



gli amici di Luca

"Vale la pena: il coma un viaggio verso la luce" periodico di resistenza civile, per le professioni e la vita sociale
Pubblicazione dell'associazione di volontariato onlus "Gli amici di Luca"

MAGAZINE

Anno X Numero 35
Marzo 2011

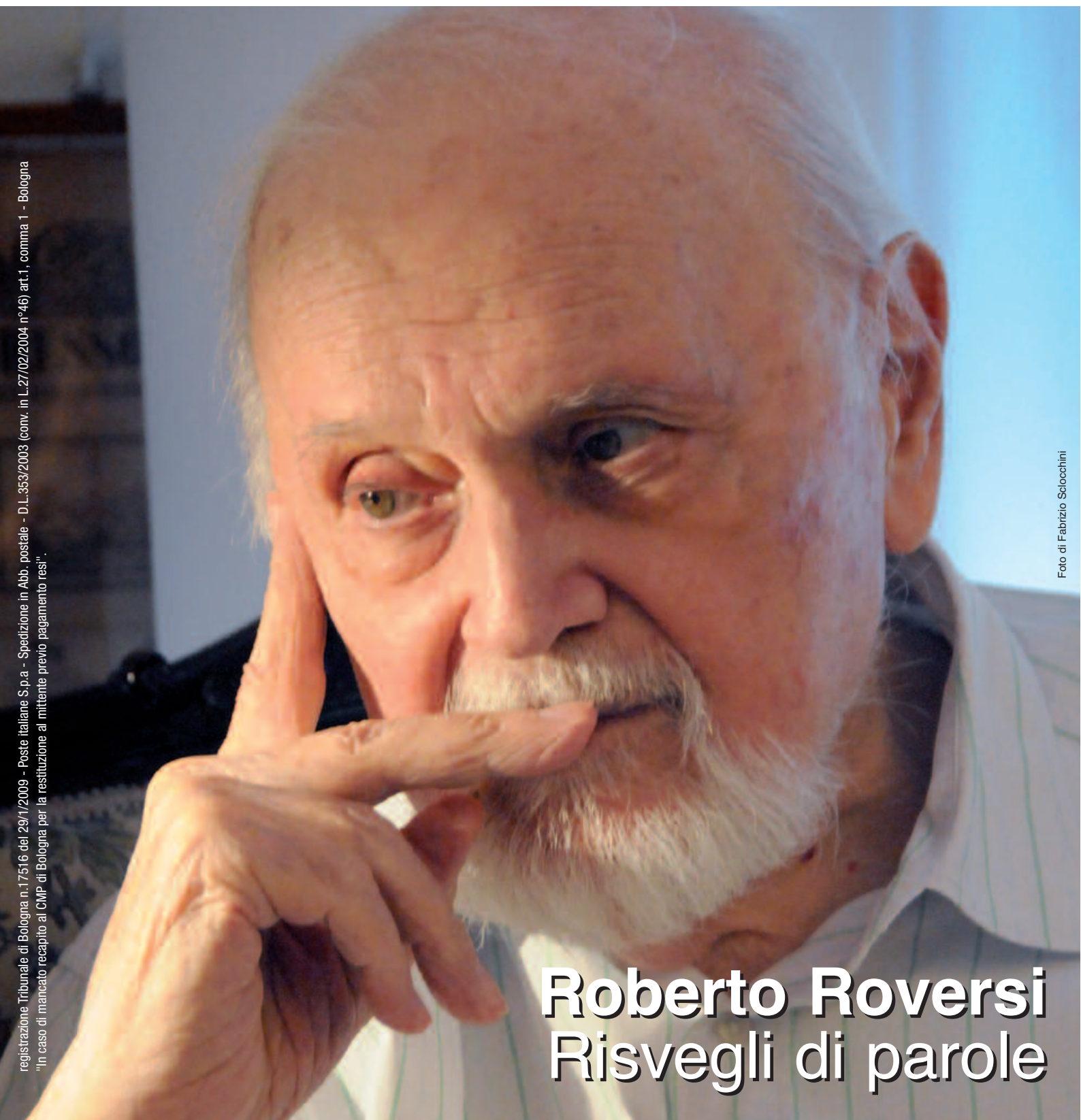


Foto di Fabrizio Sciochini

Roberto Roversi Risvegli di parole



IL RICORDO DELLA MOGLIE DI NINO ANDREATTA

A quattro anni dalla sua scomparsa

di
Giana P. Andreatta

pag. 10



A FIANCO DI
CROCE ROSSA ITALIANA
Sosterrà un progetto speciale
de "Gli amici di Luca"

pag. 15



PROGRAMMI POSTURALI NEI PAZIENTI CON BASSA RESPONSIVITÀ

Confort, prevenzione o terapia?

di
Roberto Piperno

pag. 23



C'è
anima
viva.

Dona il tuo **5 per mille** a “Gli amici di Luca”



Dai voce al silenzio del coma.

Nella prossima denuncia dei redditi firma nel quadro dedicato
alle organizzazioni non lucrative (Onlus).

Riporta, sotto la tua firma, il codice fiscale de Gli amici di Luca onlus **91151360376**



Grazie a tutti coloro che ci hanno sostenuto.

il 5xmille non sostituisce l'8xmille e non è un costo aggiuntivo per il contribuente.
È una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia per destinarlo alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività.

Direttore responsabile
Fulvio De Nigris



Associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

Comitato dei garanti

Giana Andreatta
Alessandro Bergonzoni
Loris Betti
Andrea Canevaro
Silvana Hrelia
Maurizio Matteuzzi
Pasquale Montagna
Roberto Piperno
Maria Vaccari

Comitato editoriale

Silvia Faenza
Cristina Franchini
Francesco Gambino
Giuseppina Salvati
Laura Simoncini
Loredana Simoncini
Patrizia Scipione
Laura Trevisani
Cristina Valisella

Segreteria di redazione

Elena Bogliardi
Patrizia Boccuti

Revisione finale dei testi

Silvia Nicoletti

Redazione

Via Saffi 10 - 40131 Bologna
Tel. 051 6494570
Fax 051 6494865
E-mail: amicidiluca@tin.it
www.amicidiluca.it

Stampa

Litografia SAB s.n.c. - Budrio
www.litografiasab.it

Iscrizione al ROC n.17516
del 29/01/2009



sostieni la "Casa dei Risvegli
Luca De Nigris" e il "Centro Studi
per la Ricerca sul Coma"

CARISBO

FILIALE DUE TORRI - BOLOGNA
Piazza di Porta Ravegnana, 2/B
IBAN:
IT16 L 06385 02504 07400003802T
cc postale 26346536

La memoria ci aiuta a tenere un contatto con chi ci ha lasciato

Presenze silenziose che fanno sentire la propria voce

Ci sono persone che non ci sono più e fanno sentire con vivacità la loro presenza. Sono quelli che ci hanno lasciato e con i quali manteniamo un contatto intenso, costante. Non è quell'andarli a trovare, quando capita, nella loro dimora fisica, ma è quello che ci hanno lasciato dentro, nelle azioni che compiamo e fuori nelle tracce tangibili della loro presenza. Con questo contatto, come dice in maniera più precisa Douglas Hofstadter nei suoi scritti, noi attiviamo le zone cerebrali dove è riposta la loro memoria. La rafforziamo con le immagini statiche e in movimento, con l'immaginazione e alimentiamo quella parte di noi che era con loro e che si è irrimediabilmente persa. In questo modo facciamo un'opera di "resuscitazione". Che ci fa meglio capire cosa vuol dire per i familiari di una persona in coma o stato vegetativo avere sempre sul comodino e attaccate alle pareti le foto del proprio caro in piena salute nei momenti del prima. Non è il delirio di farlo tornare com'era. Anche se la speranza è molto forte, l'opera è quella di farlo rivivere nella nostra mente, attenuando la distanza che c'è tra quelle foto e il momento attuale, nell'attesa che si compia la sovrapposizione tra quello che era e quello che è, per accettare ed accompagnarlo in quello che è diventato. È un'operazione complessa ma non è triste o patetica. Le stesse immagini religiose che affiancano sul comodino la foto del proprio caro, al di là della fede, non

vanno viste in questo senso. Sono rafforzative, come può esserlo una preghiera o qualsiasi cosa possa far stare meglio il familiare che accudisce e di rimando la persona curata.



di
Fulvio De Nigris

Luca è tra queste presenze silenziose. Parliamo di lui perché ne siamo direttamente coinvolti. Ma se ci guardiamo intorno vediamo quanti segnali sono stati lasciati dai vari Luca che non ci sono più e hanno permesso a genitori, associazioni, gruppi di amici, di creare

qualcosa che li ricordasse. È un modo di fare sentire la loro voce e di percepire il loro grande percorso. Questo giornale ha una rubrica "Mi ricordo di te" che nel suo piccolo cerca di comunicare agli altri esperienze personali. In questo numero Giana Petronio Andreatta ricorda suo marito Nino Andreatta, economista, una grande figura culturale e politica di cui il 26 marzo ricorrono i quattro anni dalla sua scomparsa e al quale è stata intitolata una delle più importanti sale del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Poi ci sono figure silenziose che sono ancora tra noi, che attraverso il loro pensiero e i loro scritti fanno sentire la propria voce. Al poeta Roberto Roversi è dedicata la copertina di questo numero, nella rubrica "Risvegli di parole" curata da Bruno Brunini le sue poesie toccano il cuore. Ci dicono anche che bisognerebbe meglio ricordare quanto valore ha ancora la sua presenza e il suo contributo, ora, nella città di Bologna. Ma questa è un'altra storia...

L'INTERVENTO

- 3** È proprio vero il Cev c'è e non si tira mai indietro
di Maurizio Cevenini

GIORNATA DEGLI STATI VEGETATIVI

- 4** Incontriamoci e concepiamo un altro stato, vegetativo
di Alessandro Bergonzoni
- 5** Gli ordini dei medici impegnati in uno studio osservazionale
di Francesca Golfarelli

TEATRO

- 7** Metamorfosi, uno spettacolo impegnativo e gratificante
di Marco Macciantelli

RISVEGLI DI PAROLE

- 8** Roberto Roversi e l'Italia sepolta sotto la neve
a cura di Bruno Brunini

MI RICORDO DI TE

- 10** La testimonianza della moglie di Nino Andreatta a quattro anni dalla sua scomparsa
Giana Petronio Andreatta

TRENTA ORE PER LA VITA

- 15** A fianco di Croce Rossa italiana
Sosterrà un progetto speciale "Gli amici di Luca"

VOLONTARIATO

- 16** Croce Rossa, i primi a soccorrere
ma è fondamentale l'aiuto di tutti
di Sonia Guarino

RIFLESSIONI

- 19** Le cooperative sociali una realtà studiata anche all'estero
di Alberto Alberani

RICERCA

- 22** Raccolti i fondi per lo stimolatore cerebrale

DOSSIER

- 23** Programmi posturali nei pazienti con bassa responsabilità: comfort, prevenzione o terapia?
di Roberto Piperno

CASA DEI RISVEGLI LUCA DE NIGRIS

- 33** I segreti delle piante officinali con un giardiniere d'eccezione
A cura dei bambini e le insegnanti della Classe 4ª A Scuole elementari Pezzani di San Lazzaro di Savena
- 34** Una terza area di intervento; il paradigma dell'emozione narrativa
di Stefano Masotti, Loredana Simoncini

LETTERE

- 39** L'importanza del sostegno reciproco per sentirsi meno soli
di Claudia Valentini

NUTRIRE IL CERVELLO

- 40** I componenti neuro protettivi del caffè, un aiuto per il nostro cervello
di Silvana Hrelia

ANTROPOSOFIA

- 42** Varcare la soglia: coma e stato di coscienza ispirativo
di Giovanna Bettini

LA NOSTRA STORIA

- 44** Francesco Rizzoli, uno dei padri dell'ortopedia italiana
di Giuseppe Quercioli

ESPERIENZE DI CONFINO

- 46** Nuovi studi dei ricercatori sulle potenzialità sensitive della mente umana
di Cecilia Magnanensi

RUBRICHE

- 49** Sport e solidarietà
- 50** Spazio di Luca
di Maria Vaccari
- 52** Scaffale
- 54** Solidarietà

Foto di copertina di Fabrizio Sclocchini dalla mostra: "LIBRI. Fogli che bruciano". Le edizioni della Libreria Antiquaria Palmaverde di Roberto Roversi, 1948-2005. Mostra organizzata dalla Biblioteca comunale dell'Archiginnasio in collaborazione con le Edizioni Pendragon di Bologna. A cura di Antonio Bagnoli e Marcello Fini.

Ci scrive un amico di Luca e della Casa dei Risvegli Luca De Nigris

È proprio vero, il Cev c'è e non si tira mai indietro



di
Maurizio Cevenini

Ufficio di presidenza
Regione Emilia-Romagna

Conosco Fulvio De Nigris da tantissimi anni. Potrei dire da sempre: da quando, cioè, ha iniziato la sua battaglia, prima per offrire migliori condizioni di vita al figlio, Luca, e poi per espandere questo desiderio a tutti coloro che hanno vissuto qualcosa di simile. Non senza un filo di emozione ricordo il suo appello, rivolto alle istituzioni e alla città intera, a fondare insieme a lui e a Maria Vaccari, mamma di Luca, una “Casa dei Risvegli”, con lo scopo di dare assistenza ai pazienti in stato vegetativo.

Quell'appello, così pieno di dolore per quella ferita che non si rimargina mai come la perdita di un figlio, e di speranza per il futuro, non è caduto nel vuoto. Io sono tra chi ha risposto all'invito, insieme all'allora assessore regionale alla Sanità, Giovanni Bissoni. Il coma è un terreno abbastanza sconosciuto alla medicina ufficiale e promuovere un luogo di riabilitazione e cura che fosse anche occasione di studio, confronto e dibattito su questo tema mi sembrava un'ottima idea, oltre ad essere un modo per arricchire l'offerta sanitaria nel nostro territorio.

Così, un passo dopo l'altro nel 2005, con il concorso di tanti, la Casa dei Risvegli Luca De Nigris, struttura pubblica dell'Azienda Usl di Bologna che ne condivide

gli obiettivi con l'associazione Gli amici di Luca, il Comune e la Provincia di Bologna ed altre istituzioni, è diventata una realtà. Non stiamo però parlando di una struttura sanitaria tradizionale: quella che Fulvio e Maria hanno voluto creare dal nulla ha una decina di appartamenti, dove i familiari possono assistere il proprio caro, ricreando attorno a lui un'atmosfera quotidiana. Certo, i pazienti sono nelle mani di personale medico qualificato, ma il cuore della Casa dei Risvegli Luca De Nigris, quel nucleo che rende questa esperienza tra le uniche in Europa (sicuramente tra le più avanzate in Italia) è il fatto che tutto nasce da un atto di amore e di speranza. Fulvio e Maria sono due genitori che hanno ancora voglia di lottare, nonostante la perdita di un figlio, e di passare la loro energia, la loro esperienza agli altri.

Da quando è nato il centro dedicato a Luca De Nigris, tante persone si sono avvicinate. Definirli “testimonial” come usa in questi casi, non è esatto: i “vip” che hanno deciso di dare il loro volto alla Casa dei Risvegli lo hanno fatto per dare il loro contributo concreto, perché credono nel progetto. Penso, ad esempio, ad Alessandro Bergonzoni, attore e geniale giocoliere di parole, e a Carla Astolfi, ormai divenuta simbolo della Befana della solidarietà di Bologna.

Nel mio piccolo, anche io ci sono sempre stato: nelle serate benefiche, a teatro, nelle pesche e ai concerti, alle feste e ai dibattiti. E soprattutto sotto le Due Torri, il



giorno della Befana, insieme a Carla. Mi sono messo persino a pedalare per portarla in giro a distribuire doni, sorrisi e solidarietà. E sarà anche una Befana magra, ma vi assicuro che con quel mezzo è stato faticoso, tra i ciottoli sconnessi e le salite impercettibili del centro di Bologna. Però rifarei tutto e, anzi, confermo ancora una volta la mia stima verso Fulvio e Maria. Perché con determinazione e amore, con una ricchezza di intenti ormai rara, sono andati avanti per creare qualcosa di nuovo. E ce l'hanno fatta.

Non ho voluto eludere il forte dibattito che attraversa il nostro Paese su una scelta dolorosa e personale come quella di fine vita. Io credo sia giusto combattere per le proprie convinzioni, qualunque esse siano. Una cosa, però, è certa: l'esperienza di Bologna va salvaguardata.

Ora più che mai necessita una tavola rotonda e profonda

Incontriamoci e concepiamo un altro Stato, Vegetativo



di
Alessandro Bergonzoni(*)
Testimonial
Casa dei Risvegli Luca De Nigris

Quali organi governano questo stato, vegetativo? Quali le regole, i codici, le procedure e come o quando si eleggono i propri rappresentanti, cioè chi parla per te? Chi è stato? Prima dello stato Italiano c'è uno studio da fare sullo stato delle cose, sul governo e sul parlamento dello stato inferiore (e non inferiore), su un mondo che non si vede, sulla condizione invisibile che ci allontana e ci avvicina all'incredibile, all'inconcepibile, all'inaudito, all'impensabile (da cui deriva l'abile, l'amabile, l'inguarabile, il disabile e l'incoltabile...).

Non voglio dividere in fazioni come Pro-vita e no, non voglio un contro, (non si può più sentir dire "in quelle condizioni possono partorire" né "così meglio morire subito"); ora più che mai necessita una "tavola rotonda e profonda", sui concetti dinne, utile, vivo, vegeto, inerte e questa tavola la deve apparecchiare ognuno di noi ben prima dei fatti della cronaca, della giurisprudenza, della religione, della scienza o dei partiti.

Concetti come silenzio, assenza, diversità, paura, cambiamento sono come enormi aerei che richiedono per atterrare e essere tradotti, piste lunghissime e questo è il lavoro che deve fare ognuno di noi ogni attimo: allargare la strettoia del pensare, ingrandire la ricerca ulteriore ed



inferiore che purtroppo comincia solo se siamo coinvolti e colpiti dal dramma o dall'accadimento.

Qualsiasi testamento si voglia fare o destino scegliere quando sarà il momento, è importante lavorare

"Il problema e la complessità nasce quando magari la tua vita non torna né come né meglio di prima"

prima anche su altri momenti, su altre inquadrature che possono farti scoprire condizioni dell'essere e dell'esistere che nessuno ti aveva mai raccontato. Questo non per convincere né per vincere, non per battere e aver ragione ma per sapere un'altra lingua oltre la nostra, per udire e captare altri toni, sinfonie diverse (come "Nessun Dogma..."). Lo so che è tutto più chiaro quando

un Pistorius ci narra le sue gesta di un "Super tornato come noi" (o anche meglio)... Il problema e la complessità nasce quando magari la tua vita non torna né come né meglio di prima e anzi promette stasi mimica e suoni inascoltabili o impercipienti: lì ci si deve incontrare (con se stessi o con altri) a leggere, a disegnare, a scolpire, a recitare, a scrivere, a pensare "anche di altro stato". Molto difficile farlo quando l'idea di corpo, di produzione, di successo, di bellezza, di campione, di bravura allaga spesso il nostro Stato, dissangua parole e concetti per trasfusioni di poco e di leggero, quando da molto tempo tutti noi ci accontentiamo di scarmanza o outing di attualità, o effetti-fiction della vita informativo Mediatica. Alla ricerca di nuovi palinsesti culturali, antropologici, spirituali, filosofici e artistici, aspettiamoci in altri dove.

(*) La Repubblica, Bologna mercoledì 9 febbraio 2011

Dare ascolto alle associazioni e alle famiglie

Gli ordini dei medici impegnati in uno studio osservazionale



Testo e foto di
Francesca Golfarelli

Al di là delle polemiche suscitate per la scelta della data “simbolica nella sua tragicità” (il 9 febbraio giorno in cui morì Eluana Englaro) la prima “Giornata nazionale degli stati vegetativi” istituita con direttiva del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della Salute è stata un importante momento di approfondimento scientifico e di confronto tra associazioni Governo e Regioni.

La prima Giornata nazionale degli Stati Vegetativi, che si celebrerà il 9 febbraio di ogni anno, è stata aperta a Roma con gli interventi dei Ministri della Salute, Ferruccio Fazio, e del Lavoro, Maurizio Sacconi, del sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, e del presidente della Regione Lazio, Renata Polverini. In occasione della giornata le amministrazioni pubbliche e gli organismi di volontariato si sono impegnate a promuovere, attraverso iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, l'attenzione e l'informazione su questo tipo di disabilità che coinvolge oltre al malato, in maniera assai rilevante, i familiari.

Tra queste iniziative la serata promossa dall'associazione Gli amici di Luca al Teatro Duse di Bologna con Alessandro Bergonzoni ed i ragazzi usciti dal coma della compagnia teatrale “Gli amici di Luca” dal titolo “Vivo e vegeto, ma soprattutto vivo”.

Per celebrare la prima “Giornata”, il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, ha organizzato a



Da sinistra: il sottosegretario del Ministero della Salute on. Eugenia Roccella, Faustino Quarresmini padre di Moira in stato vegetativo da undici anni, Fulvio De Nigris direttore del Centro Studi per la Ricerca sul Coma “Gli amici di Luca”, Giancarlo Pizza presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna.

Roma, Centro Congressi Roma Eventi, un convegno che ha offerto l'opportunità di aprire un confronto fra le più recenti acquisizioni scientifiche e assistenziali, porre la riflessione sulle normative riguardanti i temi dello “Stato Vegetativo e degli Stati di Minima Coscienza”, dare ascolto alle associazioni che sostengono le persone e le famiglie che si trovano in tali condizioni. In particolare al convegno sono intervenuti: Steven Laureys, dell'Università di Liegi, e Eric Schmurtzhard, dell'Ospedale Universitario di Innsbruck, esponenti della Task Force europea sui disturbi della coscienza; Luigi Frati, Rettore dell'Università La Sapienza di Roma; Gianluigi Gigli dell'Università di Udine; Alberto Zangrillo dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; Giancarlo Pizza, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna; componenti del “Seminario

permanente di confronto sugli stati vegetativi e di minima coscienza” che ha redatto il “Libro bianco sugli Stati vegetativi e di Minima coscienza” coordinato da Fulvio De Nigris. Nel pomeriggio si è svolta poi una tavola rotonda con le Regioni e le Associazioni delle famiglie dei pazienti dal titolo “Linee guida regionali e obiettivi di Piano”. Ai lavori hanno partecipato la Rete Associazioni riunite per il trauma cranico e le gravi cerebrolesioni acquisite (con l'intervento di Elena Di Girolamo) la Federazione nazionale associazioni trauma cranico – Fnac (con l'intervento di Paolo Fogar), l'Associazione Vita vegetativa - Vi.Ve. (con l'intervento di Rosaria Elefante), promotrici insieme al Ministero della Salute, della 'Giornata nazionale degli stati vegetativi' che si inserisce tra due importanti manifestazioni italiane che si svolgono da 13 anni: la “Giornata nazionale dei risvegli per la ricerca sul

coma – vale la pena” promossa ogni 7 ottobre dall’associazione Gli amici di Luca onlus e la “Giornata nazionale del trauma cranico” promossa dalla Fnac.

“Noi stimiamo che vengono spesi dal Servizio sanitario nazionale circa 300 milioni di euro all’anno per la cura dei pazienti in stato vegetativo” – ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. “Si tratta di un problema rilevante – ha proseguito il ministro – ogni anno si dimettono 1.800 pazienti per stato vegetativo o per stato di minima coscienza. I casi sono in aumento anche grazie al miglioramento delle tecniche. Il governo è stato vicino a questi malati: già nel 2009, nel quadro degli obiettivi di piano, abbiamo preparato un piano operativo che le Regioni hanno utilizzato con dei progetti finalizzati proprio per speciali unità dedicate allo stato vegetativo persistente e le cure domiciliari. Questo piano è stato rinnovato nel 2010”. “Le moderne tecniche di imaging hanno consentito di cambiare radicalmente la visione di queste problematiche chiarendo che esistono delle sacche di tessuto cerebrale vitali che anche a 10 anni di distanza dall’inizio del coma, in alcuni casi, almeno 20 a livello mondiale, hanno fatto osservare delle riprese di un certo tipo. È una situazione in evoluzione – ha sottolineato il ministro – che il governo segue con attenzione e concretezza”. In questo contesto “è fondamentale – ha proseguito Fazio – il ruolo delle reti associative, dei familiari, del privato sociale”.

Per il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella le persone in stato vegetativo “sono paradigma di disabilità estrema e non quasi morte, come erroneamente ancora leggiamo. Sono persone vive, che possono migliorare, seguire un percorso di riabilitazione e hanno bisogno delle nostre cure e assistenza”. La Roccella ha voluto inoltre precisare che per l’assistenza dei malati in stato vegetativo e delle loro famiglie “i finanziamenti ci sono, fanno parte del Fondo sanitario nazionale e sono vin-



Il tavolo dei relatori durante il convegno realizzato a Roma.

colati. È importante però che ci siano linee di indirizzo e le risorse vengano spese bene”. Per il buon utilizzo dei fondi “è fondamentale la collaborazione con le Regioni – ha proseguito – e le associazioni sul territorio possono verificare che le risorse vengano spese bene. Quello che si può migliorare è il modo in cui i soldi vengono spesi tra Stato, Regioni e associazioni”.

“È fondamentale il ruolo delle reti associative, dei familiari, del privato sociale”

Nel corso del convegno è stato presentato il progetto innovativo di studio sugli stati vegetativi promosso da 17 ordini dei medici nazionali con capofila l’ordine provinciale dei Medici chirurghi ed odontoiatri di Bologna e che gode di un contributo di oltre trecentomila euro per tre anni da parte di una fondazione inglese.

“Particolare, prima di tutto la natura del finanziamento – ha detto Giancarlo Pizzi presidente dell’ordine provinciale dei Medici chirurghi ed odontoiatri di Bologna – che proviene da una charity inglese che ha accettato di scommettere su uno studio che in Italia ancora mancava. È infatti la prima volta che gli ordini dei medici fanno da propulsori nell’identificazione di tutte

le persone che hanno una diagnosi di stato vegetativo, nel lavorare su parametri di valutazione clinica comune e, infine, nel percepire l’evoluzione delle persone in stato vegetativo”. Per far questo il progetto si avvale del coordinamento di Roberto Piperno, direttore dell’U.O di medicina riabilitativa del dipartimento di neuroscienze dell’Università di Bologna e della Casa dei Risvegli Luca De Nigris e coinvolge anche il Centro Studi per la Ricerca sul Coma.

Tre gli obiettivi: cercare di fare chiarezza sulle diagnosi, spesso imprecise, analizzare l’evoluzione clinica di queste persone gravemente disabili, infine mettere a punto un modello di raccolta dati per la creazione di un Registro nazionale degli stati vegetativi che al momento non esiste. Le stime, infatti, sono assolutamente non fondate su un riscontro epidemiologico: si oscilla tra le 1500 e le 2000 o addirittura 3000 persone. «Possiamo riuscirci – dice ancora Pizzi – proprio perché si tratta di un progetto nazionale. Il progetto di ricerca andrà avanti in due fasi: nella prima verranno individuati i pazienti in stato vegetativo e ne verrà confermata la diagnosi – il progetto è di tipo osservazionale – nella seconda, invece, verrà fatto un vero e proprio studio su questi malati, tramite anche quegli strumenti che sono diventati dei “classici” per il riscontro degli stati vegetativi, come la risonanza magnetica funzionale e i potenziali evocati».

L'attività teatrale de "Gli amici di Luca": liste di azioni da compiere

Metamorfosi, uno spettacolo teatrale impegnativo e gratificante



di
Marco Macciantelli(*)
Attore volontario compagnia
"Gli amici di Luca"

Un qualsiasi essere vivente, difficilmente, può rinunciare ad una "lista"! Dove per lista intendo qualsiasi cosa, persona, entità o numero che può circondarci.

Esempio: vado ad acquistare qualcosa per la cena? Lista della spesa; per un animale: segnare il proprio territorio, listare i confini; per un passerotto: dove trovare il necessario per sostenersi, dove rifugiarsi dalle incurie del tempo. Persona, animale, tutto ha al suo seguito una lista di cose da elencare.

Allora proviamo a tracciare una striscia per chi compie l'attività teatrale degli Amici di Luca: elenco delle persone che prendono parte ad una determinata rappresentazione; nota delle azioni da compiere; elenco delle frasi da ricordare; per i tecnici: fascia delle luci, borderò dei suoni, come e dove usarli; un elenco sterminato di cose di cui tener conto! Questo potrebbe continuare quasi all'infinito...

Anche per le scene di "Metamorfosi", si è avuta la necessità di richiamare liste di azioni da compiere, da elencare. I concorrenti chiamati a partecipare al "gioco a premi" hanno dovuto superare una prova, ora di ballo, ora di memoria, di quotidianità! Prove che richiedevano l'utilizzo di una serie di azioni da compiere. Il risultato finale, lo si conosce già, un solo vincitore, un solo eletto. Un solo "fortunato" che

farà parte della ristretta cerchia di "premiati"; premiati per merito a quel costo? Chi ci tiene veramente ad esserlo?

Venire raccolti dal pavimento, mezzi schiacciati e storditi da grida ed applausi, ... tra spruzzi di champagne, ... bagnati da spumante, per poi essere gettati via, ... inutili, nella spazzatura!

Essere vincitori e riconosciuti così platealmente, in quella maniera, davanti ad un pubblico di persone a noi estranee? Forse rasenta il limite della perversione, venir trascinati nudi, su di un palcoscenico, visti da tante persone, da tutte quelle persone che mai ci saremmo sognate di avere come nostri "spettatori", proprio in quel momento!

Scoprirsi piccoli ed indifesi come dei pulcini. Allora viene da domandarsi: "Chi è veramente il vincitore di questo concorso? Chi è quella persona che sa rinunciare a tutto per coprirsi di fama agli occhi del pubblico?"

Pubblico che oggi ti applaude e domani chissà... Una richiesta forse un po' troppo dura, troppo aspra e infingarda per noi semplici spettatori. Trovare qualcuno che possa aiutarci a salvare il salvabile, "il meglio del peggio"... ciò che siamo riusciti ad accumulare nel nostro cumulo di sterpi, in deformi colline, nell'ammasso di perbenismo, di modi e di costumi... vincitore che solo a fatica, potrà dimostrare di esser sopravvissuto a quel tremendo gioco a cui la società ci spinge a partecipare, quotidianamente... vincitore sì, ma vincitore sconfitto... sconfitto dalla società che ci ha spremuto fino



Un momento dello spettacolo teatrale.

all'osso, rimanendo celata, come nascosta, mescolata tra le altre entità di sensazioni! Allora cosa vogliamo rispondere a chi ci propone questa golosa opportunità, partecipare al "grande concorso"? Solo un attimo di pazienza e di riflessione! Partecipare sì, ma al patto che vi siano adeguate strutture e organizzazioni atte a far sì che il nostro impegno possa essere almeno utile ad una persona, ancora meglio se ad una comunità, una società.

Tentare di ottenere, una piccola e modesta riconoscenza del nostro operato, sia questo comportamento umile o superbo. Tentare quindi di cercare una possibile LISTA per ogni cosa che vogliamo o che dobbiamo realizzare, sia questa cosa di divertimento o profondamente seria, ma sempre reale e pura di spirito!

Profondo cambiamento, modificazione muta: è questo ciò che deve sempre essere il vero significato della nostra quotidiana... META-MORFOSI!

(*) Articolo scritto da Marco prima della malattia e della scomparsa della sua cara mamma.



Roberto Roversi e l'Italia sepolta sotto la neve

a cura di Bruno Brunini

In questa rubrica dedicata all'arte delle parole, non si poteva non rendere omaggio a Roberto Roversi, uno dei maestri della poesia italiana, a cui peraltro si lega il lavoro della storica libreria Palmaverde, da lui gestita a Bologna, insieme alla moglie Elena. Dagli anni '60, passare dalla sua libreria ha significato attraversare una parte fondamentale della storia della letteratura italiana. La "Palmaverde" infatti, oltre ad essere stata un punto di riferimento e di frequentazione di autori di ogni età e di ogni parte di Italia, è stata un centro propulsore di tantissime iniziative: dalla nascita delle riviste "Officina" e "Rendiconti", alla produzione di poesia in piccole edizioni e fogli, all'organizzazione di incontri ed eventi. Non è quindi possibile racchiudere in poche parole tutto quanto il percorso di Roversi, poeta e

intellettuale refrattario ai meccanismi dell'editoria ufficiale, che nel segno di quello che è stato definito "antagonismo etico-politico" ha sempre difeso con coerenza l'autonomia della propria comunicazione. Ci limiteremo pertanto a ricapitolare alcune tappe fondamentali del tragitto della sua poesia e della sua poliedrica attività creativa e intellettuale, un tragitto tanto ramificato quanto vario, complesso e sconfinato, offrendo ai lettori una sua poesia dedicata a chi assiste i morenti e alcuni versi tratti da "L'Italia sepolta sotto la neve", un vastissimo Poema sullo stato della nazione, in cui l'autore prosegue in termini nuovi la rappresentazione di un'Italia contraddittoria e irrisolta, già iniziata in altre sue opere precedenti e in cui la sua voce parla attraverso l'io e il mondo, la vicenda individuale e i destini generali, con

strumenti espressivi di elevata elaborazione e di altissima meditazione, che riescono sempre a sorprendere il lettore. Leggendo queste poesie di Roversi, si ha l'impressione di navigare lungo un fiume che scorre sempre in piena, un fiume che continua a portare molta acqua, sia dal punto di vista stilistico formale, sia per la ricchezza degli scenari, dei colori e per lo svolgimento imprevedibile delle immagini, e dove le figure che vi compaiono, i fatti, i moniti, gli emblemi, i nomi simbolici di una storia che continua a fluire nel presente, attraverso un ritmo sempre vibrante e sincopato, vengono ad assumere una veste allegorica di grande intensità.

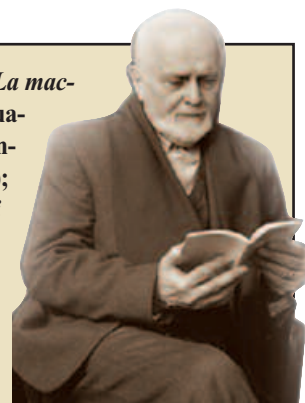
Attraverso questo nostro omaggio a Roversi, rivolgiamo l'invito soprattutto ai più giovani e a quanti ancora non lo conoscano, di non perdersi la lettura delle sue opere, e di lasciarsi trasportare dal flusso ininterrotto della sua lunga parabola poetica, che ancora oggi esprime una tenuta letteraria singolare, un valore e una profondità che il passare del tempo ha arricchito di emozioni e di pensieri sempre nuovi, che non hanno certamente finito di aiutarci a vivere e a riflettere.

Roberto Roversi è nato nel 1923 a Bologna, dove si è laureato in Filosofia, e dove ha gestito poi la libreria antiquaria "Palmaverde". Fondatore con Leonetti e Pasolini della rivista "Officina" (1955), ha dato vita nel 1961 alla rivista "Rendiconti". Delle numerose opere poetiche, si ricorda: *Dopo Campoformio*, Torino, Einaudi, 1965; *Le descrizioni in atto*, ciclostilato in proprio, Bologna 1969 (poi Coop Modem, Bologna 1990, nuova edizione riveduta e accresciuta); *Trenta poesie di Ulisse dentro al cavallo di legno*, edizione numerata (Torino, 1985); *L'Italia sepolta sotto la neve. Premessa: Il tempo getta le piastre nel Lete*, Nordsee, Roma 1984 (nuova ed. Quaderni del Masaorita, Bologna 1995); *L'Italia sepolta sotto la neve. Parte prima: Fuga dei sette re prigionieri*, Il Girasole, Valverde 1989; *L'Italia sepolta sotto la neve. Parte seconda: La natura, la Morte e il Tempo osservano le Parche*, Pendragon, Bologna 1993; *Il libro Paradiso*, Lacaia, Mandria 1993; *La partita di calcio*, Pironti, Napoli 2001. Le principali opere di narrativa sono: *Caccia all'uomo*, Mondadori, Milano 1959; *Registrazioni di eventi*, Rizzoli, Milano 1964; *I diecimila cavalli*, Editori Riuniti, Roma 1976; *Scrittura scenica*, con Franco Fortini, Alba Morino, Alfredo Antonaros, Emilio Isgrò e Ottiero Ottieri, EnnErre, Milano 1994. Per il teatro ha scritto: *Unterdenlinden*, Rizzoli, Milano 1965 (poi Pendragon, 2002, a cura di A. Picchi); *Il crack*, "Sipario", n.275, marzo 1969 (poi Pen-

dragon, 2004, a cura di A. Picchi); *La macchina da guerra più formidabile*, Quaderni del CUT, Bari 1971 (poi Pendragon, 2002, a cura di A. Picchi); *Enzo re Tempo viene chi sale e chi discende*, "Bologna Incontri", (cinque puntate), 1977-1978 (poi Pendragon, 1999, a cura di Arnaldo Picchi. Testo adattato per le rappresentazioni in piazza S. Stefano a Bologna nel giugno 1998); *Girtondo* (libretto liberamente ispirato da Regen di Arthur Schnitzler per la musica di Fabio Vacchi). Opera rappresentata al 45° Maggio musicale Fiorentino, Teatro della Pergola, Firenze, 1982; *La macchia d'inchiostro*, Pendragon 2006, a cura di A. Picchi.

Nel 2008 l'editore Sossella ha pubblicato *L'antologia Tre poesie e alcune prose*, Testi 1959-2004, un volume di 564 pagine che riunisce le raccolte centrali della sua opera.

Roversi ha scritto inoltre i testi per tre dischi di Lucio Dalla (*Il giorno aveva cinque teste*, *Anidride solforosa* e, sotto lo pseudonimo "Norisso", *Automobili*), e altri testi per il gruppo degli "Stadio", tra cui *Ma se guido una Ferrari*, *Maledettameritiamo*, *La ragazza col telefonino*, *Chiedi chi erano i Beatles*.



DEDICATA A CHI ASSISTE I MORENTI

Ferito, mi rialzo.
 Colpito, non mi abbandonano.
 Posso deviare la freccia
 che mi cerca ma non arriva al cuore.
 Compagni vengono da lontano
 ascoltano le mie parole
 mi tendono la mano
 alzano da terra il sole.
 È un brivido, è un volo.
 Non sono solo.

Da L'ITALIA SEPOLTA SOTTO LA NEVE
 (Parte Quarta, Le trenta miserie d'Italia)
IV.

Miseria delle miserie la quarta miseria d'Italia
 sono le miserie stabili con la spada del dubbio
 la pianura dei barbari i barbareschi sui mari la
 tua Roma brucia la maledizione consuma le pietre.
 Non voglio ascoltare l'altoparlante chiamare tre volte
 la signora di Stoccarda
 o la madre gridare al bambino che è l'ora di cena
 oggi non vedo il cucciolo del pastore abruzzese sul prato
 stringersi al vecchio cane che sopporta ogni morso.
 Quando è notte l'ora del sonno sogna.
 Con la spada del dubbio
 interrompo il cammino da oscurità a oscurità
 chiedo l'ora d'aria
 per svegliarmi dal sonno dubitare un poco
 agguantare la mano del mondo non affondare
 nella micidiale tempesta che tritura i cuori.
 Da oscurità a oscurità solo una foglia può raccontare
 l'ordine delle foglie che cadono
 ma il riscontro degli opposti è un giuoco che
 fa incendiare le cime d'Olimpo percosso da risse
 degli dei che sono inquieti in amore.
 I motivi d'indignazione
 uno per uno i motivi dell'attesa
 ascolto vocaboli in una lingua mai parlata dall'uomo.
 Parlare continuare a parlare senza sapere come parlare
 scrivere continuare a scrivere senza sapere come scrivere
 pensare continuare a pensare non sapendo cosa
 pensare e
 continuare a voler sapere senza sapere che cosa sapere.
 Nel corso della giornata
 si disfano le montagne le nuvole delle parole
 inseguono messaggi erranti senza tregua.
 Come rispondere alle domande del fiume che custodisce
 i cadaveri dei nemici?
 La risposta è nella stanza degli ospiti ad accendere
 il fuoco.
 Toccheremo domani il termine di questa prima
 avventura.

V.

La miseria d'Italia numero cinque una nuvola
 molto bianca una nuvola bianca
 calando all'improvviso molto bianca – bianca
 ha divorato il gatto steso grigio in un sole autunnale

guardava la gente passare e la gente
 nella sottostante strada dentro il traffico domenicale.
 Via la nuvola il gatto l'ha stretta fra i denti ciabattando
 furtiva
 come la scia di una nave che si addentra cauta nel
 porto lasciando le onde grandi del mare
 io vedo come accadono le cose fiorite o sfiorite
 sono lacrime di una piccola suora diseredata
 ma so che cavalco sulla lama della spada
 tagliente e la luce sanguina.
 Anche la foglia nell'aria non ha più speranza di vita.
 Mi domando dove trovare il tempo sapere negli anni che
 durano un giorno
 per continuare lo scavo dentro la terra di sassi e toccare
 la buona radice del pioppo sovrano
 tutto è livellato ormai piallato appiattito.
 Sovrana la solitudine della grande campagna conduce
 la danza
 l'uccello nero cala gridando sul solco
 per il terrore della navicella spaziale che fulmina
 l'aria tracciando ferite di giallo.
 Milioni di chilometri e Giotto il pittore divino
 si muove fra le pecore dello spazio
 tocca gli astri non si brucia le mani
 potrà dipingere ancora il mondo
 ricordare il buio di dio
 riconoscere l'occhio dell'uomo da quello della serpe.
 Invadere col fuoco l'infinito così lieto e vicino
 senza bruciarlo.

XII.

La miseria della miseria Italia numero dodici
 la testa in fiamme la sterpaglia
 della festa dei pensieri paglia che
 avvampa brucia fra braci di fumo.
 Si consumano notizie mescolate al ricordo
 di vecchie età
 l'armamentario sul carro della vita in corsa
 è spazio di fresca primavera.
 Altrove polvere sollevata dall'auto nella strada di campagna
 odora di mele mentre il merlo s'allontana
 stride forte a filo dell'erba lungo il mare
 siepi siepi siepi di oleandri abbandonati e
 pini scavezzati dai venti secolari camminano a terra.
 Può la morte ordire il suo acuminato massacro
 ridurre in cenere il delfino
 il vascello in fuoco
 la sovrastante nuvola in ciclone e
 travolgere la vita?
 Il fervore trascinato in gorgo
 l'esistente in un attimo è scomparso
 giovinezza è il ricordo poi sull'occhio ottuso
 del cielo interminabile di tetti
 e alla fine dimenticare la tomba
 dei vecchi eroi?
 Quante primavere gli uomini fuggitivi
 abbandonano alle giovani ali che arrivano portate dal
 garbino?
 Si può considerare l'opportunità di non rassegnarsi
 bruciare il carro del vincitore
 anche le nostre bandiere.
 Per favore.

La testimonianza della moglie di Nino Andreatta a quattro anni dalla sua scomparsa



di
**Giana Petronio
Andreatta**

Pomeriggio di lunedì 26 marzo 2007, cinque giorni prima del tuo onomastico. Nell'esercizio della professione di psicoanalista sto aspettando il paziente delle 16 e 40. Verso le quattro sono tornati dall'ospedale i due figli che volevano dirti arrivederci prima di ripartire per le rispettive sedi, e col viso segnato dal dolore hanno detto

piano: "È finita". Ancora una volta il cuore in gola, lo stomaco in poltiglia, il respiro mozzato, come se fosse capitato qualcosa di improvviso e di imprevisto. Era come se si fosse fatto buio in una giornata fin lì normalmente luminosa, come

"Quando Giorgio Napolitano, amico fraterno ed affettuoso, aveva espresso il desiderio di passare a vederti la prossima volta che fosse passato da Bologna, il prof. Martinelli, nostro nume tutelare, gli aveva detto: potrebbe non esserci, la prossima volta"

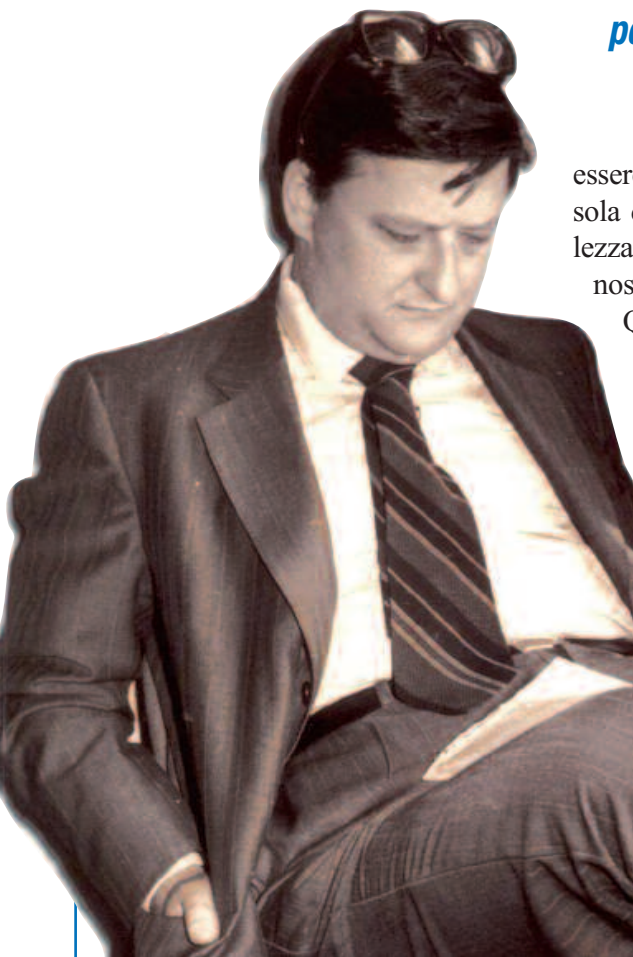
essere scaraventata da sola su un'isola deserta, pur nella consapevolezza dell'empatica presenza dei nostri ragazzi.

Quando Giorgio Napolitano, amico fraterno ed affettuoso, aveva espresso il desiderio di passare a vederti la prossima volta che fosse passato da Bologna, il prof. Martinelli, nostro nume tutelare, gli aveva detto "Potrebbe non esserci, la prossima volta", e così il Presidente era venuto subito in ospedale, commosso fino alle lacrime. Avrei dovuto allarmarmi, ma mi aggrappavo alla speranza che con adeguate cure saresti invece migliorato anche questa volta: in fondo, accenni di



blocco renale c'erano già stati, ma erano riusciti a risolverli coi diuretici. Non ho capito, stupida, contro ogni evidenza, non volevo e non potevo capire che era il blocco finale. Martinelli aveva sempre detto "Solo accudimento, niente accanimento terapeutico", e in questa occasione ci fece presente che l'unica mossa possibile per salvargli la vita era di sottoporlo in maniera permanente a dialisi, che si sarebbe per l'appunto configurata come accanimento. "Certo, certo" risposi io, e una parte di me era d'accordo che sarebbe stato insensato. Tuttavia un'altra parte di me, che non ho mai comunicato a nessuno, gridava "Sì, facciamola! Salviamolo!".

Avevi perso quel tuo bel colore roseo, trofico, miracoloso dopo anni in cui non vedevi la luce del sole, ma i giorni passavano, i parametri, pur nei valori scarsi, non erano drammatici alla nostra vista profana che si accontentava di quello. Invece abbiamo dovuto



scontrarci con il compimento della tua parabola terrena.

Ci siamo riuniti tutti e cinque in ospedale prima che la notizia diventasse ufficiale e tu ci venissi in qualche modo sottratto, ed eri là, finalmente scollegato dai monitor, dal C-pap che rumorosamente insufflava vapor acqueo nei tuoi polmoni provati dal lungo decubito, dal pinguino che riequilibrava la tua pericolante temperatura. Avevi lasciato per sempre quella gabbia in cui una specie di invidia degli dei ti aveva imprigionato per tanti anni, rendendo immobile e muto proprio te, creatura di poliedrica intelligenza e fascinosa eloquio, a volte spiritosamente pungente, motivato da una curiosità onnivora ad una inesausta mobilità, mentale innanzi tutto, ma anche fisica. Era passata tra noi la morte, un taglio breve esatto senza sbavature, ma c'era tanto altro che ancora durava.

Quante volte ho pensato fossero state scritte per me le sublimi parole di Montale, nella loro poetica semplicità "Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino", eppure mi viene da dire "Io di più. Io questa mancanza la sento come nessuno l'ha mai sentita prima".

Ho accettato con quella che si potrebbe anche chiamare cristiana rassegnazione: tanto, a cosa sarebbe servito ribellarsi se non a stare peggio? Ma per un altro verso è come se non avessi ancora accusato il colpo fino in fondo. Finché Nino era vivo, era vivo, era così importante che fosse vivo, non era sotto una gelida lapide, era una roccia a cui restare aggrappata, una roccia calda che mi infondeva forza e coraggio quasi come quando stava bene.

Il lutto è una cosa strana, che ti pare di imparare a gestire conducendo una vita normale, interes-

sandoti a cose nuove o anche a quelle di sempre, ti senti abbastanza intera, e invece, mentre ne sei inconsapevole, qualcosa ti devasta dall'interno e ti svuota: all'improvviso puoi collassare, diventare un grumo inerte di un dolore che si caratterizza come fresco di giornata. Dire "Con te muore una parte di me" è una banalità scontata anche per perdite minori, di persone che hai frequentato e a cui hai voluto bene, anche poco, per un certo periodo, e si portano via un pezzetto della tua vita intessuta con la

***"Abbiamo percorso
il calvario di tutti
i sopravvissuti al coma:
tentativi di riabilitazione,
visita delle celebrità
straniere..."***

loro. Ma quando se ne va il tuo compagno di vita, beh, è una parte non sostituibile.

Il corso delle nostre vite si è mescolato, e nemmeno il Padreterno può più separare le acque degli affluenti. Per tutto il tempo della tua malattia, tu sei stato me e io



sono stata te: tutto quello che ho fatto, l'ho fatto in vece tua, ho visto, viaggiato, incontrato persone, sono andata agli spettacoli perché tu non lo potevi fare, e nello stesso tempo ero io quella sdraiata immobile nel lettino antidecubito.

Tu eri il mio tutto, tu l'uno che dava significato e valore al mio zero. Anche Auden mi pareva esprimere alla perfezione quello che sentivo "fermate gli orologi", senza di te nulla ha più senso, "tu eri il mio nord e il mio sud, il mio est e il mio ovest".

Perfino le parole di Julia Child al marito Paul "Tu sei il burro sul pane, e il pane della mia vita", per quanto riferimento "basso" a fronte di quelli di alta poesia, illustrano il mio sentimento, e insieme mi fanno provare una dolorosissima invidia per quella coppia che visse unita fino ai novant'anni suonati.

L'impossibilità di scambievolmente comunicazione è stata una ferita dolente, ma avere tutti i giorni a che fare con la tua palpitante carnalità mi dava consolazione e qualche piccola gioia legata a quegli impercettibili miglioramenti dopo i bassi che ogni tanto ci sono nelle persone in SVP.

La gente, dopo essere stata all'Ospedale, uscendo si lava le mani per togliere i microbi che certamente si accumulano, ma io non lo facevo mai, perché dopo averti carezzato, massaggiato, toccato, mi restava attaccato il tuo odore, che non era di malato, ma quello tuo di sempre, l'unico profumo che mi interessasse, e per qualche ora me lo portavo dietro e mi parlava di te.

La nostra odissea era cominciata mercoledì 15 dicembre 1999. Nino aveva telefonato a Filippo, che, conclusa la telefonata, gli aveva chiesto se volesse parlare con me che ero nei pressi. "No, chiamo stasera come sempre". Era un'abitudine che apprezzavo sempre più,

questo appuntamento quotidiano, e sapendo che tendevo ad addormentarmi verso mezzanotte, stava attento a chiamare prima, per non svegliarmi nel primo sonno.

Quando, alle undici e mezzo di quel maledetto mercoledì, mentre guardavo ignara la televisione in attesa della telefonata di mezzanotte, il nostro piccolo rito, c'era una seduta parlamentare dopocena per la finanziaria che era alla stretta finale, Nino, come mi è stato riferito dopo da qualcuno, era stato a cena di ottimo umore, brillante e spiritoso, ed ecco, in un secondo tutti i fondamenti su cui poggiava la mia vita sono stati rasi al suolo. Ha squillato il telefono, ma era Castagnetti che con voce grave mi comunicava "Nino si è sentito male; molto male", ho chiesto, pensando al caso di suo padre, quando con questa formula avevano pensato di prepararci al fatto che era morto "Ma è vivo?", e quando mi ha risposto di sì per un attimo ho pensato "C'è già passato. E così forte. Si riprenderà e li stupirà tutti".

La mamma di Nino era caduta in coma a 87 anni, si era ripresa dopo meno di una settimana ed era vissuta fino ai 92, la sua esperienza del risveglio dal coma e della vita che era durata ancora anni mi infondeva coraggio a proposito del malore di Nino.

Ci tennero ore ed ore in attesa di una prognosi, in questo ospedaletto sporco, cicche e cartacce dappertutto, con i riccioli di polvere per terra come neanche in Turchia quando mi ero rotta la gamba, c'era a malapena da sedere su durissime panche, insufficienti a contenerci tutti. Si entrava in un mondo in cui la vita appare un percorso accidentato che fluisce fra Tac, Rsm, Emogas, shant, potenziali evocati, eeg, ecg e mille altre mirabilia diagnostiche che sembrano voler suggerire l'idea che la medicina è efficiente e fun-

zionale, e solo l'imperfezione della macchina umana impedisce che le cure risolvano: è il paziente che tradisce le aspettative fino al supremo sberleffo di morire.

Finalmente uscì il primario, gentile ma non incoraggiante, ci disse che si era trattato di un arresto cardiaco, che l'anossia era stata prolungata, che c'era il rischio di una polmonite ab ingestis, poi ci concesse di vederlo. Bardati con le sovrascarpe, il berretto, la maschera e l'orribile camice verde di tessuto non tessu-

"La neurologa si aperse ad una cautiissima speranza. Benedetta sia la neurologa. Che importa che si fosse sbagliata! Aveva risollevato per qualche tempo il nostro umore dall'abisso in cui era precipitato"

to, che faceva un caldo innaturale, fummo ammessi alla sua presenza. Nella comunione che c'era fra me e lui, il cuore in tumulto, sentii una lacerazione senza rimedio: il suo corpo era lì, ma lui se ne era andato e in quel momento sentii che era per sempre. Una vita piena di emozioni, di sentimenti, di progetti, di desideri, di discorsi appena iniziati e rimandati a momenti più propizi, si spegne in un secondo e non rimane più niente. Poi naturalmente il fatto che pian piano si stabilizzasse e non fosse più in pericolo di vita mi fece cambiare idea, forse ce l'avrebbe fatta, forse anche lui, come tanti, si sarebbe svegliato. Ci venivano riferiti continuamente esempi di conoscenti che si erano ripresi dopo mesi.

La vita di noi tutti era come svuotata, si era prodotto uno squarcio che ci lasciava esangui, ma dove-



vamo continuare a credere e a sperare.

Chiamammo alcuni luminari a consulto. Furono spietati, ebbero parole durissime senza considerare il nostro stato; capisco, non volevano ci facessimo illusioni, ma c'è differenza tra la comunicazione brutale e una stupida bugia ottimista. Davano tutti l'impressione di essere solo preoccupati della figura che avrebbero fatto, di cosa si sarebbe potuto dire se avessero lasciato in noi speranze destinate a rivelarsi fallaci. "Che non si dica che non è stato fatto tutto" fu una frase comunicata alla stampa. "Che non si dica?!?". Quello contava. Che non si potesse eccepire, non che si facesse tutto per salvarlo. Il più umano fu il primario, e la neurologa commise proprio quell'errore che gli altri volevano evitare, si aperse ad una cautiissima speranza. Benedetta sia la neurologa. Che importa che si fosse sbagliata! Aveva risollevato per qualche tempo il nostro umore dall'abisso in cui era precipitato.

Dopo un periodo a terapia intensiva al Sant'Orsola di Bologna, un reparto silenzioso, immacolato, con box individuali, che mi sembrava appartenere a un altro mondo rispetto al San Giacomo, dove gli hanno praticato una gastrostomia per introdurre la

PEG, il sondino che consente la nutrizione e l'idratazione artificiali, (NIA) lo abbiamo portato al San Giorgio di Ferrara. Dall'assoluta asepsi, di nuovo in un reparto un po' delabré, dove in un'atmosfera incoraggiante e lievemente scherzosa, si praticavano le terapie volte a facilitare il risveglio. Chiusa la tracheotomia con apposito tappo, respirava del tutto da solo. Gli facevano spesso il bagno, lo portavano a ginnastica, alle prove di assaggio (ghiaccio, limone, cioccolata, pareva che ci fosse un particolare compiacimento nel sentire il sapore della cioccolata, eravamo inteneriti e speranzosi), alla fisioterapia e gli facevano sentire musica e voci. Ci avevano dato una sedia a rotelle un po' sgangherata con cui ci permettevano di portarlo ogni tanto al sole. Ogni giorno arrivando ero dilaniata tra la speranza e il timore di trovarlo sveglio: se fosse stato un vegetale? Tuttavia la speranza dominava, ci sembrava di vedere impercettibili segni che ci sembravano incoraggianti, chiamavamo medici e infermieri per far loro vedere qualcosa che vedevamo solo noi, però così ci bastava.

Ma Nino restava chiuso nel suo silenzio pieno di dignità e decoro. Stette a Ferrara qualche mese. Inutile spiare il ritorno di quel che era stato, adesso era così, punto e basta. Una persona cara è una persona cara se è bella, intelligente, sana, ma anche se non è nulla di ciò o se un incidente la deturpa, se invecchia e indementisce, se una meningite ne offusca l'intelletto, se fin dalla nascita è storpiata, invalida, menomata, disabile, se è Down, se il buio le sconvolge la mente, se il suo mondo diventa popolato di fantasmi persecutori...

Dopo Ferrara, di nuovo a Bologna a riabilitazione, confortati dagli infermieri "Ne ho visti tanti riprendersi" diceva un certo Pierino

"Una mattina, dopo mesi e mesi, passo e dico "Buon giorno", come tutti i giorni, e il Tal dei Tali risponde 'Buon giorno!' A momenti mi prende un colpo!" E il badante di notte, Gilberto, ci raccontava i discorsi che facevano lui e Nino. Oh, certo, anche nel suo racconto Nino non parlava esplicitamente, ma faceva capire a Gilberto quello che gli piaceva e quel che no. Noi non gli credevamo, ovviamente, ma venivamo investiti da un'onda di piacevole calore.

***"Il dolore è come
un gioiello incastonato
che custodisci
con cura
dentro di te"***

Era aggredito da mille malattie di origine ospedaliera, pseudomonas aeruginosa in particolare, ed era tutto un antibiotico, prova questo, prova quello. Verso la fine dell'anno lo ricoverammo di nuovo nel reparto che l'aveva accolto per primo, quello che ci aveva lasciati stupiti per la pulizia e l'efficienza. Tanto a Roma quanto a Bologna ci fu la tortura dei potenziali evocati, qualcosa di incerta interpretazione, che qualche volta era senza speranza, alcune altre lasciava un margine. Un'amica mi presentò Fulvio De Nigris, che dopo il coma e la morte di suo figlio quindicenne aveva dato vita all'associazione "Gli amici di Luca" con lo scopo di studiare tutti gli aspetti del coma e le possibili tecniche per facilitare il risveglio (dice Fulvio parlando dell'impossibilità di voltar pagina e cambiare registro "Il dolore è come un gioiello incastonato che custodisci con cura dentro di te"). Il clima che si respirava nell'ambiente dell'associazione era caldo,



partecipe, affettuoso, collaborativo, un vero porto dopo il mare procelloso di cui ci eravamo sentiti in balia. Abbiamo ascoltato decine di specialisti, di esperienze, di successi, ma non ne abbiamo cavato niente di utile per noi. Testimonial appassionato e creativo della Casa dei Risvegli Luca De Nigris era sempre stato Alessandro Bergonzoni, con il quale ebbi a casa un lungo colloquio, probabilmente in vista del fatto che avremmo parlato entrambi, di lì a poco, in ottobre, in occasione della giornata dei risvegli. Un suo caro amico regista era faticosamente riemerso da uno stato vegetativo persistente, e tanto lui che Fulvio non escludevano che si potessero tentare le strade del paranormale. Ho avuto l'indirizzo di una sensitiva che vive in un delizioso ultimo piano in via Indipendenza, che mi avevano detto in grado di parlare con "lo spirito" dei comatosi per ricavarne elementi prognostici. Mi ha chiesto una foto di Nino; gliene ho data una bellis-

sima, che si è tenuta. Ero emozionatissima. La signora non pareva una ciarlatana, era garbata e istruita, almeno superficialmente. Mi disse "Guardi che a volte il loro bene consiste nell'essere lasciati andare. Può darsi che le venga chiesto questo sacrificio". Me ne andai immaginando che, se e quando fosse riuscita a mettersi in contatto, mi avrebbe chiamato lei. Non ho più saputo niente e ho perduto la foto. Poi una rispettabile signora che praticava la pranoterapia (una volta anche su di me con effettivo vantaggio) mi ha offerto di mobilitare una comunità reiki per mandare a distanza forza vitale (anche lì con la riserva che "lui" ne avrebbe tratto quel che era meglio per sé, magari andandosene). Ho accettato; si pagavano solo le spese postali per mettersi in contatto con gli altri. Mia nuora Claire aveva fatto pregare, per vie che conosceva lei, le suore della madre Teresa di Calcutta e altre suore di clausura. Sono andata in Toscana ad un raduno di catecumenali, riuniti attorno ad un prete indiano che vantava straordinarie guarigioni, sono riuscita ad ottenere che, di passaggio per Bologna, venisse a vedere Nino e gli impartisse le sue benedizioni particolari, lui è uscito dalla stanza dicendo che certi piccoli movimenti degli occhi erano il segno del "healing", ma naturalmente non è successo nulla. Poi è venuta un'altra guaritrice, proposta dalla moglie di un serissimo collaboratore di Nino, una cara persona che era sicura di riuscire a risvegliarlo, perché poteva vantare successi di questo tipo, ma dopo mezz'ora di sforzi è uscita affranta dicendo che questa volta il miracolo non si era verificato.

Avevo sentito dire che in Cina praticavano innesti di stami-

nali, attraverso l'associazione Italia-Cina ho fatto avere le lastre all'équipe medica che se ne occupava; me le hanno restituite dicendo che non c'erano le condizioni. Abbiamo percorso il calvario di tutti i sopravvissuti al coma: tentati-

"Proprio questo lungo stato di sospensione, come in una bolla magica, mi aveva fatto credere in fondo in fondo che tu fossi come la bella addormentata, in un sonno che sarebbe durato cent'anni, lasciandoti inalterato, e forse sarei riuscita a premorirti"

vi di riabilitazione, visita delle celebrità straniere, Schmutzard, il luminare che senza giri di parole lo dichiarò tecnicamente morto, e il dolce, tenero altoatesino Leopold Saltuari, dagli incredibili

capelli bianchi inanellati lunghi fino a mezza schiena, che non escludeva possibili miglioramenti e suggeriva come favorirli.

Venne monsignor Paglia, che stava per essere nominato vescovo di Terni, e gli somministrò il sacramento degli infermi, una formula bellissima che invoca prima di tutto il risanamento del corpo e che non ha nulla a che spartire con quella che si era chiamata per tanto tempo "estrema unzione", temuta dalla generale ignoranza come l'ultimo addio prima della morte. Glielo somministrò almeno due volte, e altre le chiesi in seguito a monsignor Catti, amico da tanti anni.

I più bei momenti che la vita mi ha dato li ho vissuti accanto a te, ma pur se ricchissima è l'eredità che mi lasci a questo proposito, non posso esimermi ogni tanto dal pensare "Dio mio, perché non ancora un poco?" Proprio questo lungo stato di sospensione, come in una bolla magica, mi aveva fatto credere in fondo in fondo che tu fossi come la bella addormentata, in un sonno che sarebbe durato cent'anni, lasciandoti inalterato, e forse sarei riuscita a premorirti. Fantasticavo le nostre prossime ricorrenze, i tuoi 80 anni, le nostre nozze d'oro.

In un quiz estivo si chiedeva alle donne, delle quali si sarebbe poi dato il profilo psicologico, di scegliere fra tre opzioni il compagno ideale

- a) Che faccia di te una donna migliore
- b) Che faccia tutto per te
- c) Che ti ami per sempre

e con una stretta al cuore ho mentalmente risposto che io avevo trovato un marito che rispondeva a tutte e tre le esigenze.



Sosterrà anche un progetto speciale de "Gli amici di Luca"

"Otto Minuti per la Vita" il progetto di Croce Rossa Italiana

Lorella Cuccarini,
madrina e testimonial
della manifestazione.



Prenderà avvio, nel prossimo mese di Aprile, l'edizione 2011 di "Trenta Ore per la Vita", la campagna di sensibilizzazione e di raccolta fondi che quest'anno sarà al fianco di "Croce Rossa Italiana", coinvolgendo direttamente le Unità territoriali C.R.I. in tutta Italia.

La campagna, che inizierà il 15 aprile, culminerà con una settimana di sensibilizzazione e di raccolta fondi realizzata all'interno dei palinsesti televisivi, radiofonici e multimediali della RAI dal 25 aprile al 1° maggio per proseguire, con altri eventi e iniziative in tutta Italia, fino al 30 settembre.

In concomitanza con la settimana di sensibilizzazione televisiva e con la giornata mondiale della Croce Rossa che si celebra l'8 maggio, saranno

allestiti su numerose piazze italiane, a cura delle Unità territoriali di C.R.I., dei gazebo dedicati.

"Trenta Ore per la Vita 2011" sosterrà il progetto "Otto Minuti per la Vita", presentato da "Croce Rossa Italiana", con l'obiettivo di incrementare la disponibilità di attrezzature mediche salvavita nelle scuole statali secondarie di secondo grado e, soprattutto, nelle strutture sportive pubbliche, nonché di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza, in caso di arresto cardiaco, di un tempestivo soccorso prima dell'arrivo dell'ambulanza.

L'acquisto di tali presidi salvavita,



composti da un "defibrillatore semiautomatico esterno (DAE)" e da un "kit di primo intervento per rianimazione", verrà effettuato direttamente dalla "Associazione Trenta Ore per la Vita onlus" mentre gli operatori della C.R.I. terranno, al personale delle strutture beneficiarie, corsi di formazione gratuiti per fornire le conoscenze.

"Trenta ore per la vita 2011" sosterrà anche un progetto speciale de "Gli amici di Luca" COMAIUTO: UNA RETE DI SERVIZI ALLE PERSONE CON ESITI DI COMA E ALLE LORO FAMIGLIE.

NELL'AMBITO DI "VISIONI ITALIANE" PROMOSSO DELLA CINETECA DI BOLOGNA

I vincitori del Premio Luca De Nigris

Anche quest'anno è arrivato a conclusione, con successo, il Premio Luca De Nigris giunto alla tredicesima edizione promosso dall'associazione Gli amici di Luca. La manifestazione è organizzata dal laboratorio didattico Schermi & Lavagne della Cineteca del Comune di Bologna che da sempre è impegnata nella didattica del cinema e nell'educazione dell'immagine. La premiazione è stata condotta da Monica Vaccari coordinatrice del premio per la Cineteca di Bologna assieme a Giacomo Manzoli critico e docente di cinema all'Università di Bologna. Questi i vincitori:

Per le scuole primarie, il 1° premio al video **APRIRE O NON APRIRE? (QUESTO È IL DILEMMA)** Scuola Primaria di Vigatto, Istituto Comprensivo Verdi (PR)

Per le scuole secondarie di primo grado, 1° premio al video **TUTTO PER TUTTO** Scuola Secondaria di Primo Grado A. Oriani, Istituto Comprensivo Matteotti, Alfonsine (RA)

Per le scuole secondarie di secondo grado, 1° premio al video **OTTOVOLANTE** Liceo Linguistico ad indirizzo



artistico S. Umiltà di Faenza (RA)

La Targa Crossingtv assegnata da una apposita giuria di redattori della webtv è andata al video **GIARDINI PARLANTI/TALKING GARDENS** Scuola Secondaria di Primo Grado Testoni Fioravanti (BO).

L'importanza dell'educazione sanitaria di primo soccorso, una materia da insegnare nelle scuole

Croce Rossa, i primi a soccorrere, ma è fondamentale l'aiuto di tutti



di

Sonia Guarino

Volontaria del Soccorso della Croce Rossa Italiana gruppo di Bologna
Monitore di Primo Soccorso

*La vita è preziosa,
abbine cura.*

*La vita è una ricchezza,
conservala.*

*La vita è la vita,
difendila.*

(Madre Teresa di Calcutta)

Sono una Volontaria del Soccorso della Croce Rossa Italiana. Per 9 anni ho ricoperto il ruolo di soccorritore sull'ambulanza in servizio d'emergenza cittadina (118) nel territorio bolognese.

Ora la mia attività di volontariato



è prevalentemente rivolta all'educazione sanitaria: insegnare ai cittadini, persone qualunque, come prestare soccorso.

Il Comitato Provinciale di Bologna della Croce Rossa Italiana svolge corsi di primo soccorso rivolti a tutti: adulti, ragazzi, pensionati, bambini, stranieri, chiunque può essere in grado di prestare soccorso se adeguatamente formato.

Quando Gli Amici di Luca mi hanno chiesto di scrivere un articolo sull'importanza del primo soccorso ho inizialmente pensato di citare statistiche e dati per sostenere questa affermazione, ma non è da una statistica fredda e asettica, basata sui grandi numeri e non sul valore di una singola vita, che si può spiegare l'importanza di essere di aiuto ad una persona che sta rischiando la propria vita perché un pezzetto di cibo la sta soffocando, perché il cuore si è fermato, perché non riesce più a respirare, perché sta perdendo molto sangue.

L'interesse ad imparare manovre di primo soccorso sorge spontaneo in poche persone: forse perché a pochi è capitato di essere presenti quando la vita di una persona è stata in pericolo; o forse perché molti credono che non gli capiterà mai di trovarsi in quella situazione oppure, se dovesse capitare, che si farà avanti qualcuno.

Il pensiero più diffuso è che solo medici o infermieri sono autorizzati ad intervenire mentre gli "altri", che nella vita fanno altri

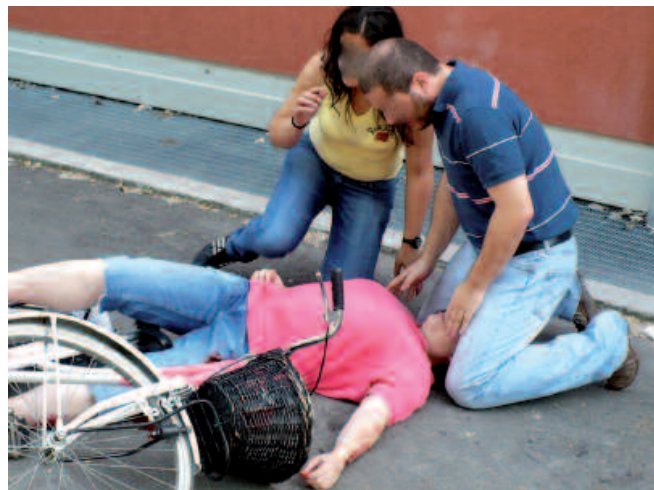
mestieri, potrebbero solo procurare danni alla persona in pericolo e quindi poi essere denunciati. E se fosse un nostro caro ad essere in pericolo? Non ci si pensa mai, ma potrebbe capitare che sia proprio una persona a noi cara ad avere bisogno (le più sensibili sull'argomento sono solitamente le neomamme) e in quel momento è certo che vorremmo disperatamente sapere come fare per aiutarla e tutti quei "forse" verrebbero spazzati via.

Qualcuno obietta che in quei casi si chiama il 118 (numero unico per le emergenze sanitarie) e l'operatore della centrale ci darà indicazioni su cosa fare. Premesso che in Italia non c'è ancora l'abitudine e la prassi da parte degli operatori di centrale a dare indicazioni per telefono, in ogni caso alcune manovre salvavita, come ad esempio il massaggio cardiaco e la respirazione artificiale, richiedono un addestramento perché siano efficaci.

Vi chiederete come mai allora il primo soccorso non è materia di insegnamento nelle scuole. È un mistero della cultura italiana. In Italia le cose si fanno solo se è un obbligo di legge, altrimenti si ritiene non siano necessarie o non così importanti. Basti pensare che l'Italia è stato uno degli ultimi Paesi in Europa ad abolire l'uso del casco a "scodella": fino a poco tempo fa, questa tipologia di casco non si poteva più acquistare ma se ne possedevi già uno lo si poteva continuare ad utiliz-



Pedone investito - dimostrazione di primo soccorso per la popolazione - festa del volontariato - Loiano (BO)



Ciclista investito - prove pratiche - corso di primo soccorso Bologna.

zare... eh già, perché pur sapendo che la sua efficacia nel proteggere la testa è nulla, al nostro Stato dispiaceva obbligare gli italiani a spendere dei soldi per proteggersi. Quello che viene da chiedersi però è come mai l'italiano medio non è interessato a proteggere la propria testa se non obbligato? La maggioranza delle persone risponderà: "Ma perché deve capitar proprio a me un incidente?". Perché capita.

In Italia essere adeguatamente formati per il primo soccorso è obbligatorio solo per chi opera nelle situazioni considerate a rischio: sono obbligati a seguire corsi mirati gli addetti al primo soccorso sul lavoro, i bagnini nelle piscine o in mare, chi frequenta corsi di scuola guida, ecc. Il "tranrello" è pensare che ci siano situazioni a rischio e altre no. In Italia 1 persona su 1000 all'anno è colpita da un arresto cardiaco improvviso (tradotto sul nostro territorio: più di 1 persona al giorno!). La percentuale di sopravvivenza della persona colpita da questo evento si riduce del 7-10% ogni minuto che passa se non si eseguono il massaggio cardiaco e la respirazione artificiale.

In città l'ambulanza arriva entro 8 minuti, in provincia passano anche 15-20 minuti: se chi è presente sul posto non tenta le manovre rianimatorie, la persona non ce la farà.

Il tempo... un tempo fatto di una

"La maggioranza delle persone pensa: ma perché proprio a me deve capitare un incidente?"

manciata di minuti in grado di portarsi via una vita.

Non bisognerebbe sprecare neanche un attimo e invece: l'operatore della centrale spesso impiega anche 2 minuti per recuperare da chi effettua la chiamata tutte le informazioni necessarie ad inviare nel luogo giusto il mezzo giusto (i mezzi con medico e infermiere a bordo vengono riservati ai casi più gravi, gli altri mezzi di soccorso hanno personale in grado di effettuare un intervento di base: è importante per l'opera-

tore capire se è necessario utilizzare il mezzo più avanzato a disposizione, ma spesso l'utente fornisce informazioni confuse); il personale dell'ambulanza impiega a volte vari minuti per trovare fisicamente la persona per la quale è stato chiamato: gli imbocchi delle strade più periferiche non sempre sono facili da individuare, spesso ci sono numeri civici interni, a volte ci sono più rampe di scale che indirizzano a varie parti del condominio. Si pensa spesso erroneamente che chissà quali tecnologie avanzate abbiano in dotazione i mezzi di soccorso nel 2011 da consentire loro di individuare subito il luogo di destinazione. Nessun miracolo della tecnologia per ora: l'aiuto del cittadino è fondamentale per fare arrivare i soccorsi sul posto il prima possibile.

Vorrei citare un fatto di cronaca che riassume tante considerazioni.

Nel febbraio 2005 nella periferia di Riccione, una donna si sente improvvisamente male e si accascia a terra, non respira più e il suo cuore ha smesso di battere. Le figlie, capita la gravità della situazione danno l'allarme al 118 e iniziano subito le manovre rianima-

torie. Il padre aveva insegnato loro ad effettuare una chiamata di soccorso corretta, ad eseguire un massaggio cardiaco e la respirazione bocca a bocca perché aveva seguito un corso di primo soccorso sul luogo di lavoro e aveva ritenuto fondamentale trasmettere queste informazioni alle figlie. La donna è arrivata viva in ospedale e ha ricevuto le cure del caso. Gli stessi medici hanno ribadito che senza quelle manovre rianimatorie effettuate sul posto la donna non ce l'avrebbe fatta. Le figlie, all'epoca dei fatti, avevano rispettivamente 8 e 11 anni.

Le manovre di cui stiamo parlando, per quanto abbiano a che fare con situazioni che ci sembrano più grandi di noi, sono semplici, chiunque le può eseguire. È il sentirsi di metterle in pratica il vero ostacolo. I bambini possono ancorarsi alla loro ingenuità: non razionalizzano, eseguono quello che gli è stato insegnato. Gli adulti si pongono dei problemi: e se sbaglio le manovre e la persona muore per colpa mia? La persona è già morta se chi ha la responsabilità di trovarsi a soccorrerlo per primo non esegue queste manovre. E questo vale non solo in caso di arresto cardiaco, ma anche di altre situazioni: il tempo di dissanguamento in caso di emorragia a livello dell'arteria femorale, evenienza che può occorrere nei traumi da incidente stradale, è di pochi minuti; in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo la persona in pochissimi minuti di tempo diventerà incosciente e poi smetterà di respirare a causa dell'ostacolo all'entrata di aria nei polmoni.

Ma il compito di chi soccorre per primo non è solo di eseguire le manovre di primo soccorso. Chi è presente sul luogo di un'emergenza deve avere bene in mente



Incidente auto-auto - dimostrazione di primo soccorso per la popolazione - festa "Venite a quel paese" - Medicina (BO).

che anche se non vuole si trova ad essere parte di una catena: la catena della sopravvivenza. Essa prende l'avvio con la chiamata di soccorso, prosegue con le manovre di primo soccorso eseguite da chi è presente sul luogo (il soc-

***“L'aiuto del cittadino
è fondamentale
per fare arrivare
i soccorsi sul posto il
prima possibile”***

corritore occasionale), continua con l'arrivo dell'ambulanza e finisce con l'affidamento della persona al medico e l'arrivo in pronto soccorso. Se uno degli anelli è debole, tutta la catena perde di efficacia e la probabilità di sopravvivenza per la persona colpita dall'evento si riduce.

Il codice penale prevede per chi si trova sul luogo di un'emergenza l'obbligo di avvisare l'autorità competente (il 118 in caso di un'emergenza di tipo sanitario) e di agire secondo il buon senso.

Non è sufficiente. Il buon senso non ci aiuta a dare informazioni corrette se non sappiamo come funziona il sistema del soccorso, il buon senso spesso ci indica di effettuare manovre che sembrano innocue ma che sono sbagliate (come mettere un cuscino sotto alla testa di una persona a terra incosciente, come dare da bere ad una persona vittima di un incidente che ha sete), il buon senso non ci può indicare come aiutare una persona se non abbiamo un minimo di conoscenze. In definitiva, il buon senso non ci basta a farci svolgere la nostra parte nella catena della sopravvivenza in modo efficace.

Ecco perché crediamo nel valore dell'educare al primo soccorso: vogliamo aiutare le persone a svolgere il loro compito di primi soccorritori al meglio delle loro possibilità ed essere un anello forte.

Se la vita ci porrà di fronte ad un'emergenza e saremo in grado di contribuire a salvare una persona, il valore di questa azione è così grande da essere sufficiente a dare un senso a tutta la nostra esistenza.

Molte cooperative sono nate dalla volontà delle associazioni di rappresentanza degli utenti disabili

Le cooperative sociali una realtà studiata anche all'estero



di

Alberto Alberani

Responsabile Legacoop Sociali e
Area Welfare di Legacoop Emilia
Romagna

La cooperazione sociale in Emilia Romagna costituisce uno degli attori fondamentali nel panorama del welfare della Regione Emilia Romagna. Come riportato nel “Rapporto 2010 sull’Economia regionale” realizzato da Unioncamere le cooperative sociali a fine 2009 erano 800, con un fatturato complessivo di oltre un miliardo e cento milioni ed un’occupazione dipendente in regione di quasi 35mila unità.

Quasi la totalità delle cooperative sociali rilevate da Unioncamere oltre ad essere Aderenti alle Associazioni di rappresentanza Legacoop, Confcooperative, Agci, sono iscritte all’Albo Regionale della cooperazione sociale così come previsto dalla legge regionale 7 del 2004 che recependo la legge nazionale 381 del 1991 ha favorito lo sviluppo e l’affermazione della cooperazione sociale in Emilia Romagna

I numeri illustrati, ma più che altro l’esperienza quotidiana ci confermano che la cooperazione sociale è DIVENTATA IL PRINCIPALE ATTORE NELLA REALIZZAZIONE DELLE POLITICHE DI WELFARE DELL’EMILIA ROMAGNA.

Flessibilità, efficienza, capacità organizzative, protagonismo comunitario, costi inferiori ad altri competitori, coerenza ai principi cooperativi, sono sicuramente stati elementi del successo di queste particolari IMPRESE-SOCIALI.

In questi trent’anni, le cooperative sociali hanno avuto un ruolo attivo nel chiudere i manicomi e gli istituti speciali dove erano rinchiusi persone con problemi di salute mentale o disabili e di proporre una migliore qualità della vita in servizi alternativi, hanno recepito i nuovi bisogni evidenziati da persone tossicodipendenti, dai minori in difficoltà, aprendo servizi residenziali o semiresidenziali, inventato i servizi di assistenza domiciliare per fornire risposte alle persone anziane in particolare alle donne che finalmente venivano liberate da un ruolo che non permetteva loro lo svolgimento di un lavoro esterno alla famiglia.

Infine affermato nei fatti, nelle cooperative sociali di tipo b, che il lavoro per le persone svantaggiate può essere occasione di benessere e non alienazione e frustrazione così come troppo spesso accade in molte imprese.

Tutto ciò si è realizzato in stretto rapporto con le Pubbliche Amministrazioni condividendo con i politici e i tecnici dei servizi pubblici la realizzazione del sistema definito welfare mix.

Tutto ciò si è realizzato in stretto rapporto con le persone che utilizzano i servizi, con i loro parenti, con le Associazioni di rappresentanza fondamentali interlocutori degli operatori delle cooperative sociali.

Molte cooperative sono nate grazie alla volontà delle Associazioni di rappresentanza degli “utenti” disabili, dei familiari di persone con dipendenze patologiche o con problemi di salute mentale. Nate in relazione anche all’evolversi dei bisogni come la cooperativa La strada di Piazza Grande nata dalla volontà dell’Associazione amici di Piazza Grande con l’obiettivo di offrire occasioni di reinclusione sociale attraverso il lavoro a persone senza fissa dimora.

Cooperative sociali promosse da Associazioni che continuano a nascere. Ultimo virtuoso esempio è la cooperativa sociale “perLuca” nata dalla volontà dell’Associazione “Gli amici di Luca” identificando ambiti di interventi innovativi e originali.

Tavola. 2.14.8. Cooperative sociali suddivise per tipologia. Numero di cooperative, ricavi e dipendenti. Anno 2009 e variazione rispetto al 2008

	Coop.ve	Ricavi 2009	Dipendenti 2009	Var. ricavi 2009/2008	Var. addetti 2009/2008
A	433	691.752.310	26.913	9,1%	4,8%
A+B	129	114.208.612	3.810	12,2%	4,7%
B	202	125.492.340	3.436	0,9%	3,9%
C	36	199.691.779	523	12,1%	7,7%
TOTALE	800	1.131.145.041	34.682	9,6%	4,6%

A - cooperative che gestiscono servizi socio assistenziali, sanitari ed educativi;

B - cooperative che svolgono attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate;

C - consorzi costituiti come società cooperative aventi la base sociale formata in misura non inferiore al settanta per cento da cooperative sociali;

Fonte: elaborazione Centro studi e ricerche Unioncamere Emilia-Romagna su dati della banca dati GHIBLI di Unioncamere Emilia-Romagna

Cooperative sociali che operano in svariati settori

Tavola. 2.14.9. Cooperative sociali suddivise per settore di attività. Numero di cooperative, ricavi e dipendenti. Anno 2009 e variazione rispetto al 2008

	Coop.ve	Ricavi 2009	Dipendenti 2009	Var. ricavi 2009/2008	Var. addetti 2009/2008
Assist. sociale non residenziale	277	537.328.076	18.167	9,9%	3,6%
Assistenza sociale residenziale	100	182.742.237	7.305	10,5%	7,7%
Assistenza sanitaria	29	57.120.030	1.195	8,2%	2,8%
Riciclaggio/gestione rifiuti	22	56.092.751	719	13,8%	-0,7%
Istruzione	72	52.486.166	1.561	11,1%	3,8%
Commercio	21	50.482.262	687	11,7%	7,6%
Attività professionali	27	35.872.589	345	8,3%	13,0%
Pulizia	48	34.624.336	1.225	7,0%	3,8%
Manifatturiero	52	33.277.504	874	-6,0%	1,0%
Agricoltura	37	29.880.897	659	-3,6%	-2,0%
Servizi alle imprese	26	22.090.714	499	16,1%	18,2%
Alloggio	24	15.887.327	424	8,2%	3,6%
Trasporti	16	12.106.701	476	78,8%	31,1%
Attività intrattenimento	15	5.364.685	127	23,1%	-11,7%
Altro	35	5.788.765	419	-6,0%	12,5%
TOTALE	800	1.131.145.041	34.682	9,6%	4,6%

Fonte: : elaborazione Centro studi e ricerche Unioncamere Emilia-Romagna su dati della banca dati GHIBLI di Unioncamere Emilia-Romagna

Grazie alle professionalità dei soci lavoratori della cooperativa, le attività che hanno determinato la nascita e lo sviluppo della cooperativa si collocano in una zona di confine fra il welfare culturale e il welfare socio-sanitario promuovendo un scommessa appassionante ed originale. Faticosa da vincere in un panorama nazionale dove welfare socio-sanitario e welfare culturale sono sotto assedio.

Quando a Trieste nacquero le prime cooperative sociali in seguito alla chiusura degli ospedali psichiatrici pochi credevano in un progetto che ha dimostrato nel tempo e nei fatti la propria importanza. Molti tecnici e politici sorridevano e aspettavano di vedere la chiusura dell'esperienza ben raccontata in un bellissimo film interpretata da Claudio Bisio "Si può fare".

Si è fatto!!! Oggi le cooperative sociali di tipo b sono una bellissima realtà anche studiata da molti progetti europei ed extraeuropei. Oggi la cooperazione sociale di tipo a nella Regione Emilia Romagna gestisce la quasi totalità dei servizi socio-sanitari rivolti alle persone disabili, alle persone anziane, ai minori con problemi sociali, a per-

sone con dipendenze o con problemi di salute mentale.

Si è fatto e si continuerà a fare (anche se qualcuno non ama particolarmente i valori, i principi e le azioni delle cooperative sociali).

Anche le attività della Cooperativa perLuca si stanno facendo. Grazie

"Le cooperative sociali hanno avuto un ruolo attivo nel chiudere i manicomi e gli istituti speciali"

al sostegno dell'Associazione, ma più che altro grazie al lavoro realizzato dai soci che stanno credendo al progetto e che certamente "si regalano" tempo e passione che non passano attraverso la busta paga che cercano di garantirsi. Soci-lavoratori testimoni della realizzazione di un "sogno" non passa da un cartellino marca tempo ma dall'entusiasmo e dalla passione, dall'energia positiva che diventa valore aggiunto riconosciuto anche da chi vede con sospetto i progetti innovativi.

Ma l'affermazione di un sogno non

può avvenire solamente in relazione alla passione di chi ci crede.

Una cooperativa sociale per svilupparsi deve dotarsi di un "piano strategico industriale" che in parole molto più semplici significa essere bravi imprenditori capaci di "vendere" servizi di qualità a prezzi "giusti" rispettando le regole.

Oggi non è difficile acquisire competenze per gestire e sviluppare un'impresa sociale. È molto più difficile collocarsi in un settore profondamente sotto attacco.

Anche in Emilia Romagna, seppure in misura ridotta rispetto ad altre Regioni (come la Campania) stiamo subendo gli effetti di scelte politiche nazionali che hanno determinato pesantissimi tagli ai servizi sociali e socio sanitari. Si può rispondere alla crisi economica tassando le rendite delle transizioni finanziarie, colpendo i redditi di chi anche grazie alla crisi si arricchisce, tagliando le spese militari oppure si può decidere di tagliare il servizio civile a favore del servizio militare, di eliminare il fondo per la non autosufficienza o di tagliare la gran parte dei trasferimenti ai Comuni e alle Regioni. Sono scelte politiche precise che aprono nuovi scenari condizionati non solo dalla dimensione economica, ma anche dai cambiamenti sociali determinati dalle migrazioni o dai cambiamenti demografici.

La crisi economica e la conseguente SCELTA di mettere in discussione l'attuale sistema di welfare può essere subita, può essere contrastata attraverso il conservatorismo, ma può anche essere affrontata interpretando e intercettando le opportunità e i cambiamenti che si determinano sempre quando le cose si modificano.

Il ruolo assunto dalla cooperazione sociale in particolare dalle coope-

rative sociali che gestiscono servizi sociali o socio-sanitari per conto delle Pubbliche Amministrazioni probabilmente si modificherà nei prossimi cinque anni. La presenza in Emilia Romagna di oltre 100.000 lavoratrici sociali, assistenti familiari (definite badanti) ci racconta di come in pochi anni si possono stravolgere i sistemi di welfare.

Fuori da un sistema pubblico regolato dalle Amministrazioni pubbliche, famiglie e lavoratrici sociali hanno "inventato" un nuovo mercato condizionata da poche regole e poche burocrazie. La parola sussidiarietà che utilizzata per lo più opportunisticamente dai politici e utile a professori e ricercatori per vendere libri, è stata concretamente realizzata dalle persone (famiglie e assistenti familiari) che mentre i professionisti del sociali, i

politici, gli intellettuali facevano riunioni, dovevano risolversi un problema...

Ciò probabilmente avverrà anche per i servizi rivolti alla prima infanzia e purtroppo potrebbe avvenire anche per altri servizi sociali e sanitari.

Una messa in discussione al sistema dei servizi che in Italia è evidente dai tagli dei trasferimenti e alla chiusura dei fondi. Scelte non conseguenti dalla crisi economica oggi troppo spesso utilizzata come foglia di fico per operare scelte politiche non condizionate dalle risorse economiche ma da precisi pensieri.

La trasformazione del sistema di welfare era già presente nel libro verde e nel libro bianco dove con meritoria chiarezza viene prospettato un sistema sociale che valorizzi il ruolo delle famiglie nella pro-

duzione dei servizi sostenendo anche il "secondo pilastro", le assicurazioni e le mutue. Un sistema alternativo alla filosofia della legge 328 e alla filosofia che sostiene in Emilia Romagna la realizzazione di servizi sociali e sanitari.

A fronte di questo panorama nazionale e condizionati dalle minori risorse economiche nelle tasche delle famiglie, assisteremo ad un aumento dei bisogni che richiederanno NUOVE RISPOSTE.

E allora anche le piccole neo cooperative saranno chiamate ad assumere UN NUOVO E DIVERSO PROTAGONISMO, una capacità di innovazione che premierà chi sarà in grado di rispondere ai nuovi bisogni coniugando prezzi e qualità e con coerenza ai principi cooperativistici.

Ricordandosi sempre che "tutti i grandi sono stati bambini".

Insieme per trovare le risposte



ADJUTOR

OFFICINE ORTOPEDICHE

BOLOGNA - Via Rimini, 10/a - Tel. 051.323312 - e-mail: bologna@adjutor.it

NUMERO VERDE
800 029494

CONSULENZA - VENDITA - NOLEGGIO - ASSISTENZA SPECIALIZZATA

Sarà donato all'Azienda Usl di Bologna

Raccolti i fondi per lo stimolatore cerebrale



La raccolta fondi per l'acquisto di uno "Stimolatore magnetico transcranico" ha avuto un eccellente risultato. Cominciata lo scorso 7 ottobre in occasione della "Giornata Nazionale dei Risvegli per la Ricerca sul Coma – vale la pena" si era posto l'obiettivo di raggiungere i 60.000 euro. Traguardo raggiunto grazie ai numerosi sostenitori, alle iniziative realizzate ed a tutti coloro che ci hanno aiutato.

Alcuni familiari a seguito anche di notizie apparse sulla stampa ci avevano chiesto della "stimolazione cerebrale" e della sua possibile applicazione su pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza. L'associazione "Gli amici di Luca onlus", sentito il parere clinico positivo del prof. Roberto Piperno direttore della Casa dei Risvegli Luca De Nigris e del dott. Carmelo Sturiale già dell'Unità operativa di neurochirurgia dell'Ospedale Bellaria – Maggiore di Bologna ed ora primario a Cesena, aveva dunque aperto una sottoscrizione al fine di acquisire uno "stimolatore cerebrale" da donare all'Azienda Usl di Bologna per il Centro Studi per la Ricerca sul Coma alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris.



"Note di gala a palazzo Re Enzo" promossa da Brave Arts per Maserati.

Dalla letteratura scientifica, anche se ancora basata su singoli casi o studi con pochi pazienti, vi sono indicazioni che la neuromodulazione elettrica possa

***"Raccolti 60.000 euro.
Grazie a tutti coloro che
ci hanno sostenuto"***

essere uno strumento utile a migliorare lo stato di coscienza e il grado di interazione in pazienti in uno stato di minima coscienza. Un recente studio (2006) su

un paziente in questo stato da 6 anni ha dimostrato un miglioramento della cognitività, del controllo degli arti e della deglutizione durante la stimolazione. Al momento per i pazienti in stato vegetativo la letteratura è ancora povera. Viene generalmente ritenuto che questi soggetti presentino una sofferenza cerebrale talmente importante da rendere di dubbia utilità il tentativo di stimolare elettricamente tali aree. Però in pazienti clinicamente in stato vegetativo ma con un quadro di preservazione di una attività cerebrale un tentativo di neuromodulazione elettrica può avere reazioni non trascurabili. La neuromodulazione elettrica delle aree cerebrali attraverso la Stimolazione Magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) è ottenuta con modalità non invasive. Questa è una procedura non dolorosa che produce correnti in grado di modificare l'eccitabilità della corteccia cerebrale. In particolare i risultati ottenuti nei pazienti con deficit del tono e del movimento dopo stroke sono largamente positivi e lo stesso tipo di effetto si spera possa essere atteso anche nei pazienti con severo deficit motorio dopo lesione cerebrale da altra causa, come ad esempio il trauma o l'ipossia.



Un'altra delle innumerevoli iniziative realizzate per la raccolta fondi. Una serata alla "Taverna degli artisti". Da sinistra: Laura Cracoliti, Domenico Calia, Fulvio De Nigris, Antonella Liga, Adriano Amuleti.

Il piano posturale viene inteso il più delle volte come un programma di prevenzione dei danni cutanei

Programmi posturali nei pazienti con bassa responsività: comfort, prevenzione o terapia?



di

Roberto piperno

Direttore U.O.C. Medicina riabilitativa
e Casa dei Risvegli Luca De Nigris
Dipartimento di Emergenza Ospedale
Maggiore, Azienda USL di Bologna

1. IL PROGRAMMA POSTURALE

Non è insolito vedere pazienti in condizioni di bassa responsività che trascorrono la maggior parte della giornata, oltre che della notte, in posizione supina nel letto. Spesso, anche quando vengono mobilizzati dal letto, restano posizionati su carrozzine reclinate o bascule in una posizione che rimane di fatto sdraiata. Il piano posturale, quando esiste come programma formalizzato, viene inteso il più delle volte come un programma di prevenzione dei danni cutanei da pressione e di igiene articolare nell'ambito del progetto di nursing e/o di fisioterapia.

In questa analisi cercheremo di valorizzare alcuni spunti ed evidenze cliniche e sperimentali che offrono una chiave di lettura diversa del programma di gestione posturale del paziente: ci porremo la domanda se l'azione assistenziale sull'assetto posturale può costituire una risorsa terapeutica per la gestione di alcuni problemi clinici che caratterizzano il percorso riabilitativo del paziente con DOCs (Disorders of Consciousness), vale a dire persone in Stato Vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (MCS).

In particolare terremo conto di come il piano posturale può influire su una pluralità di dimensioni cliniche quali la dinamica respiratoria, la pressione arteriosa, la percezione del corpo e dello spazio, l'arousal, i ritmi circadiani, il decondizionamento muscolare, i disordi-

ni generali e locali del tono muscolare, le deformità articolari. Vedremo pertanto come sia possibile parlare non genericamente di posture (assistenziali, di prevenzione o di comfort) ma piuttosto di una vera e propria "terapia posturale" (positional therapy).

La posizione supina

Il primo elemento riguarda le numerose criticità e controindicazioni che caratterizzano la postura più frequentemente adottata per il paziente a letto: la postura supina.

Sappiamo che, in generale, la postura supina incide significativamente sulla frequenza di episodi di apnea-ipopnea durante il sonno [1, 2]. Questi causano ipossemia e frammentazione del sonno che, a loro volta, possono aggravare un disturbo cognitivo presente, tanto che il trattamento delle apnee-ipopnee nel sonno può addirittura migliorare il funzionamento cognitivo in pazienti affetti da malattia di Alzheimer [3, 4]. Ma questo non è l'unico aspetto: le persone con apnee ostruttive nel sonno hanno un

numero maggiore di episodi di reflusso gastroesofageo notturno in quanto durante l'episodio di apnea si riduce la pressione intraesofagea tanto da facilitare il reflusso [5-8].

Questi elementi inducono a ritenere che nei pazienti con DOCs la posizione supina favorisca egualmente gli episodi di apnea-ipopnea con conseguente contrasto dei processi di recupero cognitivo e facilitazione degli episodi di reflusso gastroesofageo, fino a veri episodi di inalazione. Quest'ultimo rischio è tanto più probabile quanto più le modalità nutrizionali sono a loro volta fonte di rischio, con un effetto potenzialmente sommativo. Si sa infatti che nei pazienti critici il rischio di reflusso gastroesofageo raggiunge l'81% dei casi per i pazienti con sondino naso gastrico e in posizione supina, e che tale rischio permane, anche se ridotto al 50%, anche quando il sondino nasogastrico viene rimosso [9]. Diversamente, in posizione semiseduta il rischio con sondino si riduce al 67% e scende addirittura al 12% quando il sondino viene rimosso. Il dato assume un particolare rilievo se si considera che il sondino naso gastrico è ancora utilizzato per la nutrizione artificiale domiciliare in quasi la metà dei casi in Italia e che la nutrizione viene somministrata in modalità continua o notturna in oltre il 41% dei casi [10]. Se la nutrizione artificiale avviene in posizione supina, i rapporti anatomici col rachide dividono lo stomaco in due porzioni ed il fondo (parte non contrattile dello stomaco) tende a riempirsi senza effetto "cascata" verso l'antro ed il transito pilorico. Diversamente, altre posizioni, come quella in decubito destro, spostano l'antro in basso e facilitano lo svuotamento gastrico. In posizione supina può pertanto realizzarsi un aumento apparente del residuo gastrico che suggerisce



Posizione supina.

erroneamente la persistenza di una condizione di gastroparesi e induce clinicamente ad un ingiustificato rallentamento del flusso nutrizionale.

Oltre che sugli aspetti respiratori e di transito alimentare, la posizione supina ha effetti sensibili anche sulla pressione arteriosa e sulla regolazione simpatica. È stato osservato che evitare la posizione supina durante il sonno può essere anche una forma di trattamento non farmacologico per molti pazienti ipertesi: determina infatti una riduzione della pressione sistolica e diastolica media nelle 24 ore, con una riduzione più accentuata della sistolica [11]. Sono soprattutto le affezioni vestibolari (otoliti) e cervicali (fusi neuromuscolari) che modulano l'attività simpatica, cardiovascolare e respiratoria [12, 13]. La sola rotazione del capo da supino già riduce pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

Anche la distribuzione dei fluidi nei segmenti corporei è influenzata dalla posizione supina, così come la pressione nei compartimenti corporei. In particolare, in posizione supina la pressione intracranica e quella intra-addominale tendono ad essere pressoché equivalenti, mentre in posizione seduta divergono nettamente con una netta prevalenza della pressione intra-addominale: questo consente fra l'altro di migliorare l'effetto sifone delle valvole programmabili per derivazione ventricolo-peritoneale [14].

Infine, anche la distribuzione del tono muscolare appare sfavorevolmente influenzata dalla posizione supina. È noto che l'eccitabilità dei riflessi che regolano il tono muscolare risente delle posizioni del capo [15-17] e del grado di flessione delle anche [18]. La posizione supina, magari con il collo in flessione per la presenza di cuscini sotto il capo, può innescare dei circuiti spesso sregolati che, tramite le influenze vestibolari (otoliti) e cervicali (fusi neuromuscolari), irradiano secondo gli schemi dei riflessi tonico vestibolare e cervicale simmetrico. Entrambi questi schemi di facilitazione nella posizione supina convergono verso un aumento del tono estensorio agli arti inferiori. L'estensione delle anche [19] e l'estensione delle ginocchia [20] facilitano a loro volta un

incremento del tono estensorio agli arti inferiori. L'effetto combinato e sommativo di queste diverse facilitazioni può creare un terreno favorevole alla comparsa di distonie estensorie agli arti inferiori che si possono strutturare anche come pattern maladattativo in funzione del perdurare delle condizioni di afferenza alterata. Tutto ciò, alla fine, può dare luogo a squilibri muscolari strutturati e persistenti che si consolidano anche come deformità articolari.

L'insieme di questi elementi, pur non costituendo ovviamente una controindicazione assoluta alla posizione supina, tuttavia sconsiglia fortemente di adottarla come postura unica o anche solo prevalente.

La posizione prona

La posizione prona tende ad essere poco utilizzata nei piani posturali, probabilmente perché si ritiene erroneamente che tale posizione sia meno confortevole e presenti prevalenti rischi e controindicazioni. In realtà è vero l'opposto: si sa che la posizione prona migliora la capacità funzionale residua respiratoria, aumenta il drenaggio delle secrezioni per l'orientamento dorso-ventrale delle maggiori vie respiratorie, migliora gli scambi gas-

sosi ed il rapporto ventilazione/perfusione, migliora e prolunga l'effetto delle manovre di ossigenazione. È stato osservato che la postura orizzontale primaria dovrebbe essere quella prona piuttosto che quella supina [21]. Una revisione sistematica recente conferma che la posizione prona già in terapia intensiva può ridurre la mortalità dei pazienti più gravi e può ridurre l'incidenza di focolai polmonari nei pazienti ventilati [22]. È comunque da tenere presente che questa posizione può aumentare i danni parenchimali da ventilatore e può causare un incremento delle complicanze da cannula tracheale. Occorre pertanto bilanciare accuratamente rischi e benefici, soprattutto nel paziente in fase acuta intensivistica.

Sulla distribuzione del tono muscolare, la posizione prona influisce attraverso l'azione degli otoliti vestibolari che tendono a produrre un pattern di inibizione del tono estensorio ai quattro arti, secondo lo schema del riflesso tonico vestibolare.

Gli effetti della posizione prona sono dunque ampiamente positivi e con limitate e relative controindicazioni o cautele. Dovrebbe pertanto essere utilizzata regolarmente nei piani posturali.

Le posizioni verticalizzate

Fra le posizioni verticalizzate (head-up), la stazione eretta determina il massimo incremento del picco di flusso espiratorio (PEF) e della capacità vitale (FVC). All'opposto la posizione seduta "accasciata" (slumped), con cifosi dorso-lombare e seduta sacrale, mostra valori sensibilmente inferiori di questi parametri della funzionalità ventilatoria. Valori intermedi e progressivamente migliori si hanno con la posizione seduta ben rad-drizzata e con la posizione seduta con spinta lombare in lordosi [23].

La verticalizzazione del paziente con il tavolo di statica determina un incremento della ventilazione alveolare e della capacità funzionale a parità di domanda metabolica. I cambiamenti con il tilt passivo sono simili a quelli osservati nella postura seduta: aumento della compliance e riduzione delle resistenze nel sistema respiratorio [24]. Questa posizione



Posizione prona.

pertanto potrebbe essere di beneficio già nei pazienti in terapia intensiva che cominciano la mobilitazione dopo un periodo di immobilità. Gli effetti di una verticalizzazione a 70° per 5' in pazienti critici sono temporanei: l'aumento del volume corrente e della frequenza respiratoria scompaiono dopo 20' con il ritorno alla posizione supina [25].

Una survey australiana [26] mostra che in terapia intensiva il tavolo di statica viene utilizzato da quasi il 70% dei fisioterapisti, con un trattamento iniziale in media di 10' a 45°, per facilitare il carico, prevenire le contratture muscolari, rinforzare gli arti inferiori ed aumentare l'arousal. L'angolo di verticalizzazione viene adattato in funzione della stabilità cardiovascolare e la durata viene incrementata in funzione sempre della stabilità cardiovascolare ma anche dell'affaticamento, del comfort e del pattern respiratorio. La progressione dell'angolo di tilt e della durata della verticalizzazione sono considerati indicatori affidabili di risultato della procedura terapeutica.

Gli effetti della verticalizzazione in posizione eretta o seduta sono anche a carico degli aspetti percettivi. Le afferenze vestibolari, cervicali e visuo-oculomotorie si sommano per la percezione dell'ambiente e della posizione del corpo. Le afferenze propriocettive cervicali influenzano la percezione soggettiva della verticale e dell'orizzontale [27]: con la testa eretta vi è una preferenza percettiva per gli stimoli verticali in alto che scompare in posizione supina [28]. La determinazione della posizione del corpo e la localizzazione di un oggetto nello spazio richiedono la convergenza di input visivi vestibolari e propriocettivi [29].

Il ruolo dei propriocettori cervicali può avere una particolare rilevanza per le posizioni viziato del capo che il paziente può assumere in presenza di componenti distoniche. L'accorciamento (reale o apparente, come ad esempio avviene per stimolazione unilaterale con TENS o vibrazione) dei muscoli cervicali di un lato può causare una deviazione percepita della linea mediana del corpo [30] e una modificazione del campo percettivo spaziale tale da influenzare il neglect e



Tavolo di statica.

l'orientamento soggettivo del corpo [31-36].

La posizione verticalizzata infine migliora l'arousal nei pazienti con DOCs inducendo un incremento del numero di comportamenti attivi ed un aumento del livello qualitativo del comportamento più evoluto [37].

Ritmicità dei cambiamenti posturali

La quantità del movimento, e con questo anche la frequenza della variazione posturale, è una delle variabili che presentano una ritmicità naturale nell'arco delle 24 ore. Tutti i ritmi circadiani sono organizzati sulla base di una struttura del tempo definita centralmente (nucleo soprachiasmatico) ma sincronizzata e regolata da sorgenti periferiche ed ambientali di stimolazione (luce-buio, attività-riposo, nutrizione-digiuno, ecc.). Una semplice misura dei movimenti spontanei all'arto (actigrafia) mostra come nei pazienti in Stato di Minima Coscienza la ritmicità della frequenza di movimento si mantiene abbastanza nell'alternanza di attività-riposo, mentre in pazienti in Stato Vegetativo tale alternanza viene sostanzialmente persa [38]. Numerosi elementi indicano che i pazienti con DOCs, ed in particolare i pazienti in Stato Vegetativo, hanno una profonda disorganizzazione della strut-

tura dei ritmi circadiani: in particolare si osserva un sonno molto frammentato per la comparsa random delle varie fasi e la presenza di frequenti e prolungati risvegli. Il tempo di sonno viene trascorso prevalentemente in sonno leggero (fase 1) e molti pazienti mostrano aspetti del sonno dispersi durante la giornata senza apparente controllo circadiano. In sintesi, i Pazienti in SV dormono meno e con una efficienza del sonno molto più bassa. Questo profilo indica una profonda alterazione del ritmo circadiano. Il dato acquista un particolare rilievo se si considera che il sonno è indispensabile per consolidare nuovi circuiti sinaptici ed è collegato all'organizzazione della vigilanza (arousal), tanto che la presenza di elementi del sonno nei pazienti in Stato Vegetativo sembra assumere un significato prognostico favorevole. L'importanza dei ritmi circadiani per l'equilibrio biologico è dimostrata anche da altri elementi di carattere più generale: alcune evidenze relative a pazienti con demenza [39] mostrano che i soggetti con ritmi disorganizzati hanno una minore sopravvivenza.

In questo contesto è lecito supporre che interventi volti a stimolare e regolare la plasticità della funzione circadiana attraverso segnali periodici modulati dall'ambiente (zeitgeber) possano facilitare la riorganizzazione complessiva di una ritmicità favorevole. In questo senso, i segnali più importanti, ed in un certo senso più "manipolabili", sono quelli del ciclo luce-buio, del ritmo alimentare e del ritmo motorio-posturale. Una gestione del piano posturale che organizzi una ritmicità circadiana della densità di segnali propriocettivi legati all'assetto e alla variazione posturale potrebbe costituire una risorsa terapeutica anche per l'effetto cronobiologico. Ancora una volta è utile ricordare come una strategia assistenziale che prevede un apporto nutrizionale a basso flusso in modalità continua o notturna con paziente in posizione sdraiata, modalità ancora troppo spesso utilizzata (31% dei casi di nutrizione artificiale a domicilio [10]) combina influenze sfavorevoli di almeno due zeitgeber fondamentali: ritmo motorio-posturale e alternanza nutrizione-digiuno.

no. A proposito di quest'ultimo ritmo, sono importanti gli effetti di attivazione cerebrale conseguenti al riempimento gastrico [40] e gli effetti di neuromodulazione centrale derivanti dalla secrezione di grelina, ormone prodotto dal tratto digerente durante il digiuno [41]. Un progetto terapeutico che includa la somministrazione di alimenti con velocità e ritmicità fisiologica, in assenza di documentata gastroparesi, combinata con cambiamenti posturali facilitanti (posizione verticalizzata seduta in particolare) dovrebbe pertanto essere assunto come standard di riferimento per la gestione del paziente in SV e MCS.

Da ultimo, occorre ricordare come alcune osservazioni sembrino suggerire che la mobilitazione posturale frequente del paziente induce effetti positivi anche sotto il profilo della risposta infiammatoria: in pazienti critici in terapia intensiva è stato osservato che anche solo 15 minuti di mobilitazione posturale multipla nel letto riduce significativamente il livello circolante di alcune citochine pro-infiammatorie [42].

2. I DISORDINI DEGLI SCHEMI MOTORI E POSTURALI

Postura e fenomeni maladattativi (secondarismi)

Nella storia naturale del paziente con DOCs è possibile indicare almeno 2 processi che nel tempo possono determinare un incremento grave delle condizioni di danno posturale. Uno (a) deriva dalla condizione di impoverimento motorio e produce decondizionamento muscolare, il secondo (b) deriva dai disordini del tono muscolare e tende a produrre pattern motori fissi o stereotipati. Entrambi questi processi concorrono nel tempo a determinare deformità fisse a carico di segmenti corporei.

a. decondizionamento muscolare

È noto che condizioni di ridotto lavoro muscolare producono un impoverimento del muscolo sia in termini di massa muscolare sia in termini di forza sviluppata. Un esempio tipico è rintracciabile nelle osservazioni condotte con i voli spaziali: dopo solo 8 giorni vi è una ridu-

zione di massa muscolare che va a seconda dei muscoli da un minimo di circa il 4% ad un massimo di circa il 10%. I muscoli estensori del tronco sono quelli che maggiormente risentono della condizione [43]. Osservazioni analoghe sono state condotte per svariate condizioni di immobilizzazione, fra le quali in particolare il riposo a letto per periodi fra 30 e 119 giorni, che dimostrano un impoverimento fra il 4% ed il 26% dei muscoli degli arti [44]. La durata della restrizione al letto è la variabile principale della riduzione di funzione muscolare: 5 settimane producono una riduzione del 26% della forza muscolare nei plantiflessori della caviglia [45] mentre 12-16 settimane portano ad una ridu-

“Condizioni di ridotto lavoro muscolare producono un impoverimento del muscolo sia in termini di massa muscolare sia in termini di forza sviluppata”

zione del 30% negli stessi muscoli [46]. Analogamente, gli estensori del ginocchio perdono un 15% della forza massima dopo 2 settimane di riposo al letto ed un 21% dopo 3 settimane [47]. Anche la massa muscolare è ridotta del 5% dopo due settimane e del 10% dopo 23 giorni. I muscoli del tronco e bacino, che sono i più sensibili alla riduzione di lavoro, perdono fra il 10% e il 20% dopo 8 settimane di riposo al letto e a partire dal 14° giorno si manifesta in particolare una atrofia del multifido [48] che si accompagna ad un passaggio da attivazione tonica ad attivazione fasica negli estensori lombari brevi [49] e ad una atrofia selettiva di flessori d'anca (ileo-psoas e sartorio) [50]. È opportuno ricordare che il lavoro muscolare negli estensori del tronco, in tutti i tratti del rachide, è in funzione della reclinazione della seduta [51, 52]. Posizioni sedute con

schienale reclinato non favoriscono pertanto un lavoro specifico dei muscoli estensori.

Il processo di decondizionamento muscolare è rapido poichè dopo 9 ore inizia una riduzione del turn-over delle proteine e dopo 7-14 giorni la sintesi proteica è ridotta al 50%. Dopo 40 giorni si ha la perdita del 40% circa delle proteine totali del corpo con una riduzione della massa corporea dell'1% al giorno che, per i soli muscoli scheletrici, diventa del 2-4% al giorno [53].

Questi elementi tuttavia non esauriscono il problema del decondizionamento nei pazienti allettati con DOCs. Questi sono pazienti che spesso presentano quadri caratterizzati da condizioni di stress quali febbre, crisi neurovegetative, dolore, ecc. Ebbene, la restrizione al letto in presenza di stress associa un ulteriore bilancio negativo delle proteine ed una ulteriore perdita muscolare derivante dalle alterazioni ormonali, dallo stress ossidativo, dall'azione di citochine infiammatorie con una perdita muscolare 3 volte maggiore nello stesso intervallo di tempo [53]. Ad esempio, i plantiflessori della caviglia perdono il 7% della forza massima dopo 28 giorni di riposo al letto, ma se concomita stress la perdita arriva al 23% [54]. La perdita muscolare dopo coma o critical illness è dunque dovuta in prevalenza alla interazione fra posture al letto (inattività muscolare) e stress (ipercortisolemia). Naturalmente la situazione può essere ulteriormente peggiorata dalla concomitanza di uno stato nutrizionale inadeguato.

Infine, come ulteriore elemento di complessità del quadro di impoverimento della forza muscolare, occorre ricordare come il 53,6% dei pazienti critici abbia sviluppato una miopatia o una neuropatia (o entrambe) da critical illness e, fra questi, il 66,7% residua paresi ancora dopo un anno [55]. Fra i pazienti con solo neuropatia da critical illness, dopo un anno il 22% dei casi presenta ancora deficit persistenti [56].

Siamo dunque di fronte a pazienti che per una molteplicità di ragioni presentano un impoverimento massivo e rapido della forza muscolare (e del trofismo)

soprattutto a carico del tronco e degli arti inferiori e l'unica risorsa di contrasto che abbiamo a disposizione è quella di favorire le condizioni migliori possibili di lavoro muscolare per un ricondizionamento che almeno in parte possa limitare i danni. In generale, il potenziale di ricondizionamento non dipende dall'età del soggetto: ad esempio, giovani di 25 anni [57] ed anziani fra i 60 e i 72 anni [58] rispondono egualmente bene a programmi fisioterapici di ricondizionamento muscolare degli estensori del ginocchio. Il distretto invece rappresenta una variabile importante: i muscoli estensori del tronco, in particolare il multifido che è uno dei più penalizzati dall'allettamento, sembrano rispondere meno bene a programmi fisioterapici, almeno per quanto può essere inferito da studi condotti su pazienti con Low Back Pain cronico [59]. È la componente statica di tenuta la condizione critica. Modulare pertanto il tempo e l'assetto della posizione seduta, secondo un rigoroso piano posturale che induca condizioni ottimali di lavoro in tenuta statica degli erettori antigravitari del tronco, sembra pertanto essere la migliore strategia di cui possiamo disporre per contrastare i secondarismi muscolari del tronco.

b. disordini del tono muscolare

Alterazioni del tono muscolare si presentano pressoché sempre nei pazienti con DOCs. Le prime manifestazioni sono immediatamente successive alla lesione cerebrale e si presentano con i tipici schemi posturali in decerebrazione o decorticazione. Questi schemi sono stati spesso considerati equivalenti alla spasticità perché caratterizzati da un aumento del riflesso da stiramento, ma in realtà sono di natura diversa poiché appaiono immediatamente mentre la spasticità si sviluppa dopo giorni o settimane come espressione di fenomeni di plasticità.

La spasticità è un disordine motorio caratterizzato da riflessi tendinei vivaci (talvolta accompagnati da clono) e da una ipertonìa muscolare elastica, dipendente dalla velocità durante lo stiramento, che interessa preferenzialmente certi

gruppi muscolari. Risulta da una ipereccitabilità della via Ia ai motoneuroni combinata con una elaborazione anormale a livello spinale di altri inputs afferenti periferici (tonic stretch reflex).

La distonia è invece un disordine motorio caratterizzato da contrazioni muscolari involontarie con pattern stereotipo, direzionale e spesso prolungato, che producono posture anomale o movimenti ripetitivi o entrambi. È continua o intermittente, non correlata allo stiramento e non dipendente dalla velocità durante lo stiramento. Le contrazioni presentano un pattern ripetitivo o fisso che riguarda sempre gli stessi gruppi muscolari e tipicamente causano torsioni di parti del corpo che sono di durata prolungata

“Alterazioni del tono muscolare si presentano pressoché sempre nei pazienti con DOCs”

rispetto ad altri disordini del movimento come ad esempio il miocloni. È scatenata o peggiorata dalla intenzione motoria o dai cambiamenti posturali, peggiora gli accorciamenti adattativi e causa deformità articolari irreversibili. Può presentarsi isolatamente oppure associata ad un aumento della resistenza allo stiramento caratterizzato da riflessi tendinei vivaci e da una ipertonìa muscolare elastica dipendente dalla velocità durante lo stiramento (spasticità). In questo caso si manifesta come distonia spastica. La distonia che ci interessa è soprattutto quella cosiddetta secondaria, con comparsa da qualche settimana a qualche anno dalla lesione, con frequente correlazione inversa con la paresi e con tendenza alla diffusione nel tempo. È per lo più correlata a lesioni dei gangli della base (caudato e putamen), del talamo, del tronco cerebrale (pontomesencefalo rostrale e nuclei olivari), della capsula interna del cervelletto e della corteccia premotoria. La distonia secondaria può presentarsi tanto negli esiti traumatici

quanto in quelli anossici ed emorragici. Può associarsi con una instabilità disautonomica parossistica (PAID) [60].

Secondo i distretti interessati, in pazienti con danno cerebrale da cause diverse le distonie secondarie possono essere focali (cervicale, blefarospasmo, cranio-facciale, della mano) nel 43% dei casi, emidistonia nel 31% dei casi, distonia generalizzata nel 16% dei casi e distonia segmentaria nel 10% dei casi [61]. L'emidistonia è spesso presente anche a riposo (nell'80% dei casi) e provoca posture distoniche fisse. La distonia focale cervicale è caratterizzata da rotazione del capo, retrocollo, laterocollo (tilt), spostamento laterale del capo, spostamento sagittale del capo ed elevazione della spalla. Questa distonia sembra riconoscere meccanismi causali prevalenti in una disfunzione vestibolo-cerebellare (olivo-cerebellare) che altera il funzionamento del circuito nuclei della base – talamo – corteccia. Meno caratterizzate sono manifestazioni distoniche secondarie a carico della muscolatura posturale assiale: il tono posturale può essere diverso fra catene anteriori e catene posteriori e si può talora osservare una prevalenza della catena flessoria anteriore che produce pattern di tipo camptocormico (postura flessa del capo e del tronco senza limitazione dell'estensione passiva), condizione sulla quale può peraltro incidere anche una debolezza secondaria della catena estensoria antagonista, oppure una prevalenza della catena estensoria del capo e del tronco con pattern di tipo opistotonico.

Ci sono 3 sistemi di vie che controllano il tono posturale: (i) il sistema dalla corteccia cerebrale, (ii) il sistema dal tronco encefalico, (iii) il sistema di “gain setting” che origina da nuclei del tronco cerebrale inferiore ed è sotto controllo limbico. I nuclei della base mantengono una rete di influenze modulatrici mediate da una serie di neurotrasmettitori (soprattutto GABA, Glutammato e Dopamina). Se si instaura una condizione di idrocefalo, la disfunzione dei circuiti cervelletto - nuclei della base e/o la lesione ponto-mesencefalica si associano ad una compressione meccanica della parte mediale dello striato, adiacente al

sistema ventricolare, dove decorrono le fibre dalle parti mediali del SNC (sistema di “gain setting” e controllo della muscolatura assiale e prossimale, del collo e dell’oculomozione). Si aggiunge una disfunzione selettiva di neuroni dopaminergici. Il substrato anatomico-funzionale della distonia secondaria è poco conosciuto e molte alterazioni diverse hanno effetti simili sull’output motorio: sembra essere una risposta complessa maladattativa piuttosto che l’effetto di una lesione cerebrale specifica. Nel tempo, il pattern sensoriale afferente anormale e protratto, schemi patologici di facilitazione distributiva del tono, il decondizionamento muscolare selettivo con prevalenza relativa di catene antagoniste e le modificazioni del reclutamento da tonico a fasico in alcuni gruppi muscolari posturali, determinano una cascata secondaria che amplifica e consolida per fenomeni di neuroplasticità il pattern disfunzionale della distonia.

Di fronte a questo disordine motorio abbiamo ben poche armi a disposizione. I farmaci per lo più hanno una efficacia limitata se non nulla. Qualche spiraglio sembra emergere dalle tecniche di neuromodulazione con stimolazione cerebrale magnetica o elettrica (rTMS o DBS). Tuttavia, ancora una volta, la risorsa terapeutica più accessibile consiste nella gestione precoce del progetto posturale. E’ plausibile che questo strumento possa consentire quanto meno di contrastare le cascate secondarie che contribuiscono a fissare il pattern disfunzionale. Nel paziente con DOCs sono spesso evidenti schemi di distribuzione del tono posturale basati sui riflessi tonico-simmetrici e tonico-asimmetrici cervicali, sui riflessi tonici vestibolari e su altri riflessi meno noti come quelli tonico-simmetrici e tonico-asimmetrici del bacino. L’uso di posture adeguate e di mezzi ortesici posturali come delle basi per postura con schienali sedute e poggiatesta personalizzati può consentire di sfruttare questi schemi distributivi per antagonizzare il pattern distonico dominante e contrastare gli accorciamenti secondari delle lunghezze muscolari. In ogni caso è consigliabile limitare postu-

re e schemi distributivi del tono che potenzino il pattern distonico. Un programma clinico di questo tipo è necessariamente “massivo” (vale a dire che il tempo “di attività” per il paziente è maggiore di quello libero) e transprofessionale (riguarda tanto l’attività fisioterapica quanto quella di nursing infermieristico in modo integrato e coordinato).

3. Contratture e deformità

Le conseguenze più temibili dei disordini del tono sono il fissarsi sul livello muscolo-scheletrico dei pattern posturali distonici. Contrattura muscolare (ipoestensibilità e accorciamento), rigidità articolare, anchilosi articolare sono le cause di una riduzione del range di movimento (ROM) possibile che limita definitivamente la funzionalità di un

“Le conseguenze più temibili dei disordini del tono sono il fissarsi sul livello muscolo-scheletrico dei pattern posturali distonici”

segmento e che eventualmente richiederà interventi di correzione chirurgica. Il processo che conduce alla riduzione del ROM è complesso e, nei primi stadi, si manifesta con un aumento della stiffness muscolare (capacità automatica di resistere ad una forza applicata) che ha 2 componenti: stiffness riflessa e stiffness intrinseca.

L’aumento della stiffness riflessa (aumento del riflesso da stiramento) non è solo espressione di “liberazione” dal controllo sovraspinale ma soprattutto di “plasticità”, di modificazioni che cambiano il peso quantitativo dei circuiti spinali [62]. L’elaborazione dell’afferenza subisce un aumento nel senso di una maggiore eccitabilità. Molti circuiti spinali controllano l’eccitabilità del riflesso

da stiramento e una alterazione di ciascuno di essi (almeno teoricamente) può produrre l’esagerazione del riflesso. Fra queste cause almeno tre dispongono di evidenze sperimentali: (i) ridotta inibizione presinaptica Ia; (ii) ridotta inibizione reciproca Ia; (iii) ridotta inibizione Ib [63]. L’inibizione presinaptica è trasmessa da interneuroni che agiscono sulla fibra sensitiva subito prima della sinapsi con il motoneurone (afferenze Ia) o con l’interneurone (afferenze II). L’inibizione reciproca è rilevabile come soppressione nell’antagonista durante la contrazione volontaria dell’agonista: sono possibili numerosi meccanismi e nell’insieme è stata definita “inibizione reciproca naturale” [64]. L’inibizione reciproca naturale è ridotta nei pazienti con spasticità e, dopo qualche settimana, viene addirittura rimpiazzata da una facilitazione reciproca [65].

La stiffness intrinseca del muscolo aiuta a mantenere la stabilità posturale ed ha quindi una funzione simile alla stiffness riflessa. Le alterazioni delle proprietà meccaniche sono conseguenza di cambiamenti istochimici nel muscolo [66]. L’aumento della stiffness intrinseca inizia con fenomeni di tissotropia, inizialmente descritti da Hill (1968) che osservò in muscoli isolati di rana una resistenza allo stiramento con iniziale rapido aumento della tensione per piccoli cambiamenti di lunghezza. È una stiffness che dipende da legami fra filamenti di actina e miosina che vengono rotti da movimenti oltre una certa estensione e si riformano dopo che il movimento è cessato: un muscolo a riposo subisce un progressivo aumento di stiffness che può continuare per 60-90 minuti con ritmo gradualmente declinante [67]. L’aumento della resistenza allo stiramento può dipendere da un aumento della stiffness intrinseca del muscolo e non da un aumento del riflesso da stiramento [68] ed è possibile che muscoli estensori paretici non riescano a vincere la stiffness tissotropica dei flessori [69]. Un muscolo in posizioni accorciate per lungo periodo di tempo subisce cambiamenti di cui il primo passo è l’aumento di stiffness per tissotropia; si determina così una riduzione del ROM e perdita di

compliance del muscolo, anche se il range normale di movimento è ancora possibile con una forza di intensità maggiore. Col tempo però si produce, per adattamento plastico del muscolo alle condizioni di lavoro, un accorciamento della lunghezza muscolare con riduzione del numero di sarcomeri e un ulteriore aumento della resistenza allo stiramento passivo [70].

Numerosi autori hanno rilevato che di solito l'ipertono muscolare si presenta insieme alla contrattura muscolare e che le proprietà meccaniche alterate del muscolo possono contribuire all'ipertono. Tuttavia, un aumento della stiffness passiva può rilevarsi sia in presenza che in assenza di contrattura [71-73]. Nei pazienti si manifesta dunque un comportamento pseudo-stretch dovuto alle proprietà meccaniche ed è quindi necessaria una distinzione fra ipereccitabilità riflessa e ipertonia: vanno considerati i diversi contributi all'ipertonia clinica e quelli sostenuti dalle proprietà meccaniche del muscolo sembrano essere primari [74]. La distinzione fra stiffness intrinseca e riflessa non è sempre così nitida come potrebbe sembrare: la stiffness tissotropica infatti può potenziare il riflesso da stiramento dal momento che sia le fibre extrafusali che quelle intrafusali possiedono proprietà tissotropiche. Pertanto quando la stiffness intrinseca cambia, cambia in parallelo la sensibilità del riflesso: l'entità del riflesso da stiramento può essere addirittura dimezzata o raddoppiata a seconda di quello che è accaduto al muscolo subito prima [75, 76]. Anche la contrattura muscolare può a sua volta aumentare il riflesso da stiramento [74]. Infatti un cambiamento di angolo articolare in un muscolo accorciato aumenta l'entità del riflesso tonico perché il muscolo viene portato, comparativamente, più vicino al limite della sua lunghezza e pertanto si ha una maggiore tensione prodotta a parità di allungamento; inoltre si ha uno stiramento maggiore dei fusi neuromuscolari e le forze vengono trasmesse più rapidamente e senza attenuazioni per la minore elasticità dei tessuti.

I processi di adattamento secondario che conducono ad una deformità fissa di seg-

menti corporei e ad una profonda ristrutturazione del tono muscolare sono dunque complessi e molteplici. Dopo la neurolesione si innescano due sequenze distinte di danno funzionale [77, 78]: la prima muove dalla condizione di paresi che, tramite la immobilità in posizione accorciata di alcuni segmenti, innesci processi secondari di riorganizzazione plastica dei tessuti muscolo-tendinei che portano alla contrattura; la seconda, parte dai processi plastici nel Sistema Nervoso Centrale che producono condizioni di iperattività muscolare quali spasticità, distonia e cocontrazione. Su queste sequenze si innestano due circoli viziosi: in uno si potenziano reciprocamente la paresi e i processi plastici centrali, nell'altro si potenziano reciprocamente la contrattura e l'iperattività muscolare. È il decondizionamento

“Numerosi autori hanno rilevato che di solito l'ipertono muscolare si presenta insieme alla contrattura muscolare”

muscolare che tiene accoppiati i due circoli viziosi, contribuendo all'instaurarsi della contrattura. Questi processi determinano una distribuzione asimmetrica fra agonisti e antagonisti che è causa di squilibrio attorno alle articolazioni e di deformità.

La contrattura muscolare alla caviglia è presente in una percentuale di casi di grave cerebrolesione acquisita che varia, a seconda degli autori, fra il 38% [79] e il 76% [80]. I casi con distonia sviluppano più spesso contrattura: entro 5 settimane nel 25% dei casi, entro 8 settimane nel 50% dei casi e entro 16 settimane nel 74% dei casi [79]. Il processo è quindi relativamente rapido. In realtà, nei modelli animali si osserva una riduzione della sintesi proteica muscolare già nelle

prime 6 ore di immobilità di un arto e dopo 24 ore si ha già un 60% di accorciamento delle fibre con disorganizzazione dei sarcomeri. Dopo 2 giorni c'è già un aumento del connettivo muscolare. Se la contrattura muscolare appare già dopo 2 giorni di immobilizzazione, dopo 2 settimane la rigidità secondaria tende ad interessare anche il complesso articolare, con un peso che progressivamente cresce dal 38% al 98% [81]. La riduzione progressiva del ROM passivo procede dunque dalla immobilizzazione fino alla 16a settimana, con un ritmo medio di 3,8°/settimana, dopo la quale presenta una sostanziale stabilizzazione [82]. La componente muscolare (limitazione miogenica) si sviluppa dal momento della immobilizzazione fino alla 12a settimana [83] mentre la componente articolare (limitazione artrogenica) procede dalla 2a alla 32a settimana [81]. Dopo 8 settimane la riduzione del ROM passivo non è più completamente recuperabile anche se si ripristina la normale mobilità [84]. Questi elementi, anche se riferiti a modelli sperimentali sull'animale, suggeriscono una ipotetica finestra terapeutica ottimale entro le prime 8 settimane (due mesi).

Opzioni terapeutiche

Per la gestione terapeutica di queste complicanze secondarie le strategie possibili sono ancora una volta prevalentemente di natura posturale. La misura principale è quella dello stiramento passivo (stretch) muscolo-legamentoso. A questo proposito però gli elementi di certezza che abbiamo a disposizione non sono univoci: una indicazione incoraggiante sembrava provenire da osservazioni sperimentali su modelli animali secondo le quali un periodo di stretch di 1/2 ora al giorno era sufficiente non solo per prevenire la perdita di sarcomeri ma addirittura per aumentare il numero dei sarcomeri in serie [85]. Tuttavia, osservazioni in patologia umana (ragazzi con esiti di PCI studiati per un periodo di 7 mesi in media) fornivano evidenze opposte: uno stretching del soleo di circa 2 ore/die non arrestava l'incremento progressivo della contrattura; solo uno stretching per almeno 6 ore/die bloccava

l'aumento della contrattura [86]. Spesso si ritiene che la gestione terapeutica di queste complicanze secondarie possa essere interamente affidata ad accurati protocolli fisioterapici, anche se le evidenze in proposito sono piuttosto limitate e di scarsa forza: esercizi di stretching passivo tenuto 20-60 secondi 5 volte per seduta fisioterapica hanno lo stesso risultato sia che siano somministrati 2 volte alla settimana che 5 volte alla settimana; uno stretch prolungato di 10-30 minuti riduce la spasticità per almeno 35 minuti dopo la cessazione dello stretch; esercizi passivi di stretching tenuto per 60 secondi 5 volte per seduta, per tre sedute alla settimana, può ridurre la contrattura in flessione del ginocchio; la mobilizzazione ripetuta in flessione-estensione del gomito può ridurre la spasticità; uno stretch prolungato degli adduttori dell'anca per 5-7 ore al giorno può prevenire la contrattura degli adduttori [87].

Le evidenze contrastanti si sono accumulate nel tempo mostrando come lo stretching sia una risorsa terapeutica la cui efficacia dipende dal tempo di somministrazione ma anche dal segmento al quale viene applicato. Alcuni esempi: 2 sessioni di 30' al giorno per 5 giorni/settimana per 4 settimane, con posizione della spalla in massima rotazione esterna confortevole e 90° di flessione, si sono rivelate sufficienti per contrastare la contrattura alla spalla in pazienti con stroke recente [88]; al gomito con contrattura in flessione dopo TCE, un casting seriale per 2 settimane produce un miglioramento effimero che in buona parte svanisce dopo un giorno dalla rimozione: per di più uno stretch posturale di 1 ora al giorno per 5 giorni/settimana per 4 settimane non riesce a mantenere gli effetti residui del casting [89]; uno splinting notturno per 9-12 ore per 4 settimane, sia in posizione neutra che in posizione estesa, non previene la perdita di ROM passivo al polso in pazienti con stroke, e non è possibile dimostrare che questa procedura fornisca qualsiasi vantaggio rispetto al non far nulla [90]; 12 settimane di splinting notturno per 8 ore non cambiano l'estensibilità dei muscoli del pollice della mano in pazienti con

TCE e Stroke [91]. Bisogna concludere che, almeno all'arto superiore, le evidenze a favore dello stretch posturale sono contraddittorie e poco incoraggianti. Ciononostante, il riscontro delle devastanti deformità che possono conseguire ad un pattern distonico non contrastato dell'arto superiore non può consentire alcuna forma di rinuncia terapeutica: mantenere uno stretch posturale con splinting a correzione incrementale per parecchie ore nella giornata, possibilmente privilegiando le ore diurne per favorire il comfort notturno del paziente, eventualmente associato a mobilizzazione fisioterapica e a tecniche locali di blocco neuromuscolare con tossina botulinica, rappresenta probabilmente una strategia combinata che merita di essere approfonditamente esplorata.

“Ad oggi la scelta della strategia appropriata richiede una accurata valutazione della presentazione del tono e degli obiettivi del singolo paziente”

Sul tronco e sugli arti inferiori, le tecniche di verticalizzazione precoce con tavolo di statica e l'uso di ortesi posturali (basi per postura con sistemi posturali personalizzati) per la posizione seduta possono rappresentare il primo livello di contrasto della contrattura muscolare nel paziente con distonia spastica. Sicuramente il casting seriale alla caviglia con gessi progressivi rappresenta lo strumento terapeutico per il quale disponiamo del maggior numero di evidenze a favore e con la maggiore forza di raccomandazione. Nei modelli animali l'immobilizzazione di un segmento per 28 giorni produce effetti diversi se l'immobilizzazione avviene in posizione neutra, allungata o accorciata: in posizione neutra e accorciata si ha una perdita di oltre il 40% della massa muscolare e, nella

posizione accorciata, anche della forza prodotta. Del tutto diverso è il caso della immobilizzazione in posizione allungata: la forza prodotta non solo non diminuisce ma addirittura si incrementa anche se di poco ma soprattutto la massa muscolare perde relativamente poco, attorno al 20% o poco più [92]. Questa indicazione sperimentale ci mostra come il casting possa agire tanto a livello della modulazione dell'attività muscolare quanto a livello delle proprietà del tessuto muscolare. Il casting seriale in effetti può modulare l'iperattività muscolare e ridurre l'ipereccitabilità del riflesso da stiramento (stiffness attiva) [93] quanto può modificare la resistenza passiva e l'estensibilità muscolare (stiffness passiva) e cambiare la soglia del riflesso da stiramento [94]. Un intervento attivo con casting seriale previene deformità in equino-varo dopo grave danno cerebrale, ed è sufficiente da solo per conseguire questo risultato; un concorso addizionale della tossina botulinica non è dimostrato [95]. Due recenti revisioni sistematiche [96, 97] indicano che il casting seriale con gessi progressivi riduce la contrattura nei flessori plantari della caviglia e migliora il ROM passivo e che cambiamenti frequenti (1-4 giorni) dei gessi causano meno complicazioni di cambi meno frequenti (5-7 giorni); all'opposto, il posizionamento di split notturni in posizione funzionale per la mano non produce risultati clinici in termini di miglioramento del ROM passivo, della funzionalità e del controllo del dolore.

Pochi cenni infine sul significato e le possibilità di farmaci sistemici per il controllo dell'ipertono. In generale sono tre le classi di farmaci che possiamo utilizzare per questo scopo: agonisti del GABA, agonisti alfa-2 adrenergici e farmaci ad azione periferica. Al primo gruppo appartengono le benzodiazepine (Diazepam, Clonazepam e Lorazepam), il Baclofen, il Gabapentin, lo Zolpidem [98] e la Fenitoina [99]. In generale questa classe di farmaci aumenta l'inibizione presinaptica e riduce i riflessi spinali monosinaptici e polisinaptici, la resistenza allo stiramento passivo e gli spasmi. Gli effetti collaterali sono importanti e

riguardano la sedazione, la riduzione di memoria e attenzione, la debolezza, l'incoordinazione motoria, oltre a dare fenomeni di dipendenza. Le benzodiazepine (agonisti GABA-A) hanno la stessa efficacia del Baclofen (agonista GABA-B) ma sono più sedative. In generale si sa che tutti gli agonisti del GABA contrastano il recupero delle lesioni sperimentali e deprimono nell'uomo la plasticità corticale dipendente dalla pratica [100]. Gli agonisti dei recettori alfa-2 adrenergici (Clonidina e Tizanidina) riducono l'attività degli interneuroni eccitatori, il drive fusimotorio, il rilascio di mediatori eccitatori (glutammato), i riflessi polisinaptici, la cocontrazione muscolare, le afferenze di gruppo II, ed aumentano l'inibizione presinaptica. Anche in questo caso gli effetti collaterali sono importanti e vanno dalla bradicardia e ipotensione (con Clonidina), alla depressione, secchezza delle fauci, confusione, stipsi, sedazione, allucinazioni visive, sonnolenza, elevamento degli indici epatici (con Tizanidina). Il Dantrolene agisce perifericamente al livello muscolare ma attraversa, anche se modicamente, la barriera emato-encefalica con un possibile effetto neuroprotettivo centrale: sembra infatti che possa prevenire la perdita ritardata di neuroni ippocampali dopo ischemia nel ratto [101] e che abbia alcuni effetti antiapoptotici [102]. È il farmaco di prima scelta nel trattamento della spasticità severa ed è indicato nella fase acuta per la spasticità maligna [103].

In termini generali comunque le evidenze di efficacia di tutti i farmaci sistemici miorilassanti sono deboli e l'incidenza di effetti avversi (sonnolenza, sedazione e debolezza muscolare) è alta. Se presente, l'efficacia è comunque marginale [104]. A fronte di questi dubbi risultati occorre anche tenere presente che molti farmaci, da soli o in combinazione, contrastano il recupero dopo lesione cerebrale [105]: la maggior parte dei farmaci miorilassanti appartengono a questa categoria e nei pazienti con DOCs, spesso in politerapia farmacologica, occorre anche considerare la opportunità di non contrastare in alcun

modo i processi di recupero neurologico e cognitivo a fronte di risultati improbabili o incerti.

In sintesi, non vi sono evidenze di massima forza per il trattamento dei disordini del tono dopo Grave Cerebrolesione Acquisita. Ad oggi la scelta della strategia appropriata richiede una accurata valutazione della presentazione del tono e degli obiettivi del singolo paziente.

L'approccio globale dovrebbe tenersi in equilibrio fra le strategie di contrasto dei fattori interferenti con il recupero neurologico e la promozione dei fattori favorevoli il recupero stesso. Multifattorialità delle azioni di cura e ricerca costante di guadagni minimi dovrebbero dunque costituire le coordinate di un progetto terapeutico globale (comprehensive) per pazienti così complessi e così problematici da gestire. In questo contesto il piano posturale acquista una forte connotazione terapeutica, ben al di là di una mera visione assistenziale o di comfort, e diviene in tutti i sensi una strategia transprofessionale di cura (Positional Therapy) con obiettivi specifici su molte dimensioni del danno clinico nei pazienti con DOCs.

Bibliografia

1. Sahlin, C., et al., Cheyne-Stokes respiration and supine dependency. *Eur Respir J*, 2005. 25(5): p. 829-33.
2. Oksenberg, A., et al., Positional therapy for obstructive sleep apnea patients: A 6-month follow-up study. *Laryngoscope*, 2006. 116(11): p. 1995-2000.
3. Alchanatis, M., et al., Comparison of cognitive performance among different age groups in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*, 2008. 12(1): p. 17-24.
4. Ancoli-Israel, S., et al., Cognitive effects of treating obstructive sleep apnea in Alzheimer's disease: a randomized controlled study. *J Am Geriatr Soc*, 2008. 56(11): p. 2076-81.
5. Berg, S., V. Hoffstein, and T. Gislason, Acidification of distal esophagus and sleep-related breathing disturbances. *Chest*, 2004. 125(6): p. 2101-6.
6. Zamagni, M., et al., Respiratory effort. A factor contributing to sleep propensity in patients with obstructive sleep apnea. *Chest*, 1996. 109(3): p. 651-8.
7. Kerr, P., et al., Nasal CPAP reduces gastroesophageal reflux in obstructive sleep apnea syndrome. *Chest*, 1992. 101(6): p. 1539-44.
8. Taw, M., et al., The effect of 1 week of continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea patients with concomitant gastroesophageal reflux. *Chest*, 2006. 130(4): p. 1003-8.
9. Ibanez, J., et al., Gastroesophageal reflux in intubated patients receiving enteral nutrition: effect of supine and semirecumbent positions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 1992. 16(5): p. 419-22.

10. Hebuterne, X., et al., Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey. *Clin Nutr*, 2003. 22(3): p. 261-6.
11. Berger, M., et al., Avoiding the supine position during sleep lowers 24 h blood pressure in obstructive sleep apnea (OSA) patients. *J Hum Hypertens*, 1997. 11(10): p. 657-64.
12. Bolton, P.S., et al., Influences of neck afferents on sympathetic and respiratory nerve activity. *Brain Res Bull*, 1998. 47(5): p. 413-9.
13. Bolton, P.S. and C.A. Ray, Neck afferent involvement in cardiovascular control during movement. *Brain Res Bull*, 2000. 53(1): p. 45-9.
14. Kajimoto, Y., et al., Posture-related changes in the pressure environment of the ventriculoperitoneal shunt system. *J Neurosurg*, 2000. 93(4): p. 614-7.
15. Tracis, S., et al., Influences of neck receptors on soleus motoneuron excitability in man. *Exp Neurol*, 1987. 95(1): p. 76-84.
16. Aiello, L., et al., Tonic neck reflexes on upper limb flexor tone in man. *Exp Neurol*, 1988. 101(1): p. 41-9.
17. Kennedy, P.M. and J.T. Inglis, Interaction effects of galvanic vestibular stimulation and head position on the soleus H reflex in humans. *Clin Neurophysiol*, 2002. 113(11): p. 1709-14.
18. Knikou, M., Effects of changes in hip position on actions of spinal inhibitory interneurons in humans. *Int J Neurosci*, 2006. 116(8): p. 945-61.
19. Schmit, B.D. and E.N. Benz, Extensor reflexes in human spinal cord injury: activation by hip proprioceptors. *Exp Brain Res*, 2002. 145(4): p. 520-7.
20. Wu, M., et al., Extensor spasms triggered by imposed knee extension in chronic human spinal cord injury. *Exp Brain Res*, 2005. 162(2): p. 239-49.
21. Messerole, E., et al., The pragmatics of prone positioning. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002. 165(10): p. 1359-63.
22. Kopterides, P., Siempos, I.I. and A. Armaganidis, Prone positioning in hypoxemic respiratory failure: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Crit Care*, 2009. 24(1): p. 89-100.
23. Lin, F., et al., Effect of different sitting postures on lung capacity, expiratory flow, and lumbar lordosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 2006. 87(4): p. 504-9.
24. Chang, A.T., et al., Ventilatory changes following head-up tilt and standing in healthy subjects. *Eur J Appl Physiol*, 2005. 95(5-6): p. 409-17.
25. Chang, A.T., et al., Standing with the assistance of a tilt table improves minute ventilation in chronic critically ill patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 2004. 85(12): p. 1972-6.
26. Chang, A.T., et al., Standing with assistance of a tilt table in intensive care: a survey of Australian physiotherapy practice. *Aust J Physiother*, 2004. 50(1): p. 51-4.
27. von Baumgarten, R., et al., Influence of proprioceptive information on space orientation on the ground and in orbital weightlessness. *Adv Space Res*, 1989. 9(11): p. 223-30.
28. Nicholls, M.E., et al., The effect of body and environment-centred coordinates on free-viewing perceptual asymmetries for vertical and horizontal stimuli. *Cortex*, 2006. 42(3): p. 336-46.
29. Karnath, H.O., D. Sievering, and M. Fetter, The interactive contribution of neck muscle proprioception and vestibular stimulation to subjective "straight ahead" orientation in man. *Exp Brain Res*, 1994. 101(1): p. 140-6.
30. Ceyte, H., et al., Effects of neck muscles vibration on the perception of the head and trunk midline position. *Exp Brain Res*, 2006. 170(1): p. 136-40.
31. Karnath, H.O., K. Christ, and W. Hartje, Decrease of contralateral neglect by neck muscle vibration and spatial orientation of trunk midline. *Brain*, 1993. 116 (Pt 2): p. 383-96.
32. Perennou, D.A., et al., Transcutaneous electric nerve stimulation reduces neglect-related postural instability after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 2001. 82(4): p. 440-8.
33. Karnath, H.O., et al., The perception of body orientation after neck-proprioceptive stimulation. Effects of time and of visual cueing. *Exp Brain Res*, 2002. 143(3): p. 350-8.
34. Kerkhoff, G., Modulation and rehabilitation of spatial

- neglect by sensory stimulation. *Prog Brain Res*, 2003. 142: p. 257-71.
35. Lafosse, C., et al., Upper limb exteroceptive somatosensory and proprioceptive sensory afferent modulation of hemispatial neglect. *J Clin Exp Neuropsychol*, 2003. 25(3): p. 308-23.
 36. Schindler, I. and G. Kerkhoff, Convergent and divergent effects of neck proprioceptive and visual motion stimulation on visual space processing in neglect. *Neuropsychologia*, 2004. 42(9): p. 1149-55.
 37. Elliott, L., et al., Effect of posture on levels of arousal and awareness in vegetative and minimally conscious state patients: a preliminary investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005. 76(2): p. 298-9.
 38. Bekinschtein, T., et al., You are only coming through in waves: wakefulness variability and assessment in patients with impaired consciousness. *Prog Brain Res*, 2009. 177: p. 171-89.
 39. Gehrman, P., et al., The timing of activity rhythms in patients with dementia is related to survival. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2004. 59(10): p. 1050-5.
 40. Stephan, E., et al., Functional neuroimaging of gastric distention. *J Gastrointest Surg*, 2003. 7(6): p. 740-9.
 41. Nass, R., et al., Evidence for acyl-ghrelin modulation of growth hormone release in the fed state. *J Clin Endocrinol Metab*, 2008. 93(5): p. 1988-94.
 42. Winkelman, C., et al., Cytokines in chronically critically ill patients after activity and rest. *Biol Res Nurs*, 2007. 8(4): p. 261-71.
 43. LeBlanc, A., et al., Regional muscle loss after short duration spaceflight. *Aviat Space Environ Med*, 1995. 66(12): p. 1151-4.
 44. Bloomfield, S.A., Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. *Med Sci Sports Exerc*, 1997. 29(2): p. 197-206.
 45. LeBlanc, A., et al., Calf muscle area and strength changes after five weeks of horizontal bed rest. *Am J Sports Med*, 1988. 16(6): p. 624-9.
 46. Trappe, S., et al., Human soleus single muscle fiber function with exercise or nutrition countermeasures during 60 days of bed rest. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 2008. 294(3): p. R939-47.
 47. de Boer, M.D., et al., Time course of muscular, neural and tendinous adaptations to 23 day unilateral lower-limb suspension in young men. *J Physiol*, 2007. 583(Pt 3): p. 1079-91.
 48. Hides, J.A., et al., Magnetic resonance imaging assessment of trunk muscles during prolonged bed rest. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2007. 32(15): p. 1687-92.
 49. Belavy, D.L., et al., Tonic-to-phasic shift of lumbo-pelvic muscle activity during 8 weeks of bed rest and 6-months follow up. *J Appl Physiol*, 2007. 103(1): p. 48-54.
 50. Dilani Mendis, M., et al., Effect of prolonged bed rest on the anterior hip muscles. *Gait Posture*, 2009. 30(4): p. 533-7.
 51. Andersson, B.J. and R. Ortengren, Myoelectric back muscle activity during sitting. *Scand J Rehabil Med Suppl.*, 1974(3): p. 73-90.
 52. Hosea, T.M., et al., Myoelectric analysis of the paraspinal musculature in relation to automobile driving. *Spine (Phila Pa 1976)*, 1986. 11(9): p. 928-36.
 53. Ferrando, A.A., D. Paddon-Jones, and R.R. Wolfe, Bed rest and myopathies. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2006. 9(4): p. 410-5.
 54. Fitts, R.H., et al., The deleterious effects of bed rest on human skeletal muscle fibers are exacerbated by hypercortisolemia and ameliorated by dietary supplementation. *Am J Physiol Cell Physiol*, 2007. 293(1): p. C313-20.
 55. Latronico, N. and B. Guameri, Critical illness myopathy and neuropathy. *Minerva Anestesiol*, 2008. 74(6): p. 319-23.
 56. Khan, J., T.B. Harrison, and M.M. Rich, Mechanisms of neuromuscular dysfunction in critical illness. *Crit Care Clin*, 2008. 24(1): p. 165-77, x.
 57. Holm, L., et al., Changes in muscle size and MHC composition in response to resistance exercise with heavy and light loading intensity. *J Appl Physiol*, 2008. 105(5): p. 1454-61.
 58. Frontera, W.R., et al., Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *J Appl Physiol*, 1988. 64(3): p. 1038-44.
 59. Danneels, L.A., et al., Effects of three different training modalities on the cross sectional area of the lumbar multifidus muscle in patients with chronic low back pain. *Br J Sports Med*, 2001. 35(3): p. 186-91.
 60. Blackman, J.A., et al., Paroxysmal autonomic instability with dystonia after brain injury. *Arch Neurol*, 2004. 61(3): p. 321-8.
 61. Svetel, M., et al., Characteristics of dystonic movements in primary and symptomatic dystonias. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004. 75(2): p. 329-30.
 62. Burke, D., Spasticity as an adaptation to pyramidal tract injury. *Adv Neurol*, 1988. 47: p. 401-23.
 63. Pierrot-Deseilligny, E. and L. Mazieres, [Reflex circuits of the spinal cord in man. Control during movement and their functional role (1)]. *Rev Neurol (Paris)*, 1984. 140(11): p. 605-14.
 64. Crone, C., et al., Reciprocal Ia inhibition between ankle flexors and extensors in man. *J Physiol*, 1987. 389: p. 163-85.
 65. Crone, C., et al., Appearance of reciprocal facilitation of ankle extensors from ankle flexors in patients with stroke or spinal cord injury. *Brain*, 2003. 126(Pt 2): p. 495-507.
 66. Dietz, V., et al., Motor unit involvement in spastic paresis. Relationship between leg muscle activation and histochemistry. *J Neurol Sci*, 1986. 75(1): p. 89-103.
 67. Lakie, M. and L.G. Robson, Thixotropic changes in human muscle stiffness and the effects of fatigue. *Q J Exp Physiol*, 1988. 73(4): p. 487-500.
 68. Axelson, H.W. and K.E. Hagbarth, Human motor control consequences of thixotropic changes in muscular short-range stiffness. *J Physiol*, 2001. 535(Pt 1): p. 279-88.
 69. Carey, J.R. and T.P. Burghardt, Movement dysfunction following central nervous system lesions: a problem of neurologic or muscular impairment? *Phys Ther*, 1993. 73(8): p. 538-47.
 70. O'Dwyer, N.J. and L. Ada, Reflex hyperexcitability and muscle contracture in relation to spastic hypertonia. *Curr Opin Neurol*, 1996. 9(6): p. 451-5.
 71. Gottlieb, G.L., G.C. Agarwal, and R. Penn, Sinusoidal oscillation of the ankle as a means of evaluating the spastic patient. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1978. 41(1): p. 32-9.
 72. Dietz, V. and W. Berger, Normal and impaired regulation of muscle stiffness in gait: a new hypothesis about muscle hypertonia. *Exp Neurol*, 1983. 79(3): p. 680-7.
 73. Hufschmidt, A. and K.H. Mauritz, Chronic transformation of muscle in spasticity: a peripheral contribution to increased tone. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1985. 48(7): p. 676-85.
 74. O'Dwyer, N.J., L. Ada, and P.D. Neilson, Spasticity and muscle contracture following stroke. *Brain*, 1996. 119 (Pt 5): p. 1737-49.
 75. Hagbarth, K.E., et al., Thixotropic behaviour of human finger flexor muscles with accompanying changes in spindle and reflex responses to stretch. *J Physiol*, 1985. 368: p. 323-42.
 76. Gregory, J.E., et al., Muscle history, fusimotor activity and the human stretch reflex. *J Physiol*, 1998. 513 (Pt 3): p. 927-34.
 77. Gracies, J.M., Pathophysiology of spastic paresis. II: Emergence of muscle overactivity. *Muscle Nerve*, 2005. 31(5): p. 552-71.
 78. Gracies, J.M., Pathophysiology of spastic paresis. I: Paresis and soft tissue changes. *Muscle Nerve*, 2005. 31(5): p. 535-51.
 79. Singer, B.J., et al., Incidence of ankle contracture after moderate to severe acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 2004. 85(9): p. 1465-9.
 80. Yarkony, G.M. and V. Sahgal, Contractures. A major complication of craniocerebral trauma. *Clin Orthop Relat Res*, 1987(219): p. 93-6.
 81. Trudel, G. and H.K. Uthoff, Contractures secondary to immobility: is the restriction articular or muscular? An experimental longitudinal study in the rat knee. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000. 81(1): p. 6-13.
 82. Trudel, G., H.K. Uthoff, and M. Brown, Extent and direction of joint motion limitation after prolonged immobility: an experimental study in the rat. *Arch Phys Med Rehabil*, 1999. 80(12): p. 1542-7.
 83. Harburn, K.L. and P.J. Potter, *Phys Med Rehabil State of the Art Rev* 1993(7): p. 13-32.
 84. Trudel, G., et al., Four weeks of mobility after 8 weeks of immobility fails to restore normal motion: a preliminary study. *Clin Orthop Relat Res*, 2008. 466(5): p. 1239-44.
 85. Williams, P.E., Use of intermittent stretch in the prevention of serial sarcomere loss in immobilised muscle. *Ann Rheum Dis*, 1990. 49(5): p. 316-7.
 86. Tardieu, C., et al., For how long must the soleus muscle be stretched each day to prevent contracture? *Dev Med Child Neurol*, 1988. 30(1): p. 3-10.
 87. Leong, B., Critical review of passive muscle stretch: implications for the treatment of children in vegetative and minimally conscious states. *Brain Inj*, 2002. 16(2): p. 169-83.
 88. Ada, L., et al., Thirty minutes of positioning reduces the development of shoulder external rotation contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005. 86(2): p. 230-4.
 89. Moseley, A.M., et al., Serial casting versus positioning for the treatment of elbow contractures in adults with traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 2008. 22(5): p. 406-17.
 90. Lannin, N.A., et al., Effects of splinting on wrist contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*, 2007. 38(1): p. 111-6.
 91. Harvey, L., et al., Twelve weeks of nightly stretch does not reduce thumb web-space contractures in people with a neurological condition: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother*, 2006. 52(4): p. 251-8.
 92. Fournier, M., et al., Is limb immobilization a model of muscle disuse? *Exp Neurol*, 1983. 80(1): p. 147-56.
 93. Carlson, S.J., A Neurophysiological Analysis of Inhibitory Casting. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 1985. 4(4): p. 31-42.
 94. Singer, B.J., et al., Evaluation of serial casting to correct equinovarus deformity of the ankle after acquired brain injury in adults. *Arch Phys Med Rehabil*, 2003. 84(4): p. 483-91.
 95. Verplancke, D., et al., A randomized controlled trial of botulinum toxin on lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil*, 2005. 19(2): p. 117-25.
 96. Marshall, S., et al., Motor impairment rehabilitation post acquired brain injury. *Brain Inj*, 2007. 21(2): p. 133-60.
 97. Hellweg, S. and S. Johannes, Physiotherapy after traumatic brain injury: a systematic review of the literature. *Brain Inj*, 2008. 22(5): p. 365-73.
 98. Shadan, F.F., J.S. Poceta, and L.E. Kline, Zolpidem for postanoxic spasticity. *South Med J*, 2004. 97(8): p. 791-2.
 99. Cohan, S.L., et al., Phenytoin and chlorpromazine in the treatment of spasticity. *Arch Neurol*, 1980. 37(6): p. 360-4.
 100. Ziemann, U., et al., Modulation of practice-dependent plasticity in human motor cortex. *Brain*, 2001. 124(Pt 6): p. 1171-81.
 101. Nakayama, R., et al., Effects of dantrolene on extracellular glutamate concentration and neuronal death in the rat hippocampal CA1 region subjected to transient ischemia. *Anesthesiology*, 2002. 96(3): p. 705-10.
 102. Popescu, B.O., et al., Dantrolene protects neurons against kainic acid induced apoptosis in vitro and in vivo. *J Cell Mol Med*, 2002. 6(4): p. 555-69.
 103. Zafonte, R., E.P. Elovic, and L. Lombard, Acute care management of post-TBI spasticity. *J Head Trauma Rehabil*, 2004. 19(2): p. 89-100.
 104. Montane, E., A. Vallano, and J.R. Laporte, Oral antispastic drugs in nonprogressive neurologic diseases: a systematic review. *Neurology*, 2004. 63(8): p. 1357-63.
 105. Goldstein, L.B., Potential effects of common drugs on stroke recovery. *Arch Neurol*, 1998. 55(4): p. 454-6.

I ragazzi della 4^a C della scuola elementare Pezzani in visita al Giardino di Cono

I segreti delle piante officinali con un giardiniere d'eccezione

Martedì 15 febbraio 2011, con le maestre Alessandra e Gian Franca, abbiamo vissuto un'esperienza nuova e indimenticabile: siamo andati alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris. Ci hanno accolto Fulvio e Marcella ed insieme abbiamo aspettato l'arrivo di Cristian, il vero protagonista di questa giornata. All'inizio, nel vederlo, qualcuno di noi è rimasto sorpreso e qualcun altro era intimorito ad incontrare un ragazzo che si era risvegliato dal coma. Ma appena Cristian ha cominciato a parlare con noi e a fare battute, ci siamo tranquillizzati. Abbiamo conosciuto anche la sua mamma che è venuta a salutarlo e questo ci ha fatto tenerezza.

Quello che ci ha colpito è che lui non ci è sembrato triste ma, al contrario, pieno di gioia e prima ancora di raccontarci dell'esperienza di "giardiniere", voleva parlarci con orgoglio della sua vita e del suo incidente. Non si è vergognato a ricordare tutto quello che ha subito dopo il suo risveglio dal coma e ha voluto persino che alcuni di noi toccassero il suo viso e il suo corpo che



In alto:
Cristian spiega ai ragazzi della 4^a C le caratteristiche del giardino delle piante officinali da lui progettato alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris.

In basso:
Un momento del gioco "indovina la pianta".

porta i segni di tutto ciò. Ci ha fatto conoscere la storia del Giardino di Cono, ci ha raccontato come è stato progettato e poi realizzato e come si fa a prendersi cura delle piante che sono nelle aiuole. Cristian, oltre ad essere molto scherzoso e divertente, ci è sembrato molto intelligente perché ci faceva continuamente domande di astronomia, di scienze e di matematica



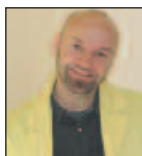
ca e ci prendeva anche un po' in giro. Poi siamo andati tutti insieme alle aiuole dove Cristian ci ha fatto fare il gioco "dell'indovina la pianta". Ci siamo divertiti e abbiamo capito come è contento di curare il suo giardino e quante cose sa sulle piante. La nostra giornata alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris è finita con una bella foto di gruppo che abbiamo incollato nei nostri quaderni per non dimenticare questa esperienza così speciale!

Quando il prossimo 7 ottobre ritorneremo per la Giornata dei Risvegli (speriamo tanto di essere invitati!!), ci sentiremo a casa perché rivedremo il nostro amico "giardiniere"! Ciao carissimo Cristian e grazie perché ci hai dimostrato che nemmeno le cose più drammatiche possono togliere la voglia di vivere ed essere felici!

I bambini della classe 4^a C della scuola elementare Pezzani di San Lazzaro di Savena e le loro insegnanti Maria Alessandra Babina e Gian Franca Morabito

Un'analisi approfondita delle varie modalità di relazione terapeutica e comunicativa

Una terza area di intervento: il paradigma dell'emozione narrativa



di
Stefano Masotti
Operatore teatrale
Casa dei Risvegli Luca De Nigris



Loredana Simoncini
Logopedista
Casa dei Risvegli Luca De Nigris

“Milioni di persone soffrono a causa di una condizione di salute che in un ambiente sfavorevole, diventa disabilità. Usare un linguaggio comune e cercare di affrontare i problemi della salute e della disabilità in maniera multidisciplinare può essere un primo passo”⁽¹⁾

La Casa dei Risvegli Luca De Nigris interviene nel percorso riabilitativo di persone con grave cerebrolesione acquisita, con possibilità di intervento su pazienti in una condizione clinica che varia dallo stato vegetativo alla disabilità moderata fino alla grave disabilità. Si applica un approccio sistemico alla cura della persona, che pone in primo piano la soggettività e unicità del soggetto, la peculiarità del suo disagio e la specificità del progetto riabilitativo. Questo modello è caratterizzato dall'integrazione di strumenti riabilitativi differenti, tramite la collaborazione attiva di diverse professionalità, e dalla centralità della famiglia che è parte integrante del

team interprofessionale. Il modello riabilitativo adottato, e l'apertura alla sperimentazione di nuove possibilità terapeutiche per pazienti con livelli minimi di responsività, ha facilitato l'incontro tra approcci e linguaggi eterogenei, aventi finalità e presupposti di base molto differenti.

Dalla collaborazione tra alcune di queste figure professionali, in particolare dall'incontro tra la teatralità e la sanità, tra la duttilità delle pratiche teatrali e i protocolli e le procedure fortemente strutturati, tipici dell'approccio tendenzialmente riduzionista della medicina, si intravede e delinea uno spazio d'incontro tra aree disciplinari, una disponibilità alla contaminazione in un “contenitore nuovo”, una sorta di terza area d'intervento. Una serie di esercizi coordinativi, sostenuti da curiosità epistemica e un robusto spirito collettivo, per verificare come si integrano questi due mondi, quale valore aggiunto della transdisciplinarietà.

Nel laboratorio emozionale/espressivo è possibile esplorare nuove modalità di intervento; la possibilità di utilizzare il linguaggio teatrale come forma di intervento terapeutico, parte dal tentativo di accostare alle tradizionali metodologie clinico/riabilitative le potenzialità insite nelle attività espressive e nelle forme di comunicazione teatrali, e rappresenta la diretta conseguenza dell'adozione di un approccio interprofessionale. L'uso del teatro in situazione terapeutica si fonda sulla capacità dei linguaggi espressivi di creare proposte di

complessità variabile e contesti emozionali, che si presume possano avere un impatto nell'intervento terapeutico con questa tipologia di pazienti.

Nel sistema di Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF: International Classification of Functioning) “il funzionamento o la disabilità di una persona sono concepiti come un'interazione dinamica tra le condizioni di salute (malattie, lesioni, traumi, ecc.) e i fattori contestuali”⁽²⁾ (ambientali e personali). “Tra queste entità c'è un'interazione dinamica: gli interventi a livello di un'entità potrebbero modificare una o più delle altre entità”⁽³⁾. I fattori ambientali comprendono l'ambiente fisico e sociale in cui le persone conducono la loro vita e possono avere un'influenza positiva o negativa sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti, sul suo funzionamento o sulla struttura del corpo; i fattori personali riguardano gli elementi intimi e biografici del soggetto. **“I fattori ambientali hanno un impatto su tutte le componenti del funzionamento e della disabilità e sono organizzati secondo un ordine che va dall'ambiente più vicino alla persona a quello più generale”⁽⁴⁾.**

A partire dallo sguardo sulla malattia suggerito dall'ICF, e da percorsi di ricerca ed esplorazione con la sinergia di linguaggi e professionalità differenti, alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris sin dalla sua apertura, si è pensato di

realizzare una riflessione sulle metodologie adottate, per sistematizzare il pensiero sul cammino sin qui svolto, e tentare di strutturare un'architettura intellettuale che orienti il nostro agire futuro.

Considerando tale cornice teorica di riferimento, e la contaminazione dei linguaggi e delle professionalità sopra esposte, si possono delineare alcuni **elementi specifici del setting**, sui quali poter manipolare le proposte terapeutiche, al fine di calibrarle al meglio e migliorare i risultati dei percorsi riabilitativi:

a) stimolo/proposta; ciò che viene scelto in uno specifico momento come mediatore della relazione terapeutica, e tra paziente e realtà circostante, per elicitarne le risposte comportamentali ricercate e/o perseguire gli obiettivi prefissati. Lo stimolo emerge dallo sfondo del contesto e costituisce "la freccia" che viene scagliata per ottenere un incremento della qualità della risposta, che diviene il nostro bersaglio. Si può variare lo stimolo, e la proposta attuata, in dimensioni che variano dal narrativo generico, formale ed universale, all'autobiografico e anamnestico, dalle unità elementari e minime che lo compongono sino alla costruzione di pattern articolati e complessi, come le tradizionali tecniche riabilitative e le forme teatrali strutturate in performance;

b) contesto; l'ambiente fisico ed umano che funge da sfondo, diviene il contenitore in cui lo stimolo, o proposta, viene lanciato. Le caratteristiche del laboratorio espressivo permettono la modificazione degli elementi costitutivi e circostanti, e **rendono possibile manipolare l'ambiente utilizzando vari materiali. Questi sono organizzati in una serie di archivi (sonoro, visivo, olfattivo, tattile), oggetti teatrali e della vita**



Una serie di immagini del laboratorio emozionale/espressivo.

quotidiana, e una serie di impianti: illuminotecnico, fonico, per le videoproiezioni e diaproiezioni. Tra i fattori ambientali consideriamo gli operatori e la famiglia qualora coinvolta.

Tutto ciò consente di realizzare una netta differenziazione dai setting sanitari canonici, divenendo luogo personalizzato per ogni

“Nel laboratorio emozionale/espressivo è possibile esplorare nuove modalità di intervento”

paziente, e specifico per ogni momento del percorso riabilitativo. Permette di creare un contesto arricchito emozionalmente, per renderlo maggiormente compatibile con la condizione clinica e biografica di ogni soggetto;

c) modalità della relazione terapeutica; diversi tipi di comunicazione sono propri di diversi tipi di relazione. La possibilità di monitorare e modificare la modalità comunicativa, all'interno della

relazione terapeutica, permette di variarla tra: *modalità di tipo prescrittivo*, in cui il terapeuta decide a priori qual è l'azione appropriata. L'attenzione è rivolta principalmente al deficit e alle alterazioni nel funzionamento del paziente, che diviene soggetto passivo su cui la tecnica è somministrata, come fosse un farmaco; *modalità di tipo istruttivo*, in cui l'attenzione del terapeuta è rivolta al paziente con un atteggiamento formativo ed un coinvolgimento empatico. La relazione è maggiormente personalizzata, ma il terapeuta è importante non tanto per quello che è umanamente, ma per quello che apporta tecnicamente; *modalità di tipo costruttivo*, in cui terapeuta e paziente co-partecipano alla definizione e allo sviluppo delle attività, che terranno presente i bisogni, le emozioni, le qualità, le competenze di entrambi, in uno scambio comunicativo che è proprio della comunicazione naturale. La diade co-evolve ed è fatta di scambio reciproco ed interazione; ogni partecipante agisce e

reagisce, co-autore e co-protagonista del percorso riabilitativo. I due si relazionano come 'persone reali' ed è centrale l'importanza della relazione autentica. Lo scambio avviene nella coppia e dalla coppia trae maggiore "forza riabilitativa".

La convinzione è che esista una comunicazione e una relazione ottimale per ogni momento riabilitativo, ancor prima che per ogni paziente, con la possibilità di orientarsi e muoversi tra diversi registri comunicativi e relazionali.

Oltre a ciò è possibile delineare alcune **caratteristiche generali del setting**, che condizionano costantemente l'agire terapeutico, riflettendosi in ognuno dei tre elementi specifici sopra descritti:

1) elemento emozionale: il paradigma dell'emozione narrativa guida questo nuovo approccio in cui stimolo, contesto e relazione vengono costruiti partendo sia dalla storia del soggetto, in cui l'elemento biografico può essere dominante, sia dalle infinite possibilità di strutturazione di stimolo e proposta, coinvolgendo i linguaggi dell'arte. Le tecniche e gli strumenti del teatro consentono, con tutto il loro potenziale evocativo, di immergere i soggetti sia in pezzi della loro storia personale, sia in condizioni di stimolo e modalità di relazione, con caratteristiche fortemente emotigene. Si ritiene che mettere in campo proposte di valore emozionale possa indurre cambiamenti qualitativi e quantitativi nei comportamenti e nei risultati attesi.

2) elemento funzionale ed ecologico: si attinge ancora a grammatiche e linguaggi teatrali per sfruttare la possibilità di strutturare, gestire e modificare lo stimolo, il contesto e la relazione dell'intervento. Si interviene sulle caratteristiche fisiche dell'ambiente ren-



Un'altra immagine tratta dal laboratorio emozionale/espressivo.

dendolo maggiormente adeguato, potenzialmente calibrato alle specifiche caratteristiche cliniche e biografiche della persona, rendendola protagonista. Il soggetto si ritrova così ad utilizzare oggetti, compiere azioni, risolvere problemi, in compiti diretti ad uno scopo specifico (giocare a carte, truccarsi, cucinare, usare il PC, andare in discoteca, ecc...), in un mondo ricco di ricordi.

In particolare la collaborazione tra gli operatori teatrali e della riabilitazione cognitiva ha portato a sviluppare alcune riflessioni sulle **due aree di lavoro** attorno alle quali si svolge l'attività nel laboratorio espressivo:

- stimolazione cognitiva e **intervento specifico** per l'incremento della responsività, in pazienti a bassissima responsività (stato vegetativo e di minima coscienza), in contesto emozionalmente arricchito;
- coinvolgimento del laboratorio espressivo come contesto per un **intervento specifico** di valutazione e stimolazione della cognitivà e della comunicazione in tutti

i tipi di pazienti, e in tutte le fasi del percorso riabilitativo.

Riguardo alla prima area di lavoro l'integrazione tra i due ambiti si è sviluppata, in alcune ricerche in corso alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris, intorno agli elementi specifici di stimolo e contesto. Tali ricerche ne sviluppano approfonditamente il contenuto pertanto ci soffermeremo su alcune considerazioni sulla seconda area di lavoro. La riflessione riguarda principalmente il contesto e le modalità di comunicazione e relazione terapeutica. Infatti la proposta che costituisce la "freccia" che viene scagliata per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi è, in un certo senso, pre-definita. Se, ad esempio, il paziente si trova in fase di confusione, uno degli obiettivi imprescindibili sarà l'orientamento, e lo strumento terapeutico il riorientamento alla realtà; se il paziente si trova in una condizione di mutismo post-traumatico, con importanti difficoltà a realizzare gesti con gli organi fono-articolatori, uno degli obiettivi sarà sicuramente il recupero di tali gesti, e l'impostazione dei

fonemi; analogamente, se il paziente presenta amnesia con difficoltà a ricordare episodi della propria quotidianità, contenuti di discorsi fatti, appuntamenti, l'obiettivo potrebbe essere aumentare la sua capacità di memorizzare o, viceversa, quello di compensare le carenze mnestiche con ausili (es. agenda, timer, diario...), che permettono di verificare i contenuti che non vengono ricordati. Ciò che cambia sono, appunto, il contesto e il tipo di relazione in cui i soggetti vengono coinvolti.

Negli interventi integrati sono state utilizzate:

- tecniche riabilitative o facilitazioni (Affolter, esercizi orto-fonici, stimolazione cognitive di vario tipo, stimolazione tattile-cinestetica, guida manuale, istruzioni verbali, ausili, ecc);
- **elementi emozionali delle pratiche teatrali quali: struttura e ritmo spettacolo, prosodia delle narrazioni, linguaggi, grammatiche e forme teatrali differenti, atmosfere sonore, visive, olfattive, ecc.**

Per dare un'idea più concreta dell'attività svolta, riportiamo due esempi:

- F. è un ragazzo con gravi difficoltà motorie, in carrozzina e impossibilitato ad utilizzare le mani per utilizzare oggetti e compiere semplici attività della vita quotidiana. Non è in grado di sostenere autonomamente, e costantemente, il capo ma lo rad-drizza e lo mantiene per un po', se catturato dall'ambiente. Non essendo in grado di parlare F. utilizza il gesto del capo per il sì/no, ma gli costa molta fatica e la comunicazione ne risente. La voce compare sporadicamente, e spontaneamente, solo in certe posizioni. In realtà F. è in grado di eseguire semplici richieste e piccoli gesti con diversi distretti corporei

(muove gambe, bacino, mani, capo, bocca), ma il costo per lui è molto alto e tende a ricadere nella sua inerzia, che diventa facilmente franca opposizione, o anche aggressività (tenta di mordere), qualora si insista per ottenere delle prestazioni. Con F. l'obiettivo riabilitativo era, in generale, di aumentare la responsività (con qualsiasi distretto corporeo e nei limiti consentiti dalle sue difficoltà motorie), di incrementare la quantità dei gesti realizzabili con lingua, labbra, guance (prassie bucco-facciali), propedeutici alla verbalizzazione, nonché aumentare l'ampiezza del movimento delle stesse e lavorare sull'emissione

***“La convinzione è
che esista una
comunicazione e una
relazione ottimale per
ogni momento
riabilitativo”***

volontaria della voce. Il laboratorio espressivo ha consentito di mettere in scena pezzi della sua storia personale, in cui video di concerti con cantanti preferiti diventavano espediente per farlo ballare con le diverse parti del corpo. I movimenti di lingua, labbra e guance erano elicitati da una narrazione in cui erano inseriti oggetti come bolle di sapone, fischietti, girandole, lecca-lecca, e in cui partecipava al racconto in modo attivo. L'atmosfera coinvolgente di questo luogo, in cui venivano proposti elementi autobiografici, unitamente al coinvolgimento nel “gioco teatrale”, vedevano F. costantemente partecipe, e mai oppositivo, nell'attivare le sue potenzialità e nello sforzo di riu-

scire a fare di più e meglio: in quel momento non gli veniva richiesta l'esecuzione di una prestazione, semplicemente F. era coinvolto in una relazione alla pari con gli operatori.

- C. è una ragazza con gravi difficoltà motorie, in carrozzina, impossibilitata ad usare mani e braccia in attività della vita quotidiana, o nel semplice uso di oggetti, verosimilmente con marcati deficit visivi difficilmente esplorabili. C. comunica tramite il sì/no che vengono però realizzati nell'unico modo per lei possibile, emettendo due suoni diversi: in tal modo, e attraverso una mimica del volto molto eloquente e ricca di sfumature, C. comunica desideri, esprime giudizi, pensieri e stati d'animo ai propri cari, e a chiunque si relazioni con lei. È evidente per tutti infatti che C. conserva capacità critiche e di giudizio, è capace di ironia, ha il ricordo della sua vita fino al momento della malattia. È anche in grado di apprendere alcuni nuovi eventi, che si tratti di contenuti di racconti e conversazioni, o ricordare episodi che sente in TV. Inoltre C. varia il proprio atteggiamento a seconda di chi si relaziona con lei. Con C. l'idea era quella di esplorare, in modo più preciso, i diversi aspetti cognitivi potendo contare solo sul sì/no come risposta verbale, e nell'impossibilità per lei di manipolare o indicare alcunché. Inoltre il sì/no da lei utilizzato, in modo costante se molto motivata alla proposta, e se questa ha a che fare con aspetti concreti legati alla sua vita, diviene decisamente meno differenziato e chiaro nel caso contrario. Il laboratorio espressivo è stato utilizzato come contenitore in cui coinvolgere C. in una sorta di gioco a premi, con feedback positivi e negativi relativi alle sue risposte, immergendola

in elementi narrativi della sua storia personale e nei suoi interessi, per poi “staccarla” e portarla su elementi emotivamente più neutri. Tale contesto ha consentito di esplorare, qualitativamente, diversi aspetti della cognitività di C. come la capacità di astrazione, di giudizio, di classificazione, di alcuni aspetti dell’attenzione e della memoria, della capacità di controllo delle proprie risposte. Anche in questo caso il coinvolgimento di C. in un setting così motivante, e l’utilizzo di una relazione/comunicazione “alla pari”, hanno permesso di ottenere molte risposte negli ambiti che avevamo intenzione di esplorare. Quello che è emerso è solo parzialmente coincidente con ciò che si era osservato nella quotidianità di C. ed ha permesso di individuare, più dettagliatamente, punti di forza e di debolezza per costruire un programma più specifico da svolgere con lei.

Prendendo spunto dai casi citati, la sensazione generale, marcata ed immediata, è che passando dagli spazi di lavoro quotidiano, cioè dai contesti clinico/sanitari, al laboratorio espressivo/emozionale, si guardi il paziente da angolature completamente diverse. Per esempio nell’ambulatorio cognitivo l’attenzione può essere rivolta maggiormente e principalmente ai deficit e alle difficoltà che è necessario ridurre, mentre nel laboratorio emozionale l’accento, e lo sguardo, sono posti sulla persona, con tutta la ricchezza e completezza attuale, che, anche se in condizioni di gravissima disabilità, può essere soggetto

alla pari nella relazione e nell’interazione comunicativa, e regalare momenti molto ricchi a chi si relaziona con lui/lei.

Per concludere si può ritenere che aumentando la consapevolezza sulle variabili in gioco nei settings riabilitativi, e tramite il coinvolgimento e la sinergia dei linguaggi ed approcci sopra descritti, si può ipotizzare la definizione di una nuova modalità di intervento,



Lo spazio del laboratorio espressivo.

all’interno della quale è possibile focalizzare l’attenzione su alcuni specifici e generali fattori terapeutici, che, probabilmente, riguardano tutti gli interventi riabilitativi e la totalità dei pazienti in cura.

È possibile una consapevole manipolazione delle variabili coinvolte, strutturarle con una coerenza narrativa e di senso per ogni specifico paziente, per verificare se questo determina cambia-

menti, e miglioramenti, nella sua condizione clinica. Gli interventi riabilitativi realizzati, sino ad ora, tramite l’incontro e la sinergia tra figure professionali e pratiche così differenti, ci permettono di sostenere che si è prodotto un reale arricchimento professionale, forme di osmosi culturale, con scambio reciproco di competenze. La contaminazione di linguaggi così distanti tra loro, il carattere potenzialmente emotigeno degli strumenti coinvolti, e della stimolazione conseguente, la ricchezza delle tecniche a disposizione e delle condizioni di stimolazione attuabili, consente di costruire settings di lavoro con caratteristiche maggiormente funzionali ed ecologiche, in cui anche la capacità di modulazione emotiva del riabilitatore gioca un ruolo importante nel recupero del paziente. La possibilità di monitorare e manipolare lo scambio comunicativo, lo stimolo, la proposta e l’ambiente circostante alla cura, mette a disposizione una pluralità di strumenti che fanno pensare ad un ampliamento e potenziamento dei percorsi riabilitativi attuabili. Una sorta di terza area d’intervento in cui esprimere un paradigma dell’emozione narrativa, come campo di

esplorazione ed approfondimento nuovi, che lasciano intravedere buone prospettive di utilizzo clinico/terapeutico

Note bibliografiche

- (¹) 2001, ICF: International Classification of Functioning, Erikson Edizioni, pag 10
- (²) Ibidem, pag 15
- (³) Ibidem, pag 22
- (⁴) Ibidem, pag 14

Ci scrive Claudia, una ex ospite della Casa dei Risvegli Luca De Nigris, ora a Casa Dago

L'importanza del sostegno reciproco per sentirsi meno soli



di
Claudia Valentini

Ciao Maria, sono Claudia, come va? Ti scrivo per dirti che la mia riabilitazione procede bene. Pian piano vado sempre migliorando. Spero che gli ospiti della Casa Dei Risvegli, proseguano al meglio il loro percorso riabilitativo.

A tale proposito volevo mandare loro un messaggio e dirgli che non devono mai mollare, anche nei momenti di sconforto, quando sembra che tutto si

sia fermato, ma di avere costanza, forza di volontà, fiducia e tanta fede. Solo così possono arrivare a un traguardo. Ricordo loro e ai loro cari, di sorridere sempre e non pensare a ciò che era nè a ciò che sarà; l'importante è che noi ci siamo ancora e insieme si può tutto!

Vi penso sempre e vi ammiro per il vostro lavoro; anch'io nel mio piccolo faccio qualcosa:



Claudia con Maria Elena Villa, presidente di Arco 92 con operatori e amici di Casa Dago.

vado con la mia "bancarella del sorriso" a distribuire sorrisi, in cambio di sorrisi, agli ospiti del S. Lucia. FUNZIONA!
VI VOGLIO BENE.



Carissima Claudia, che piacere avere tue notizie, soprattutto così positive! I continui miglioramenti del tuo stato mi confermano nell'idea che mi ero fatta di te e della tua famiglia quando eri alla Casa dei Risvegli

Luca De Nigris: persone tenaci e positive, non fatte per piangersi addosso e disperare. Questo tuo atteggiamento dolce e forte nello stesso tempo, ti ha aiutato allora e senz'altro ti sta aiutando adesso nella continuazione del percorso riabilitativo. Perciò... avanti a tutto gas! Ti ringrazio anche delle parole d'incoraggiamento che tu mi mandi per tutte le persone ospiti attualmente alla Casa dei Risvegli, sono graditissime e importanti: verranno messe, scritte in caratteri ben visibili, nella bacheca del corridoio, affinché tutti gli amici che in questo periodo stanno lottando per il recupero della loro salute e i loro famigliari che li accompagnano possano trarre il conforto e il

sostegno di cui hanno tanto bisogno, ancora più significativo perché proviene da una ragazza che ci è passata anche lei. Credimi, Claudia, è importantissimo creare, anche da lontano, una rete di condivisione e di sostegno reciproco, che ci faccia sentire meno soli ad affrontare percorsi di vita così complessi. Perciò mi dà ulteriore soddisfazione vederti nella foto con l'amica Elena Villa e i suoi collaboratori di Casa Dago a Roma, ai quali vi indirizzai dopo la Casa dei Risvegli per il proseguimento della riabilitazione nella tua città.

Il tuo sorriso dolcissimo e birichino, che ricordo così bene perché ha illuminato per alcuni mesi gli spazi della Casa dei Risvegli quando eri con noi, continui davvero a splendere accanto ad altre persone in difficoltà: sarà esso stesso una splendida terapia!!

Ti salutiamo con tanto affetto, in attesa di poterci rivedere presto. Un abbraccio caro a tutta la tua meravigliosa famiglia.

Maria - Gli Amici di Luca

Sarebbe in grado di rallentare il naturale declino cerebrale nelle persone anziane

I componenti neuroprotettivi del caffè, un aiuto per il nostro cervello



di

Silvana Hrelia

Dipartimento di Biochimica
"G. Moruzzi" - Alma Mater Studiorum
Università di Bologna

Alti livelli di specie reattive dell'ossigeno (ROS) meglio note come "radicali liberi" sono in grado di indurre la morte cellulare a livello di sistema nervoso centrale e sono stati pertanto associati all'eziologia di numerose patologie neurodegenerative. Le cellule nervose hanno sviluppato meccanismi di difesa in grado di prevenire la formazione o contrastare l'effetto delle ROS. Questi meccanismi coinvolgono enzimi antiossidanti e detossificanti. Tra i vari enzimi protettivi, l'attenzione dei ricercatori si è recentemente focalizzata sull'eme-ossigenasi (HO-1), che catalizza la trasformazione dell'eme (che si libera nel cervello in seguito a trauma cranico o emorragia cerebrale e di cui è noto il potere ossidante) in biliverdina, molecola ad azione antiossidante e neuroprotettiva. Pertanto, HO-1 rappresenta un nuovo bersaglio, anche farmacologico, per interventi terapeutici negli esiti da danno cerebrovascolare. Anche alcuni componenti nutraceutici degli alimenti sono in grado di aumentare l'espressione di HO-1, massimizzando in tal modo il potenziale antiossidante delle cellule nervose.

Tra questi, vi sono alcuni componenti presenti comunemente nel caffè e rilevabili nella comune tazzina di espresso che tutti siamo abituati a consumare. Il caffè rappresenta, insieme all'acqua e al tè, una delle



bevande più bevute al mondo. A questo riguardo l'Italia si pone tra le prime nazioni Europee in termini di consumo di caffè con circa 6 Kg per persona all'anno. I suoi possibili effetti sulla salute umana, tuttavia,

***"Il caffè si rivela
un alimento
ad elevata proprietà
neuroprotettiva"***

rimangono un argomento di dibattito – anche e soprattutto sulla stampa non specializzata – nonostante le più recenti evidenze mostrino come un consumo non eccessivo di caffè non abbia effetti sfavorevoli sul rischio cardiovascolare, mentre l'azione protettiva nei confronti del diabete di tipo 2 è di fatto assodata. Le due specie più conosciute sono la Arabi-

ca e la Canephora, meglio nota con il nome di Robusta. Nonostante il suo basso valore nutrizionale (è praticamente acalorico se consumato non zuccherato) il caffè ha suscitato l'attenzione dei ricercatori a causa del suo alto contenuto in componenti bioattivi, a funzione antiossidante e protettiva, che fanno del caffè un vero e proprio alimento funzionale. Il ruolo funzionale non è ascrivibile alla caffeina, di cui è nota la capacità di aumentare la soglia dell'attenzione e che viene definita una sostanza psico-attiva, ma ad altri componenti quali l'acido clorogenico, il cafestolo e il kahweolo, questi ultimi appartenenti alla classe dei composti chimici dei "diterpeni". In 100 grammi di miscela della qualità Arabica sono presenti mediamente 1.2g di caffeina, ben 3g di acido clorogenico e circa 1g di diterpeni, superando in tal modo la quota di caffeina presente. Più del 80% delle componenti

non caffeiniche viene estratto durante la preparazione dell'espresso. I soggetti non consumatori di caffè introducono meno di 100 mg di acido clorogenico al giorno contro gli 1 o 2 g dei modesti e forti bevitori di caffè, rispettivamente. È interessante sottolineare come il caffè decaffeinato presenti livelli inferiori o addirittura trascurabili di caffeina, ma mantenga alti livelli di componenti bioattivi.

Sempre più studi forniscono evidenze relative alla capacità del caffè nel contribuire al mantenimento delle funzionalità cognitive in età avanzata. Un'ulteriore conferma arriverebbe da uno studio pubblicato nel 2007 il quale suggerisce che il consumo moderato e regolare di caffè sarebbe in grado di rallentare il naturale declino cerebrale nelle persone anziane. Quasi 676 uomini sani nati tra il 1900 e il 1920 sono stati seguiti per 10 anni; il consumo di caffè è stato valutato in base al numero di tazze bevute ogni giorno, mentre le funzioni cognitive sono state testate con il Mini-Mental State Examination (MMSE), esame che valuta le performance mentali sulla base di un punteggio da 0 a 30, dove il valore più elevato corrisponde a una migliore performance.

In tutti i gruppi di consumo è stata riscontrata nel tempo una riduzione delle funzioni cognitive (che entro certi limiti fa parte del normale pro-

cesso di invecchiamento), tuttavia, mentre tra i partecipanti che avevano dichiarato un consumo regolare di caffè, nel corso dei 10 anni di studio la riduzione delle capacità intellettuali era del 4%, tra i non-consumatori le performance cognitive si sono ridotte più del doppio. In generale, dallo studio è emersa una relazione inversa tra la quantità di caffè consumato quotidianamente e il declino cognitivo, che è risultato essere minimo tra coloro che bevevano 3 tazze di caffè al giorno. Nei partecipanti che non avevano l'abitudine di bere caffè, invece, è stata evidenziata una riduzione 4,3 volte maggiore delle funzioni cognitive.

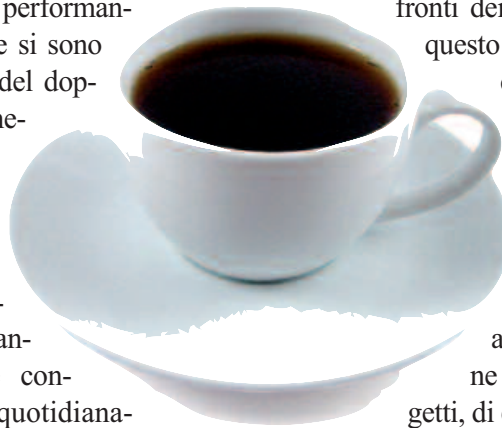
Questi effetti non sono imputabili tanto alla presenza di caffeina, quanto ai componenti bioattivi sopra citati. Il ruolo neuroprotettivo dei componenti nutraceutici del caffè è stato evidenziato in test in vitro in cui questi composti, e in particolar modo i due diterpeni, si sono dimostrati in grado di contrastare la morte neuronale indotta sperimentalmente da diversi agenti oltre a ridurre la produzione neuronale delle ROS. Il

meccanismo dell'azione neuroprotettiva di questi componenti del caffè è da imputare alla loro capacità di aumentare i livelli di OH-1, importantissimo componente del sistema di difesa neuronale nei confronti dei danni ossidativi. In

questo contesto, uno studio condotto da ricercatori del Karolinska Institutet a Stoccolma in Svezia, e pubblicato sulla prestigiosa rivista "Stroke", che ha analizzato un campione di ben 26.556 soggetti, di età compresa tra 50 e

69 anni che non avevano mai sofferto di ictus, ha dimostrato che un alto consumo di caffè potrebbe ridurre il rischio di infarto cerebrale, indipendentemente dai fattori di rischio cardiovascolari noti.

Quindi non solo caffeina! Il caffè si rivela un alimento ad elevata proprietà neuroprotettive e come tale può e deve essere consumato da soggetti di ogni fascia di età. Le linee guida consigliano il consumo di 3 tazzine di caffè al giorno (una quantità maggiore potrebbe infatti causare ipereccitabilità in soggetti più sensibili) e le ricerche più attuali sottolineano come la bevanda possa veramente essere considerata un aiuto potente per proteggere il nostro cervello.



*Richiedete le
nostre guide
per le famiglie*

**GRUPPO
PERDISA
EDITORE**

**Info: 051.6494570
www.amicidiluca.it
amicidiluca@tin.it**



Alla ricerca dell'Io (Soglie dell'esistenza)

Varcare la soglia: coma e stato di coscienza ispirativo



di
Giovanna Bettini
Psicoterapeuta antroposofa
Bologna

Ci vuole un'altra etica: il rovesciamento. La società dei valori alla soglia

Sulla base di cosa viene considerata una persona nella nostra società moderna occidentale? Per le sue capacità? Per le sue espressioni di autonomia?

Efficienza, indipendenza, qualità, rendono presto attivo un altro aspetto dell'anima umana: l'indifferenza. Più l'uomo è capace e autonomo più è facile dimenticarselo. Se analizziamo le condizioni intorno a un uomo malato o allettato, o in stato di coma, la prima impressione che riporterebbe un uomo efficiente e pieno di qualità sarà di vivere quel malato come un impiccio, un ostacolo: "Non potrò più fare la vita di prima! Ecco sono finito! Questa è una palla al piede!"

A dir la verità basta anche un bambino problematico (lo dice la parola stessa), o un anziano brontolone in casa, una donna in gravidanza, uno straniero, un paziente psichiatrico... l'altro uomo stesso è un ostacolo. Si sopporta soltanto chi non procura disagi, chi non ostacola il nostro dinamico solipsismo.

L'Egoismo e oltre...

Se noi rientriamo nella categoria degli uomini capaci ed efficienti, lungo l'arco dell'esistenza raggiungeremmo comunque una soglia in cui le nostre prestazioni cognitive e fisiche inizie-

rebbero a decadere. Ci troveremmo davanti ad una soglia critica in cui o avanziamo o retrocediamo. La cura del corpo non può dare più le stesse immediate soddisfazioni. Davvero non conosceamo la verità dell'invecchiamento!

Dove si trova dunque l'oltre?

Iniziando a cercare il positivo nell'altro uomo usciamo dall'estremo egoismo che ci radica entro la nostra corporeità, come rinchiusi entro una fortezza. Iniziando a sviluppare interesse per l'altro uomo potremmo sviluppare un "interesse disinteressato". Libero prima di tutto da se stesso. Potersi dimenticare un po' di se stessi!

Cogliendo la diversità e il bello di ciò che io non sono, posso accedere all'elemento consustanziale (uscire dalla contraddizione). Pensando all'altro non sono venuto meno.

Specificità e consustanzialità, interesse disinteressato per la persona che chiede attenzione, amore, assistenza: nuove soglie su cui ormai l'individuo si affaccia.

Natività e Pietà

Confrontiamo "la natività" con "la pietà".

I due movimenti sono rovesciati.

Il bambino del Natale in che modo è diverso dal Cristo morente?

Qualcuno arriva e qualcuno se ne va, ma chi è colui che resta a metà strada? Del soggetto a metà strada (che non sappiamo più dove si trovi con il suo Io) cosa possiamo dire?

Dove è il suo Io? Sulla via del nascerre di Gesù Bambino? Al centro, nella periferia? Sulla croce del Golgota? Sulla via del morire?

Nel paziente vegetativo, nel soggetto



Il fiore di Claudio dipinto alla Casa dei Risvegli con Giuseppe De Luca.

che pare addormentato, parla qualcuno per lui? Ci troviamo davanti alla nascita di una comunità, nel silenzio di una individualità al centro. Il paziente in coma si mostra come un "vuoto di sé pieno di mondo".

Lui parla negli altri, in lui parlano gli altri, in lui e nella comunità che si organizza stabilmente intorno a lui. Non si può più agire per avere qualcosa ma per donare, "per-donare", vuotandosi continuamente liberandosi da se stessi per far entrare il mondo.

Nasce un organismo sociale

La coscienza individuale è smorzata sia nel paziente che nella comunità, per due ragioni differenti: nell'uomo che si è addormentato in una condizione vegetativa, che diventa una sorta di specchio del corpo sociale della comunità; nella comunità per via di questo affacciarsi di ciascuno e il porgersi oltre una coscienza individuale ordinaria di ascolto verso l'altro uomo. L'Io-Comunità opera in relazione diretta e assoluta con il corpo dell'uomo in coma e i suoi processi vitali. L'amore, soltanto l'amore, può metter le forze di egoismo in ginocchio, porle al servizio, grazie al fatto che non c'è più nessuna certezza riguardo a schemi o modelli. Leggi,

grafici, tabelle, statistiche si fermano alla soglia: Parla la preghiera, la meditazione. La lavanda dei piedi. L'elemento sacrificale di chi non è autonomo conduce chi è autonomo a ricongiungersi al divino "in vita". È una sorta di iniziazione. Forse non l'avevamo cercata coscientemente ma è così.

Le funzioni sprofondate

"Uomo conosci te stesso": diventa l'imperativo. Non siamo più quelli di prima. Intorno al familiare, che si è come ritirato.

Si percepisce il rispecchiamento tra quella sparizione o sprofondamento nell'ignoto dell'IO dell'altro e la dimensione autocosciente stratificata, rimossa in noi. Ci pare di far qualcosa di utile se lavoriamo sui nostri vissuti e cerchiamo di rendere più fluida la relazione, di vivificare il passato, animarlo, rendendolo libero dal vecchio. Come ci si può ancora affacciare sul futuro? Attivando un dialogo nel vuoto? E quando poi dal coma arriva un risvegliato? Cosa accade nella Comunità? Una Comunità Solare ove in terra si affacciano raggi che illuminano nuove modalità d'esseri, nuovi modi di essere.

Cercando l'IO dell'altro

Solo alla ricerca dell'IO dell'altro si può sviluppare una capacità di percezione, rappresentazione e giudizio superiori. La superiorità si conquista con un passo nell'umiltà. Sviluppare percezioni superiori in sé donando vita all'altro. Si arriva a scoprire che l'altro non l'avevamo mai veramente incontrato. Ora arriveremo ad incontrarlo?

Il vuoto del coma è un vuoto ispirativo, che produce ispirazione, ascolto, respiro, che risucchia il mondo dell'uomo chiedendo di rovesciarsi nel mondo dell'altro.

Vuoto come pausa tra IO e TU

Lo stato di coscienza di Coma è allo-

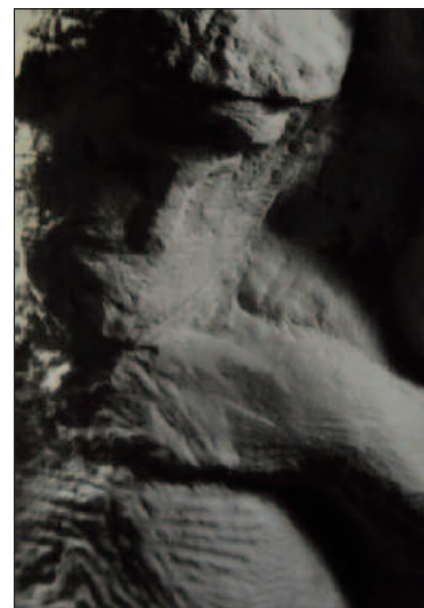


ra non solo la coscienza di quel singolo ma "quella sommatoria di quelle coscienze" che, corporee ed extracorporee, collaborano, costruendo quel ponte che tiene aperto il valico da cui l'umanità può superare l'egoismo. Per potersi parlare di Luogo di Coscienza si deve parlare di una soglia intesa come ponte tra mondi diversi.

Il ricercatore scientifico che si affaccia sulla soglia diventa ricercatore scientifico spirituale: la soglia può diventare ponte.

Solo l'ignoto e l'attesa alla Soglia possono spegnere una parte di se stessi, "mettere in ginocchio l'egoismo". Questo, soltanto questo, consentirà di imboccare il ponte. Bisogna accettare di morire a se stessi. Si entra in una condizione in cui il Natale è una Pasqua. I tempi si stringono in un ritmo Vita-Morte di cui appare il ponte-soglia.

Per l'uomo non può più esserci un Natale senza Pasqua e una Pasqua senza Natale. Durante il sonno si vive una vita altrettanto reale, e anche nella coscienza di coma, nella respirazione del coma, si vive una sorta di esistenza che non si avvale dello strumento corporeo nelle modalità ordinarie. Potremmo chiamarle modalità straordinarie. Creandosi un campo stabile di conoscenza tra io e comunità potremmo assistere a rivelazioni sul mondo



oltre il sonno e socialmente fare l'esperienza spirituale della realtà insieme all'esperienza della realtà spirituale.

Se anche la coscienza di veglia collabora possiamo dire che il ponte del coma, la grande Pausa del coma è come un Risucchio del Sociale, come una forza di pietà attiva che va verso le Frontiere di una Resurrezione, avendo nel contempo: coscienza di veglia di chi si pone al fianco e ascolta, coscienza di sogno attivata nella coscienza ispirativa, entro la relazione, coscienza di sonno entro l'individuo che dorme.

Società Antroposofica in Italia Congresso di Bologna 31 marzo - 3 aprile 2011

ALLA RICERCA DELL'IO - RUDOLF STEINER
E LA CULTURA CONTEMPORANEA
A 100 ANNI DALLA PARTECIPAZIONE
DI STEINER AL IV CONGRESSO
INTERNAZIONALE DI FILOSOFIA
BOLOGNA APRILE 1911

Sede del Congresso: Aula Magna di Santa Lucia - Via Castiglione, 36 - 40124 Bologna

Sedi dei gruppi di lavoro: gli abbinamenti di ciascuna sede ai relativi gruppi di lavoro saranno comunicati venerdì 1 aprile in sede congressuale

Per ogni informazione e comunicazione:
TEL. e FAX 051-227089
Posta elettronica: capisole@tin.it
Web: www.allaricercadellio.it

Il fondatore degli Istituti Ortopedici Rizzoli fu un innovatore della medicina moderna

Francesco Rizzoli, uno dei padri dell'ortopedia italiana



di
Giuseppe Quercioli

Bologna è sempre stata la culla della cultura e della medicina. Ancor prima di Mondino De' Liuzzi, uno degli scopritori dell'anatomia umana, a Bologna esisteva un forte nucleo di sperimentatori della scienza che controllava e tentava di guarire il corpo umano. Mondino De' Liuzzi operò attorno al dodicesimo secolo, scrivendo il noto testo "De Anathomia" che indicò le linee guida per la scienza del corpo umano. Già da allora, la scuola bolognese di scienza del corpo umano s'incamminava verso la glorificazione dei grandi maestri della scienza che nel primo secolo furono catalogati come eccelsi nella cattedra di scienza e nell'operatività del mestiere.

Riportiamo alcuni ritratti di questi grandi scienziati che fecero grande Bologna nel mondo della Medicina

Francesco Rizzoli, come molti pensano, non nacque a Bologna, ma a Milano, dove viveva la sua famiglia: il padre Gaetano, bolognese a tutto tondo, e da Maria Teresa Trovamala, ma con residenza a Milano poiché Gaetano, militare di carriera; era luogotenente dell'esercito napoleonico, poi in quello di Murat. Gaetano Rizzoli non ebbe vita facile: invitato dal governo a sconfiggere il brigantaggio, fu ucciso appena quarantenne, da una banda che operava in Calabria. Francesco Rizzoli era già

nato poichè vide la luce il 2 luglio del 1809. Si legge da qualche parte, che la sua nascita non fu un parto facile; infatti venne alla luce con l'estrazione del forcipe.

Con la morte del padre, il piccolo Rizzoli venne cresciuto ed educato dallo zio Vincenzo. Poiché era uno studente modello, lo zio lo iscrisse alla facoltà di medicina con grandi sacrifici, in virtù di un salario dello zio, non molto cospicuo.

L'iscrizione alla facoltà di medicina di Bologna, permise al giovane Rizzoli di conoscere a fondo la città natale del padre ed amarla con tutta la passione di un giovane che ricordava sempre il genitore. Poiché Francesco che aveva anche una sorella Teresa, che andò sposa al prof. Baroni professore di ostetricia e chirurgia, ebbe un grande aiuto dal cognato e quando si laureò in medicina. Tre anni dopo prese la specialità in chirurgia, entrò a far parte come assistente dell'equipe del cognato.

Il primo impiego come dottore chirurgo, fu come assistente al ricovero, un posto con scarsi mezzi economici e pertanto anche il giovane medico fu pagato con un mensile ridotto.

La fortuna piano piano si avvicinò anche al giovane Francesco. L'occasione gli fu concessa, dal momento che il cognato fu chiamato a Roma come archiatra del Santo Padre e allora, il giovane Rizzoli assunse l'impiego del cognato come supplente della cattedra di ostetricia in Bologna.

Per quasi un lustro, Francesco Rizzoli operò come oste-



Francesco Rizzoli.

trico, poi già molto noto negli ambienti medici bolognesi come allievo prediletto del famoso professore cavaliere Matteo Venturoli fu proposto alla copertura del posto dopo la sua morte avvenuta in Bologna nel 1860. Fu in quella veste che il giovane ma molto conosciuto chirurgo, divenne un punto di riferimento per la scienza medica bolognese, ma non solo nell'ambito del suo lavoro, ma come innovatore della medicina moderna.

Pare che fosse lo stesso Rizzoli che nel 1862 curò una brutta ferita al generale Giuseppe Garibaldi colpito con una pallottola al piede.

"Le ultime notizie relative a Garibaldi ci recano ch'egli era giunto alla Spezia insieme a sei de' suoi ufficiali che le di lui ferite pericolose e che a sua istanza venne chiamato il dottor Riboli suo medico". Intorno a quel particolare corre voce



che Rattazzi abbia inviato alla Spezia medici e chirurghi di alta rinomanza, fra i quali il nostro prof. Rizzoli, per estrarre la palla che lo ferì al piede. Sempre nel 1862 il prof. Rizzoli fu insignito dell'ordine de' S.S. Maurizio col grado di grande Ufficiale. "S.M. il Re ha creato ufficiali dell'ordine stesso dopo il prof. Rizzoli, i signori dott. Puglioli egregio medico chirurgo e il prof. Fabbri insegnante di ostetricia nella nostra università". Non contento della professione, si dedicò alla politica.

Fu fiduciario dell'Amministrazione Provinciale, allora denominata Deputazione dove sedeva nei seggi come vice presidente e in quella veste, operò assieme al Prof. Francesco Roncati per istituire un nuovo manicomio in Bologna, lotta che ebbe il tanto agognato traguardo sulla fine del secolo diciannovesimo con l'occupazione dell'antico convento delle suore Salesiane ubicato in via S. Isaia 90.

Fu consigliere comunale eletto nel

La nascita dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

Nel 1879 il Prof. Rizzoli acquistò per £ 55.000, dal Demanio dello Stato, l'ex-convento di San Michele in Bosco per fondarvi un esemplare istituto ortopedico provinciale.

L'Istituto, che voleva dirigere lui stesso, doveva avere come nobile scopo "il progresso della scienza, il bene dell'umanità e il patrio decoro". Questo gesto non solo dimostrò la generosità del donatore ma anche la lungimiranza dello scienziato che prevede la separazione in tempi brevi della "chirurgia dell'apparato scheletrico" da quella generale.



La facciata storica dell'ingresso dell'Istituto.

1865. La carriera medica fu pari alla carriera politica dove nel 1879, il prof. Rizzoli fu eletto senatore.

Fu uno dei sostenitori contro la famigerata legge sul macinato, che lo tenne parecchio occupato nel ruolo

di oppositore, anche se già parecchio debilitato per una grave malattia che aveva colpito il suo organismo. Infatti il 24 Maggio del 1880 lasciò questo mondo per quello dell'aldilà. Aveva 71 anni.



Associazione Cirenaica
Solidarietà - Cultura - Sport
Via S. Dal Ferro, 16 - 40138 Bologna
Tel. 051 34 79 25 (con segreteria)
Fax 051 198 72 057
cirenaica@linea37.com

Orari: Lunedì e Giovedì ore 17-19



PARTECIPANO AL CARNEVALE:
I COMMERCianti e I CENTRI SOCIALI
nei QUARTIERI SAN DONATO e SAN VITALE

In caso di maltempo
si rinvia al 10 aprile



22° CARNEVALE in CIRENAICA Trenino LANCIO PALLONCINI

Domenica 3 aprile 2011

- Ore 9,00 - **MERCATINI** in via Musolesi e Vincenzi
Ore 11-18 - **La Carovana - Villaggio del Fanciullo**: musica, graffiti, trucchi, bigliardino.
Tambaba: laboratorio di riciclo. **Il Cappello Matto**: giornalini e fumetti.
Ore 13:15 - Istituto **Ramazzini** in via Libia n.13/A **TRUCCABIMBI** e **PALLONCINI**
Ore 13:30 - **ISCRIZIONI MASCHERE BAMBINI** (fino a 14 anni)
in via Scipione Dal Ferro, 16

Ore 14,00

SFILATA CARRI ALLEGORICI

Partenza dalla palazzina **LINEA 37** in via **Scipione Dal Ferro, 16** -

Al seguito: Microbanda Cirenaica della Associazione Mediante;

- Ore 15:00 - Balli e coreografie dell'associazione **Mattei Martelli**
Ore 15:30 - Polisportiva **ENERGYM**: danza HIP HOP breakdance e ginnastica artistica
Ore 16:00 - **Liwanag**: costumi e danze filippine
Ore 16:30 - **PREMIAZIONE delle 3 MASCHERE più ESTROSE**
dei bambini fino a 14 anni (sul palco in via Bentivogli)

Medium, contatti spirituali e sopravvivenza della coscienza

Nuovi studi dei ricercatori sulle potenzialità sensitive della mente umana

di

Cecilia MagnanensiSegretario Generale della Fondazione
Bozzano-De Boni

In queste pagine si è già parlato di sopravvivenza dopo la morte, ma l'attualità invita ad affrontare nuovamente l'argomento grazie a *Hereafter*, il nuovo film di Clint Eastwood, in cui i protagonisti hanno avuto contatti con la morte e cercano risposte a domande che da sempre l'uomo si pone: «Si sopravvive alla morte? Si può comunicare con esseri che vivono in un altrove?»

Secondo la scienza niente di tutto ciò è provato né si può provare. Tuttavia c'è chi ha ideato, progettato e realizzato esperimenti per verificarne la realtà e la storia della ricerca psichica ne annovera diversi. Le indagini hanno subito fasi alterne e progredito più lentamente rispetto a quelle rivolte alle facoltà extrasensoriali. Infatti, c'è chi ritiene che diano risultati maggiori gli studi rivolti all'interazione tra mente e mente (telepatia), alla capacità della mente di andare oltre lo spazio (chiaroveggenza) e/o oltre il tempo (precognizione). Mentre nel passato c'erano meno possibilità di controllo, e soprattutto meno strumenti che permettessero l'analisi delle affermazioni date dai medium, oggi chi affronta una ricerca di questo tipo ha più mezzi per

farlo e si prendono più in considerazione le dichiarazioni dei medium rispetto alle modalità con cui si esplica l'eventuale comunicazione con l'aldilà. Ciò che si indaga non è la medianità che si manifesta con la trance o i fenomeni fisici, ma quella che fornisce informazioni quantificabili e verificabili relative alle entità che si manifestano.

Il medium è vigile ed esprime a parole ciò che vede con varie modalità: la visione con gli occhi della mente, l'ascolto con le orecchie della mente, percezioni tattili e olfattive, condivisione di sentimenti e emozioni con i disincarnati. Ciò che viene detto può riguardare particolari della vita materiale, la descrizione fisica e caratteriale delle entità comunicanti, di luoghi legati a loro e/o ai loro cari, così come notizie relative alla vita – passata e/o presente – dei consultanti, sentimenti degli uni e/o degli altri. Così si è espresso uno dei medium: «Durante una lettura, io ricevo informazioni in differenti modi: io vedo immagini, figure, scene, quel-

lo che la persona [cioè l'entità] vuole che io veda; talvolta odo parole, nomi, iniziali, ecc. o percepisco l'energia dello spirito e la sua personalità». C'è invece chi vede «scrivere i loro nomi nell'aria o su una parete o sul pavimento, e, per attirare la mia attenzione, lasciano cadere oggetti [nella visione]» o chi «odo nella mia testa una voce che è l'inizio di un nome, talvolta il nome intero, altre volte il suono è nelle mie orecchie o vibra nei punti corrispondenti ai chakra (avvertendo qualcosa di gutturale)». Altri affermano invece di essere in grado di «sentirli nella mente quando mi parlano. So che non sono parole mie perché per me non hanno alcun significato». Inoltre avvertono paure, debolezze o dolori che li tormentavano in vita, o anche «le cause della morte: cancro, malattia, incidente», o percepiscono odori: «sigari, se erano fumatori, speciali fragranze che piacevano loro» oppure «associati a loro come, per esempio, quello del sangue, di ospedale o altro».

Le dichiarazioni dei medium costituiscono il nucleo delle indagini, ma prima di analizzarle il percorso è lungo, come dimostrano le ricerche di Gary Schwartz, Julie Beischel e altri negli Stati Uniti e di Archibald Roy e Tricia Robertson in Gran Bretagna. I protocolli da loro ideati sono precisi ed accurati, in modo da evitare frodi, trucchi, così come la possibilità della cosiddetta cold reading, cioè la tecnica che permette ai medium (in inglese è più utilizzato il termine



La chiaroveggenza, René Magritte 1936



Il famoso "mago" Robert Houdini qui con la moglie Bess e la madre Cecilia Steiner Weiss. Dopo la morte di quest'ultima, cercò di mettersi in contatto con lei iniziando un estenuante quanto infruttuoso tour tra i medium. Facendo leva sulle sue conoscenze di illusionista, smascherò molti finti sensitivi.

psychic) di captare segnali inconsci da parte dei consultanti (in inglese sitters) che hanno davanti.

Nel progettare gli esperimenti questi ricercatori hanno considerato varie strategie per far sì che non ci siano comunicazioni non verbali tra i partecipanti: ponendoli uno con le spalle verso l'altro, oppure divisi da uno schermo, oppure posti in stanze o località diverse. Lo stesso hanno fatto sia per quanto riguarda il rapporto tra sensitivi e ricercatori sia per quello tra consultanti e ricercatori. Per di più, in particolare nelle indagini americane, i protagonisti sono distribuiti in tutto il paese e le comunicazioni tra loro avvengono anche utilizzando il telefono o la posta elettronica.

Sia i mediums che i consultanti sono scelti con criteri diversi. In particolare, nel caso americano i ricercatori effettuano per entrambi accurate selezioni. I primi devono aver già dimostrato le loro capacità medianiche sotto stretto controllo, oltre che dimostrare di integrare il loro interesse verso la spiritualità con la conoscenza e la comprensione delle pratiche e delle metodologie usate nel corso di esperimenti scientifici, così come le loro motivazioni per essere sottoposti a queste prove. I consultanti sono individuati tra gli adulti al di sopra di 25

Dichiarazione originale del medium

Penso che ci sia una donna. Chi sei tu? Una madre? Sì, una madre. Riesco a vedere un recipiente, una pentola, una pentola in ottone. È piuttosto larga. Ha un coperchio. Tu (spirito) preparavi la cena. Tu (spirito) lavoravi in un negozio che vendeva batterie da cucina. Tu hai a che fare con un negozio, con una batteria da cucina. Hai un pezzo preferito nel tuo negozio? Ah, sì. Io posso vederlo ora. È una padella lunga per cuocere pesce o altro? È davvero bella. Mi sembra una padella per cuocere pesce. Sei inglese, vero?

Fraasi da analizzare estratte dal brano

- 1) - L'entità è di una donna.
- 2) - È una madre.
- 3) - Immagine di una larga pentola di ottone con coperchio.
- 4) - L'entità preparava la cena.
- 5) - L'entità lavorava o aveva a che fare con un negozio che vendeva batterie da cucina.
- 6) - Il pezzo favorito dall'entità era una padella lunga, forse per cuocere del pesce.
- 7) - L'entità era inglese.

anni che hanno subito la perdita di una persona molto vicina a loro e che già hanno avuto modo di consultare sensitivi per ottenere un contatto spirituale con essa. Ovviamente gli uni sono sconosciuti agli altri e, soprattutto negli ultimi studi, non vengono mai a contatto tra

“Le dichiarazioni dei medium costituiscono il nucleo delle indagini, ma prima di analizzarle il percorso è lungo”

loro; così come qualsiasi notizia riguardante il consultante e il defunto è sconosciuta al medium. In aggiunta Schwartz e Beischel hanno ulteriormente limitato l'accesso alle informazioni, ideando vari livelli di controllo. Tutta questa attenzione è dovuta non solo per ottenere una buona riuscita degli esperimenti, ma anche per evitare

qualsiasi spiegazione banale all'oggetto di studio e le critiche di coloro che dubitano della validità delle prove per scetticismo verso di esso. I loro protocolli tengono conto di metodi per acquisire dichiarazioni accurate, ma soprattutto pertinenti alle entità e a precisi consultanti. A questi gli studiosi americani chiedono se le affermazioni sono riferite del tutto, in parte o per nulla a loro; se queste sono esatte o no (e in che grado). Nelle analisi dei dati hanno isolate le frasi e in taluni casi accorpate notizie analoghe, senza stravolgerne il senso. (Vedere nel riquadro a parte un esempio esplicativo). Hanno poi applicato metodi statistici sia alle risposte dei consultanti sia alle comunicazioni dei medium.

Da tutti gli studi condotti fino ad oggi dagli americani e dagli inglesi, comunque, risulta che è possibile ottenere informazioni al di fuori dei cinque sensi, senza nulla affermare sulla loro origine. È necessario infatti effettuare ulteriori ricerche e approfondimenti per comprendere come ciò avvenga. In tutti i loro scritti gli statunitensi hanno poi

ribadito l'importanza delle ricerche sia da un punto di vista scientifico sia da un punto di vista sociale per avvalorare una delle ipotesi possibili: 1) sopravvivenza della coscienza; 2) super-psi (avere conoscenze al di là dei cinque sensi, mediante una forte percezione extrasensoriale); 3) riserva psichica (cioè nell'universo ci sarebbe al di là del tempo e dello spazio un qualcosa che raccoglierebbe informazioni dall'inizio dei tempi).

Dal punto di vista scientifico comprendere i meccanismi per i quali si ottengono informazioni in maniera anomala significherebbe un progresso nella conoscenza delle relazioni mente/coscienza e cervello e risolverebbe il quesito se la mente/coscienza è un prodotto del cervello o è qualcosa che è a sé stante e che lo guida. Dal punto di vista sociale, se si provasse la realtà della sopravvivenza, diminuirebbe l'ansia dei malati terminali e dei loro parenti, che vedrebbero la morte come solo un passaggio da affrontare; nondimeno ciò fornirebbe a tutti una diversa percezione della vita e dei suoi accadimenti, permettendo di valutarli con maggiore serenità. Infine permetterebbe di essere di aiuto nell'ambito delle indagini giudiziarie per risolvere casi in cui le solite tecniche investigative fossero insufficienti e magari anche nello stesso campo scientifico.

Per approfondire

Anche nel campo degli esperimenti della medianità numerosi sono i riferimenti bibliografici, tuttavia mi limiterò a segnalare gli articoli di quest'ultimo decennio ad opera dei ricercatori citati in questo scritto, alcuni dei quali facilmente reperibili in rete mediante Google Scholar, oltre al libro di Gary Schwartz, a mia conoscenza l'unico nella bibliografia italiana contemporanea che parli di questo tipo di esperimenti.

- Beischel J.: "Contemporary Methods used in Laboratory-Based Mediumship Research", *The Journal of Parapsychology* 2007, pp. 37-68
- Beischel J., Rock A.J.: "Addressing the survival versus Psi debate through process-focused mediumship research", *The Journal of Parapsychology* 2009, pp. 71-90
- Beischel J., Schwartz G.E.: "Methodological Advances in Laboratory-Based Mediumship Research", Rhine Research Conference: "Consciousness Today", March 23-25, 2007, pp. 45
- Beischel J., Schwartz G.E.: "Anomalous Information Reception by Research Mediums Demonstrated Using a Novel Triple-Blind Protocol", *Explore*, Volume 3, Issue 1 (January 2007), pp. 23-27
- Rock A.J., Beischel J.: "Quantitative Analysis of Research Mediums' Conscious Experiences during a Discarnate Reading versus a Control Task: A Pilot Study", *Australian Journal of Parapsychology*, Volume 8, Number 2, pp. 157-179, 2008
- Rock A.J., Beischel J., Cott C.C.: "Psi vs. survival: A qualitative investigation of mediums' phenomenology comparing psychic readings and ostensible communication with the deceased", *Transpersonal Psychology Review*, Volume 13, No. 2, Winter 2009, pp. 76-89
- Rock A.J., Beischel J., Schwartz G.E.: "Thematic analysis of research mediums' experiences of discarnate communication", *Journal of Scientific Exploration*, Vol. 22, N. 2, pp. 179-192, 2008
- Roy A.E., Robertson T.J.: "A preliminary study of the acceptance by Non-Recipients of mediums' statements to recipients", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 65.2, N. 863 2001, pp. 91-106
- Roy A.E., Robertson T.J.: "A double-blind procedure for assessing the relevance of a medium's statements to a recipient", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 65.3, N. 864 2001, pp. 161-174
- Roy A.E., Robertson T.J.: "Results of the application of the Robertson-Roy protocol to a series of experiments with mediums and participants", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 68.1, N. 874 2004, pp. 18-34
- Schwartz G.E. (con Simon W.L.): *Esperimenti sull'aldilà. La prova scientifica della vita oltre la morte*, ed. Mondadori, Milano 2003, pagg. 407
- Schwartz G.E., Geoffron S., Jain S., Lewis S., Russek L.G.S.: "Evidence of anomalous information retrieval between two mediums: replication in a double-blind design", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 67.2, N. 871 2003, pp. 115-130
- Schwartz G.E., Russek L.G.S.: "Evidence of anomalous information retrieval between two mediums: telepathy, network memory resonance and continuance of consciousness", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 65.4, N. 865 2001, pp. 257-275
- Schwartz G.E., Russek L.G.S., Barentsen C.: "Accuracy and replicability of anomalous information retrieval: replication and extension", *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 66.3, N. 868 2002, pp. 144-156

Le attività della Fondazione Biblioteca Bozzano - De Boni



Ricordiamo che la Fondazione Biblioteca Bozzano - De Boni (via Marconi 8 a Bologna) oltre ad offrire i principali servizi di una Biblioteca - come la consultazione e la lettura del materiale documentario, il servizio prestiti -, prevede un Programma Culturale, svolto da ottobre a maggio. Esso è costituito sia da incontri, riservati ai Soci della Fondazione, sia da conferenze (ad ingresso libero) che trattano argomenti della Ricerca Psichica. Entrambe le attività si svolgono nel giorno di mercoledì alle ore 16.30.

Nel corso dell'anno culturale 2010-2011 è prevista la 11° Giornata di Studio, che si terrà sabato 16 aprile 2011 e si occuperà di "Mistica e parapsicologia". Il programma definitivo della Giornata, così come quello delle conferenze del periodo aprile-maggio 2011 sono consultabili sul sito internet della Fondazione alla pagina <http://www.bibliotecabozzanodeboni.it/pubblico.htm>. Dato il limitato numero di posti, per partecipare alla Giornata del 16 aprile si prega di telefonare per la prenotazione al 3381714288.

Per informazioni scrivere a rec1021@iperbole.bologna.it oppure telefonare al n. 3381714288.

Da qualche mese, poi, la Fondazione ha una pagina su Facebook, se foste registrati anche voi, vi invitiamo a diventare "amici" della Fondazione.

L'incasso dell'iniziativa è stato devoluto all'associazione "Gli amici di Luca"

La prima festa del fitness, una giornata in armonia e divertimento

Si è tenuto lo scorso 22 gennaio a Bologna la "1° festa del fitness" promossa da MSP Italia, con lo scopo di promuovere il fitness attraverso una kermesse con i massimi istruttori a livello internazionale (Alex Viligiardi pluricampione del mondo di aerobica competitiva e Gil Lopez attuale campione mondiale).

È stata una giornata di festa per tutti gli appassionati, ma anche per quelli che lo sport al momento non possono farlo. L'incasso dell'iniziativa è stato devoluto all'associazione "Gli amici di Luca".

Un particolare ringraziamento alle palestre di Bologna che hanno partecipato e sostenuto l'evento: ATLAS - ALESSIO CITI- FISIK - FISIO LINEA - GIM DONNA - FIT LIFE - PERFORMANCE - MYTHOS.

"Siamo molto contenti di come si è svolta la festa – dicono Barbara



Un momento della manifestazione di fitness.

Castelluzzo e Agnese Da Prato i promotori dell'iniziativa – perchè l'intento di vivere una giornata in armonia e divertimento è stato centrato in pieno. Alex Viligiardi e Gil Lopes hanno saputo trasportare i partecipanti con grande carisma e professionalità, a lungo si è

sentita l'emozione nell'aria.

È stato molto bello anche vedere i bambini che giocavano nel campo di calcetto fermarsi insieme ai genitori a guardare e rimanere in silenzio estasiati da un modo diverso di interpretare la musica e il movimento".

Fare volontariato, una scelta giusta

Mi chiamo Paola, sono una volontaria da quasi un Anno. I motivi per i quali ci si avvicina al volontariato sono molteplici, per me, anche se non è bello dirsi, è stato dettato dall'egoismo. Mi sono trovata in un periodo lavorativo che non mi dava nessuna soddisfazione, non tanto per il lavoro in sé, più che altro per il comportamento umano all'interno dell'azienda. Mia madre mi ripeteva sempre come era contenta di far visita ai vecchietti nel ricovero. Mi sono detta: "Paola è ora che tu faccia qualcosa!" Così, un giro su internet e via un po' di e-mail. Il primo contatto è stato da parte della "Casa dei Risvegli Luca De Nigris" ed è iniziata la mia avventura. Confesso che non è stato semplice per niente, non mi ero mai trovata a contatto con una realtà così. Più di una volta mi sono domandata se fosse stata una scelta

adatta a me. Durante un laboratorio estivo (all'inizio si partecipa alle attività di gruppo, solo successivamente, se si vuole, si può affiancare un ospite) avevo portato una torta a forma di farfalla, mi fu detto che c'era una ragazza che faceva collezione di farfalle, così gliela feci vedere. Lei mi ringraziò e mi disse (con le sue difficoltà verbali) che era bella. Non potei che replicare che era venuta bene perché era uno stampo, e allora disse: "È il pensiero che conta, e l'hai fatta per me, grazie!" La risposta alla mia insicurezza è arrivata: avevo fatto la scelta giusta. Non importa per quale motivo si scelga di fare volontariato: te ne dimentichi. È importante che loro sappiano che tu sei lì per loro, anche con una torta uscita da uno stampo!

Ciao, Paola

Un'Epifania ricca di appuntamenti all'insegna della tradizione e della solidarietà

Il nuovo anno inizia bene con la nostra cara befana



di
Maria Vaccari
Presidente associazione
"Gli amici di Luca"

La Befana de "Gli amici di Luca" è stata quest'anno particolarmente generosa e ricca di sorprese che ci hanno allietato nei primi giorni del nuovo anno.

Facciamo una carrellata di foto attraverso le quali illustrare i bei momenti di condivisione e contatto con i bambini e le famiglie che hanno partecipato alle diverse iniziative.

Nella settimana precedente il 6 gennaio "Gli amici di Luca" sono stati presenti presso il Centro Commerciale di via Larga nella manifestazione "La Befana più buona del mondo" promossa dalla direzione del Centro. Sono stati coinvolti tantissimi bambini, che sono stati invitati da alcuni simpaticissimi animatori a fare su cartoline predisposte dei disegni, che poi saranno inviati al Presidente della Repubblica per far conoscere l'iniziativa legata ai progetti della nostra



La Befana de "Gli amici di Luca" il 6 gennaio sotto le Due Torri con con Antonio Marino, vicepresidente CNA Bologna.



Ancora la mattina dell'Epifania con Virginio Merola candidato sindaco di Bologna, il commissario straordinario Annamaria Cancellieri e Maurizio Cevenini.



La Befana-Astolfi al Centro Commerciale Via Larga, con gli animatori e un gruppo di suoi giovani fans.

associazione. Ad ogni bambino veniva consegnata la calza della Befana: il 5 gennaio è venuta la Befana de "Gli amici di Luca" in persona, l'attrice Carla Astolfi che è stata con i bambini tutto il giorno. I genitori, sensibilizzati dai nostri volontari, hanno offerto contributi, così che alla fine della bella manifestazione si è raccolta una cospicua somma che sarà destinata a portare avanti l'attività dei laboratori teatrali per persone con esiti di coma. È stata un'esperienza veramente positiva che ci ha

visto a contatto con il numeroso pubblico che frequenta il Centro di via Larga. Grazie a tutti coloro (direttore del Centro, organizzatori, animatori) che hanno collaborato per la buona riuscita dell'evento.

La mattinata del 6 gennaio la Befana de "Gli amici di Luca", come ormai da tanti anni, è arrivata sotto le Due Torri nella bella festa organizzata in collaborazione con la CNA bolognese. Il freddo rigido di quel giorno non ha impedito che numerosi bambini accompagnati dai genitori siano

giunti a ritirare doni e caramelle dalle mani della nostra Befana. Addirittura un bel gruppo di coraggiosi tutti imbacuccati si è seduto ad assistere al piacevolissimo spettacolo della Maga-Lena, che con le sue magie ha riscaldato l'ambiente per i calorosi e ripetuti applausi che ha attirato.

Intanto la Befana-Astolfi arrivava, quest'anno non in carrozza, ma sul calesse trainato dalla somarina Bianchina, e attirava l'attenzione di tanti curiosi, non solo bambini, che la amano come piacevolissima interprete della bolognesità.

I nostri fantastici ragazzi del laboratorio teatrale "Dopo... di nuovo" hanno aperto lo spettacolo del 6 gennaio presso il teatro Galliera, stracolmo di bambini delle scuole primarie che avevano partecipato al concorso "Le avventure della Befana" e venivano quel giorno premiati. I nostri volontari con i ragazzi che frequentano il laboratorio teatrale, ci hanno dato una simpaticissima e deliziosa esemplificazione del lavoro di gioco espressivo che portano avanti sotto la guida esperta e fantasiosa dell'operatrice teatrale Alessandra Cortesi. Bravi ragazzi! Con la vostra presenza sul palcoscenico anche quel giorno avete dato un messaggio di energia e di voglia di esserci di cui tutte le persone che sono passate dal coma hanno bisogno.

La rappresentazione al Galliera del



Un momento dello spettacolo teatrale "Dopo... di nuovo" al Teatro Galliera.



Una scena dallo spettacolo "Le avventure della befana", regia di Fabio Govoni.

6 gennaio è proseguita con lo spettacolo "Le avventure della Befana" allestito dalla compagnia Fantateatro, che ha visto in scena anche gli attori Carla Astolfi e Giampiero Volpi da sempre fedeli amici de "Gli amici di Luca". È stato uno spettacolo divertente, molto coinvolgente

per il pubblico dei bambini, ma anche degli adulti presenti in sala. Successivamente alle avventure della Befana, sono saliti sul palco a turno i veri protagonisti della giornata, i bambini che avevano partecipato con la propria classe al concorso indetto per il 13° anno dall'associazione e che ricevevano quel pomeriggio il meritato riconoscimento. Sono state premiate dodici classi di scuola primaria, a cui sono stati consegnati attestati e premi diversi dalle mani dei diversi sponsor che hanno generosamente collaborato all'evento.

È sempre di grande incoraggiamento per noi verificare che è possibile coinvolgere su un progetto come quello della Casa dei Risvegli Luca De Nigris, anche l'attività dei ragazzi delle nostre scuole e attraverso di loro le famiglie.



Una delle classi che ha partecipato al concorso riceve uno dei tanti premi offerti dai sostenitori (buoni acquisto da Ludovico, Nonsolocarta, Hyppo group ed altri).

Esprimersi attraverso una mucca in carrozzina

Le vignette satiriche di Tullio Boi

È uscita la seconda fatica editoriale di Tullio Boi, “2010, Odissea di una mucca in carrozzina”, per i tipi di Carlo Delfino Editore. L'introduzione è curata da Pietro Vanessi, Gianfranco Uber e Tiziano Rivero.

Il libro racconta in modo ironico e sarcastico, satirico insomma, i principali avvenimenti del 2010, sia politici che di sport, attualità, Sardegna e disabilità, conditi da centoventi vignette scelte tra le più gradite al folto pubblico online e integrate da diverse altre inedite.

L'autore nasce a Cagliari nel 1961, fa l'ingegnere dal 1985, si

muove in carrozzina dal 2003 ed è vignettista satirico dal 2006 col nickname di Brulliotoi.

È vignettista di Tiscali, Panorama.it e Legnostorto.com.

Ospitano i suoi Quadretti, tra gli altri, Corriere.it, Altravoce.net, Matchupsardegna.it, Aenigmatica.it, Insertosatirico.com, Mamma.it, Il Metro e YourVirus.

La carta stampata lo accoglie sul Quotidiano della Satira e sul Vernacoliere, tutti i quotidiani isolani lo “raccontano”, partorisce satira live su Videolina e Sardegna tv.

E CauBoi, il muccoide in carrozzina, è sulle magliette degli atleti disabili come testimonial dei Paralympic Days del 2008.



Satira in agrodolce la sua, di qualunque argomento; la potete trovare anche su www.brulliotoi.it e su Facebook, sotto Tullioboio Brulliotoi.

E la vita continua...

“Quando la vita continua storie di persone normali” è il libro, con pagine scelte da “Ishtar 2” di Antonia Arslan scritto da Giovanni Viafora e Fabiana Pesci, Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus. Un libro uscito con il Corriere Veneto e il Mattino di Padova, uniti nell'affrontare un tema tanto delicato, profondo e coinvolgente, quale quello della tutela della vita delle persone in stato vegetativo.

“Va reso merito – scrive nella presentazione Angelo Ferro presidente dell'OIC onlus – ai due direttori Ornar Monestrier e Alessandro Ruscello (senza dimenticarne il predecessore Ugo Savoia) di aver deciso di fare



propria una battaglia che per numeri statistici è così di nicchia da non muovere gli interessi di case farmaceutiche e di medici ma ‘solo’ di interrogare profondamente la coscienza delle persone quando drammatici episodi di cronaca vengono improvvisamente portati alla ribalta e, spesso, spietatamente strumentalizzati per questioni politiche se non di audience.

Tante storie di dolore che riescono a dare uno spiraglio di vita e di speranza, al di là delle individuali fedi religiose, con diverse voci che offrono un caleidoscopio di spunti che aiutano a capire come le Persone siano tali fino al momento del loro ultimo respiro”.

Una storia di speranza che anche nel dolore riesce a dare un senso alla vita

Il sole di Giuseppina e il coraggio dell'amore

A tutti coloro che hanno creduto in me e in Lorenzo e che continuano a farlo

“Il mio sole, il coraggio dell'amore” di Giuseppina Marotta Marini, Gabrielli editori è uno di quei libri che testimoniano il percorso delle famiglie e delle madri che accudiscono un figlio gravemente disabile. Il libro è stato presentato recentemente al Circolo Ufficiali di Verona su iniziativa di Maria Adducci Bari che per sei anni ha accudito il marito in stato vegetativo (ora purtroppo scomparso) e promotrice di una serie di iniziative di diffusione delle tematiche e di solidarietà nei confronti delle persone che vivono queste esperienze. All'incontro erano presenti la stessa autrice, Renato Avesani e Francesco Procaccio, rispettivamente Direttore Dipartimento Riabilitativo e direttore Anestesia e Terapia Intensiva Neurochirurgica dell'Ospedale Sacro Cuore (Negrar) e Fulvio De Nigris direttore Centro Studi per la Ricerca sul Coma - Gli amici di Luca.

In questo libro Giuseppina racconta di suo figlio Lorenzo che dopo un grave incidente vive una condizione di stato vegetativo.

È una storia di speranza che anche nel dolore riesce a dare un senso a una vita che, per gli occhi comuni, può “non avere senso”. È un libro aperto, che comunica ciò che si è vissuto con il cuore: il cuore di una mamma.

L'autrice attraverso la testimonianza e l'impegno desidera sensibilizzare

l'opinione pubblica affinché non siano lasciate sole le famiglie di fronte a questo immenso bisogno di solidarietà. Riportiamo il brano finale di questo libro rimandando quanti ne fossero interessati al sito www.gabriellieditori.it.

Da un mese abbiamo una nuova assistente per Lorenzo, si chiama Maya ed è una giovane ragazza serba di ventidue anni. Le piace molto il suo lavoro e si prende cura di Lorenzo con amore. Le giornate sono molto impegnative, però sembra essere rientrato tutto nella norma.

Quanto durerà questa tranquillità? Intanto ogni mattina, quando apro gli occhi, ringrazio Dio di aver trascorso una nottata senza problemi, anche se non mi succede più da tanto tempo di addormentarmi e di svegliarmi la mattina successiva dopo un sonno



continuo e profondo. Comunque cerco di accontentarmi e penso che a tutto ci si abitua; l'importante è avere la predisposizione ad accettare con una certa positività gli eventi della vita.

Quando ti succede di rinascere dopo un periodo particolarmente doloroso, quando ti sembra di vedere la luce dopo aver passato molto

tempo nel buio, quando ti pare che ti stanno riaprendo le porte della vita e ti sembra di tornare a galla dopo essere stata per troppo tempo sommersa nel dolore e nella disperazione, riesci ad apprezzare nuovamente la vita con più carica e con più entusiasmo.

Allora inizi a godere delle piccole cose come può essere una breve bicicletata in mezzo alla natura o una semplice corsa in riva all'Adige. Ti senti libera, non più braccata, respiri a pieni polmoni, ti sembra di essere nuovamente felice, alzi gli occhi al cielo e ti viene da dire: “Grazie Dio, fai che questo momento non finisca mai. E tu sole mio non smettere mai di illuminare la mia vita”.



Gabrielli editori - Via Cengia, 67
37029 S. Pietro in Cariano (Verona)
tel. 045 7725543
fax 045 6858595
e-mail: lucia@gabriellieditori.it
Web: www.gabriellieditori.it

Quest'anno la raccolta fondi ha permesso di sostenere due laboratori di teatro in situazione post-coma

Un aiuto concreto a “Gli Amici di Luca” dal Comitato femminile Beata Vergine di San Luca

di
Valeria Canè

Presidente Comitato Femminile
Beata Vergine di San Luca

Sono la presidente del Comitato Femminile Beata Vergine di S. Luca, ma preferisco essere semplicemente Valeria, una persona comune, che però insieme con il gruppo ha pensato di venire incontro a chi ha più bisogno.

La fantasia non ha limite e quindi abbiamo pensato di organizzare un Mercatino di Natale con cose fatte da noi presso il Santuario di S. Luca a Bologna nelle quattro domeniche di Avvento. Inoltre abbiamo coinvolto qualche attività commerciale che ha pensato di darci una mano per quello che riguarda stoffe, cotone, lana, passamanerie, nastri, carta, colori, ecc. Siamo partite in sordina, ma con tanta buona volontà, supportate anche dalle più anziane del gruppo che ci hanno incentivato ad anda-

re avanti collaborando anche loro. Era il 2007, quando in una riunione si è prospettata l'idea di non essere coinvolte solo durante la discesa della Madonna di S. Luca e di dare la nostra disponibilità al Santuario durante tutto l'anno, ma di unire le nostre forze per fare della beneficenza e aiutare chi ha più bisogno di noi o si trova in difficoltà.

Durante la riunione alla presenza del Rettore del Santuario Mons. Testi, nostro Assistente spirituale,

“Siamo partite in sordina ma con tanta buona volontà”

si è pensato di interessarsi di tali realtà e si è preso in esame di aiutare l'associazione CBM-Italia Onlus che è una ONG (Organizzazione Non Governativa), la cui finalità è sconfiggere le forme evitabili di cecità e di disabilità fisica

e mentale nei Paesi più poveri del mondo, senza distinzione di razza, sesso e religione. Nel 2008 CBM ha compiuto 100 anni! 100 anni di storia, di esperienze e di sfide vinte sul campo a favore dei più poveri tra i poveri, le persone cieche, alle quali nel tempo, si è aggiunto l'aiuto alle persone con altre disabilità.

Ma ritorniamo al Natale 2007, un vero successo e inoltre la cosa pare prendere la piega di allargarsi, infatti partite con un piccolo progetto: l'acquisto di un set di



Mons. Testi, Rettore del Santuario, benedice il mercatino.



Il tavolo con gli oggetti preparati per il mercatino di Natale.

strumenti chirurgici e di un oftalmoscopio portatile, arriva il 2008 con l'aiuto al progetto "Scuola per bambini con problemi visivi e uditivi a Geethanjali" (India), poi, in occasione della visita della Madonna di Lourdes a Bologna, l'opportunità di pagare un viaggio a Lourdes a una persona economicamente impossibilitata, ma dandogli la gioia di realizzare un desiderio.

Sempre nel 2008 collaboriamo alla campagna "Scegli i regali di Natale che possono cambiare una vita!". I regali natalizi di CBM realizzano il sogno di tanti bambini che oggi non possono vedere e camminare!

E poco dopo la campagna "Vorrei vedere il mio bambino", che ha sottratto dal buio della cecità una donna e ha restituito a lei il sorriso e ai suoi bimbi la possibilità di un futuro migliore accanto alla loro mamma.

Poi la Raccolta Fondi a sostegno dell'Ospedale Oftalmico di Biratnagar (Nepal).

Ecco però che nel 2008 si affacciano anche ai nostri progetti "Gli



La grande gioia per la sorpresa del ricavato delle offerte.

Amici di Luca" cogliendo l'occasione dell'evento della Befana della Solidarietà 2009.

Siamo al 2009 il Mercatino porta avanti i suoi frutti, ci stiamo dando l'anima per affrontare un progetto che occuperà il 2010 la Fondazione Altino Ventura di Recife (Brasile), esso riguarda l'ampliamento dell'intervento pediatrico precoce sulle disabilità visive neonatali.

Non tralasciamo quello però che è diventato un punto fermo della nostra "bolognesità": Gli Amici di Luca, in questo siamo caldeggiati anche dal nostro Arcivescovo S. E. Card. Carlo Caffarra, che tanto affetto e partecipazione ha dimostrato nel corso della recente visi-

ta alla struttura.

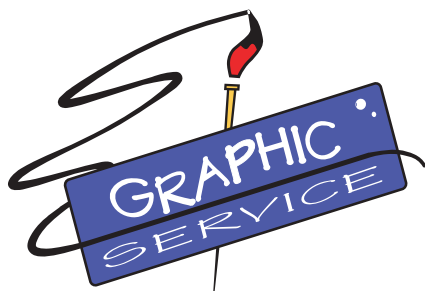
Quest'anno ciò che abbiamo raccolto per Gli Amici di Luca ci ha permesso di sostenere ben due laboratori di teatro in situazione di post-coma, condotti da operatori teatrali ed educatori specializzati, che sono portati avanti con lo scopo di facilitare il reinserimento relazionale e sociale di questi giovani.

Non abbiamo dimenticato anche la nostra cara Madonna di S. Luca che sempre protegge i suoi bolognesi e a noi dà la carica per proseguire nei nostri gesti di bontà. L'icona ha dovuto essere pulita e il mantello restaurato e quindi ci siamo attivate per un aiuto concreto, affinché Lei dall'alto ci protegga e ci aiuti a proseguire oltre che con la preghiera anche con i fatti.

La fatica è sicuramente tanta, ma i risultati non hanno paragone e ci spronano a proseguire, ah volevo ricordare veniteci a trovare vi aspettiamo tutti al Mercatino di Natale 2011, avremo il nostro record del 5° anno!!!!

Vi aspettiamo, anche una piccola gocciolina ha formato il mare!!!!

AMICI DI LUCA



DECORAZIONI GRAFICHE · BOLOGNA

sostiene la
"Casa dei Risvegli
Luca De Nigris"

Graphic Service S.r.l. - Via della Tecnica, 31 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) - Italy
Tel. 051 62 56 504 - Fax 051 62 59 297

La generosa accoglienza dei volontari per un'iniziativa a favore de "Gli amici di Luca"

Grazie al Centro Sociale Barca "Rosa Marchi"

Anche quest'anno il CENTRO SOCIALE BARCA "ROSA MARCHI" ha espresso la sua solidarietà a "Gli amici di Luca" offrendoci la loro ospitalità ed un pranzo veramente eccellente.

È avvenuto lo scorso Natale nel momento conviviale organizzato dalla nostra associazione rivolto a tutte le persone che sono state ospiti alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris, gli operatori e i volontari per scambiarsi gli auguri e trascorrere alcune ore serene

per valorizzare l'amicizia che ci unisce. Il giorno seguente, il coro del Centro Sociale Rosa Marchi "I giovani di una volta" ha raggiunto la Casa dei Risvegli Luca De Nigris e si è esibito nella Sala del Durante in una rassegna di canti popolari e natalizi, coinvolgendo simpaticamente ospiti, familiari, operatori e volontari in un ulteriore momento di serenità.

Grazie di cuore a tutti coloro che hanno collaborato alla buona riuscita delle iniziative natalizie!



Gli amici del Centro Sociale "Rosa Marchi": da sinistra: Claudio Pizzotti (cassiere), Paolo Astolfi (volontario tuttotfare), Silvano Cocchi (amministratore), Valentina Caselli (presidente), Luciano Galletti (vice presidente).

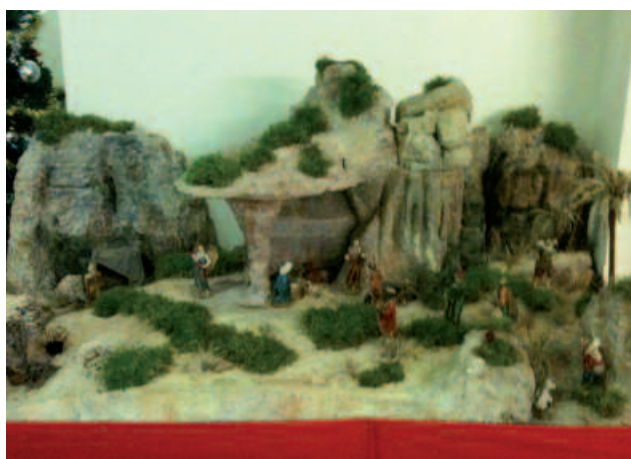
Ciao Giovanna

Tanti mesi passati insieme: tu come fisioterapista, e io come familiare. Quante cose ho imparato: le posture, come far deglutire senza problemi mio figlio, (che ora mangia di tutto); alcuni stop, alcuni paletti, come è giusto che sia. Eravamo tutti e due lungo le sponde del fiume su cui scorreva il dolore: e insieme, con compiti e casacche diverse lo abbiamo combattuto, senza fare miracoli, ma con un discreto risultato.

Hai saputo costruire buoni rapporti con tutti, hai fatto emergere la tua professionalità e la tua correttezza... Ora te ne vai per la tua strada: in bocca al lupo per il tuo futuro lavorativo; sai, presto ce ne andremo anche noi dalla Casa dei Risvegli: insegnamenti e ricordi ci accompagneranno nel nostro cammino... faremo tesoro di ciò che ci hai insegnato.

Buona fortuna a te e tanti auguri a mio Figlio Andrea.

Ermes Mezzetti



UN BEL DONO PER IL FUTURO

Il presepe di Fabio Franceschini a noi donato. Un'opera pregevole che ha fatto mostra di sé lo scorso Natale e che sarà ancora presente nei prossimi anni alla Casa dei Risvegli Luca De Nigris.

ESSERE SOCI de "GLI AMICI DI LUCA"

Se vuoi sostenere i progetti portati avanti dall'associazione "Gli amici di Luca", diventa socio!

Quote associative 2011:

SOCIO ORDINARIO: € 15

SOCIO SOSTENITORE: € 30

GRAZIE a tutte le persone che ci sostengono da anni e a coloro che vorranno associarsi!

"Dove c'è una volontà c'è un sentiero": questo il motto che ci accompagna da sempre; e se a percorrere quel sentiero siamo in tanti, il cammino sarà condiviso e perciò più agevole e ricco di soddisfazioni.



**“Per una rete sociale
al servizio della persona
con esiti di coma
e stato vegetativo”**

Via Saffi, 10 - 40131 Bologna
tel. 051 6494570 - fax 051 6494865

www.perluca.it

Vicini a voi, da sempre.

**LA VOSTRA REALTÀ
È ANCHE LA NOSTRA.**

Siamo nati da queste parti. Siamo cresciuti qui e nel tempo abbiamo imparato a conoscere questa terra, con le sue sfumature, i suoi contrasti, le sue necessità. E vivendo in questa realtà abbiamo imparato a conoscere meglio anche voi e a comprendere a fondo le vostre esigenze. Anni di esperienza che ci servono ad essere più vicini a voi, ogni giorno.

www.carisbo.it

Carisbo è una banca del gruppo
INTESA  SANPAOLO



CARISBO

Vicini a voi.