

IPOVISIONE

SCIENZA, INFORMAZIONE, CULTURA E MERCATO



A.R.I.S. Associazione Retinopatici ed Ipovedenti Siciliani



**La prima protesi italiana
di retina artificiale liquida**

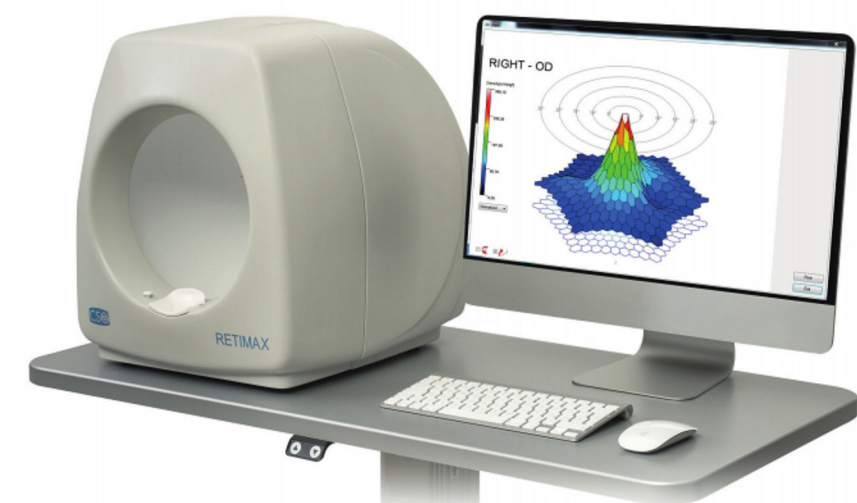
Il PDTA del Cheratocono

**Accessibilità e disabilità
visiva**

**Gli affluenti della
prigione**



RETIMAX ELETTROFISIOLOGIA OCULARE



MULTIFOCAL ERG, PERG, VEP, in tempo reale (brevettato). È il più diffuso e consolidato dispositivo per la diagnosi delle patologie retiniche eredo-degenerative e per la diagnosi precoce del Glaucoma.

Il dispositivo **VISION TRAINER** mira ad ottimizzare e normalizzare la performance visiva dei pazienti affetti da patologie oculari e neurooftalmologiche.

COBRA+ FUNDUS CAMERA | NON MIDRIATICA



MODULO DI INTEGRAZIONE CON ESAME ERG

L'immagine del fondo retinico fornita da **COBRA+** può essere combinata con l'esame ERG multifocale eseguito con il dispositivo RETIMAX. Questo modulo aggiuntivo fornisce una precisa indicazione della funzionalità di ogni area retinica analizzata, si rileva estremamente utile per la diagnosi ed il follow-up delle Degenerazioni Maculari e nelle patologie retiniche Eredo-degenerative.



VIA DEGLI STAGNACCI 12/E
50018 - SCANDICCI - FI - ITALY
TEL +39 055 72219 | FAX +39 055 721557
EMAIL: CSO@CSOITALIA.IT



WWW.CSOITALIA.IT



A.R.I.S.
Associazione
Retinopatici ed
Ipovedenti Siciliani

Sommario

Presidente ARIS: Rocco Di Lorenzo
Low Vision Academy

Presidente: Sergio Zaccaria Scalinci (Bologna)

Vice Presidente: Mario Bifani (Napoli)
Enzo Maria Vingolo (Roma)

Segretario Scientifico: Paolo G. Limoli

Consiglieri:

Federico Bartolomei (Bologna)
Paolo Carelli (Napoli)
Rocco Di Lorenzo (Palermo)
Roberto Iazzolino (Milano)
Luigi Mele (Napoli)
Marco Morales (Nottingham)
Lucia Scorolli (Bologna)

IPOVISIONE
SCIENZA, INFORMAZIONE, CULTURA E MERCATO

Editore: ARIS

(Associazione Retinopatici ed Ipovedenti Siciliani)
Iscrizione al R.O.C. n° 29823 del 05/07/17

Redazione c/o ARIS

Via Amm. Gravina, 53 - 90139 Palermo
Tel/ Fax 0917782629 e-mail: aris@ipovisione.org
Sito Internet: www.ipovisione.org

Direttore Responsabile: Rocco Di Lorenzo

Direttore editoriale: Fausto Valerio Di Lorenzo

Redattori: M. Lombardi, D. Matranga, R. Gugliotta

Hanno Collaborato: M. Bongi, V. Bucci, G. Carmucco, C. Faraone, M. Graziano, C. Pendolino, E. Teresi

Impaginazione e grafica: Antonino Fontana, Matteo Mascellino

Stampa

FGE Srl - Fabiano Gruppo Editoriale

Reg. Rivelle, 7/F - 14050 Moasca (AT)
Tel 0141 1706694 - Fax. 0141 856013
info@fgeditore.it - www.fgeditore.it

2 Le istituzioni sostengano l'impegno generoso dell'A.R.I.S. nel settore socio-sanitario

4 La prima protesi italiana di retina artificiale liquida

6 Percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale (PDTA) del Cheratocono

10 Covid19: il virus che impedisce ai pazienti di curarsi e tutelare la propria vista

12 Accessibilità e disabilità visiva

15 Bambini ipovedenti imparano il braille grazie ai LEGO

16 Gli affluenti della prigionia

18 Melchiorre Murenu



Editoriale a cura di Rocco Di Lorenzo

Presidente ARIS e FIRI

**Le istituzioni sostengano
l'impegno generoso dell'ARIS nel
settore socio-sanitario**



Riabilitazione visiva

L'ARIS svolge da circa 30 anni in Sicilia un'intensa attività di informazione, prevenzione e assistenza ai pazienti affetti da gravi patologie retiniche che spesso conducono all'ipovisione e alla cecità. In particolare, a partire dagli anni 2000, si è occupata di riabilitazione visiva degli adulti e dei pazienti in età evolutiva.

La Legge 284/97 (Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva) ha consentito, a diverse strutture (pubbliche e private) in Italia, di usufruire di fondi necessari per pagare i professionisti delle equipe (oculisti, ortottisti, assistenti sociali, psicologi, infermieri), di acquisire le attrezzature, di organizzare eventi formativi, di sostenere riviste di settore, come il trimestrale: "Ipovisione – scienze culture e mercato" edito da ARIS.

Questi fondi hanno permesso, pertanto, all'Associazione di sostenere il Centro di Ipovisione e Riabilitazione, ubicato presso l'Azienda Ospedaliera Cervello di Palermo, ed erogare gratuitamente le prestazioni professionali a tutti gli ipovedenti provenienti da diverse città siciliane. Sono state molteplici le iniziative di informazione e formazione rivolte a giovani professionisti, impegnati a garantire ai pazienti la possibilità di integrazione

sociale, scolastica e lavorativa. Presso l'Ospedale Cervello, qualche anno fa, l'ARIS ha organizzato un convegno nazionale "I centri italiani a confronto", che ha visto una larga partecipazione di professionisti e pazienti. Si è creata una osmosi di esperienze e la possibilità di collaborare per risolvere le criticità dei vari Centri di Riabilitazione.

Da un paio di anni non sono più stati erogati i fondi nazionali della legge 284/97 nonostante l'intervento della Sesta Commissione (Affari Sociali e Sanità dell'ARSS); la Regione Sicilia non è intervenuta per sostenere i pochi centri di riabilitazione operanti all'interno del territorio.

Attualmente a causa del COVID-19 c'è stato un ulteriore rallentamento nell'attività del Centro Ipovisione, proprio perché ubicato all'interno di un'azienda destinata prioritariamente alla cura dei pazienti affetti da COVID 19. Pertanto è necessario un intervento tempestivo da parte del direttore dell'Azienda sanitaria, oltre che da parte della Regione (Assessorato alla Salute), per scongiurare la chiusura definitiva del Centro.

Malattie Rare

Per quanto concerne le malattie rare, il centro ARIS sta affrontando da molti anni

questa tematica, in maniera particolare le malattie rare retiniche, in quanto non sempre attenzionate adeguatamente da oculisti, genetisti e biologi. Nell'ultimo decennio è nata l'esigenza di creare un Centro di Riferimento per l'assistenza e la ricerca delle malattie come la Retinite pigmentosa, la cromatopsia, la malattia di Stargardt e la Sindrome di Usher. Questo obiettivo è stato raggiunto grazie all'approvazione di un progetto PSN (Piano Sanitario Nazionale) che ha consentito, per un biennio, l'erogazione gratuita delle cure e la retribuzione del personale.

Il rischio che questi progetti non siano continuativi è alto; dunque l'unità operativa è costretta ad utilizzare personale precario con una possibile riduzione del livello di assistenza dei pazienti.

L'impegno dell'ARIS, in questo ultimo anno, è rivolto alla creazione di una Rete Regionale delle varie malattie rare, che coinvolge pazienti, familiari, medici e pediatri di base e, principalmente, i Centri di Riferimento. Questi ultimi (72 in Sicilia) si occupano di assistenza e ricerca delle malattie rare; sono ubicati prevalentemente nelle Aziende Ospedaliere Universitarie di Palermo, Catania e Messina.

L'obiettivo dell'ARIS - sostenuta da PTEN Italia, IRIS, Federazione UNIAMO, Comune di Palermo, Regione Sicilia - è quello di creare una sinergia tra le Associazioni e i Centri di Riferimento, di ridurre i "viaggi della speranza", potenziando i Centri con strutture e dotazioni organiche adeguate, personale qualificato, creazione di equipe multidisciplinari, al fine di consentire l'applicazione dei Percorsi Diagnostici,

Terapeutici e Assistenziali (PDTA).

Inoltre l'Associazione sta creando il sito "malattieraresicilia.org" rivolto alle Associazioni, ai pazienti rari e ai Centri di Riferimento; sta raccogliendo le esperienze dei malati in un volume di medicina narrativa e infine, come obiettivo, intende realizzare uno sportello informativo multidisciplinare collegato anche con l'ISS (Istituto Superiore di Sanità).

Comitati Consultivi Aziendali

La Regione Sicilia, attraverso un'adeguata azione legislativa (Legge n°5/2009), ha voluto istituire i CCA (Comitati Consultivi Aziendali) che, operando nelle Aziende Sanitarie rappresentate dalle Associazioni degli utenti, oltre che dai rappresentanti degli Ordini delle professioni sanitarie, raccolgono le istanze dei cittadini e delle fasce più deboli.

L'articolo 8 della suddetta Legge consente una partecipazione democratica e importante attraverso l'erogazione non obbligatoria di pareri, da parte dei CCA, sulle attività più significative della vita e della gestione delle Aziende sanitarie. La mancata obbligatorietà, insieme al mancato coinvolgimento delle Associazioni relative ai CCA, non ha permesso il raggiungimento degli obiettivi prefissati, descritti dalla normativa.

In conclusione le Associazioni continueranno a richiamare l'attenzione del Direttore generale, dell'Assessorato alla Salute e della Sesta Commissione dell'ARSS, affinché intervengano per ridurre le distanze tra i cittadini e i loro amministratori e per applicare pienamente gli obiettivi prefissati dalla Legge.

Si informano i gentili lettori che a causa della
pandemia da COVID-19 il convegno della **Low Vision**
Academy programmato per settembre è rimandato al 2021
con data da programmare

La prima protesi italiana di retina artificiale liquida

tratto da "Corriere della sera"



Una protesi artificiale liquida di retina, utile a contrastare in futuro gli effetti di malattie come la Retinite pigmentosa e la degenerazione maculare legata all'età che portano alla progressiva degenerazione dei fotorecettori della retina, causando cecità.

Il progetto

L'idea nasce dalla collaborazione tra i ricercatori del Center for Synaptic Neuroscience and Technology dell'Istituto Italiano di Tecnologia di Genova coordinato da Fabio Benfenati e un team del Center for Nano Science and Technology dell'IIT di Milano, coordinato da Guglielmo Lanzani, con la Clinica Oculistica dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, diretta dalla dottoressa Grazia Pertile. Il team multidisciplinare che vede coinvolti anche partner scientifici come l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova e il CNR di Bologna. Lo studio, pubblicato sulla rivista internazionale Nature Nanotechnology, rappresenta lo stato dell'arte nell'ambito delle protesi retiniche ed è un'evoluzione del modello di retina artificiale planare sviluppato dallo stesso team nel 2017. Il modello di retina artificiale di "seconda generazione" è biocompatibile, ad alta risoluzione ed è costituito da una componente acquosa in cui sono sospese nanoparticelle polimeriche

fotoattive realizzate ad hoc nei laboratori IIT, delle dimensioni di circa 1/100 del diametro di un capello, che prendono il posto dei fotorecettori danneggiati. La naturale stimolazione luminosa delle nanoparticelle provoca l'attivazione dei neuroni retinici risparmiati dalla degenerazione, mimando così il processo cui sono deputati i fotorecettori della retina nei soggetti sani.

Come funziona

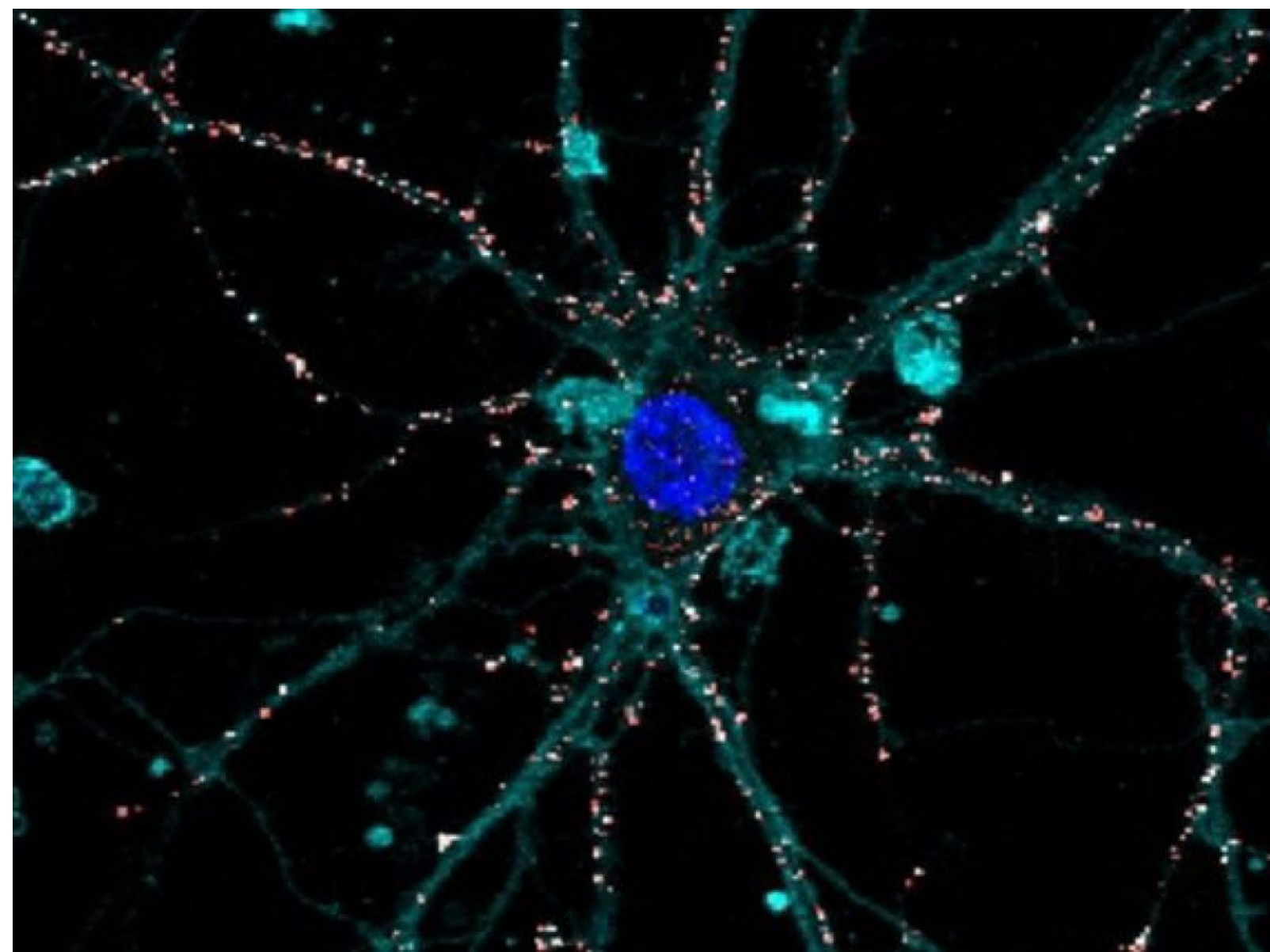
Rispetto ad altri approcci già esistenti, la nuova natura liquida della protesi, assicura interventi più brevi e meno traumatici che consistono in microiniezioni delle nanoparticelle direttamente sotto la retina, dove queste restano intrappolate prendendo il posto dei fotorecettori degenerati, oltre a una maggior efficacia. I risultati sperimentali dimostrano che l'innovativa tecnica rappresenta una valida alternativa ai metodi utilizzati fino ad oggi per ripristinare la capacità fotorecettiva dei neuroni retinici preservandone la risoluzione spaziale, gettando basi solide per futuri studi clinici sull'uomo. Inoltre, lo sviluppo di questi nanomateriali fotosensibili apre la strada a nuove applicazioni nel campo delle neuroscienze e della medicina.

Le prospettive future

«La creazione di una retina artificiale liquida

ha grandi potenzialità per assicurare un campo visivo ampio e una visione ad alta risoluzione. Racchiudere i polimeri fotoattivi in piccole particelle di dimensioni inferiori ai fotorecettori, aumenta la superficie attiva di interazione con i neuroni retinici, permette di coprire agevolmente l'intera superficie della retina e di scalare la fotoattivazione a livello di singolo neurone», dichiara Fabio Benfenati, Direttore del Center for Synaptic Neuroscience and Technology dell'IIT di Genova. «In questo lavoro abbiamo applicato le nanotecnologie alla medicina – aggiunge Guglielmo Lanzani, Direttore del Center for Nano Science and Technology dell'IIT di Milano -. In particolare abbiamo fabbricato in laboratorio nanoparticelle polimeriche simili a gomitoli che si comportano come minuscole celle

fotovoltaiche, a base di carbonio e idrogeno, componenti fondamentali della biochimica della vita. Le nanoparticelle formano piccoli aggregati di dimensioni confrontabili a quelle delle cellule e si comportano di fatto come fotorecettori artificiali». «La procedura chirurgica per l'iniezione sottoretinica delle nanoparticelle fotoattive è minimamente invasiva e potenzialmente replicabile nel tempo, a differenza delle protesi retiniche planari – conclude Grazia Pertile, Direttrice dell'Unità Operativa di Oculistica dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar -. Il tutto mantenendo i vantaggi della protesi polimerica, che è naturalmente sensibile alla luce che entra nell'occhio e non necessita di occhiali, telecamera o sorgenti di energia esterne».



Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA) Cheratocono

di Chiara Faraone



Il cheratocono è una patologia oculare che comporta una graduale trasformazione della forma della cornea (la membrana trasparente davanti all'iride e alla pupilla) che diventa irregolare e conica con conseguente peggioramento della vista. Questa condizione insorge solitamente tra i 10 e i 25 anni; colpisce sempre entrambi gli occhi, con grave modificazione della vista. La causa non è nota. I fattori di rischio comprendono: anamnesi familiare positiva per cheratocono, un disturbo atopico, un vigoroso sfregamento degli occhi, lassità palpebrale, alcune connettivopatie, sindrome di Down, patologie congenite con scarsa vista e apnea ostruttiva del sonno.

Il Cheratocono è una condizione relativamente rara, la cui incidenza è di circa 1/2.000 per anno.

I quadri di cheratocono sono eterogenei per età di insorgenza, aggressività e sede della lesione. Generalmente insorge durante la prima pubertà e progredisce fino alla terza-quarta decade per poi arrestarsi. Sono descritte raramente forme ad esordio più tardivo (terza-quarta decade). Le forme ad esordio precoce solitamente hanno andamento maggiormente aggressivo e sono più frequenti nei maschi. Le forme ad esordio in età pediatrica sono più frequentemente familiari.

È impossibile prevedere l'evoluzione della malattia, comunque pazienti di età superiore ai 35 anni che non mostrino

variazioni topografiche significative per 2-3 anni, difficilmente dovranno sottoporsi ad un intervento chirurgico, se non per l'insorgenza di intolleranza alle lenti corneali. Per i pazienti per cui si rende necessario l'intervento, il tempo medio tra la diagnosi e la chirurgia in genere è di circa 10 anni.

Usualmente il cheratocono si sviluppa prima in un occhio, il secondo occhio viene coinvolto normalmente in un secondo momento ed in forma più leggera. È comunque riportata una bilateralità in circa il 96% dei casi. I casi bilaterali riconosciuti sono aumentati grazie alla diffusione di moderni mezzi diagnostici che consentono una più agevole diagnosi precoce anche in assenza di importanti deficit soggettivi.



DIAGNOSI

La diagnosi può essere sospettata durante la visita oculistica di base quando vengono evidenziati una miopia e/o un astigmatismo insorti improvvisamente con comparsa di mire irregolari all'esame oftalmometrico. Il cheratocono può infatti essere messo in evidenza con l'oftalmometro di Javal, che mostra in questo caso una non concomitanza delle mire dell'oftalmometro, un lieve astigmatismo generalmente tra i 15° e i 20° e l'impossibilità di mettere in asse tra loro le linee centrali delle due immagini rossa e verde.

La diagnosi di certezza viene effettuata attraverso l'esecuzione della topografia corneale computerizzata che permette di valutare il potere diottrico e la morfologia della curvatura dell'intera superficie corneale mostrata con mappe topografiche colorimetriche.

La topografia, inoltre, permette di controllare l'evoluzione della patologia nel tempo e costituisce un importante ausilio per la programmazione di eventuali interventi chirurgici.

A completamento diagnostico e per valutare l'evoluitività del cheratocono nel tempo è necessario eseguire anche la misurazione dello spessore corneale con la pachimetria.

Utile per il monitoraggio del cheratocono è anche l'esame della refrazione in quanto, nelle fasi iniziali, è presente generalmente un astigmatismo miopico, molto raramente l'astigmatismo può essere di tipo ipermetropico, per lo più si tratta di un astigmatismo contro regola od obliquo. Un cambiamento di asse o di potere dell'astigmatismo è spesso indice di evoluzione della patologia. A causa dell'aumento della curvatura corneale nella sua porzione centrale, si riscontra astigmatismo irregolare miopico, spesso di alto grado, che riduce notevolmente l'acutezza visiva. Molti pazienti affetti da cheratocono hanno riduzione della acuità visiva, sia naturale che corretta; tuttavia esistono casi con acuità visiva normale, sia naturale che corretta.

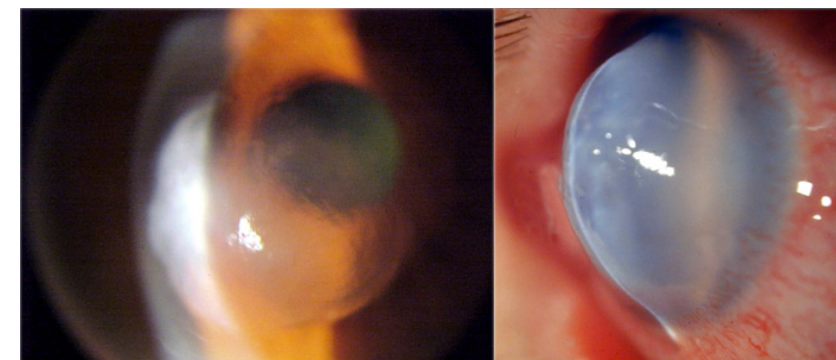
Altri sintomi soggettivi tardivi possono essere fotofobia, lacrimazione e

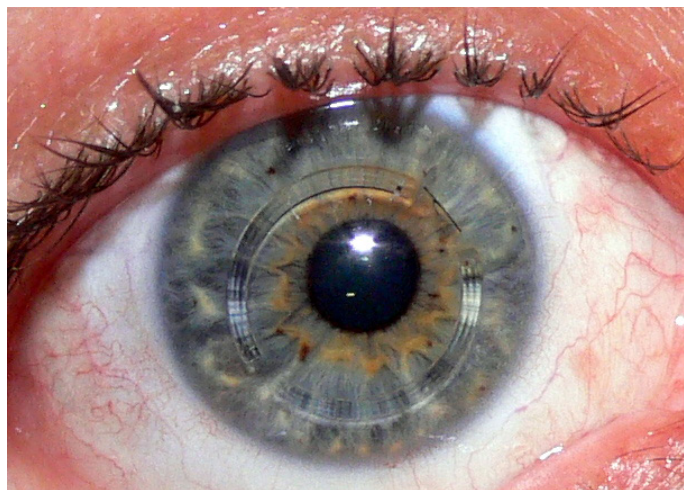
diplopia monoculare.

I sintomi riscontrati dal paziente, inoltre, possono variare in relazione allo stadio della malattia. Il paziente non avverte infatti quasi alcun sintomo nelle forme fruste di cheratocono, mentre ben diverso è il quadro in presenza in fase avanzata dello stesso.

Quando, in una condizione di cheratocono preesistente e in genere avanzata, si determina una rottura della membrana di Descemet si ha il quadro di "idropo corneale acuta", detta anche Cheratocono acuto. Ciò determina un improvviso passaggio di umor acqueo nello stroma corneale con conseguente rigonfiamento ed opacamento della cornea. Soggettivamente il paziente avverte, oltre all'improvvisa e marcata riduzione del visus, iperemia, epifora e fotofobia. L'evoluzione spontanea del quadro clinico va generalmente verso un lento e progressivo riassorbimento dell'edema con una successiva zona di opacamento ed appiattimento della cornea in corrispondenza per la presenza di un leucoma corneale. Il riassorbimento del liquido è dovuto alla chiusura della soluzione di continuo della membrana di Descemet determinata dall'allargamento e dallo scivolamento delle cellule endoteliali adiacenti alla zona della rottura.

Una volta posta la diagnosi di Cheratocono devono essere prescritte delle visite di follow-up ravvicinate in caso di pazienti molto giovani, dopo 6 mesi -1 anno nei soggetti adulti che non necessitano di intervento chirurgico. Nei casi sottoposti ad intervento chirurgico vengono effettuate circa 6 visite di controllo in un anno, poi la cadenza diventa in linea di massima annuale; gli intervalli prestabiliti possono variare in caso di necessità.





TERAPIA

In presenza di cheratocono evolutivo con correzione ottica accettabile con occhiali e/o lenti a contatto o al momento della diagnosi in soggetti in età pediatrica o comunque molto giovani, è possibile ricorrere ad una terapia parachirurgica, il cosiddetto “cross-linking” del collagene corneale. Questo trattamento permette di “irrobustire” le lamelle corneali ritardando o bloccando il progressivo sfiancamento corneale, mediante l'irradiazione dello stroma con raggi ultravioletti catalizzati dalla riboflavina (Vit B2). Sono allo studio trattamenti “accelerati” per ridurre i tempi di esposizione ai raggi ultravioletti. Gli attuali risultati di questo tipo di trattamento permettono in molti casi di evitare un trattamento chirurgico vero e proprio.

La terapia chirurgica dipende dallo stadio evolutivo della patologia. Nel periodo rifrattivo la sola correzione del difetto visivo con occhiali o lenti a contatto consente al paziente una vita relazionale e lavorativa soddisfacente.

Le lenti a contatto (LAC) rappresentano molto spesso l'unico mezzo correttivo efficace per correggere un cheratocono. Le lenti troppo piatte però, assieme all'uso eccessivo e alla progressione del difetto, determinano la principale complicanza in cui incorre il paziente portatore di lenti con cheratocono: la fibrosi apicale, una cicatrice opaca della cornea localizzata all'apice del cono che riduce la vista e la tollerabilità delle lenti, spesso in modo permanente. Essa dipende da ripetuti meccanismi microtraumatici, legati all'eccessivo appoggio all'apice del “cono”

da parte delle lenti. I primi sintomi sono spesso solamente fastidi o sensazione di corpo estraneo. Solo le fasi avanzate producono una seria riduzione delle tollerabilità. La lente a contatto ideale dovrebbe seguire la deformazione del cono, trovando più punti di appoggio e cercando di evitare l'appoggio solo apicale. Inoltre non dovrebbe essere portata ininterrottamente, ma dovrebbe essere utilizzata limitando le ore di applicazione allo stretto necessario.

In un primo tempo, in caso di cheratocono non progressivo, in pazienti adulti divenuti intolleranti alle lenti a contatto, è possibile intervenire con l'impianto di speciali anelli in materiale plastico inseriti all'interno dello spessore dello stroma corneale che aiutano a ridurre e regolarizzare l'astigmatismo, permettendo di riprendere l'uso delle lenti a contatto e di ottenere un miglioramento dell'acuità visiva naturale e corretta anche con occhiali.

In presenza di cheratocono evolutivo e negli stadi più avanzati, specialmente in caso di perdita della trasparenza della cornea e quando la correzione con occhiali o lenti a contatto non permette di raggiungere un visus utile all'attività lavorativa o relazionale del paziente e sono state esplorate senza successo tutte le altre possibilità terapeutiche, è necessario eseguire un trapianto di cornea.

Presso i Centri di Riferimento Regionali delle malattie rare dell'occhio possono accedere tutti i pazienti con diagnosi presunta o conclamata di cheratocono.

Ai pazienti sarà effettuata una visita completa comprendente esame della vista naturale e corretta, topografia e pachimetria corneale, esame del fondo oculare e rilevazione del tono oculare.

Una volta verificata l'effettiva diagnosi di cheratocono, sarà rilasciato il certificato di esenzione e saranno pianificati visite di controllo, eventuali ulteriori accertamenti, interventi parachirurgici per la stabilizzazione della patologia o interventi chirurgici veri e propri.

Inoltre verrà garantita anche l'assistenza psicologica, psico-sociale e socio-assistenziale con cui si offre al paziente uno spazio in cui

rendere più semplici la gestione emotivo-relazionale della patologia e la conoscenza dei diritti sociali e previdenziali.

L'intervento psicologico è finalizzato alla presa in carico di condizioni di sofferenza psichica che riguardano:

- il disagio psicologico associato all'esperienza di malattia;
- le emergenze psicopatologiche associate o secondarie alla patologia visiva;
- l'incidenza che la condizione clinica ha sulla dimensione esistenziale del paziente e sulla qualità di vita;
- gli effetti della sofferenza emotiva del paziente sui familiari e sugli operatori;
- il disagio psicologico associato all'esperienza del trapianto di cornee in fase pre e post operatoria.

Nei casi in cui l'evoluzione della patologia comporta il trapianto di cornea quale terapia d'intervento, l'agire dello psicologo si colloca sia in fase preoperatoria che in fase postoperatoria.

La fase preoperatoria è caratterizzata dalla valutazione di una molteplicità di aree che riguardano il paziente, focalizzando soprattutto il grado di collaborazione (compliance) e le aspettative circa il trapianto, analizzando le risorse e i punti critici del singolo e dell'ambiente sociale in cui è inserito e favorendo la consapevolezza dei rischi cui potrebbe andare incontro.

La fase postoperatoria prevede un intervento di sostegno finalizzato a:

- aiutare il paziente nel processo di integrazione del nuovo tessuto nell'immagine del proprio corpo, al di là dell'euforia per la sensazione di rinascita;
- creare intorno al paziente un ambiente familiare che faccia da intermedio punto d'appoggio nel passaggio dalla posizione di malato alla nuova condizione di persona non ancora guarita;
- promuovere la fiducia propedeutica a migliorare le capacità di adattamento alle situazioni difficili;
- accrescere la capacità di stabilire buone relazioni interpersonali da cui trarre sostegno emotivo.

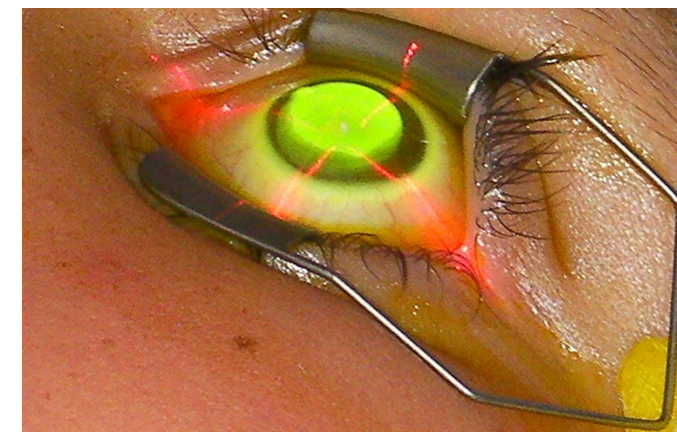
L'intervento del servizio sociale ha la finalità di:

- prevenire, affrontare e risolvere, attraverso l'elaborazione di progetti individualizzati, i disagi e i bisogni psico-socio-assistenziali connessi alla malattia ed alla riabilitazione con un'attenzione incentrata sul paziente e il suo nucleo familiare;

- promuovere modelli assistenziali che, in collaborazione ai servizi territoriali, assicurino all'utente ed al suo nucleo familiare la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio.

Nello specifico, il lavoro professionale dell'assistente sociale all'interno dell'equipe multidisciplinare si attua attraverso interventi diretti rivolti all'utenza, ovvero:

- accoglienza dell'utenza, attraverso la presentazione del servizio, la raccolta dati anagrafici e la compilazione della scheda sociale;
- chiarificazione e sostegno fornito al paziente e/o alla famiglia per la focalizzazione e la gestione delle problematiche di natura psico-sociale derivanti dalla situazione di disagio;
- segretariato sociale atto a fornire azione di informazione, consulenza ed orientamento sulle provvidenze assistenziali previste dalla normativa vigente (riconoscimento handicap, invalidità civile, indennità di accompagnamento, collocamento obbligatorio);
- promozione ed organizzazione delle risorse, sia quelle possedute dall'utente (affinché possa affrontare responsabilmente, autonomamente e con chiarezza la propria situazione di disagio) sia quelle presenti sul territorio per garantirne una loro utilizzazione e messa in rete;
- azione di filtro e collegamento con i servizi e le strutture del territorio (ASP, S.S.T., Associazioni del privato sociale).



Covid19: il virus che impedisce ai pazienti di curarsi e tutelare la propria vista

di Martina Graziano



“Abbiamo osservato un crollo delle visite oculistiche, per paura di essere contagiati dalla promiscuità con pazienti positivi, e quindi in grado di infettare chi è sano, e questo impedisce ai medici oculisti di attivarsi, come da norma, per tutelare la vista”.

Con questo appello, la rivista SOI (Società Oftalmologica Italiana) vuole sollecitare l'attuazione di Misure di protezione da adottare da Medici Oculisti, dal Personale sanitario e amministrativo e dai Pazienti poiché, come spiega il Presidente SOI, “è fondamentale che tutti siano messi in grado di conoscere il loro effettivo stato di salute e la possibilità di contagiare altre persone, in modo da evitare il ripetersi di nuovi focolai di contagi ma soprattutto al fine di evitare di mettere insieme persone che potrebbero essere contagiose con coloro che invece non lo sono”.

Il Presidente SOI, pertanto, ha scritto una lettera al Ministro della Salute, segnalando a più riprese tutte le criticità che hanno comportato la sospensione dell'attività chirurgica ambulatoriale e delle visite oculistiche a livello ospedaliero. Inoltre ha evidenziato come vi sia stato un numero imponente di pazienti affetti da malattie degli occhi che non hanno avuto accesso alle visite e terapie salva vista, in quanto ridotte o sospese in tutti gli ospedali; molti pazienti per paura di un eventuale contagio hanno spontaneamente evitato di sottoporsi alla visita, senza realmente comprendere la gravità delle conseguenze di

talune patologie. Infatti nella lettera viene anche segnalato il dato statistico di un calo del 90% dei distacchi di retina registrati in Pronto Soccorso.

SOI, a questo proposito ha emanato, a salvaguardia della sicurezza dei pazienti, delle stringenti linee guida che prevedono l'individuazione dei pazienti potenzialmente contagiosi attraverso specifiche domande di selezione attuate per telefono valutandone la possibilità di accesso allo studio medico o all'ambulatorio chirurgico. A riguardo SOI ritiene che l'uso del tampone sia fondamentale e che le motivazioni per l'applicazione del tampone ai pazienti che si sottopongono a intervento chirurgico, siano valide ed applicabili anche per i pazienti che devono sottoporsi a visite e/o esami.

SOI suggerisce una serie di indicazioni a protezione dei pazienti, dei medici oculisti, del personale sanitario e amministrativo.

Per la tutela dei pazienti e del personale, SOI suggerisce di tenere il seguente comportamento durante la permanenza dei pazienti all'interno di una struttura Medico Oculistica Privata.

1) I pazienti sono, su indicazione del personale, invitati a tenere la mascherina durante la permanenza in studio e durante i vari esami per la loro sicurezza e tranquillità.

2) Tutti gli esami, eseguiti durante la visita, verranno fatti senza contatto fisico; qualora si rendesse necessario il contatto, il personale sanitario indosserà guanti protettivi, inoltre dopo gli esami effettuati ad ogni paziente, il personale

laverà le mani con soluzioni disinfettanti.

3) Tutto il personale, durante gli esami clinici utilizzerà occhiali di protezione per impedire ogni contatto con gli occhi.

4) Il personale pulirà con liquidi disinfettanti, tra una visita e l'altra, tutte le parti degli strumenti che entrano in contatto con il paziente.

5) All'interno degli uffici sono posizionati degli erogatori di sostanze detergenti-sterilizzanti per le mani e il paziente deve servirsene con frequenza ogni qualvolta lo ritenga necessario.

6) I bagni vengono puliti frequentemente come le maniglie delle porte e i rubinetti.

7) I pazienti sono invitati a non stringere la mano al personale dello studio ed evitare baci, abbracci e contatti fisici

8) Il personale cercherà di limitare la permanenza dei pazienti nelle sale d'attesa e di limitare il numero delle persone presenti, onde ridurre i contatti interpersonali osservando semplici regole di buon senso.

9) I pazienti con congiuntiviti sono invitati a farsi visitare negli ambulatori ospedalieri di oculistica.

10) I pazienti con raffreddore, febbre o sintomi influenzali devono essere informati sulla necessità di posticipare la visita di qualche giorno fino a completo recupero fisico.

11) Fino al ritorno alla normalità è necessario condividere e rispettare le precauzioni su menzionate.

Per i medici oculisti, e per il personale sanitario e amministrativo

1) Detergere e disinfettare occhiali di prova, tutte le mentoniere e le frontiere di strumenti con cui i pazienti entrano in contatto e tutte le parti degli strumenti toccate dal paziente.

2) Pulire con frequenza e con soluzione disinfettante le superfici, le maniglie e ogni oggetto che entra a contatto con i pazienti.

3) Pulire e sterilizzare tutti gli strumenti che vengono a contatto con l'occhio del paziente: tonometri in particolare oltre a 3 specchi e gonioscopi.

4) I guanti sono una protezione molto valida:

indossarli in modo appropriato e toglierli in modo che le parti entrate a contatto con il paziente non entrino a contatto con le proprie mani.

5) Utilizzare, quando possibile, occhiali protettivi da tenere sul viso durante le varie attività con i pazienti.

6) Evitare l'uso di colliri multidose che possono essere fonti di contaminazione se toccano le palpebre e le congiuntive dei pazienti.

7) Non toccare palpebre, occhi, naso e bocca dei pazienti e se è necessario, farlo con i guanti.

8) Tutto il personale è invitato ad osservare le norme di protezione personale oltre a quelle dei pazienti, evitando di stringere la mano, baci, abbracci e contatti fisici con le altre persone.

9) L'infezione da Corona virus persisterà per mesi e, quindi, abituarsi all'idea delle precauzioni su menzionate. Una protezione è anche una distanza di un metro o più tra le persone. Il lavaggio delle mani deve durare 20" almeno. Cambiare l'aria con frequenza nei locali.

10) Per l'Accettazione: chiedere se il paziente ha raffreddore, sintomi influenzali, febbre, tosse, congiuntiviti, in tal caso, invitarlo a rivolgersi agli ambulatori oculistici ospedalieri.



Accessibilità e disabilità visiva

di Caterina Pendolino



L'accessibilità è una realtà democratica per consentire la fruizione del patrimonio culturale, con un linguaggio universale, che non esclude nessuno nell'utilizzo dello spazio, delle informazioni e delle opere.

In questo periodo così particolare, l'esperienza del lockdown, ci ha fatto percepire il valore della libertà, mostrandoci dei limiti che non siamo abituati ad avvertire usualmente. Ecco questa sensazione la vivono quotidianamente le persone che hanno delle disabilità motorie e sensoriali con le diverse problematiche riguardo all'accessibilità, che, purtroppo, spesso determinano l'autoesclusione, perché non si usano i corretti strumenti e i supporti che possono essere un prezioso ausilio per poter accedere a determinate informazioni. Così l'organizzazione delle città, nei suoi diversi aspetti, presenta caratteristiche che provocano molto spesso esclusione sociale, tanto sul piano socioeconomico che su quello culturale.

Rispetto ai beni culturali, le persone disabili vivono il rischio di:

- un'esclusione dell'accesso fisico;
- un'esclusione della partecipazione ai processi creativi;

• un'esclusione da una rappresentazione che nasconde la diversità.

I musei, infatti, sono molto spesso un esempio concreto di esclusione. Questi ultimi, essendo depositari di un patrimonio collettivo, hanno la necessità di svolgere una funzione coerente con la loro natura, in ciascuna delle specializzazioni in cui questa si articola, nella conservazione e tutela del patrimonio culturale, nella valorizzazione e studio delle opere e nella fruizione dei beni che sono patrimonio di tutti.

I musei sono istituzioni pubbliche al servizio della collettività. La presente pubblicazione intende sensibilizzare i musei sulle esigenze delle persone con disabilità, incoraggiandoli a eliminare le barriere esistenti e a evitarne di nuove. I musei devono essere sostenuti nello sforzo di migliorare la loro accessibilità alle persone con disabilità e stimolarne la partecipazione alla vita culturale.

Per una migliore accessibilità e una piena partecipazione alla vita culturale delle persone con disabilità, è necessario l'impegno di tutte le sezioni di un museo.

Disponibilità e apertura da parte della direzione sono necessarie perché il museo impronti le sue linee guida a una filosofia senza barriere, rendendo disponibili i fondi necessari.

Attuare concetti come "integrazione", "inclusione" e "partecipazione" aiuta a orientarsi sulla strada verso la realizzazione di musei senza barriere, aperti a tutti.

- Integrazione significa inserire nella comunità persone che, per motivi diversi, ne sono escluse. L'obiettivo è la partecipazione con pari opportunità, al fine di rendere possibile, ad esempio, una visita al museo in autonomia e la fruizione senza ostacoli dell'offerta culturale.

- Inclusione significa, quindi, naturale partecipazione agli eventi della vita sociale da parte di tutti, su un piano di parità. A differenza di una partecipazione passiva, l'inclusione punta al coinvolgimento attivo e alla codeterminazione di tutte le parti in causa. I diversi visitatori del museo

possono fruire della stessa offerta su un piano di parità. Nel museo, l'inclusione è raggiunta quando le condizioni sono ottimali per tutti i visitatori e per tutti esiste la possibilità di scegliere.

L'esperienza dei musei tattili costituisce una realizzazione concreta in questa direzione ed un riferimento per ulteriori sviluppi, che dovrà caratterizzarsi con la possibilità di esplorazione all'interno delle sedi museali comuni a tutti.

Dobbiamo pensare in maniera diversa gli spazi, consentendo a tutti di poter fruire in tranquillità e sicurezza delle architetture e degli spazi urbani, e poter accedere alle informazioni del patrimonio artistico culturale, grazie all'ausilio dei pannelli tattili e tecnologia ICT, che consentono di accedere alle immagini e alle informazioni in una chiave moderna, dinamica e interattiva; un linguaggio universale aperto a tutti in quanto ne beneficiano persone di qualsiasi estrazione sociale e culturale e di diverse età.



Naturalmente tutto ciò viene progettato, tenendo conto delle varie problematiche. I non vedenti possono raggiungere le stesse competenze delle persone vedenti, utilizzando strumenti predisposti appositamente per il raggiungimento di tale finalità.

Le differenze non sono quantitative, ma qualitative. Occorre di conseguenza rispettare e valorizzare le modalità conoscitive, in particolare, dei non vedenti e ipovedenti che hanno la tendenza a sviluppare in modo specifico l'attenzione e la memoria, una tendenza che è resa possibile dalla particolare forza di concentrazione dell'udito e del tatto. La percezione uditiva e tattile, a differenza di quella visiva, che provoca una rapida dispersione dell'attenzione a causa della simultaneità di vari stimoli, consente un particolare lavoro di concentrazione. Naturalmente il non vedente sperimenta anche il limite di tale caratteristiche, poiché la piena concentrazione su un oggetto fino a dimenticare completamente il contesto in cui questo è inserito, che è esperienza comune per i vedenti, non gli è possibile, essendo costretto a mantenere sempre un certo controllo, attraverso l'udito, sull'ambiente circostante.

L'esplorazione tattile, a differenza della visione che è simultanea e sintetica, consente inoltre una conoscenza più analitica, capace di catturare dettagli e aspetti particolari. La compensazione, ci spiega Vygotskij nei Fondamenti di difettologia, non avviene sul piano dei sensi attraverso un aumento della sensibilità degli organi integri, perché la carenza di un organo non viene compensata da un miglior funzionamento degli altri. Nelle

persone non vedenti non c'è uno sviluppo accentuato delle funzione del tatto dell'udito. Questo è più una conseguenza che una causa. La compensazione si realizza a livello della mente, delle funzioni psichiche, e interessa l'attenzione e la memoria, consentendo un'originale organizzazione concettuale dei dati dell'esperienza raccolti attraverso i sensi attivi. Anche la fonte più importante per lo sviluppo umano, il linguaggio, è lo stesso per i non vedenti e per i vedenti. Il Braille ha giovato ai ciechi dando loro la possibilità di leggere e scrivere, si è rilevato importante come il sesto senso e della sensibilità tattile e uditiva.

Occorre curare la valorizzazione di queste caratteristiche nella ricerca di nuove possibilità nella relazione fra cecità e arti figurative, per troppo tempo pregiudizialmente esclusa.

Possiamo dire che siamo arrivati in un periodo maturo, dove si è raggiunta una consapevolezza del problema dell'esclusione sociale e si sono trovate diverse soluzioni innovative, tecnologiche e soluzioni architettoniche, guidate dalle varie normative, si è arrivati ad una piena consapevolezza di un nuovo museo inclusivo.



Bambini ipovedenti imparano il braille grazie ai LEGO

Tratto da "Famiglia cristiana"



A breve saranno immessi sul mercato dei particolari mattoncini LEGO che permetteranno ai bambini ipovedenti di conoscere (o riconoscere) le sagome delle lettere, dei numeri e dei simboli scritti in braille, favorendo così l'interazione tra i bambini ipovedenti con tutti gli altri.

In Italia bisognerà attendere fino alla primavera del 2021, mentre in altri Paesi come: Brasile, Danimarca, Francia, Germania, Norvegia, Regno Unito e Stati Uniti arriveranno a breve. Grazie ai LEGO Braille Bricks sarà possibile introdurre un nuovo approccio che aiuterà i bambini ipovedenti a sviluppare una vasta gamma di abilità tattili e ad imparare il sistema braille divertendosi.

I mattoncini manterranno la loro forma iconica, ma a differenza dei normali LEGO, gli "stud" (ossia bottoni) situati nella parte superiore, sono disposti in modo da corrispondere alle singole lettere e numeri dell'alfabeto braille, rimanendo comunque completamente compatibili con il gioco LEGO System. Ogni mattoncino mostra la versione stampata della lettera, il numero o il simbolo, permetteranno comunque di essere utilizzati contemporaneamente e in modo collaborativo da coetanei ipovedenti, ma anche da compagni di classe o dagli stessi insegnanti, per giocare e imparare in modo divertente, tutti insieme e in una condizione di parità.

"Con i mattoncini braille, LEGO Foundation ha creato per i bambini non vedenti un modo totalmente nuovo e coinvolgente per imparare a

leggere e scrivere" afferma il Director of Services at The Royal National Institute of blind people, che ha lavorato con LEGO Foundation per sviluppare e testare i mattoncini nel Regno Unito, afferma inoltre: "Il braille è uno strumento importante, in particolare per i giovani con problemi alla vista. Questa ingegnosa novità apre un mondo tutto nuovo di apprendimento ludico che insegna ai bambini il braille, coinvolgendo anche i loro compagni di classe in modo divertente e interattivo".

Il kit LEGO braille bricks si basa su un concetto pedagogico semplice: imparare attraverso il gioco, LEGO Foundation intende anche collaborare con gli insegnanti attraverso un gruppo Facebook, dove questi ultimi potranno incontrarsi per condividere i migliori esercizi, le idee creative e le esperienze ludiche con i mattoncini.

In ogni paese verranno distribuiti gratuitamente insieme alla istituzioni, a scuole selezionate e servizi per l'educazione dei bambini con problemi visivi. Ogni kit conterrà oltre 300 LEGO bricks che comprendono l'intero alfabeto della lingua scelta, i numeri da 0-9, i simboli matematici e i segni di punteggiatura. In vari paesi come: Danimarca, Brasile, Regno Unito, sono stati effettuati vari test nel corso di quasi due anni. In questi stessi paesi il progetto è in fase di lancio. Questa iniziativa all'inizio del 2021 verrà lanciata in altri 13 Paesi, tra cui l'Italia.

Gli affluenti della prigionia

di Rocco Di Lorenzo



La vista è come un fiume che trasporta informazioni al cervello. Ne trasporta migliaia e con una velocità che supera quella della luce. Le notizie si combinano in fretta, in modo sempre diverso, producendo sentimenti, attenzioni, a volte gioie e dolori. Il fiume ha due grossi affluenti, sono l'udito e il tatto, che corrono nella stessa direzione ma con minore velocità. La combinazione delle tre specie, crea immagini più nitide, sentimenti più chiari, gioie più forti.

Il fiume, poi, ha anche altri due affluenti minori che spesso sottovalutiamo, l'olfatto e il gusto.

Quando Roberto, stimato industriale della carta stampata, fu rapito, ebbe modo di riflettere sull'importanza dei due affluenti minori.

Bendato e con due tappi alle orecchie, non vedeva il volto dei suoi sequestratori, non sentiva i loro passi, né le conversazioni. Allora odorava profondamente l'aria in quei pochi metri quadri, sotto terra, per capire dove si trovasse. Il caldo era soffocante, l'afa rendeva più forti tutti i profumi intorno. Aveva intuito di trovarsi in campagna e che poco distante ci fossero animali da pascolo. Il latte gli veniva fatto bere tutte le mattine,

da mani sconosciute, era sempre tiepido e dal sapore stucchevole.

I primi giorni li aveva trascorsi nella più totale confusione. Al buio era stato rapito, di notte mentre ancora dormiva nel letto accanto alla moglie. Incappucciato con la forza e trascinato su un'automobile che puzzava di lerciume, era stato trasportato in quella stanza ventilata, chissà quanto distante dalla sua casa. Non ricordava che ora fosse quando era stato rapito, né per quanto tempo avessero viaggiato.

Ad occhi chiusi il tempo sembra interminabile.

Ma doveva essere l'alba quando giunsero in quel luogo, il canto incessante di un gallo lo faceva presupporre. Trascorse del tempo in quella stanza con i polsi legati, dopo un po' non sentì più le estremità delle dita. Chiese invano che gli allentassero la stretta, ma nella stanza non c'era nessun altro.

Nella vita aveva sempre avuto tutto sotto controllo, gestiva un patrimonio cospicuo, ma le sue aziende lo avevano costretto alla prigionia, ne era certo. Tra odori nauseabondi di sterco di animali e cibo dal sapore rivoltante pensava come uno

sguardo fosse sempre riuscito ad avere le giuste informazioni.

Rannicchiato per terra cercò di guardare con la mente la famiglia, la sua casa. Trovò strano doversi sforzare così tanto per riuscire a ricostruire visi conosciuti e luoghi familiari.

Quando gli liberarono le mani e fu solo nella stanza se ne servì per conquistare l'ambiente.

Tastò ogni centimetro di parete umida, sdruciolevole, irregolare; ne immaginò il colore, ocra sporco. Il tatto acquistò un'importanza maggiore.

Tre volte al giorno riceveva la visita di qualcuno che gli portava da bere e da mangiare. Quella presenza, però, restava tutto il tempo in silenzio. Di malavoglia

consumava i pasti, li odorava, si accerta della temperatura, della quantità, della freschezza. Mai prima d'allora si era interessato così tanto al cibo. Il gusto era diventato importante in quel tempo di sofferenza e di privazione.

Dopo due mesi di prigionia Roberto fu rilasciato. Venne condotto a bordo di un furgone e abbandonato sul ciglio di viottolo di campagna. Fu libero di riacquistare la vista. Si guardò intorno per cercare la strada, trovò dei riferimenti e poi scappò come una lepre.

Adesso, quando le giornate gli regalano pochi spiragli di tempo libero, Roberto sul divano prova a ritrovare quelle strane sensazioni rivelate degli altri sensi, affluenti del grande fiume della memoria.

CONVENZIONATO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CON L'INAIL



OTTICI DAL 1802

GRUPPO
GREENVISION
CENTRI OTTICI SELEZIONATI



SISTEMI INGRANDENTI OTTICI ED ELETTRONICI PER IPOVEDENTI
LENTI A CONTATTO - OCCHIALI SPECIALI
PROTESI OCULARI RESINA - AUSILI PER NON VEDENTI

VIA D. CAPITELLI, 35/38 (P.zza Del Gesù) - NAPOLI
Tel. 081 551 25 52 - 081 552 26 31 - Fax 081 551 07 10 - info@otticasacco.it

Melchiorre Murenu

di Marco Bonghi



Mi ha sempre particolarmente affascinato, e chi mi conosce lo sa bene, lo studio della cecità, non tanto sotto gli aspetti psicologici, educativi ed assistenziali, quanto piuttosto sul versante più specificamente culturale, nel senso più ampio e completo del termine, ovvero come una dimensione particolare dell'essere, un modo diverso per catturare, percepire e valutare la realtà che ci circonda. Si tratta, in realtà, di un approccio difficile e talvolta pericoloso in quanto, ogni volta che ci si addentra a sottolineare delle peculiarità o delle sensibilità proprie solo dei disabili visivi, si rischia inevitabilmente di essere accusati di non voler lavorare per l'integrazione e di considerare, in fin dei conti, i ciechi come dei "diversi".

Ciò ovviamente non corrisponde affatto al mio pensiero. Ritengo tuttavia alquanto interessante investigare profondamente le modalità di avvicinamento alla realtà sensoriale da parte di persone intellettualmente dotate le quali però non potevano disporre delle informazioni, quantitativamente prevalenti, che giungono al soggetto dalla vista.

Ecco dunque che, in questa prospettiva, una prima considerazione balza subito alla mente: l'espressione orale risulta infatti assai più congeniale a queste persone rispetto

alla scrittura. Tutti sappiamo del resto che vi furono epoche storiche, remotissime per la nostra civiltà occidentale, ma ancora presenti in altri continenti, in cui la trasmissione orale del messaggio culturale, di generazione in generazione, rappresentava l'unico mezzo di passaggio comunicativo, sia sul piano religioso che storico-letterario.

Il passaggio anzi dall'epoca della tradizione orale, a quella in cui compare la scrittura, è considerato dagli storici così importante da attribuirgli il ruolo di aver fatto transitare l'umanità dalla cosiddetta preistoria alla storia vera e propria. Ebbene: per i ciechi possiamo serenamente affermare che la preistoria è durata fino al XIX secolo, fino cioè alla mirabile invenzione dell'alfabeto Braille.

Oggi vorremmo ripercorrere la vicenda umana di un personaggio assolutamente emblematico: il poeta popolare sardo Melchiorre Murenu (1803 - 1854). In realtà diventa assai difficile classificarlo ed etichettarne l'opera. Fu poeta, improvvisatore, una specie di cantastorie, un severissimo fustigatore dei costumi ma anche, a modo suo, un rivoluzionario che si oppose fieramente ai grandi proprietari terrieri. Egli nacque a Macomer, da un certo Giovan Battista Ledda, il 3 marzo 1803.

All'età di tre anni contrasse il vaiolo che lo condusse alla completa cecità. Questa era infatti, in quell'epoca, una delle cause più frequenti di perdita della vista, accanto al tracoma ed alle infezioni corneali. Nonostante fosse allevato in un ambiente sociale arcaico e più che arretrato, il giovane Melchiorre seppe supplire con la grande memoria e con l'eloquio fluente all'impossibilità di leggere e scrivere. Rimase infatti sostanzialmente analfabeta per tutta la vita. Oserei anzi affermare che il segreto del suo successo vada ricercato proprio nel tipo di società in cui si trovò a vivere, un ambiente in cui pochissimi sapevano leggere e scrivere mentre l'analfabetismo non rappresentava ancora un fattore emarginante.

Il suo bagaglio intellettuale si formò pertanto quasi esclusivamente attraverso l'ascolto di prediche e sermoni religiosi che egli, fin da bambino, amava seguire con attenzione e ripetere mnemonicamente, parola per parola,

dopo le numerose funzioni a cui assisteva nella sua Parrocchia. Era infatti dotato di una memoria prodigiosa che gli consentiva di immagazzinare, magari disordinatamente, una enorme quantità di nozioni, notizie e testi sacri, immagini e citazioni bibliche. Sarà del resto proprio questa sua capacità straordinaria di ricordare, unita alla vivace fantasia improvvisativa e alla connaturata vena poetica, che lo porteranno a primeggiare, per molti anni, nelle gare fra verseggiatori di strada, nelle fiere, nelle numerose feste patronali e nei convivi privati.

La sua vita rimane dunque, ancora oggi, avvolta nella leggenda e nel mistero proprio come avviene, facendo le debite proporzioni, con le biografie degli antichi cantori dell'antichità e del Medio Evo.

Ignoriamo, tanto per fare un esempio, il motivo per cui scelse di farsi nominare Murenu, con il cognome cioè della nonna materna, anziché con quello del padre Battista Ledda. Alcuni



storici ricollegano questo soprannome alla carnagione scura del poeta, altri sostengono invece che l'appellativo venne adottato a seguito dell'arresto e della morte in carcere del genitore. Ciò avvenne quando il piccolo Melchiorre aveva appena dieci anni.

In ogni caso non vi è dubbio che i dolorosi avvenimenti della fanciullezza, la cecità, la povertà e l'arresto del padre, rimasero sempre fortemente impressi nell'animo del nostro artista condizionando, non poco, il tenore e il contenuto dei suoi componimenti. Ecco, a tal proposito, alcuni suoi famosi versi emblematici. Li riportiamo nella traduzione italiana anche se ci rendiamo ben conto di penalizzarne la loro sapiente metrica:

“Io, Melchiorre Murenu, possiedo tanti affanni

Quando ero bambino di tre anni, per mia crudele sferza

una infezione di vaiolo la vista mi ha rubato
e quando avevo dieci anni, per maggior pena e sventura

ho visto cadere mio padre nelle mani della Giustizia”

Quest'ultimo avvenimento fece poi precipitare la famiglia nella più nera miseria. La casa fu spogliata di ogni bene ed i fratelli dovettero lasciare la mamma per lavorare come servi. Tutto ciò indusse il Murenu ad esclamare in un suo famoso verso:

“Io, privo della vista, mi mantengo con le lacrime”

Il giovane non poté dunque imparare a leggere e scrivere, non solo a causa della disabilità che l'aveva

colpito, ma anche, non di meno, per effetto delle difficili condizioni economiche familiari. L'analfabetismo rappresentava infatti una regola fissa a cui non potevano sfuggire i bambini poveri di allora.

Frequentando tuttavia assiduamente la Chiesa ed ascoltando avidamente i sermoni dei predicatori, che costituivano, in quel

tempo, una fonte di istruzione e di godimento per gli ascoltatori paesani, seguendo attentamente la lettura e il commento dei testi biblici, si formò un piccolo patrimonio di quella erudizione, essenzialmente religiosa e mitologica, che costituisce, allora come oggi, il bagaglio culturale di ogni cantastorie o poeta popolare.

Egli rappresenta tuttavia un formidabile esempio di come la cecità non abbia rappresentato, nelle società tradizionali, un fattore di emarginazione come invece si tende spesso a voler far credere. Egli, del resto, pur non essendo né ricco, né potente, fu certamente un uomo ed un artista che seppe vivere da protagonista nel contesto storico di cui era figlio. I suoi versi aspri e taglienti ne riassumono anzi l'anima, le atmosfere più profonde e i sentimenti più autentici. Ci si passi allora un ingenuo gioco di parole: Melchiorre Murenu fu davvero un poeta che “non guardava in faccia a nessuno”, sia in senso fisico che figurato.



L'ARIS invita quanti volessero avvicinarsi, per necessità propria o familiare, al mondo delle malattie, rare e non, oculari ad associarsi, con una minima quota che includerà non solo tutti i servizi di informazione, ma anche l'aggiornamento su ogni evento formativo e informativo e, cosa ancora più importante, l'accesso ai servizi clinici e di riabilitazione.

L'Associazione da 25 anni si batte per dare sempre più qualità alle proprie strutture di presa in carico del paziente e per continuare a fare sempre passi avanti nel mondo delle scoperte scientifiche, ma per farlo ha anche bisogno di voi!

Si invitano i lettori che da anni ricevono la rivista Ipovisione a comunicare alla redazione A.R.I.S., a mezzo mail (aris@ipovisione.org) o lettera, se non vogliono più ricevere il presente trimestrale.

A.R.I.S.

Via Ammiraglio Gravina, 53 - 90139 - Palermo
TEL/FAX 0917782629 - aris@ipovisione.org

CENTRO IPOVISIONE E RIABILITAZIONE

Via Trabucco, 180 - Palermo - lun. - Ven. dalle 9.00 alle 14.00
Tel 0916802034/0916802535 - tel/fax 0916886148 - centroipovisionearis@gmail.com

Servizi presso U.O. di Oculistica AZ. OSP. OSPEDALI RIUNITI “Villa Sofia-Cervello” - presidio CTO

Via A. Cassarà, 90146 - Palermo
Tel 0917808010 - segreteriaarispalermo@gmail.com

FAC-SIMILE DI CONTO CORRENTE POSTALE

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito BancoPosta	
 sul C/C n. 00596908 TD 451 IMPORTO IN LETTERE _____ INTESTATO A ASSOCIAZIONE DEI RETINOPATICI ED IPOVEDENTI SICILIANI CAUSALE SERVIZI E ABBONAMENTO RIVISTA IPOVISIONE	di Euro 50,00 ESEGUITO DA VIA - PIAZZA CAP LOCALITÀ BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE codice bancoposta _____ IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE numero conto tipo documento 00596908< 451>

È possibile inoltre effettuare un bonifico:

- **IBAN POSTALE: IT16T0760104600000000596908**
- **Unicredit Spa - Agenzia 22122 - Via Roma D - Palermo**
IBAN IT 42 P 02008 04690 000300356385



Biomed new

di Eugenio Gatto

INNOVAZIONE E PRECISIONE

Aladdin

Biometro ottico, topografo calcolo IOL
e post refrattiva



CA 800

soluzione per una completa
valutazione diagnostica



OCT Triton

Un OCT con tecnologia
Swept Source



SLD 701

Lampade a fessura
digitali e portatili



VENDITA E ASSISTENZA TECNICA
ESCLUSIVITÀ PER LA SICILIA
Occidentale

Vendita e assistenza tecnica
Verifiche sicurezza elettrica (CEI62,5)
Collaudi e controlli funzionali
Verifiche emissioni laser

Tavoli e Riuniti

Poco spazio?
Nessun problema!!!



Tel. 348 6424267
Email eugatto76@gmail.com
www.biomednew.com

Via Filippo Brunelleschi, 50
90145 Palermo