

# *Dalla parte dell' Uomo*

Rivista Trimestrale

*Luglio 2014*

**n° 11**

**Direttore:** Paolo Cardoso

**Direttore responsabile:** Maurizio Gori

**Comitato di redazione:** Paolo Cardoso  
Maurizio Gori  
Lucia Mattesini



## Indice

<u>Introduzione</u>	p. 3
<u>Come motivare i collaboratori</u> di Paolo Cardoso	p. 4
<u>Educazione degli adulti : alla ricerca della virtù</u> di Federica Bariatti	p. 7
<u>L'invecchiamento normale e patologico : le demenze</u> di Claudia Gambetti	p. 11
<u>Cerebrolesioni acquisite : percorsi di vita</u> di Stefania Gnaldi	p. 18
<u>Dal dentista con lo psicologo</u> di Antonella Leccese	p. 25
<u>A vent'anni in RSA : quando giovani e "vecchi" si guardano negli occhi</u>	p. 40
<u>Psicoanalisi e religione in Fromm</u> di Paolo Cardoso	p. 42



## Introduzione

Questo è un numero aperto ai contributi di varie persone che operano nel campo del sociale e non.

Io ritengo importante che ciascuno racconti le proprie esperienze e come affronta il suo lavoro.

Per cui ogni tanto “Dalla parte dell'uomo” è felice di offrire ai lettori un numero che è una specie di miscellanea di argomenti che hanno a che fare con la nostra vita quotidiana.

Ho riportato anche un mio recente articolo già pubblicato da Hogrefe editore. Spero siano di vostro interesse.

*Paolo Cardoso*

*Presidente Erich Fromm Firenze*



## Come motivare i collaboratori

*di Paolo Cardoso*

*In questo periodo di scarse risorse economiche, esistono altri modi, oltre agli incentivi monetari, per motivare i collaboratori?*

In questo periodo di contrazione economica il problema della motivazione dei propri collaboratori si fa drammatico, perché sin ora si è ricorso, come strumento principale alle ricompense monetarie.

Spesso i manager continuano semplicemente ad applicare il sistema del bastone e della carota.

Bisogna partire da una profonda rivoluzione nel modo di approccio al problema e rendersi conto che questo non va affrontato in modo "lineare" ma "circolare". Sin ora si definivano gli obiettivi aziendali, si facevano le verifiche, si controllavano i risultati ottenuti e poi si distribuivano i premi economici o di altra natura (viaggi, buoni acquisti ecc.).

Se i risultati non venivano raggiunti allora si ricorreva al... bastone.

Questo sistema non può essere più applicato, sia per scarsità di risorse economiche, sia perché spesso dà risultati modestissimi.

In realtà funziona solo dove vi sono lavori "meccanicistici" e dove si lavora allo stesso tipo di prodotto. Allora la domanda "quanti pezzi produci?" può avere un senso.

Occorre fare un salto di qualità e ripensare al modo di fare management e ricorrere ad altri tipi di incentivi o motivatori. Sin ora si usavano i motivatori esterni (bastone e carota) ora occorre passare a quelli interni, cioè a quelli motivazionali.

Nei lavori dove si usa molto la parte destra del cervello, dove è richiesta creatività, i motivatori esterni peggiorano le cose, anzi più si aumentano gli incentivi più peggiorano i risultati (vi sono interessanti studi in proposito da parte del MIT).

Bisogna sviluppare un approccio completamente diverso ed il ricorso ai motivatori interni.

Occorre far comprendere ai collaboratori che le attività legate al lavoro hanno un senso non solo perché alla fine del mese c'è lo stipendio, ma perché hanno un senso, perché sono interessanti, perché piacciono e fanno parte di qualcosa di interessante.

I manager devono investire molto nel far sì che tutti comprendano non solo la mission aziendale, ma anche la cultura propria di ogni azienda.



Pensiamo al salto di qualità che fece fare Adriano Olivetti alla propria industria mettendo al centro la qualità di vita dei lavoratori. Coinvolgendoli in processi di crescita culturale.

Altre aziende oggi stanno percorrendo la stessa strada: Google, la Pixar, ma anche piccole aziende italiane.

Per attuare tutto ciò occorre tener presenti tre concetti fondamentali:

- AUTONOMIA: l'esigenza di dirigere la nostra vita
- PADRONANZA: il desiderio di migliorarci costantemente in qualcosa che conta
- SCOPO: la pulsione a proseguire ciò che facciamo per servire qualcosa di più grande di noi

Sostituire il concetto di management con quello di autonomia non è certo facile. Però porta a trovare anche soluzioni diverse.

Pensate, ad esempio, a Microsoft, che anni fa investì moltissime risorse per creare Encarta, la grande enciclopedia, che è rimasta al palo ed invece Wikipedia, che ormai tutti consultiamo è che non è costata un soldo, perché Jimmy Donal Wales riuscì a coinvolgere moltissimi volontari che via via hanno arricchito l'enciclopedia on line che tutti usiamo.

Oppure Google, che obbliga i dipendenti a dedicare il 20% del loro tempo a quel che vogliono. Così ad esempio, è nata Google mail e molte altre applicazioni.

Ho detto che è un processo che va attuato gradualmente. Ci sono degli strumenti che possono facilitare la vita del manager.

Ad esempio iniziando ad usare strumenti di analisi della personalità e del funzionamento cognitivo come il NEO-PI-3-NEO-Personality Inventory-3 o il d2-R di attenzione concentrata.

Questi strumenti aiutano a capire meglio le qualità e le possibilità di chi lavora con noi.

Comunque la metodologia principale è la stessa della qualità "Kaizen" cioè la condivisione degli obiettivi e della cultura aziendale.

Si dice che il manager realizza i sogni del CdA. In realtà dovrebbe, come dice il prof. Dipak Pant dare "dreaming and blessing" a tutti. Solo se tutti avranno lo stesso sogno, si riuscirà a realizzarlo.

Oltre ai momenti di condivisione dei progetti e degli indicatori di risultato, è necessario creare spazi e tempi dove tutti coloro che sono all'interno del progetto possano dire la propria opinione e i propri sogni. Di quali aiuti o interventi hanno bisogno per realizzarli.

Oggi vi sono strumenti informatici che evitano il dover fare lunghe riunioni collettive con spostamenti e perdite di tempo: le chat, le call conference, i blog ecc.

Se si coinvolgono i lavoratori sino dall'inizio in tutte le fasi di un progetto, questi lo sentiranno come "il loro progetto" ed ovviamente vorranno che si realizzi al meglio.

Dare la maggiore autonomia possibile e fare verifiche non fiscali ma collaborative per superare le eventuali difficoltà.



Tutto ciò non solo migliora la qualità del lavoro, ma riduce enormemente lo stress aziendale. Non stanchiamoci di ripeterci che lo stress è nelle idee non nelle persone.

Ma allora i premi? I premi stanno nella migliore qualità di vita. Nell'elasticità negli orari, nei giorni di ferie in più se ad esempio si realizzerà un progetto prima del tempo previsto. La partecipazione a corsi di formazione che aumentano la qualità professionale ecc.

Il concetto fondamentale è che i risultati si ottengono aumentando la motivazione interna e non con i premi o le punizioni.

Bisogna far sentire ai propri collaboratori che il centro e la ricchezza dell'Azienda sono loro; che loro danno il valore aggiunto e non le attività.

Allora si riesce davvero ad ottenere dei grandi risultati.



## Educazione degli Adulti: alla ricerca della virtù

di *Federica Bariatti*

Il termine Educazione degli adulti, come da definizione adottata dalla Conferenza dell'Unesco a Nairobi nel 1976 designa l'insieme dei processi educativi grazie ai quali persone considerate adulte dalla società cui appartengono, sviluppano le loro attitudini, arricchiscono le loro conoscenze, migliorano le loro qualificazioni tecniche o professionali, e fanno evolvere atteggiamenti e comportamenti propri, nella duplice prospettiva di una crescita integrale dell'uomo e di una partecipazione ad uno sviluppo socio – economico e culturale equilibrato e indipendente.

Ma il concetto di educazione degli adulti, ha di fatto, origini storiche nell'antichità classica greca e romana, dove lo sviluppo dell'uomo era anche formazione del cittadino e quindi sviluppo e formazione di una personalità in grado di essere parte attiva dello stato, nonché di perseguire la virtù.

Nel presente scritto, quindi tratterò a grandi linee, le origini storico e filosofiche di tale concetto, partendo dalle elaborazioni di alcuni filosofi sul telos dell'esistenza umana e sulla virtù dell'uomo che possono aiutarci a chiarire e dare un fondamento concettuale ed etico ad un processo, quello dell'educazione dell'adulto; che rischia di essere asservito alle logiche aziendalistiche di puro adeguamento e miglioramento della professionalità.

L'educazione degli adulti, invece, trova il suo fondamento in un insieme di teorie pedagogiche che hanno spostato sempre più il focus sulle modalità di apprendimento dell'adulto e sulla centralità del soggetto in formazione come capacità di far emergere dal soggetto conoscenze spesso presenti in forma implicita.

In tal senso è significativa l'opera socratica, che mira attraverso l'arte maieutica ad estrarre la verità dal proprio interlocutore, presupponendo, quindi che la conoscenza fosse già, presente nel soggetto, ma che dovesse emergere attraverso il dialogo. Per Socrate, infatti, *“Una vita senza ricerca non è degna per l'uomo di essere vissuta”*.

A riguardo dell'obiettivo di tale attività Socrate, afferma: *“Io non vado intorno facendo nient'altro se non cercare di persuadere voi, e più giovani e più vecchi, che non dei corpi, dovete prendervi cura, né delle ricchezze né di nessuna altra cosa prima e con maggiore impegno che non dell'anima in modo che diventi buona il più possibile, sostenendo che la virtù non nasce dalle ricchezze, ma che dalla virtù stessa nascono le ricchezze e tutti gli altri beni per gli uomini, e in privato e in pubblico”*-Aforismi di Socrate-

L'obiettivo ultimo della vita umana consisterebbe, dunque, nella ricerca del bene attraverso il metodo del dialogo e della ricerca intellettuale, essendo il male, originato, in prima istanza, all'ignoranza di ciò che è bene.



Il modello educativo Socratico si inserisce nel panorama della *paideia* greca come modello educativo dominante in quanto finalizzato allo sviluppo delle qualità etico e morali del cittadino, nonché della cura di sé e della propria anima, che consiste nel dominio delle proprie emozioni e del proprio corpo (*sophrosyne*, in greco indica appunto la “saggezza”/”temperanza”. “*Sophrosyne*” ha la sua radice nel verbo “sozo” -che vuol dire “salvare- e nel sostantivo “fren” -che vuol dire anima-. Quindi la “*sophrosyne*” è per i greci la “salvezza dell’anima).

L'educazione, Paideia, si configurerebbe, come un processo di ricerca intellettuale ed etica finalizzata a contrastare l'inconsistenza dei valori correnti e l'immoralismo, senza giungere, dunque ad una vera definizione di ciò che sia la virtù, ma valevole in quanto ricerca stessa.

Il fine dell'educazione greca è quindi quello di interiorizzare l'*eidos*, ovvero la definizione reale di qualcosa nella sua funzione e nelle sue virtù caratteristiche, in quanto compiutezza, attuazione armonica e globale della virtualità umana all'interno della *polis*.

Il mondo romano classico, è, invece, impregnato del concetto di *Humanitas*, la cui definizione è rinvenibile in Terenzio:

“*Homo sum: humani nihil a me alienum puto*” - sono un uomo: tutto ciò che è umano non lo ritengo a me estraneo- intendendo l'umanità come un concetto transculturale e omnicomprensivo.

Tale concetto, trova il suo sviluppo grazie all'opera di Cicerone che con il termine *humanitas* definisce ciò che è proprio dell'uomo, non solo in contrapposizione a ciò che è divino, ma all'interno della stessa società.

L'*humanitas*, è per Cicerone, il rispetto che si dà all'uomo in quanto tale ed implica l'accettazione e la pratica di alcuni valori:

- Filantropia;
- Dignità;
- Nobiltà d'animo;
- Senso della giustizia;
- Misura;
- Eccellenza dell'ingegno;
- Mitezza d'animo.

Valori che erano considerati indispensabili, non solo per lo sviluppo della natura umana, ma anche per la convivenza civile e la partecipazione del cittadino alla vita pubblica.

Cicerone parte dai presupposti, già elaborati da Panezio per cui:

1. Ogni essere tende a conservare se stesso -*amor sui*- e a sviluppare le proprie facoltà naturali.
2. La natura richiede che anche il corpo sia nelle migliori condizioni possibili e segua esteriormente il *decorum*.





Le virtù consistono nel realizzare le varie facoltà:

- virtù dianoetiche ovvero lo sviluppo delle doti mentali; che includono arte; scienza, saggezza pratica o prudenza, intelletto, e sapienza.
- virtù etiche ovvero il controllo della ragione sulle passioni più importanti, in quanto passioni volontarie. Comprendono: coraggio, temperanza, liberalità, magnanimità, mitezza, affabilità, sincerità, urbanità, giustizia, equità, continenza e amicizia

Le quattro virtù cardinali sono rinvenibili nei concetti di:

- *Prudentia o saggezza, che permette di incanalare la sete di conoscenza verso il sapere, ma che trova la sua maggiore applicazione nella vita pratica;*
- *fortitudo, magnanimitas:* è la forza d'animo e grandezza d'animo dell'uomo che afferma la propria personalità mettendola al servizio della comunità;
- *temperantia* che permette di controllare gli istinti ed armonizzare e virtù tra di loro;
- *liberalitas* che comprende *iustitia e beneficentia* e che è la virtù prima.

Le virtù cardinali hanno una funzione regolatrice degli istinti dell'uomo, che per istinto naturale persegue la conoscenza, l'indipendenza e il dominio; la bellezza e l'armonia e le relazioni sociali.

E' quindi a partire da questo complesso di elaborazioni riguardanti la natura umana e le virtù che l'educazione dell'uomo è dunque finalizzata allo sviluppo delle virtù etiche e dianoetiche che gli permettono di realizzare la propria umanità all'interno della società in cui vive.

Per Cicerone l'humanitas era quel complesso di qualità morali e intellettuali che formavano il vero uomo:

1. la coscienza della comune natura e condizione umana
2. la valorizzazione della cultura come carattere distintivo e formativo di un uomo;
3. il senso di decoro, misura, armonia di tutte le facoltà dell'uomo.
4. L'*humanitas* ha come fine lo sviluppo della civiltà ed il progresso armonioso del genere umano.

I modelli classici, dunque, ci riportano ad un'idea di educazione che è finalizzata ad una formazione globale dell'uomo, in quanto soggetto costituito da due dimensioni: razionale ed emotiva, che agisce all'interno della società. E' soprattutto ad opera di Aristotele che arriviamo ad una definizione di etica come ricerca della felicità che consiste nella ricerca del bene e della felicità: "*Ogni azione tende verso un fine; il fine per l'uomo è ciò che a lui sembra bene; dunque ogni azione umana tende al bene*". Gli scopi delle azioni sono molti, ma hanno carattere gerarchico; il fine superiore è il bene supremo, la felicità, che coincide con la piena consapevolezza di sé e con uno stato di costante appagamento. Aristotele la definisce specificamente come "attività dell'anima secondo virtù", ovvero fare al meglio ciò che si è portati a fare.



L'educazione degli adulti si configura come lo strumento che permette all'uomo di sviluppare le proprie conoscenze e competenze e di crearne di nuove al fine di essere protagonista del proprio sviluppo individuale, professionale e sociale, ovvero di sviluppare la propria virtù ed essere felice.



## L'invecchiamento normale e patologico. Le demenze

di *Claudia Gambetti*

### *Premessa demografica e analisi del contesto:*

L'invecchiamento è il risultato della rarefazione dei due eventi fondamentali della vita di una popolazione, la nascita e la morte: infatti nei Paesi occidentali, e in Europa in particolare, il sensibile allungamento della durata media della vita e la diminuzione della fecondità hanno modificato profondamente nel corso degli ultimi decenni la struttura della popolazione.

Le differenze nella sopravvivenza tra i Paesi a sviluppo avanzato (PSA) e quelli in via di sviluppo (PVS) sono molto marcate: attualmente un neonato del Kenya può aspettarsi di vivere 59 anni, cioè 20 anni in meno di un neonato del Giappone, Paese più longevo del mondo.

In tutte le società sviluppate le donne vivono in media più a lungo degli uomini: nel 1990-95 la durata media della vita femminile supera quella maschile di 9 anni nella ex URSS, di circa 8 anni in Francia, di 6-7 anni in quasi tutti i Paesi europei (inclusa l'Italia) e nel Nord America. In Italia nell'arco di un quarantennio (1950-1990) il numero medio di anni ulteriori che una sessantenne può sperare di vivere è aumentato da 17,5 a 23 %; gli uomini della stessa età, invece, a causa della supermortalità maschile hanno fatto registrare nello stesso periodo un guadagno di vita media residuo molto più contenuto. Tutto questo fa sì che l'invecchiamento colpisca molto di più la popolazione femminile di quella maschile.

Al 1° gennaio 2005 la percentuale di individui con 65 anni e oltre ha raggiunto la significativa cifra del 19,5%, (era il 16,5% nel 1995), mentre quella di individui minorenni è scesa al 17,1 per cento (18,4% nel 1995). Secondo le più recenti proiezioni, le conseguenze del processo d'invecchiamento per l'Italia sono tali che entro il 2050 la percentuale di individui con 65 anni e più potrebbe crescere fino al 34 per cento e, parallelamente, quella dei minori ridursi ulteriormente al 15,4 per cento. La prospettiva non inverosimile di ritrovarsi entro una data non lontanissima per la demografia con una popolazione composta da un anziano di 65 anni e oltre ogni tre persone e da un minore circa ogni sette porta a concentrare l'attenzione sugli indizi, anche minimi, che possono suggerire accelerazioni o rallentamenti degli attuali andamenti. A tal riguardo uno di questi è rappresentato dall'andamento della fecondità, che nell'ultimo decennio sembra aver finalmente invertito la tendenza, perdurata fino alla metà degli anni '90, che la vedeva contrarsi anno dopo anno.

Per quanto concerne l'evoluzione (1950-2020) dei vari segmenti della popolazione italiana si stima che nei prossimi trenta anni le persone con più di 80 anni potrebbero ammontare a 3,2 milioni di unità, pari al 6,1% della popolazione totale. Il peso di tale contingente all'interno della popolazione anziana è destinato ad aumentare



considerevolmente e potrebbe raggiungere, nel 2020, un valore pari a 21% (8,8% nel 1950).

L'invecchiamento è stato particolarmente rapido e intenso nei grandi agglomerati urbani. A tale riguardo è sufficiente indicare per esempio che nel ventennio 1971-91 l'indice di vecchiaia si è quasi quadruplicato nel comune di Bologna (da 76,5 a 280 anziani per ogni 100 giovani) e più che raddoppiato nei comuni di Firenze e Genova.

La Toscana ha una popolazione relativamente più anziana del resto d'Italia, è la regione più "vecchia" dopo la Liguria.

L'indice di vecchiaia (peso degli ultra 65enni sui bambini di 0-14 anni) è uguale a 190% mentre la media nazionale è di 136%.

L'elevata presenza di anziani è una caratteristica italiana, 13 regioni su 20 si trovano nei primi 40 posti della graduatoria regionale europea dell'indice di vecchiaia, solo Sicilia, Puglia e Campania si trovano a livelli inferiori della media europea.

Tali dati conducono a concentrare l'attenzione dei clinici sui bisogni caratteristici di questa fase del ciclo di vita. La società appartenente alla terza e quarta età necessita oggi infatti di maggiore cura a livello sanitario non solo al fine di curare le patologie che insorgono con l'età ma soprattutto al fine di mantenere una piena autonomia e una buona qualità di vita.

### *Le prospettive*

Alla luce delle cognizioni attuali (studi ottenuti da biologi, geriatri, demografi) è verosimile supporre che la vita media possa in un prossimo futuro ulteriormente allungarsi. L'allungamento della vita media comporta così che l'attesa di vita dei pazienti colpiti da patologie neurologiche sia assai più lunga che in passato. Tale prolungamento della vita non può a priori definirsi né positivo né negativo: molto dipenderà da come l'individuo e la società si porranno di fronte ad esso, e da come verranno risolti molti dei problemi, specie sanitari, inerenti l'invecchiamento individuale e collettivo andando incontro alle loro esigenze e bisogni primari, ecco che *l'approccio assistenziale e di diagnostica su persone in condizioni di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale*. Peraltro il Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici e particolarmente vulnerabili attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari. Per raggiungere tali scopi, si rileva essenziale il ruolo della fase diagnostica di malattia, attraverso la quale è possibile stabilire la causa delle difficoltà riscontrate dal singolo adulto / anziano: una buona valutazione della funzionalità mentale o cognitiva del "cervello" permetterà di definire i reali disturbi della persona che si discostano dal normale invecchiamento. E' infatti verosimile che si manifesti già dalla mezza età un deterioramento delle attività mentali (capacità di ricordare, di porre attenzione, di orientarsi..) ma fondamentale negli ultimi anni è diventato individuare



con strumenti specifici le effettive alterazioni della cognitività della persona, che spesso sono associabili a disturbi psicologici e non a patologie neurodegenerative come le *demenze*.

### *Patologia: Demenza*

La persona adulta o anziana durante la vita quotidiana può riscontrare un peggioramento repentino della propria memoria, delle proprie capacità attentive: nello svolgimento dell'attività lavorativa, frequenti sono difficoltà nella concentrazione o nell'apprendimento di nuove procedure o la capacità di fare più cose contemporaneamente (durante la lettura, durante la visione di un film o durante una semplice conversazione); nelle mura di casa possono manifestarsi distrazioni in cucina, nelle attività domestiche, nell'orientamento o si possono manifestare comportamenti di isolamento dalla vita familiare, mostrando atteggiamenti di tipo apatico e disinteressato.

Il rilevamento delle patologie neurodegenerative sta incrementando in modo esponenziale: per patologie neurodegenerative si intende malattie neurologiche che presentano un progressivo deterioramento. Le più frequenti sono le *demenze*. Le demenze, infatti sono patologie caratterizzate oltre che da una perdita delle cellule del sistema nervoso centrale eccessiva (atrofia neuronale) anche da deficit di tipo cognitivo: la funzionali cognitiva, infatti, va deteriorandosi con l'età ma in misura maggiore, con andamento "a cascata" quando si manifesta Demenza. La prima funzione a deteriorarsi, almeno in modo soggettivo, è la *memoria*, quindi la capacità di mantenere i ricordi a breve o a lungo termine, tuttavia si manifestano, in alcuni tipi di demenza, anche deficit di attenzione, di pianificazione delle attività o operazioni, di concentrazione, di ragionamento, logica o di linguaggio e talvolta anche di percezione.

Di primaria importanza è la formulazione di una diagnosi differenziale fra le diverse patologie degenerative che si scoprono, dalle ultime ricerche presenti in letteratura, essere sempre più numerose (un esempio è il Mild Cognitive Impairment, la cui diagnosi precoce è essenziale per un mirato trattamento al fine di rallentare l'andamento progressivo della malattia e migliorare la qualità della vita.

### *Fattori di rischio*

Possono esserci dei fattori di rischio verso l'insorgenza e la manifestazione di qualche tipo di Demenza:

- Fattori genetici: esiste una predisposizione soggettiva alla malattia, che in parte è geneticamente determinata. Numerosi studi effettuati in questa direzione hanno consentito di individuare le mutazioni genetiche responsabili delle forme di AD familiare. Per quanto riguarda le forme ad esordio precoce (sotto ai 65 anni) Le mutazioni sono situate sui cromosomi 1, 14 e 21; per le forme tardive (oltre i 65 anni) sono situate sul cromosoma 19. Questo cromosoma è stato molto



studiato, e si è visto che la presenza del genotipo e 4 (cromosoma 19) dell'apolipoproteina E (APO E) aumenta di circa tre volte la possibilità di sviluppare la AD (Strittmatter et al., 1993);

- Fattori socio-culturali: per molto tempo è stato detto che un livello di istruzione elevato protegge dal pericolo di contrarre l'AD, ipotizzando che ciò fosse correlato con una maggiore densità sinaptica a livello cerebrale. In realtà, anche se l'istruzione di base e un continuo allenamento dell'attività cerebrale, soprattutto nell'anziano, preservano le funzioni cognitive, il ruolo protettivo nei confronti della AD resta ancora da chiarire;
- Fattori ambientali: trauma cranico: l'associazione con l'AD è legata ad un traumatismo cranico con perdita di coscienza che determinerebbe un'accelerazione della produzione di b-amiloide (Graves et al., 1990; Roberts et al., 1990); sostanze tossiche: il rischio di contrarre l'AD sembra aumentare nei soggetti esposti a collanti, solventi e pesticidi (Canadian Study of Health and Aging Working Group 1994; Kukull et al.1995). Non sembra invece confermato l'effetto negativo di un elevato livello di alluminio nell'acqua potabile; occupazione lavorativa: sembra che l'aver svolto un lavoro prevalentemente manuale determini un rischio maggiore di contrarre la demenza (Fratiglioni et al.,1993; Bonaiuto S. et al., 1995; Dartigues et al., 1991);

- Malattie associate:

Sindrome di Down: gli adulti con questa malattia, sviluppano le alterazioni neuropatologiche tipiche della AD intorno ai 40 anni. Ciò che sembra influenzare l'età di esordio della demenza pare essere la presenza dell'allele APO E e4 nei soggetti Down. Molti studi indicano come il rischio di contrarre la malattia di Alzheimer associata a una storia familiare di sindrome di Down aumenti di 2-3 volte (Van Duijn C.M. et al.,1991);

Malattia di Parkinson (PD): i parenti di primo grado di pazienti con malattia di Alzheimer hanno tre volte il rischio di contrarre il morbo di Parkinson; il rischio diventa doppio nei familiari di coloro che presentano una associazione clinica tra AD e PD. Un recente studio, condotto per tre anni su oltre 250 anziani non istituzionalizzati, ha evidenziato che chi presentava segni riconducibili a extrapiramidalismo aveva un rischio di contrarre la malattia di Alzheimer 5 volte maggiore;

Infezioni da herpes;

Depressione: una storia precedente di depressione è spesso associata alla comparsa di AD, sia riferita come disturbo distimico (alterazione dell'affettività, sia nel senso dell'eccitazione, sia in quello della depressione) che come depressione trattata farmacologicamente. Rimane ancora da stabilire se la depressione rappresenti una malattia associata o sia una manifestazione precoce della demenza (Van Duijn C.M. et al., 1991);

Storia familiare: sembra che chi ha un familiare di primo grado affetto da AD sia esposto ad un rischio di sviluppare la malattia di tre-quattro volte superiore al resto della popolazione (C.M. Van Duijn et al., 1991);



- Fumo: alcuni studi riportano una relazione negativa tra fumo di sigaretta e AD, ipotizzando un effetto protettivo da parte della nicotina (D.E. Brenner et al., 1993, A.B. Graves et al., 1991; C.M. Van Duijn al., 1991);
- Età: è l'unico fattore di rischio accertato, dal momento che la malattia aumenta esponenzialmente con l'avanzare dell'età;
- Estrogeni e farmaci antinfiammatori: osservazioni cliniche hanno dimostrato che le donne che hanno fatto uso di estrogeni nel periodo post-menopausale hanno un minor rischio di contrarre l'AD (Baldereschi et al., 1999; Morrison et al., 1996; Paganini et al., 1994).

## *Quadro Clinico*

Il quadro clinico che si presenta nelle malattie neurodegenerative di tipo demenziale sono di due diverse categorie, che riguardano le facoltà cognitive e gli aspetti comportamentali. Tali alterazioni si specificano in:

### Disturbi Cognitivi

- disturbi della memoria
- disturbi dell'attenzione
- disorientamento temporale
- disorientamento spaziale
- deficit del pensiero astratto
- deficit del giudizio critico
- disturbi del linguaggio
- disturbi della prassia
- disturbi di riconoscimento di persone/oggetti

### Disturbi Comportamentali

- ansia
- depressione
- allucinazioni
- reazioni catastrofiche
- aggressività
- insonnia
- alterazioni del comportamento alimentare
- alterazioni del comportamento sessuale



- idee deliranti
- hoarding
- wandering

Tali sintomi non sempre si manifestano o solo in parte: di fondamentale valenza è quale tipo di demenza la persona lamenta.

### *Come funziona il cervello*

Il sistema funzionale del cervello è di tipo modulare, ogni struttura cerebrale controlla una funzione specifica della cognitività (una parte controlla la memoria, una parte controlla l'attenzione, una la percezione, una il ragionamento etc..), motivo per cui un disturbo di una capacità può manifestarsi in modo isolato rispetto alle altre capacità che rimangono preservate.

Secondo Fodor (1983) infatti, l'architettura dei processi mentali è costituita da differenti strutture, chiamate "moduli": ecco che il sistema cognitivo diventa modulare, poiché esistono diversi elaborati cognitivi indipendenti tra loro. Una lesione cerebrale (in caso di trauma cranico o ictus..) danneggia tipicamente solo alcuni di questi moduli in modo selettivo, lasciando integri, quindi, tutti gli altri (ovvero le altre funzioni cognitive). Ciascun modulo, struttura, opera in modo totalmente indipendente dagli altri, esso può elaborare solo e soltanto un certo tipo di informazione (per es. parole o volti): ogni modulo per ogni dominio cognitivo (funzione cognitiva). Ecco che qualsiasi tipo di intervento che viene fatto ad un sistema cognitivo non va a modificare le altre strutture del sistema nervoso centrale, contrariamente alle parti non modulari sulle quali l'intervento porta ad una riorganizzazione e modifica di tutto il sistema cognitivo. Nel caso di una lesione cerebrale, infatti, il soggetto non farà uso della componente danneggiata ma potrà utilizzare le componenti e domini cognitivi che non sono state intaccate.

### *Trattamenti*

#### *Approccio neuro-raibilitativo*

Un esame delle capacità mentali o cognitive (Valutazione Neuropsicologica) permette di individuare la natura di tali difficoltà e, eventualmente, di individuare, anche precocemente la tipologia di patologia degenerativa così da facilitare la stesura di un piano di intervento multidisciplinare: intervento farmacologico, cognitivo, lavorativo, psicologico.

I grandi miglioramenti delle tecniche rianimative e l'aumento della scolarizzazione media comportano che pazienti con sequele di patologie neurologiche





Scopo della dell'attivazione cognitiva non è ripristinare le funzioni cognitive danneggiate dal processo morboso, quanto piuttosto rallentare la loro evoluzione attraverso l'esercizio delle abilità cognitive • mantenere dell'autonomia personale il più a lungo possibile • migliorare la qualità della vita del malato • alleviare il carico gestionale del caregiver. L'intervento di riabilitazione neuropsicologica si rifà al concetto di neuroplasticità, cioè la capacità delle cellule del sistema nervoso centrale di modificare la loro struttura e funzione in risposta degli stimoli esterni (Faralli et al., 2013). La riabilitazione neuropsicologica viene effettuata attraverso specifici training cognitivi strutturati ed individualizzati.

Ad oggi diventa di estrema importanza dare risposta ai reali bisogni di una popolazione longeva, che si trova, spesso sola, a dover fronteggiare le difficoltà della vita quotidiana senza strumenti sufficienti, nonostante le potenzialità cognitive. La progressiva riduzione della funzionalità del cervello con l'invecchiamento può rallentarsi nel tempo e permettere alla persona anziana di rimanere efficiente più a lungo con l'avanzare dell'età. Infatti, la ricerca neuroscientifica ha dimostrato che un cervello costantemente in esercizio possiede una sorta di "riserva funzionale", ovvero un numero connessioni neurali più elevato che permette di rallentare l'insorgenza di un deterioramento cognitivo o di una possibile demenza e di attutirne i sintomi (Garibotto et al, 2008). Inoltre, il nostro cervello è in grado di modificare i propri circuiti nervosi, variandone la struttura e la funzione, sotto l'influenza di stimoli esterni, attività specifiche. Questa capacità va sotto il nome di "plasticità neurale". Agendo preventivamente è quindi possibile ritardare il decorso del declino cognitivo tramite degli specifici interventi di **Stimolazione Cognitiva** che vanno a potenziare le varie funzioni mentali (memoria, attenzione, concentrazione, linguaggio ecc.). I trattamenti di *stimolazione cognitiva* consistono in attività mirate in grado di "stimolare" le funzioni del cervello, come se fosse una "ginnastica mentale": la nostra mente, infatti, con specifiche metodologie che variano a seconda dei singoli casi, rappresentano una "palestra per la mente" che esercitandosi acquisisce strumenti per rallentare il declino cognitivo e quindi per mantenere una buona qualità di vita. La riabilitazione neuropsicologica e la Stimolazione Cognitiva sono interventi e trattamenti (training cognitivi) in grado di riattivare la funzionalità cognitiva: le risorse di ciascuna persona se ben utilizzate renderanno la qualità della vita migliore e aiuteranno la persona a superare le proprie difficoltà in un modo alternativo, attraverso l'apprendimento di nuove strategie comportamentali. Tali strumenti sono essenziali soprattutto nelle fasi precoci del deterioramento mentale (Van Paasschen J et al, 2013; Woods et al, 2012) perché, oltre a facilitare la ri-organizzazione delle connessioni cerebrali, favoriscono una giusta autonomia all'interno dell'ambiente in cui la persona vive.



## Cerebrolesioni acquisite

*di Stefania Gnaldi*

Il numero delle persone che restano in vita in seguito ad un evento traumatico è notevolmente aumentato in relazione ai progressi compiuti dalla medicina d'urgenza, dalla rianimazione e dalla neurochirurgia. Tuttavia spesso non ci è chiaro cosa accade dopo, ad esempio, non tutti sanno che per molte persone, che si ritrovano a vivere questa "esperienza", la disabilità residua non è costituita da danni di tipo motorio o sensoriale, ma da deficit delle sfera cognitiva e comportamentale, tali da impedire la ripresa funzionale, familiare, sociale e lavorativa. Ma vediamo meglio di cosa stiamo parlando.

Quando facciamo riferimento a persone con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) dobbiamo pensare a un mondo specifico con criticità diversificate. Diversi sono gli stadi e gli stati di malattia che queste persone si trovano ad esperire, ognuno con priorità e caratteristiche assai specifiche.

In primo luogo è bene sottolineare come ad ogni stadio del percorso, la presa in carico non si limita al solo paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita ma si estende al sistema familiare. Infatti potremmo dire che le Gravi Cerebrolesioni Acquisite sono "stati di malattia sistemici", la malattia della persona coinvolge e modifica sostanzialmente la vita di ogni componente del sistema familiare a cui appartiene. Con tali premesse risulta chiaro come sia indispensabile un'accoglienza specifica capace di fornire un "ground" che possa sostenere le difficoltà presentate dal paziente e dal nucleo familiare durante le diverse fasi di malattia.

Una Grave Cerebrolesione Acquisita consiste in un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma (GCS < 8 ), più o meno prolungato, e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, che provocano disabilità grave. Il numero di persone che presentano tali problemi è in costante aumento, tanto che le gravi cerebrolesioni rappresentano una delle cause principali di disabilità fisica, cognitiva, psicologica e una delle più importanti limitazioni alla partecipazione sociale nelle persone in giovane età. (*Conferenza di Consenso Nazionale, Verona 2005*).

Si riscontra come il danno possa determinare una diminuzione od una alterazione del livello di coscienza, e menomazioni a livello cognitivo, emotivo, fisico. Le menomazioni che seguono possono essere temporanee o permanenti e determinare disabilità parziale o completa e/o difficoltà di adattamento psicosociale.

L'origine di una Grave Cerebrolesione Acquisita può essere provocata da un trauma o da mancanza di ossigeno al cervello (anossia).



L'eziologia traumatica maggiormente riscontrata è in seguito ad incidenti stradali e cadute accidentali. Entrando più nello specifico vediamo come nel Trauma Cranico (TC) l'urto generato dall'incidente può causare una contusione e/o lacerazione all'interno del cervello o del tronco encefalico, dando origine ad edemi. Il TC può essere anche dato dalla lesione dei vasi del cervello che produrranno un'emorragia e la formazione di un'ematoma che determinerà l'aumento della pressione intracranica. A seconda della posizione l'ematoma potrà essere epidurale, subdurale, intracerebrale. Infine il cervello può subire un'accelerazione talmente forte da riportare molteplici danni alle strutture cerebrali.

L'anossia invece si determina quando al cervello non arriva l'ossigeno necessario, ed è causata da arresti cardiaci, difficoltà/arresti respiratori, emorragie cerebrali, ecc..

Le fasi del decorso di una Grave Cerebrolesione Acquisita partono da una fase acuta che inizia dal trauma alla stabilizzazione delle funzioni vitali, ove l'intervento è rivolto al danno e alla menomazione.

Segue una fase post-acuta o riabilitativa dove gli interventi sono rivolti al contenimento e al trattamento delle disabilità.

Infine troviamo la fase degli esiti, in cui l'obbiettivo principale è la reintegrazione socio- familiare e lavorativa, incrementando il più possibile l'autonomia individuale.



FASE	DIMENSIONE/I di maggiore interesse	DURATA *	STRUTTURE OVE SI EFFETTUANO GLI INTERVENTI	FINALITA' PRINCIPALI DEGLI INTERVENTI
ACUTA Dal momento del trauma fino alla risoluzione delle problematiche rianimatorie e neurochirurgiche	DANNO STRUTTURE E FUNZIONI DEL CORPO e loro alterazioni (MENOMAZIONI)	Da alcune ore ad alcune settimane	- Rianimazione - Neurochirurgia - Unità per acuti	- Supporto agli interventi rianimatori e neurochirurgici nella prevenzione del danno secondario; - Minimizzazione delle menomazioni; - Facilitazione della ripresa di contatto ambientale.
POST-ACUTA O RIABILITATIVA Dalla stabilizzazione delle funzioni vitali fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue	STRUTTURE E FUNZIONI DEL CORPO e loro alterazioni (MENOMAZIONI) ATTIVITA' (e limitazioni delle attività)	Da alcune Settimane a vari mesi	- Unità di Riabilitazione Intensiva (II III livello) - Unità di Riabilitazione Estensiva	- Trattamento delle menomazioni; - Minimizzazione della disabilità residua; - Informazione e addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti.
DEGLI ESITI Dalla stabilizzazione della disabilità residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale possibile, in funzione delle menomazioni e disabilità	PARTTECIPAZIONE (e restrizioni della partecipazione)	Da alcuni mesi ad alcuni anni	- Strutture Sociali ed Agenzie Comunitarie per la reintegrazione familiare, scolastica, lavorativa; - Strutture residenziali o semiresidenziali protette.	- Facilitazione all'utilizzo ottimale delle capacità e competenze residue in ambito familiare, sociale, lavorativo; - Modificazione dell'ambiente per favorire al meglio l'utilizzo delle capacità residue.
* La durata delle fasi è quella osservata nella maggioranza dei casi; vi possono essere significativi scostamenti				

Fig.1 Conferenza nazionale di consenso bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebro-lesione acquisita (GCA) e delle loro famiglie, nella fase post-ospedaliera.

Questo è un continuum di recupero di tipo logico, che alcuni pazienti fanno, ma altri possono fermarsi a livelli intermedi, senza mai accedere alla fase successiva.

Durante la fase acuta si può verificare la morte cerebrale, caratterizzata dalla mancanza di attività cerebrale misurabile, dovuta a danni gravi e diffusi agli emisferi cerebrali ed al tronco encefalico, con la perdita di qualsiasi attività cerebrale nelle diverse aree encefaliche, e dei riflessi del tronco dell'encefalo. E' considerata come irreversibile.

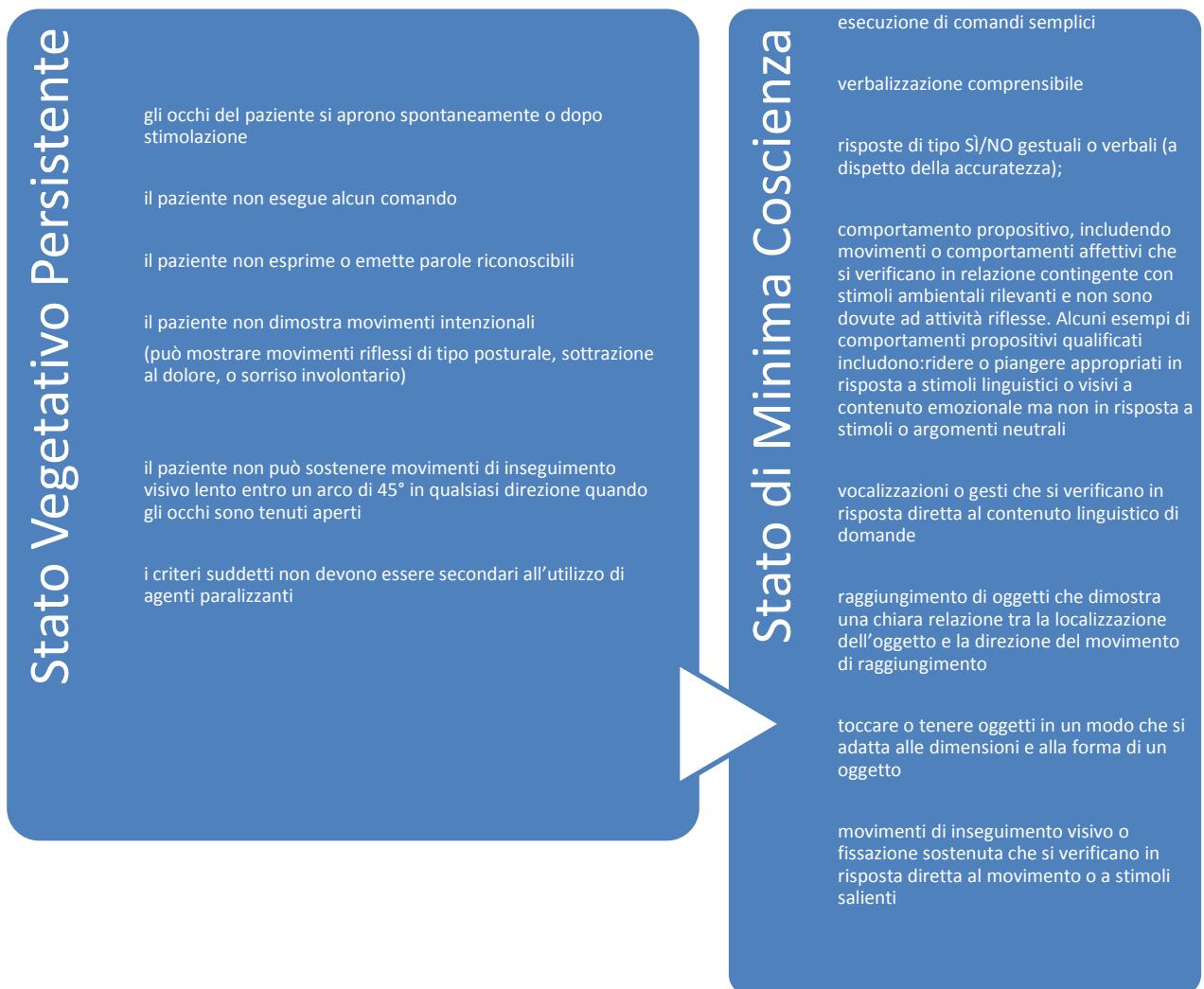
Oppure possiamo avere l'istaurarsi dello stato di coma.

Il Coma corrisponde ad uno stato di perdita di coscienza e vigilanza, caratterizzato dall'assenza dell'apertura degli occhi, assenza risposte volontarie a comandi, assenza di linguaggio.



Nella maggior parte dei casi dallo stato di coma si esce, ed il recupero tuttavia si arresta ad uno stadio di Stato Vegetativo Persistente (SPV) o Stato di Minima Coscienza (SMC).

Di seguito vengono riportati i criteri diagnostici neuro – comportamentali di entrambe le configurazioni cliniche.



In altri casi si può verificare una condizione di Mutismo Acinetico e Sindrome “Locked - In”.



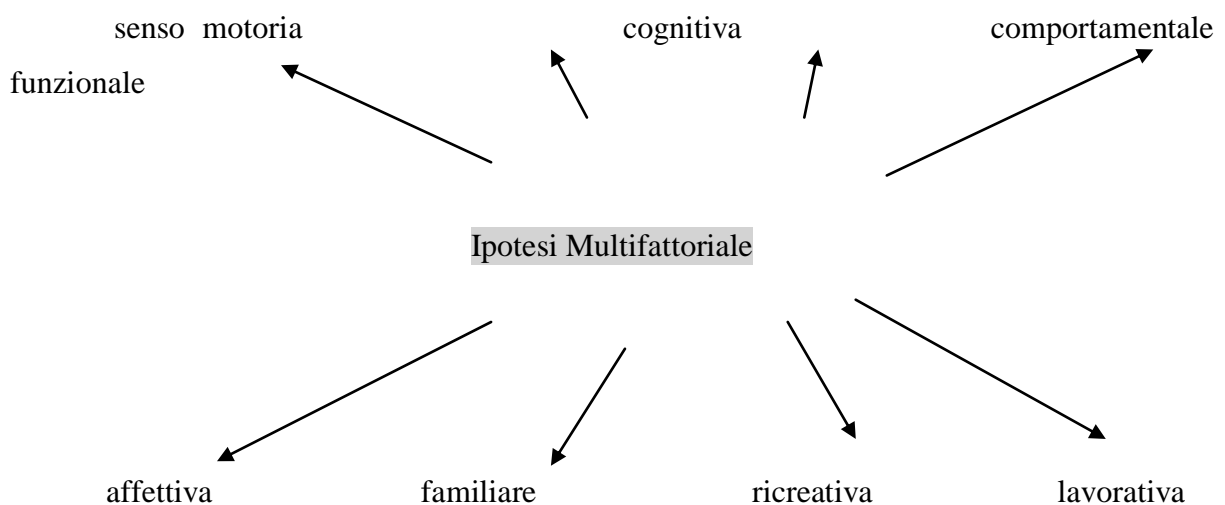
### Mutismo Acinetico (MA)

- l'apertura degli occhi è ben mantenuta e si verifica in associazione con movimenti di inseguimento visivo di stimoli ambientali;
- parole o movimenti spontanei non sono discernibili o solo molto piccoli;
- l'esecuzione di comandi e la verbalizzazione sono elicetabili, ma si verificano poco frequentemente;
- la bassa frequenza di movimenti e parola non può essere attribuita a disturbi neuromuscolari (es. spasticità o ipotono) o disturbi di vigilanza (es. ottundimento) tipicamente notati nello SMC.

### Locked In Sindrome (LIS)

- l'apertura degli occhi è ben sostenuta;
- abilità cognitive basiche sono evidenti alla valutazione;
- c'è evidenza clinica di anartria;
- c'è evidenza clinica di tetraplegia;
- il modo primario di comunicazione è mediante movimenti verticali o laterali degli occhi, oppure la chiusura della palpebra superiore;
- Tale sindrome è generalmente secondaria a lesione tronco encefalica, pontina ventrale, e può manifestarsi già dalla fase acuta come tale, oppure dopo il coma o dopo lo SV, quando al recupero della coscienza diventa evidente la tetraplegia ed anartria.

Quando si arriva alla fase che parte dalla riabilitazione agli esiti di una Grave Cerebrolesione Acquisita, si deve ricordare che non esistono due persone con esiti sovrapponibili, nessun esito è equivalente, e nessun tempo è stabilibile per il reinserimento nella società. L'analisi da condurre deve seguire un' ipotesi multifattoriale individuale, che prenda in considerazione i deficit, ma soprattutto le risorse residue.





Il coinvolgimento della persona nella riabilitazione è molto importante poiché la capacità di comprendere le ragioni della terapia, ove possibile, e di partecipare alla determinazione degli obiettivi migliora l'apprendimento e la generalizzazione delle strategie riabilitative.

Nella pratica riabilitativa è importante saper distinguere ed utilizzare le tecniche volte alla compensazione o al recupero funzionale, volendo dire quelle volte alla riacquisizione della funzione compromessa (recupero funzionale) o strategie diverse da quelle premorbose (compensazione).

Molteplici e di varia natura sono i problemi da affrontare:

- Disturbi neurologici (es. epilessia secondaria)
- Disturbi associati (es. problemi di natura ortopedica, oculistica,..)
- Cognitivi: deficit riguardanti attenzione, memoria (prospettica), percezione, capacità giudizio, linguaggio, funzioni esecutive (volontà, pianificazione, problem solving, autocontrollo, autoconsapevolezza)
- Comportamentali/Emotivi: indifferenza, abulia, impulsività, disinibizione affettiva e della condotta, cambiamenti umore con forte reattività emotiva, rabbia, scarsa tolleranza alla frustrazione, infantilismo.
- Anosoagnosia (assenza consapevolezza di malattia)

Ne consegue come l'adattamento psicosociale sia molto difficile in seguito ad una Grave Cerebrolesione Acquisita. Inoltre la lesione cerebrale elicitava molte ansie esistenziali, intense reazioni emotive, perlomeno nella misura in cui il paziente è consapevole della propria lesione e delle sue implicazioni. Per esempio possiamo riscontrare stati depressivi, ansia, diniego psicogeno. La linea di confine tra ciò che è a carico del danno cerebrale e ciò che si manifesta come reazione psicologica è assai sottile, spesso confluiscono e si influenzano. La persona con esiti da Grave Cerebrolesione Acquisita non ha difficoltà slegate, a cui si può far fronte separatamente: il danno cerebrale altera un po' tutto, trasforma la persona, e quindi la riabilitazione va progettata in maniera globale e individuale. Durante tutto il percorso la famiglia riveste un ruolo fondamentale, essa si assume un grosso carico di responsabilità ed ha una parte fondamentale nel cammino riabilitativo. I familiari infatti, stando a stretto contatto con la persona hanno una visione complessiva dei suoi problemi, del loro manifestarsi nelle diverse situazioni, al loro evolversi nel tempo: devono quindi essere coinvolti nel processo riabilitativo fornendo loro tutte le informazioni e l'assistenza necessaria.

Tuttavia è importante ricordare che la famiglia, vivendo ogni passaggio del percorso che il paziente compie dalla rianimazione alla riabilitazione, presenta intensi problemi emotivi poiché maggiore è la sua capacità cosciente di



sofferenza. Da un'attenta analisi si ricava come gli aspetti che contribuiscono maggiormente a mettere in crisi il sistema familiare sono:

- la drammaticità e l'imprevedibilità dell'incidente
- la minaccia di vita per un proprio congiunto
- l'incertezza per il futuro
- le frustrazioni legate ai tempi lunghi del recupero, le difficoltà a comprendere ed accettare i disturbi del comportamento
- cambiamenti degli schemi e dei ruoli familiari

La malattia crea una condizione dove i ruoli si confondono, ciò che svolgeva un genitore, in caso di malattia, deve essere assunto dal figlio o viceversa, i ritmi quotidiani cambiano e occorre modificare la propria vita lavorativa, spesso subentrano difficoltà di ordine economico...

In molteplici situazioni assistiamo ad un'inversione di ruoli: in certe circostanze la persona accudita era in precedenza un genitore accudente, che adesso va sostenuto in tutto, o un marito lavoratore, che adesso non può contribuire economicamente, o una moglie tuttotfare, che adesso non può occuparsi ne' della casa, ne' dei figli. Non si tratta solo di una questione di supporto fisico ed economico, ricordiamo infatti che di fronte abbiamo un nostro caro ammalato, il dolore viene esperito costantemente e allo stesso tempo si è chiamati a imparare rapidamente il "mondo" della malattia e i suoi comportamenti, autocontrollo, capacità decisionali e organizzative. Il vissuto emotivo è assai complesso, emozioni di speranza si alternano a frustrazione, dolore, paura, rabbia, senso di abbandono, fiducia/sfiducia, si mescolano costantemente.

Conseguentemente l'esigenza della famiglia di fronte alla nuova situazione, non è solo quella di essere aiutata a gestire il malato, ma anche quella di essere aiutata a riorganizzarsi come sistema nel rispetto delle esigenze del malato, delle sue specifiche dinamiche / caratteristiche precedenti.

Ad esempio, può capitare che per esigenze di assistenza al proprio caro un componente della famiglia si estranei troppo, in modo senz'altro legittimo, ma che alla lunga, può portare a far provare agli altri componenti (es. figli/altri figli) un senso di abbandono.

Il fine di questo breve articolo è quello di stimolare una riflessione su alcuni percorsi di vita che si generano in seguito ad "incidenti" talvolta senza senso.





## Dal dentista con lo psicologo

*Protocollo di interventi e strategie per favorire la prevenzione odontoiatrica primaria a persone con Disabilità Intellettiva e/o Autismo*

*di Antonella Leccese*

### *Introduzione*

Le persone intellettualmente disabili, così come quelle con autismo o con disabilità intellettive acquisite spesso vivono in centri appositi o confinati presso le famiglie che ne subiscono il gravoso carico.

Purtroppo rappresentano una popolazione silente, avente bisogni inespressi o mal compresi. Chi ne ha avuto esperienza diretta può aver notato come perfino le più basilari prassie quotidiane richiedano una capacità di pianificazione ed esecuzione, data fino ad allora per scontata.

Queste persone hanno, pertanto, bisogni specifici e diritti riconosciuti perfino su territorio mondiale mediante la Convenzione O.N.U. (ratificata in Italia con la L. 18 del 3 marzo 2009), tesa a promuoverne, proteggerne e garantirne i diritti umani.

La necessità di ribadire e differenziarne i diritti rispetto alla popolazione restante nasce dalla negligenza dei servizi territoriali nel fronteggiare una popolazione “difficilmente normalizzabile” poiché avente singolari caratteristiche, distinguibili da persona a persona, ma diritti universali.

Nel caso specifico delle cure odontoiatriche l'atteggiamento prevalente è stato di tipo mutilante, ossia demolitivo. A causa delle notevoli difficoltà insite nell'avvicinamento del disabile ad una prevenzione primaria, spesso la Persona usufruisce di cure odontoiatriche esclusivamente in sedazione, al fine di “asportare il problema”.

Il presente articolo si configura come un tentativo di presentare le Persone con disabilità intellettiva e/o autismo al fine di enuclearne le caratteristiche per contrapporre al paradigma della salute come assenza/eliminazione di malattia quello di un'attiva e sana promozione del benessere.

Dagli anni '70 esistono un'insieme di tecniche psicologiche ad orientamento cognitivo-comportamentale atte a favorire gli apprendimenti anche nei casi di disabilità intellettiva grave/gravissima.

Tali tecniche possono essere utilizzate in campo odontoiatrico al fine di favorire la prevenzione primaria e secondaria ed evitare le terapie estrattive. Molte di



queste persone, infatti, necessitano di training specifici ed individualizzati per ciascun atto considerato "normale" dalla popolazione prevalente. Sono molti i casi in cui non viene attuata neanche l'igiene orale domestica (il lavaggio dei denti), facilmente apprendibile mediante una task analysis appropriata ed individualizzata.

Nasce l'esigenza di una collaborazione multidisciplinare che sensibilizzi la problematica esistente e formi opportunamente i familiari affinché la persona disabile possa usufruire dell'universale diritto alla salute, non soltanto all'assenza di malattia.

## *1. Cosa comporta la disabilità intellettiva?*

*"Il paziente diversamente abile può presentare alterazioni delle funzioni sensitive, motorie e psicologiche e avere limitazioni nella mobilità, nel linguaggio, nello sviluppo mentale e nell'autosufficienza. Ciò comporta un diversificato bisogno di dipendenza da altri nelle prassie e nelle scelte quotidiane".* (Quaderni del Ministero della Salute n°7 Gennaio-Febrero 2011)

La Disabilità Intellettiva è una condizione di salute irreversibile: l'insorgenza si può porre nel periodo prenatale, perinatale o postnatale (durante la prima settimana dalla nascita) e le manifestazioni divengono evidenti già nella prima settimana di vita.

La principale manifestazione è costituita da un ritardo cognitivo, psicologico, relazionale, comunicativo e talvolta motorio rispetto alle tappe di sviluppo conseguite dalla popolazione normotipica.

La sua espressività è variabile nel corso dello sviluppo e risente fortemente degli input psico-sociali che la persona riceve in tutte le fasi della vita. Sebbene le possibilità di apprendimento e/o consolidamento siano maggiori durante l'infanzia e l'adolescenza, la Persona può sempre imparare o acquisire nuove modalità comportamentali o relazionali, sebbene la patologia perduri per tutto il corso della vita.

Il ritardo mentale è l'esito comune. Esso si accompagna a difficoltà della Persona ad adattarsi all'ambiente circostante. Dunque, sono compresenti due componenti: una ridotta prestazione cognitiva ed una capacità adattiva inferiore rispetto a quella attesa a parità di età cronologica.

I criteri diagnostici utilizzati per descrivere le persone con disabilità intellettiva dall'*American Association on Mental Deficiency* non si limitano alla qualità dell'abilità intellettiva, inferiore alla media, ma si estendono alla limitazione di due o più aree di abilità adattive (comunicazione, cura di se stessi, abilità



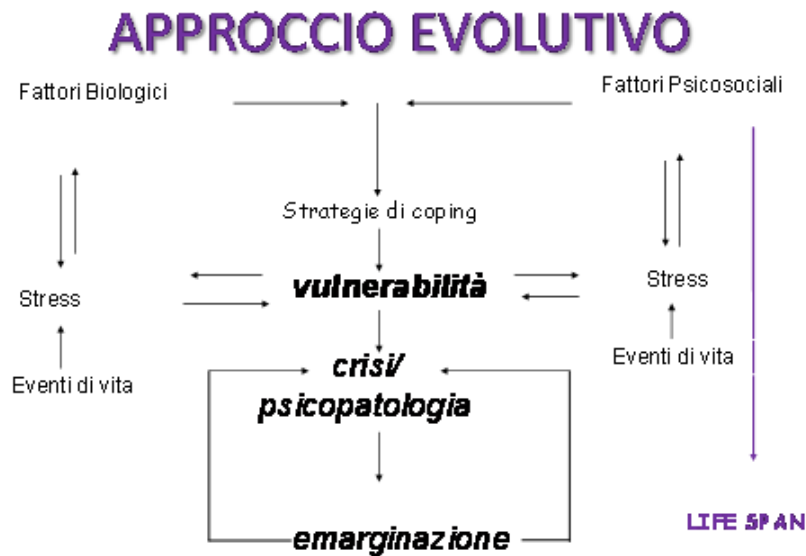
domestiche, abilità sociali, capacità di usare le risorse della comunità, autonomia, abilità nel provvedere alla propria salute e sicurezza, abilità accademico-scolastiche, abilità relative alla gestione del proprio tempo libero, abilità lavorative).

L'elevata eterogeneità dell'espressività fenomenologica di tali persone non è strettamente correlata al livello di deficit intellettivo: ci sono Persone affette da una disabilità intellettiva di grado moderato che possono possedere abilità adattive specifiche (es. domestiche o comunicative...) più evolute rispetto a persone affette da un grado di disabilità più lieve in termini di quoziente intellettivo.

In considerazione della necessità di un intervento odontoiatrico, soggetti a parità di quoziente intellettivo possono presentare diversi livelli di limitazioni delle capacità adattive, in particolare delle abilità di tali persone nell'esprimere forme doloranti riferite al cavo orale. I disagi correlati a malesseri fisici possono essere espressi mediante crisi di auto ed etero aggressività, soprattutto nei casi di assenza del linguaggio verbale.

Un'ulteriore problematica che può aggravare il grado di collaborazione con il personale medico e paramedico è costituita dall'alto tasso di incidenza di una doppia diagnosi, ossia di una diagnosi psichiatrica in concomitanza alla disabilità intellettiva. Tale incidenza sembra essere stata individuata tra il 10 ed il 30% (Bertelli, 2004).

Un'ampia gamma di fattori interagenti di tipo biologico (p.e. genetici, danni cerebrali), psicologici (p.e. incapacità di questi soggetti di pensare positivamente rispetto a se stessi e al mondo, senso di impotenza appreso), relazionali (insufficienti capacità relazionali, stigma) sociali (ambiente non accettante, carenza di supporti), potrebbero predisporre la persona a presentare problematiche psichiatriche e/o comportamentali. (Glenn *et al*, 2003).



**Grafico 1.** Approccio evolutivo alla vulnerabilità psicopatologica nella D.I.

All'interno di una prospettiva "Life Span", ossia in considerazione di un disturbo che perdura per tutto il corso della vita della Persona, è di fondamentale importanza considerare contemporaneamente fattori di natura biologica e psicosociale, poiché entrambe contribuiscono a determinare la risposta della persona ad eventuali eventi di vita ritenuti essere stressanti.

Se la Persona ritiene di non possedere le strategie di coping, ossia di fronteggiamento di una situazione problematica, ciò potrebbe rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza di una crisi o di una psicopatologia che ne limiterebbe maggiormente l'inclusione sociale, esacerbando la crisi o la psicopatologia in atto.

I fattori biologici riferibili ad una carie possono configurarsi come eventuali fattori di innesco di una crisi se il contesto psicosociale (es. la famiglia) non risponde adeguatamente o se intervengono ulteriori stressors.

I fattori di coping o di fronteggiamento possono rivestire un ruolo fondamentale poiché possono permettere alla Persona di esprimere e/o gestire la propria problematica.

Eventuali difficoltà relative alle strategie di coping in tal caso possono essere raggruppabili nelle seguenti categorie:



1. barriere nella comunicazione espressiva (es. dolore al premolare: esternare la causa del dolore, capacità di indicare il dente o i denti ecc...)
2. barriere nella comunicazione recettiva
  - ~ in senso attivo: difficoltà nel comprendere ed approcciare il problema (es. motivazione per cui è necessario lavare i denti)
  - ~ in senso passivo: difficoltà nell'accogliere le rassicurazioni, comprenderne le spiegazioni (es. mancata comprensione della domanda posta dal genitore o dal dentista)
3. fissità delle modalità di coping, ossia la tendenza a rispondere con comportamenti simili rispetto a situazioni diverse (es. dolore ai denti: lanciare/distruggere oggetti, maggiore iperattività/aggressività...)

La vulnerabilità psichiatrica in persone con disabilità intellettiva si può declinare in forme depressive nel 43% dei casi (Sterling et al, 2008) che si manifestano con comportamenti problema e sintomi atipici (La Malfa et al 1997; Davis et al 1997, Hemming et al 2006), spesso riferibili ad una maggiore irritabilità o ritardo psicomotorio, disturbi del sonno, dell'alimentazione ed una riduzione delle abilità precedentemente acquisite. Nel 42% dei casi sono stati riscontrati disturbi d'ansia (Mattila et al, 2010) manifestata attraverso una maggiore agitazione/irrequietezza, paure irragionevoli o eccessive, fobie specifiche (temporali, acqua, folla, luci accecanti..) e fobia sociale (Deb, 2001, Simonoff et al, 2008). Nell'1.3-3.7% dei casi è possibile rinvenire disturbi psicotici (Deb, 2001)

Soprattutto in casi di autismo o fobie specifiche è necessario prevedere un training individualizzato e specifico per favorire l'apertura della bocca, l'uso dello spazzolino, il graduale avvicinamento alla poltrona, l'implemento della capacità di tolleranza a specifici suoni, luci, sapori e percezioni sensoriali.

## *2. Chi è la persona con autismo?*

Una frequente condizione spesso associata al ritardo mentale è l'autismo.

A livello di classificazione nosografica nel DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) l'autismo rientra nella categoria clinica dei "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo" a cui appartengono anche la sindrome di Asperger, la sindrome di Rett ed il Disturbo disintegrativo dell'infanzia.



Dal punto di vista clinico l'autismo viene considerato come uno spettro di condizioni, anche molto diverse tra loro che compromettono lo sviluppo delle abilità sociali, cognitive, emotive e della comunicazione.

Le caratteristiche di spiccata disomogeneità fenomenica suggeriscono che il quadro clinico osservabile sia riconducibile a una "famiglia" di disturbi con caratteristiche simili, al cui interno si distinguono :

- quadri "tipici" con tutte le caratteristiche proprie del disturbo a diversa gravità di espressione clinica
- quadri "atipici" in cui alcune caratteristiche sono più sfumate o addirittura assenti

L'estrema variabilità interindividuale è dettata dal continuum di condizioni che hanno modalità di espressione diverse da individuo ad individuo e nello stesso individuo nell'arco della vita o in relazione a specifici input psicosociali.

### **ESTREMA DIVERSITA'NELLA PRESENTAZIONE CLINICA: CONTINUUM**



Wing e Gould (1979): Autistic Spectrum Disorder (ASD)

**Grafico 2.** Continuum triade sintomatologica in ASD

Ciò implica che affinché si ponga una diagnosi di autismo è necessario che vi siano le condizioni necessarie per soddisfare specifici criteri relativi ad una compromissione nell'interazione sociale (almeno 2 item area 1), nella comunicazione (almeno 1 item area 2) e che sia presente uno schema comportamentale rigido e ripetitivo (almeno 1 item area 3). La triade può essere riconosciuta a tutti i livelli di intelligenza, pertanto non sempre è accompagnata



da ritardo mentale, e può accadere in assenza o in presenza di un altro disturbo fisico o psicologico.

<b>CRITERI DIAGNOSTICI CRITERIO 1: COMPROMISSIONE QUALITATIVA INTERAZIONE SOCIALE</b>	<b>IMPLICAZIONI nella cura odontoiatrica</b>
<b>a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti, che regolano l'interazione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- contatto oculare assente o evitante</li><li>- carenza espressività volto</li></ul>
<b>b) incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- tendenza isolamento</li></ul>
<b>c) mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per es. non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- difficoltà ad:</li><li>- indicare un oggetto</li><li>- richiamare l'attenzione su un oggetto</li></ul>
<b>d) mancanza di reciprocità sociale o emotiva</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Carenza/assenza</li><li>- sorriso sociale</li><li>- Attenzione congiunta</li></ul>

Tabella 1. Item afferenti al CRITERIO 1 ed implicazioni pratiche

<b>CRITERI DIAGNOSTICI CRITERIO 2: COMPROMISSIONE QUALITATIVA DELLA COMUNICAZIONE</b>	<b>IMPLICAZIONI nella cura odontoiatrica</b>
<b>a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- assenza volontà comunicativa espressiva (es. gesti o mimica)</li></ul>
<b>b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- incapacità di "capire" (in ricezione) e di utilizzare (in espressione) quei codici comunicativi che</li></ul>



	permettono all'individuo di entrare in un interscambio con l'altro
<b>c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico</b>	- ecolalia (ripetizione non finalizzata) - inversione pronomi - voce monotona - interpretazione letterale
<b>d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo;</b>	- improponibilità di simulare di essere un dentista(per familiarizzare/<ansia)

Tabella 2. Item afferenti al CRITERIO 2 ed implicazioni pratiche

<b>CRITERI DIAGNOSTICI CRITERIO 3: MODALITA' DI COMPORTAMENTO, INTERESSI ED ATTIVITA' RISTRETTI, RIPETITIVI E STEREOTIPATI</b>	<b>IMPLICAZIONI nella cura odontoiatrica</b>
<b>a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione</b>	- uso improprio degli oggetti - effettuare piccole variazioni rispetto a ciò che la persona è solita fare
<b>b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici</b>	- ansia per cambiamenti di orario, mobilia, percorso..
<b>c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi</b>	- (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)
<b>d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti</b>	- concentrazione su una parte di giocattolo

Tabella 3. Item afferenti al CRITERIO 3 ed implicazioni pratiche





Inoltre a causa dei problemi di integrazione sensoriale, l'input non è integrato o organizzato appropriatamente nel cervello e può produrre vari gradi di problemi nello sviluppo, nell'elaborazione delle informazioni e nel comportamento.

Ciò può causare ipo o iper reattività agli stimoli, ed in particolare:

- ♦ distorsioni percettivo – sensoriali ed anomalie nelle abilità di processamento degli stimoli (Vizziello, 2004). Ciò potrebbe comportare crisi di aggressività se non è stata prevista un'esposizione graduale a particolari rumori o luci accecanti, come quella utilizzata nelle cure dentali
- ♦ manifestazioni di ipersensibilità ed iposensibilità a certi stimoli sensoriali (presentati acusticamente, visivamente...) che possono scatenare violente crisi di panico, con tentativi di evitamento
- ♦ drastica limitazione del repertorio comportamentale (es. predilezione esclusiva per alcuni cibi, abiti, reazione ad un telefono che squilla...).

### *3. Odontoiatria speciale*

L'Odontoiatria Speciale (Special Care Dentistry) è la branca dell'odontoiatria che si occupa dei soggetti con particolari esigenze allo scopo di consentire a tali tipologie di pazienti di essere curati in maniera paragonabile per efficacia al resto della popolazione, raccogliendo le informazioni necessarie per attuare strategie terapeutiche tali da effettuare un piano di trattamento, nonostante la scarsa collaborazione del soggetto interessato.

La collaborazione del paziente è una condizione indispensabile al fine di ottenere le informazioni per una corretta diagnosi ed un intervento terapeutico efficace. Nei casi di persone con disabilità intellettiva e/o autismo è un obiettivo terapeutico da conseguire mediante opportune strategie psicologiche individualizzate, dunque variabili per ciascun caso.

Mediante l'odontoiatria speciale portatori di handicap, psichico o psico-fisico, e/o affetti da patologie psichiatriche possono fruire di cure odontoiatriche con finalità riabilitative e non demolitive, se non strettamente necessario.

Mediante una prima visita di controllo in assenza di sintomatologia ed attraverso l'igiene orale può essere possibile intervenire nell'ambito della prevenzione primaria, orientata alla promozione del benessere. Nel caso in cui la



patologia sia in atto è possibile ricorrere alla prevenzione secondaria attuando cure conservative ed eventuale terapia canalare dei monoradicati.

Ciò permetterà di prevenire le crisi di auto ed etero aggressività spesso associate al dolore, la stimolazione della cura di sé mediante tecniche utili alla pulizia dei denti domestica e/o in clinica, l'apprendimento di tecniche generalizzabili in futuro a contesti di vita quotidiana, il miglioramento dell'autostima della persona e la conservazione dei denti.

#### *4. Metodologia*

Al fine di favorire un graduale avvicinamento al dentista, permetterne la dilazione dei tempi di attesa e favorire la collaborazione, possono essere creati protocolli operativi di prevenzione declinabili in approcci terapeutici individualizzati, in relazione alle capacità di collaborazione dei pazienti disabili ed agli obiettivi prefissati.

Il caregiver ed il paziente vengono costantemente informati su ciascuna fase del percorso terapeutico, poiché la prevedibilità delle modalità di esecuzione ne riduce la componente ansiosa, spesso presente e reattiva al contesto. Sono, inoltre, utilizzate opportune strategie psicologiche in concomitanza ai singoli bisogni ed obiettivi individualizzati.

Paziente e caregiver vengono invitati congiuntamente ad una prima visita "conoscitiva" in ambiente neutro e solo se si riterrà opportuno il paziente sarà esposto alla vista della poltrona in assenza di un adeguato programma di esposizione personalizzato.

Per far ciò durante la prima visita vengono raccolte le informazioni necessarie per attuare le strategie terapeutiche e vengono somministrati specifici test al paziente con disabilità intellettiva lieve (BAI) o ai familiari del paziente con disabilità intellettiva moderata o grave/gravissima (DASH II) per valutarne le eventuali componenti psicopatologiche che potrebbero ostacolare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Il grado di collaborazione viene valutato sulla base del livello di responsività verso il personale medico e paramedico.

Durante il periodo intercorrente tra la prima visita volta all'accoglienza ed il primo appuntamento "dal dentista" viene rilasciato del materiale informativo al caregiver sugli steps previsti ed insegnate specifiche tecniche psicologiche da



attuare quotidianamente presso il domicilio. Ciascuna tecnica è opportunamente ideata sulla singola persona, nel rispetto dei punti di forza, gli obiettivi previsti ed il grado di collaborazione familiare.

Se necessario viene creata una task analysis e forniti specifici consigli per praticare una corretta igiene orale, suddividendo l'azione del lavaggio dei denti in più steps, per ciascuno dei quali sarà valutato il grado di assistenza necessaria, al fine di orientare l'atto all'autonomia.

Per incrementare la frequenza dei comportamenti desiderabili viene utilizzato il rinforzo mediante opportuni programmi di rinforzo differenziale. I programmi di rinforzo sono strutturati solo dopo aver individuato quelli a salienza maggiore per la persona.

Per l'acquisizione di comportamenti desiderabili vengono utilizzate tecniche di derivazione cognitivo-comportamentale (prompting, modeling, shaping e fading). Sulla base dei bisogni specifici possono essere accompagnate a tecniche di rilassamento, ristrutturazione del contesto e significato, prevenzione (dilazione) della risposta, stress inoculation training, tecniche di problem solving ed immaginative.

A causa dell'elevata variabilità interindividuale non è possibile prevedere un protocollo universale, valido per ciascun paziente. Nello schema successivo sono elencati gli elementi individuabili durante la prima visita: il grado di collaborazione del paziente, le leve terapeutiche e gli ostacoli terapeutici.

In base alle specifiche problematiche emerse verranno adottate le relative tecniche psicologiche.



## I° VISITA

Elementi individuabili:

GRADO DI  
COLLABORAZIONE

### LEVE TERAPEUTICHE

- ☞ Collaborazione familiare
- ☞ Autostima
- ☞ Accudimento propria salute

OSTACOLI TERAPEUTICI	TECNICHE PSICOLOGICHE
<b>Ansia</b>	Tecniche di rilassamento Desensibilizzazione sistematica Tecniche immaginative Modeling, visione video, shaping, “fingere di essere il dentista”... Oggetto transazionale Tecniche distruttive ecc...
<b>Difficoltà apertura bocca</b>	Chaining (rinforzo per approssimazioni)
<b>Iperattività</b>	Valutazione del tempo massimo di stasi e rinforzo differenziale per incrementarlo
<b>Carenze comunicative</b>	Training comunicazione alternativa
<b>Crisi aggressività</b>	Individuazione e gestione antecedenti e conseguenti Time out, se necessario
<b>... Ecc...</b>	Altro



## *Conclusione*

In accordo con la definizione conferita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità alla salute, ossia uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o infermità" (OMS, 1948), la promozione della prevenzione primaria dovrebbe essere un diritto universalmente riconosciuto, indipendentemente dal livello intellettuale e dalle relative difficoltà di collaborazione della persona coinvolta.

Per prevenzione primaria si intende l'insieme di interventi volti ad impedire l'insorgenza di malattie o di situazioni capaci di turbare l'equilibrio psicosociale dell'individuo, in una condizione di assenza di patologia.

L'obiettivo sociale primario è, dunque, che le persone possano accedere al diritto di tutelare il proprio benessere mediante visite di controllo e l'igiene orale. Nei casi di disabilità intellettiva tale obiettivo diviene prioritario poiché non sempre tali persone hanno la capacità di comunicare all'esterno il proprio dolore e spesso questo viene associato a gravi forme di aggressività auto e/o etero diretta.

La mancata prevenzione primaria pone un altro limite, ossia l'estrazione dentale come unica modalità di cura odontoiatrica, spesso in sedazione totale. Molti disabili hanno difficoltà nel masticare il cibo, a causa delle terapie demolitive attuate.

Attraverso la prevenzione primaria è, inoltre, possibile individuare i sintomi dell'insorgenza di una patologia ed intervenire mediante la prevenzione secondaria meno invasiva ed invalidante.

Un'ulteriore riflessione sul tema può essere suggerita dalle parole di Eugenio Raimondo: *"la salute orale delle persone disabili viene spesso trascurata in parte perché considerata marginale rispetto al deficit centrale, in parte perché è molto difficile anche procedere a una semplice visita. Così accade spesso che la persona disabile sia assistita solo in casi di emergenza, quando l'unico interventi possibile è l'estrazione"*.

## *Bibliografia*

American Association on Mental Retardation (2005). Ritardo Mentale. Definizione, classificazione, sistemi di sostegno e quaderni di lavoro-10° edizione. Vannini

Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (2001) DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, classificazioni DSM/ICD. Editore Elsevier srl

American Psychiatric Association. DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Tr. It. Masson, Milano



- Balboni, G., Pedrabissi, L., Molteni, M. e Villa, S. (2001). Discriminant validity of the Vineland Scales: Score profiles of individuals with mental retardation and a specific disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 162-172.
- Bertelli, M., Brown, I., Quality of life for people with intellectual disabilities, *Current Opinion in Psychiatry*, 2006; 19: 508-513.
- Deb S, Thomas M, Bright C. (2001) [Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years.](#) *J Intellect Disabil Res.*, 495-505.
- Doll, E.A. (1940). The social basis of mental diagnosis. *Journal of Applied Psychology*, 24, 160-169.
- Doll, E.A. (1941). The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal on Mental Deficiency*, 46, 214-219.
- Dosen A. (2001) Developmental Dynamic Relationship Therapy: An approach to more severely mentally retarded children. In: *Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults with Mental Retardation* (eds. A. Dosen & K. Day) pp. 415-28. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Dosen A. (2004) The developmental psychiatric approach to aggressive behavior among persons with intellectual disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*. 7, 2, 57-68.
- Dosen A. (2005 a) Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assessment'. *Journal Intellectual Disabilities Research*. 49,1, 1-8.
- Dosen A. (2005 b) Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II – diagnosis. *Journal Intellectual Disabilities Research*. 49, 1, 9-15.
- Gabbard G.O. (2001) The fate of integrated treatment: *Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?* *American Journal of Psychiatry*, 158,12, 1956-1963.
- Gardner W.I. & Graeber-Whalen J. (1994) Use of behavioural therapies to enhance personal competency : a multimodal diagnostic and intervention model. In: *Mental Health in Mental Retardation* (ed. N. Bouras) pp. 205-223. Cambridge University Press, Cambridge.
- Glenn E., Bihm E.M., Lammers W.J. (2003) Depression, anxiety, and relevant cognitions in persons with mental retardation. *Journal Autism Developmental Disorder*. 69-76
- Grossman, H.J. (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation-Revised American Association on Mental Deficiency*, Washington, DC.



- Jacobson, J.W. e Mulick, J.A. (1996). *Definition of mental retardation. Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Kay J. (2001) Integrated treatment: an overview. In: *Integrated Treatment for Psychiatric Disorders* (ed. J. Kay) pp. 1-29. American Psychiatric Press, Washington DC.
- La Malfa, G. P., Cappelli, M. N., (Zalassi, E, Linares, L., & Cabras, E L. (1991). L'intervento su autonomia personale nel soggetto handicappato grave in un Centro Residenziale. *Riabilitazione Oggi*, VIII, 6-9.
- La Malfa G, Campigli M, Bertelli M, Mangiapane A, Cabras PL. (1997) [The psychopathological model of mental retardation: theoretical and therapeutic considerations](#). *Res Dev Disabil.*, 407-13.
- La Malfa G, Notarelli A, Hardoy MC, Bertelli M, Cabras PL.(1997) [Psychopathology and mental retardation: an Italian epidemiological study using the PIMRA](#). *Res Dev Disabil.* 179-84.
- La Malfa G., Lassi S., Bertelli M., Salvini R., Placidi G.F. (2004). Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population. *Journal Intellectual Disabilities*, 262-7
- Lowry M.A. (1998) Assessment and treatment of mood disorders in persons with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 10, 387-406.
- Raimondi E. (2013) *Odontoiatria speciale per il paziente critico e diversamente abile*, Edi-Hermes
- Sparrow S.S., Balla D.A., Cicchetti D.V. (1984) *Vineland Adaptive Behavior Scale, Interview-Forma Completa*. Adattamento italiano a cura di Giulia Balboni e Luigi Petrabissi, Giunti O.S.
- Vonk J. & Egberts C. (1990) Counseling of mentally retarded children with emotional and behavioral problems in a day care centre. In: *Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorders in the Mentally Retarded* pp. 201-207 Logon, Leiden.



## **A vent'anni in RSA: quando giovani e vecchi si guardano negli occhi**

*di Annunziata Salerno*

Avevo poco più di vent'anni quando, nel corso del mio percorso universitario, iniziai a pensare che avrei potuto dedicare un po' del mio tempo e delle mie energie a quelle persone che, per una qualsiasi ragione, erano meno fortunate di me. Gli studi intrapresi inoltre, mi erano di aiuto in questo senso..., studiavo psicologia all'università di Firenze e desideravo toccare con mano per meglio comprendere , cio' che credevo(sbagliando), fosse la "fragilità" e la "sofferenza" di talune persone.

Vi chiederete perché' abbia scritto sbagliando e la risposta a questa domanda la troverete solo se sarete abbastanza pazienti e curiosi nel continuare la lettura di questa mia esperienza.

avrei potuto optare per l'area minori o per la marginalità o ancora per l'area della dipendenza ma, una riflessione mi persuase verso una scelta completamente diversa...gli anziani in casa di riposo. Desideravo avvicinarmi e fornire il mio sostegno incondizionato agli anziani "fragili", quelli ormai dimenticati , quelli non più produttivi per la società, senza un ruolo sociale e infine quelli che perdono il senso stretto della "genitorialità" perché' senza figli da accudire, da educare e da guidare nelle scelte importanti della vita. Pensavo e ripensavo a come potevo essere d'aiuto a queste persone, e durante le mie riflessioni, pensieri non incoraggianti invadevano la mia mente. Temevo il disinteresse, l'indifferenza o ancora di non essere in grado di trovare un canale comunicativo-relazionale con loro.

Mi bastò cominciare per capire che i miei erano preconcetti, paure irrazionali dettate dalla mancanza di conoscenza e dalla mia presunzione di pensare a queste persone come ormai "arrivate". Parole dure come duri furono i rimproveri a me stessa per questi brutti pensieri.

Guardando i "nonni" negli occhi ho subito percepito sguardi di speranza, ho capito che non servivano tanti preamboli per avvicinarmi a loro e soprattutto che, bastava un sorriso, una carezza, una parola di conforto perché' la giornata cambiasse il proprio corso.

Furono questi incontri a guidarmi verso una precisa scelta ossia, dedicarmi a loro con l'obiettivo di garantire loro una qualità di vita adeguata. Impresa non facile dal momento che nessuno o quasi, per scelta, decide di affidare la propria vita, le proprie abitudini a degli sconosciuti. Di una cosa però ero certa.. Volevo provarci!! Perseveranza e un pizzico di sana incoscienza mi spinsero, conclusa l'università, ad avvicinarmi alle realtà delle residenze sanitarie assistenziali, con un impiego, come responsabile, presso una rsa nel comune di Firenze. Tante le paure, tante le riserve





nei riguardi di una persona non ancora trentenne ma che non hanno mai spento il mio desiderio di pensare a queste persone come degne di vivere una vita "piena". La mia guida?.. Le loro esigenze, i loro bisogni soprattutto non manifesti, che noi tutti addetti ai lavori, abbiamo il dovere di accogliere e ai quali dobbiamo rispondere in maniera adeguata. Se la salute non è assenza di malattia ma senso di benessere fisico-psichico e sociale, allora possiamo fare ancora tanto per garantire loro dignità e rispetto.

Dobbiamo andare oltre le disabilità fisiche e direi, anche, oltre quelle cognitive per cogliere il vero senso di questa missione. Parlo di missione con convinzione, in quanto non possiamo improvvisarci operatori assistenziali se non abbiamo piena consapevolezza di questo ruolo. "lavorare" in questi ambienti, che a me piace pensare come "case della terza' età", significa donare il proprio sostegno incondizionato avendo ben chiaro che, il proprio ruolo non si esaurisce nell'agire tecnico, ossia nell'aiuto al fisico affaticato ma nella presa in carico della persona nella sua totalità.

Ascolto attivo, assertività e comprensione sono le chiavi per garantire loro una buona qualità di vita anche se ormai non più giovanissimi e con problemi fisici o neurologici che ne impediscono la permanenza presso i propri "nidi".



## Psicoanalisi e religione in Fromm

*di Paolo Cardoso*

Il passaggio da società post-industriale a società della comunicazione e del commercio globale ha finito per creare sempre più un uomo alienato, chiuso in sé stesso, avulso dagli altri.

I rapporti sociali cambiano ad una velocità vertiginosa. L'uomo considera ancora valori il senso di giustizia, l'amore per il prossimo, la ricerca della verità, la spiritualità? La rivoluzione umanistica si è persa nella rivoluzione dei media, della comunicazione, dei social network?

La comunicazione globale è sempre più vuota di contenuti, finalizzata solo alla distrazione ed al business e finisce per condizionarci o politicamente o commercialmente, al di là della nostra volontà. Diviene una comunicazione che isola, che divide ed annienta il senso critico delle persone.

Le certezze e le sicurezze svaniscono. I giovani sono smarriti; sempre più ignoranti, nel senso profondo della parola. Sempre più legati ai beni terreni e meno alla spiritualità. Sempre più incerti sul loro futuro. La realtà, sempre più dura ed incerta, aumenta il loro senso di fuga dalla realtà.

Sarebbe necessario rimettere l'uomo al centro dell'interesse delle attività economiche e produttive e non viceversa. La tecnologia come mezzo e non come fine degli sforzi umani. Solo così facendo si può generare una società mentalmente sana.

La religione ha ormai assunto anche il ruolo di struttura di orientamento con cui superare la sua alienazione e stabilire delle relazioni sociali giuste ed equilibrate con gli altri.

La tentazione di cedere agli integralismi religiosi, che danno certezze e senso di unità, va sempre più crescendo.

In questo mondo dove si colloca la psicoanalisi?

Essa diviene uno strumento molto importante per poter tornare ad un effettivo processo di umanizzazione.

Fromm ha indirizzato gran parte dei suoi studi sulla crisi della nostra società e di come poter far nascere un nuovo "umanesimo".

La psicoanalisi diviene strumento e mezzo di cura dell'anima e mette l'uomo in contatto con il suo subconscio, aiutandolo così ad essere libero di stabilire relazioni d'amore.

Con questa visione si supera la contrapposizione tra la religione e la psicoanalisi.

Lo psicoanalista è in grado di studiare la realtà umana, anche attraverso i sistemi simbolici sia religiosi che ancestrali. Si supera così la contrapposizione tra religiosità e agnosticismo. Si aiuta l'uomo a vivere con amore e a vivere cercando la propria verità interiore.



Fromm pensava che non è dato all'uomo di affermare con certezza qual è la natura di Dio, ma pensava che era giunto il tempo di smascherare tutti gli idoli, sotto qualsiasi forma si presentassero, e non tanto dedicarsi a dimostrare la non esistenza di Dio.

Egli auspicava che l'uomo si dedicasse alla comprensione della sostanza delle cose e non ai loro involucri, che badasse all'esperienza e non alle parole, all'uomo e non alle Chiese. Se la sua speranza si fosse avverata, ciò sarebbe bastato a unirci in una recisa negazione dell'idolatria.

Oggi il pericolo è che gli uomini si allontanino dalla spiritualità profonda e divengano sempre più alienati, mentre i più si identifichino in religioni o sette integraliste e violente, che spesso dimenticano la dignità ed il valore dell'uomo.

Allora il ritorno alla spiritualità, al lavoro sulla ricerca dei propri personali valori e desideri, diviene il modo per riappropriarsi dell'anima sul vuoto incalzante.

La psicoanalisi è uno degli strumenti principi per far ciò perché da sempre a posto al centro l'anima dell'uomo, i suoi sentimenti e le sue paure.

Occorre avere il coraggio di riconquistare la centralità dell'uomo attraverso la riscoperta dell'amore, della ragione, della coscienza, del senso dei valori, della spiritualità profonda..

Per questo io credo che non vi sia una contrapposizione tra la psicoanalisi e la religione intesa come spiritualità dell'anima, perché sia al religioso che allo psicoanalista interessa la stessa cosa: che l'uomo viva davvero la propria vita con amore per sé e per gli altri e persegua la verità.

Occorrerebbe fare come Dostoevskij, che si considerava un figlio del suo tempo, un figlio del dubbio e della mancanza di fede. Ma lo stesso era torturato dal bisogno di credere e, secondo lui, più grandi sono le difficoltà intellettuali che impediscono la fede, più forte si fa il desiderio.