo, che scrisse "*De mulierum passionibus in, ante e post partum*" e un trattato sulla cosmesi *De ornatu mulierum*. Altre donne medico furono **Abella Salernitana, Rebecca Guarna, Maria Incarnata e Costanzella Calenda**. I sapienti della scuola insegnarono e interpretarono fenomeni allora ignorati, studiando a fondo la vita, le virtù e le funzioni medicamentose di erbe sconosciute, dando così sviluppo ad una nuova scienza: **la Farmacia**. Il Consiglio Comunale della Città di Salerno, in occasione della istituzione della Facoltà di Medicina presso l'Università di Salerno, ha istituito la **Fondazione Scuola Medica Salernitana (SMS)**, al fine di richiamare i valori storici, culturali e scientifici dell'Antica Scuola e promuovere e sostenere iniziative e progetti che, per il loro elevato livello, rappresentino momenti di crescita ed arricchimento per la comunità salernitana, oltre che di inserimento a pieno titolo nei circuiti culturali e scientifici nazionali ed internazionali. La Fondazione è stata costituita per riportare alla luce le gesta della famo-

sa Schola e della città di Salerno chiamata per secoli Urbs Graeca in quanto tenne viva, specialmente nel Medioevo, la tradizione della cultura greco-latina nell'Italia Meridionale. Venerdì 18 dicembre 2009 alle 16.00, nella chiesa di San Gregorio in via Mercanti, a Salerno, è stato presentato il Museo Virtuale della Scuola Medica Salernitana. Il progetto museale prevede diverse aree con tipologie differenziate di fruizione. Quello che si presenta è solo un sostanzioso step della complessiva realizzazione, che si intende implementare ed arricchire nel tempo, ma contiene già il nucleo più spettacolarizzato dei contenuti: la realizzazione di un set virtuale stereoscopico in cui gli autorevoli maestri della scuola si fanno presenti, al fianco degli spettatori. I semplici dettami della scuola medica, contenuti nel "Regimen sanitatis" (che rappresenta la summa delle regole generali della "schola"), che conducono ad una buona salute psicofisica sono estremamente indissolubili dagli albori degli studi della medicina moderna ad oggi, ossia: una corretta ed equilibrata alimentazione abbinata ad una giusta quantità di esercizio fisico il tutto miscelato da moderazione ed attività intellettuale; la semplicità di questo messaggio è inversamente proporzionale alla nostra abitudine di plagiarsi all'assuefazione del comfort come se anche il valore umano si potesse acquistare alla farmacia sottoforma di pillola o di stratagemma.

Meditiamo...

Interni del museo R. Papi



Informa in collaborazione con la **Fondazione Scuola Medica Salernitana** e con **Esga Viaggi & Vacanze** promuove per il giorno **25 aprile 2010** la passeggiata culturale "**Sui passi della cultura medica**". Guide esperte del gruppo archeologico salernitano ci condurranno alla riscoperta dei luoghi culla della moderna medicina. Per info scrivere a: redazioneinforma@alexsa.it

Uno strano angolo di paradiso

Quando mi è stato proposto di scrivere in quest' ultima pagina... prima dell'uscita dalla rivista... e di raccontare il mio modo di vivere l'esercizio fisico trisettimanale... **MI È PRESO UN COLPO!**

Subito ho risposto: «Ma non so se ne sarò capace?!». Forse quel non “esserne capace” stava magari a descrivere che non so se ne sono degna! Nel senso... mi spiego. I precedenti personaggi che si sono raccontati in questa rubrica, a parer mio, avevano tutti delle storie valide da far conoscere, risultati conseguiti, nei termini più svariati: perdita di peso, obiettivi di tonicità raggiunti, ottimizzazione delle masse corporee...e così via... Per non parlare poi del benessere psico-fisico raggiunto, i miglioramenti della vita di relazione... ecc... ecc... E poi arrivo io! No, scusate, ma a questo punto io mi sono chiesta: «Ma cosa potrei mai scrivere?» Tenterei di **auto-analizzarmi**, con molta **auto-ironia**, in un modo molto **auto-matico**...tutto in **auto**... mentre invece, se ci penso... Ciò ha avuto inizio proprio con il lasciare a casa l'**auto!** Chilometri a piedi in compagnia solo della musica. Anche la bici all'aria aperta ho scoperto che mi aggrada...ma niente salite! Solo pianura e sempre da sola.

Avrei potuto seguire, ma la variabilità del tempo mi costringeva alle volte a rimanere per settimane ferma. Quella continuità che mi serviva, che ricercavo, per combattere un odioso nemico chiamato pigrizia, veniva meno. Faceva spesso capolino nel mio quotidiano l'inerzia, in aggiunta a tutte quelle giustificazioni che furbescamente ero in grado di innescare prima con me stessa, poi con il mio stato di salute, con i miei cari...dal mio medico.. Era sempre colpa di qualcosa o di qualcuno. Ma non è così. Capii che avevo bisogno d'altro. Di una smossa. Aspettare l'amica

che avesse i miei stessi interessi: una chimerica! I giorni festivi... e solo quelli... per la compagnia del marito libero dal lavoro: troppo pochi! Vicino casa, avevo la palestra però... con tutta la sua varia e gioiosa umanità! Riprendere a frequentarla alla mia età (47), con tutto il carico delle problematiche che attualmente mi porto dietro: salute, famiglia, casa, impegni vari... una sfida! Ma dovevo e volevo riprovarci.

L'approccio non è stato dei più semplici. Già dal primo colloquio, il direttore tecnico, dovette rendersi conto di quanto stress avessi accumulato. Le mie assurde paure... pensavo addirittura mi facesse male... affaticare troppo il mio fisico dopo anni e anni di inattività! Ed anche con il personale di sala (che qui pubblicamente ringrazio per la loro pazienza e competenza) mostravo tutto il mio essere insicura, la mia inadeguatezza al luogo, il mio sentirmi così impacciata nel compiere determinati movimenti. La mia timidezza, la mia **casalinghitudine**...(che considererei sconfitta almeno in parte...credo) lentamente, seduta dopo seduta di allenamento, si stanno allontanando... Già dallo spogliatoio, soprattutto noi del turno mattutino, iniziamo a rilassarci. Ci carichiamo a vicenda, ci incitiamo a lavorare bene e con impegno, ad essere “oneste”, a seguire la scheda lealmente senza imbrogliare (perché anche di questo si è capaci), anzi alle volte se qualcuna di noi, per la troppa fretta o per la poca voglia...aggiungo io...magari è costretta a saltare qualche esercizio, con l'auto-confessione pubblica, i consigli di tutte le altre a fare meglio e bene la prossima volta, si riesce anche a superare la giornata no, il momento giù, che può esserci e deve passare. Poi, in sala... sugli attrezzi (ma non si dovrebbe però!), inizia il **salotto** vero e proprio: si parla di cosa hanno dato in TV la sera precedente, del “fattaccio” momentaneo, se c'è l'esperto di cinema ci consiglia cosa andare a vedere... I ragazzi, di solito quelli più giovani rispetto a me... ma anche no... girano per

locali, raccontano le loro serate in pizzeria (dello “sgarro” settimanale...in gergo), le discoteche, i viaggi, la loro vita. Nasce il confronto, il predicozzo, magari qualcuno non è d'accordo... fra fiatone e sudore... si rischia di alzare il tono della voce... in effetti lo si fa per superare il rumore dei video musicali e del ronzio delle macchine in attività... allora ecco che entra in campo il **Capo!** Tenta di ristabilire l'ambiente tranquillo e sereno che solitamente si respira in palestra durante il turno pomeridiano/serale, che io qualche volta ho frequentato e, posso garantirvi, è più disciplinato! Però è gradevole e piacevole trascorrere insieme ai miei “compagni” quelle due ore in quel luogo di sacrificio e spensieratezza... Io lo chiamerei “uno strano angolo di paradiso”. L'allontana stress per eccellenza. Entro... mi accoglie il buon profumo dell'igiene (misto a candeggina ed aria calda che si respira negli spogliatoi), il saluto cordiale di tutti i fruitori, un personale sempre attento... e vado! Un altro mattoncino di prevenzione per una salute ed un futuro migliori!

Regina dei limoni. Eseguito da A. Landi





Condividiamo valori
per creare valore.

**alexa**[®]
wellnessclub

fornitori ufficiali
di **benessere**

Via P.Borsellino, 11

84080 Coperchia di Pellezzano > Salerno

Tel. 089 **568 001**

Fax 089 **9953507**

www.alexa.sa.it

info@alexa.sa.it