



## **NUOVA TECNICA PROTESICA PER ARTO INFERIORE**

Ci è stato chiesto da un socio in cosa consiste la tecnica di applicazione protesica di gamba mediante "integrazione ossea".

Si tratta di una tecnica chirurgica, già da qualche tempo utilizzata in Svezia ed in Gran Bretagna, che consente di "attaccare chirurgicamente" una gamba artificiale ad una persona amputata. Questa tecnica è stata sviluppata dal Prof. Per-Ingvar Branemark, nel 1965. Oggi la pratica con buon successo suo figlio, il Dr. Rickard Branemark.

L'operazione consiste nell' impiantare un dispositivo di ancoraggio al titanio direttamente nel femore della persona amputata.

In sei mesi, quando l'osso si sarà riformato attorno al dispositivo di fissaggio, una barra di titanio viene attaccata a quest'ancoraggio mediante una seconda operazione.

Questa barra sposterà dalla parte bassa del moncone e ad essa si potrà facilmente attaccare una protesi.

Il vantaggio principale rispetto alle protesi di gamba tradizionali consiste nel fatto che mediante questo trattamento la gamba artificiale viene fissata non più con il classico invasivo, ma è praticamente avvitata con l'utilizzo di una semplice chiave a brugola.

Ricordiamo che le protesi convenzionali, che hanno un invasivo dentro cui si posiziona il moncone, danno spesso origine a indolenzimenti, o veri e propri dolori, a causa della pressione esercitata dal moncone. Inoltre vi sono a volte difficoltà nel mantenere la gamba attaccata con sicurezza e nel controllare l'arto.

Sembra che questi problemi vengano completamente risolti da questa tecnica e i risultati pratici sono notevoli, soprattutto in chi pratica sport.

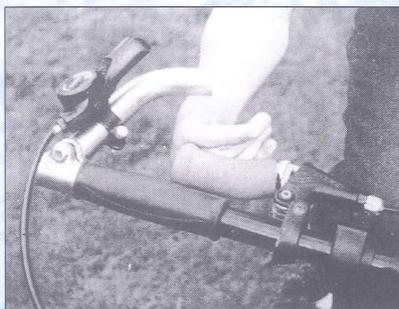


## **MODIFICHE PER LA BICI**

Tra i piccoli-grandi problemi pratici che occorre affrontare man mano che i nostri bambini crescono vi è quello dell'utilizzo di giochi e attrezzature sportive. In particolare di quella che è il primo vero mezzo di trasporto autonomo del bambino: la bicicletta, la regina dei mezzi di trasporto, che comincia sempre come un gioioso e gratificante gioco, per poi magari diventare per qualcuno uno sport agonistico a tutti gli effetti.

Sappiamo tutti che il non disporre di due mani può comportare all'inizio qualche difficoltà, soprattutto nell'uso dei freni e poi anche nel bilanciamento, quando si cominciano ad eliminare le rotelle laterali di stabilizzazione. Nei casi più facili si riesce abbastanza bene a usare la bici così com'è. In altri casi occorre invece predisporre alcune modifiche meccaniche per agevolarne l'uso. La diversa tipologia di malformazione suggerirà di caso in caso quale sia la migliore modifica da apportare. Alcune di queste sono di facile realizzazione e si possono fare anche in casa. In altri casi sarà più utile (e sicuro) ricorrere all'ausilio di un meccanico di biciclette (qualcuno esiste ancora...).

Vediamo qui come si può rimediare alla difficoltà di uso del freno, da parte di coloro che non hanno possibilità di presa nella mano o non hanno la mano. Si tratta di invertire la modalità di funzionamento "a stringere" del freno tradizionale con una operazione "a spingere". Per comprendere meglio il funzionamento potranno servire le foto qui accanto. Noterete anche che in questo caso, sulla estremità del manubrio è stata applicata una estensione, in quanto il bambino che la utilizza, ha anche il braccio destro più corto del sinistro e quindi la manopola aggiuntiva "avvicina" il manubrio al suo corpo. Semplice, no?





## **SPORT E HANDICAP**

Per chi fosse abbonato a Tele+ o avesse la possibilità di vederlo, consigliamo la visione di un programma che va in onda il venerdì alle ore 16:15 circa su Tele+ grigio. Il programma si chiama "Sporthandicap" ed è un viaggio settimanale nello sport dei diversamente abili. Ogni puntata è dedicata ad una disciplina di cui vengono spiegate regole e principi, e fa conoscere i suoi campioni attraverso interviste. Dimostra come lo sport per disabili sia spettacolare, competitivo e divertente.

È possibile, inoltre, contattare la redazione attraverso l'indirizzo e-mail: [sporthandicap@telepiù.it](mailto:sporthandicap@telepiù.it).

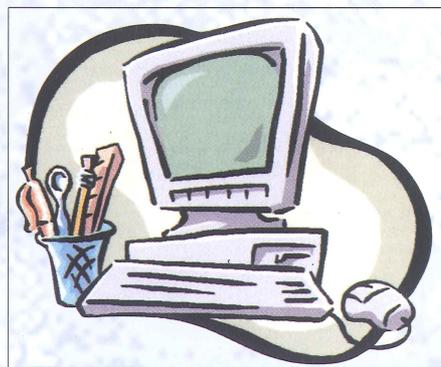


## **UTILITÀ SOFTWARE**

Sono venuto ultimamente a conoscenza dell'esistenza di un programma per computer che potrebbe essere utile per alcuni soci, che magari non ne sono al corrente.

Il programma a cui mi riferisco è "Dragon Naturally Speaking" che è un sistema di riconoscimento vocale continuo, che supporta virtualmente qualsiasi applicazione Windows. In pratica è possibile dettare con una cadenza naturale fino a 160 parole al minuto; le parole vengono trascritte immediatamente sullo schermo del PC, senza l'utilizzo della tastiera. Quindi, per molti di noi, può essere utile sia per rendere più rapida la scrittura sia per ridurre la fatica dovuta all'uso prolungato della tastiera.

Ovviamente, affinché il programma funzioni efficacemente, necessita di impegno da parte dell'utente, soprattutto nella fase di addestramento, nella quale il programma deve imparare a riconoscere la voce e la pronuncia. Sandro, ad esempio, lo usa per fare i compiti a casa quando è stanco di scrivere a mano o, semplicemente, per essere più veloce. Lo ritengo uno strumento in più per agevolaci. Se ne volete sapere di più, sono a vostra completa disposizione. *Enrico*



## **ATTIVO UN NUOVO CENTRO ORTOPEDICO**

Si è aggiunto un nuovo centro ortopedico che tratta con particolare attenzione e competenza le protesi per bambini. Si tratta del CENTRO ORTOPEDICO ESSEDI s.n.c. di Sergio Carpentieri e Diana Scardanzan, con sede in Castellana (VA) - Via Bettinelli, 15/17.

I titolari, ben conosciuti da diversi nostri soci, provengono da una esperienza decennale maturata come tecnici ortopedici presso un'altra nota azienda nazionale ed hanno deciso di intraprendere l'attività autonoma unendo le loro esperienze.

Il centro è specializzato in:

- Protesi di arto superiore estetiche e mioelettriche
- Plantari e scarpe ortopediche
- Ausili
- Sistemi di postura su misura
- Tutori pediatrici

Per qualsiasi informazione, potete rivolgervi ai seguenti numeri:

Tel: 0331 502909

Fax: 0331 483949



# Lo sviluppo del bambino disabile

*Uno degli argomenti che viene spesso dibattuto nei nostri incontri riguarda gli aspetti psicologici che ruotano attorno alla famiglia, dall'immediato doponascita allo sviluppo del bambino. Questo stesso argomento è stato trattato di recente dal Dott. Tito Baldini, che ha pubblicato un interessantissimo articolo su "IL NUOVO", la rivista ufficiale della Associazione Italiana di Auxologia Sociale. Per gentile concessione della casa Editrice de "IL NUOVO", che ringraziamo vivamente, pubblichiamo qui integralmente quell'articolo.*

Un bambino disabile viene al mondo in una famiglia ove una coppia di genitori attendeva, e idealizzava nelle proprie fantasie, un bambino sano. La famiglia in toto, dai nonni ai fratelli, sarà condizionata, spesso nel senso della destabilizzazione, dalle conseguenze affettive della patologia del bambino disabile. La prima reazione della coppia genitoriale è una corsa senza fiato presso i vari "oracoli" allo scopo di raggiungere una diagnosi che faciliti la messa a fuoco del bambino, il suo riconoscimento, la sua definizione; come se la coppia genitoriale si trovasse nella difficoltà del riconoscimento di quel bambino per la persona che egli è.

Andreas Giannakoulas (1) ci ha insegnato che il piccolo liro, paziente disabile di Winnicott, comunicò a questi che avrebbe cooperato con chiunque si fosse interessato al suo recupero purché fosse stato primariamente accettato così com'era, per la persona che era; non parlavano la stessa lingua e comunica-

rono attraverso la tecnica dello "sguiggle", lo scarabocchio, creata da Winnicott stesso. (2)

È un paradosso: "cambio se mi accetti come sono"; è uno dei paradossi con cui spesso Winnicott descrive l'evoluzione del bambino.

Un bambino vede se stesso specchiato negli occhi della madre. Dal lavoro analitico con bambini disabili emerge che spesso loro vedono, in quegli occhi, non se stessi ma la delusione di un sogno. Alle volte, in quegli occhi, non riescono a vedere nulla, poiché la madre è per suoi limiti troppo confusa tra il bambino reale e quello fantasmatico, e allora si profila spesso il rifiuto ab initio dello sviluppo. Molte volte quadri di psicosi si impiantano su condizioni anche leggere di disabilità.

Altre volte la madre entra in un vortice depressivo ed il bambino potrà scorgere, negli occhi di lei, un piccolo che rattrista la madre e potrà conoscere se stesso in quanto colpevole.

## L'altro bambino

Non è grave conoscere la colpa, suggerisce Winnicott, purché il bambino possa sentire che la madre è disponibile a farsi riparare da lui (6), ma per il bambino in questo caso il circuito della riparazione, il "circolo felice" si può fare perverso, poiché egli, per riparare la madre, dovrebbe divenire quel bambino sano che non è e non è stato, per la qual cosa la mamma è delusa. La riparazione comporterebbe allora la rinuncia al riconoscimento di se stesso, a favore dell'altro bambino, "sano", che non è mai nato. Il bambino allora intraprende una corsa

verso l'aderire quanto possibile al bambino che vede negli occhi della madre, fino a sentire che più si va avanti e più lui scompare. Così si blocca: i processi evolutivi subiscono un arresto o un'inversione di senso. Il fenomeno è frequentissimo e le conseguenze sono gravi.

Le impasse nei processi di recupero sono i motivi più citati per i quali la famiglia di un bambino disabile, più o meno consigliata dall'équipe che lo segue (quando c'è), ricorre all'analista infantile. L'analista infantile spesso riceve a colloquio una famiglia oramai consumata, alterata negli equilibri e nei ruoli: il centro del loro interesse - l'area di collusione della coppia genitoriale - non è il bambino disabile, ma la disabilità.

Il bambino blocca la propria crescita psichica e fisica perché la rincorsa di quel bambino sano, riverberante negli occhi della madre, lo sta allontanando da ciò che egli sente di essere e, se ce la fa, smette di rincorrerlo, e quindi di crescere in quel modello patologico, in ragione di quanto è sano.

## Il girone centrale: la colpa

Intanto la famiglia è allo sbando: i fratelli, per sentirsi amati, chiedono le grucce o il caschetto per le crisi epilettiche; la coppia genitoriale, colludendo sull'handicap, vive solo per la disabilità: non va più alla ricerca della creatività, della sessualità, della procreatività, non esce la sera, non frequenta gli amici, non si distrae dalla propria colpa. Ecco quindi il "girone centrale": la colpa. Si parla spesso del senso di colpa di questi genitori, relativa al non

aver accettato il bambino, ed a mio avviso si fa male. Dalla mia esperienza terapeutica emerge che tale affetto è qualcosa di così radicato nel loro inconscio da far sì che rappresentazioni più esterne, come quella che si crea quando se ne parla con loro in modo discorsivo, o quando la si connette con superficiali sensi di colpa di non accettazione, altro non faccia che sospingere difensivamente ancora di più nell'inconscio l'affetto che l'inconscio stesso avvertirebbe come semi-svelato. Penso che se questi genitori non hanno un apparato psichico più che saldo, il senso di colpa arrivi a psicotizzargli la mente, come frequentemente si può ricavare dalla pratica clinica. A questo punto del dramma le potenzialità evolutive del bambino, dal corpo alla mente, possono essere in maniera significativa compromesse: la crescita rallenta, l'evolubile s'insabbia.

La scena può quindi continuare con la coppia genitoriale che riflette sul fatto di aver investito tutto sul figlio più malato, col risultato di vedere che non solo quello bloccato ma anche i fratelli, non seguiti a sufficienza per mancanza di energie psichiche, sono sofferenti, ritardati o devianti nello sviluppo. Ciò provocherebbe un incremento del senso di rabbia dei genitori verso il figlio disabile ingrato; rabbia ancora una volta denegata, dissociata, rinnegata dalla parte cosciente della propria psiche, poiché si tratta di un affetto inaccettabile, quindi impensabile. La rabbia inconscia può incrementare il senso di colpa inconscio e l'utilizzo sovrinvestito di meccani-

smi riparativi nella diade genitoriale (se a livello inconscio mi rendo conto di avere rabbia per un mio bambino malato, mi sentirò in colpa per il mio affetto e tenderò di riparare: un lavoro tutto nell'inconscio). Ciò, praticamente, si esprime con un ulteriore incremento di operosità per la causa del bambino disabile, che si coniuga con l'incremento parallelo di un messaggio sotterraneo ma psichicamente filtrante di tipo opposto, determinando un doppio messaggio: quello emergente di affetto positivo ed operosità e quello sotterraneo, ma ben percepito inconsciamente dal bambino, di rabbia e rifiuto. A questi livelli si può profilare il "crollo" psichico del più debole: del bambino disabile, di un genitore o di un fratello.

#### Che fare?

Dall'esperienza risulta che la presa in considerazione anche delle dinamiche psichiche ad insorgenza nell'ecosistema disabilità (6), può determinare una limitazione significativa dei fenomeni responsabili in parte dell'inibizione del-

l'evoluzione psicofisica dei bambini disabili. Dati clinici dimostrano che un lavoro sistematico, ovvero una psicoterapia psicodinamicamente orientata con le coppie genitoriali ed un lavoro analogo di supervisione con i tecnici che a diverso titolo si occupano del bambino - dai terapisti di riabilitazione agli insegnanti - porterebbe ad una riduzione significativa degli esiti di una disabilità in età evolutiva (3). Se ciò non bastasse si dovrebbe intervenire anche sul bambino, avviando una psicoterapia psicodinamica con lui da solo od insieme alla madre, a seconda delle peculiarità del caso.

#### Arretratezza italiana

Per inquadrare la situazione va detto che nel nostro paese si registra un'arretratezza rispetto a parametri di altri paesi evoluti. Si pensi, ad esempio, che a Barcellona, da circa 20 anni, si lavora con questo modello terapeutico con eccellenti risultati (4), mentre da noi, il servizio sanitario pubblico pare prevedere il sovvenzionamento per la terapia riabilitativa

ma non per il parallelo, metodico e costante, trattamento psicologico nel senso psicodinamico. Posizione a mio avviso "miope" anche sul solo piano economico, poiché provoca l'incremento successivo di spesa pubblica a vita per il disabile adulto scarsamente riabilitato in età evolutiva. Poi ci sono i molti casi in cui, coraggiosamente, si procede ugualmente, si cercano i fondi, le possibilità, ma spesso tutto ciò è a carico dell'impegno personale di illuminati neuropsichiatri infantili e delle loro équipes. Sarebbe anche interessante pensare ad una maggiore articolazione pubblico-privato, ove Società di psicoterapia psicoanalitica dell'età evolutiva altamente specializzate in materia, quali ad esempio la S.I.Ps.I.A. di Roma, erogino, in regime di consulenza, detti servizi professionali presso le U.T.R. delle Aziende Sanitarie Locali di competenza. Per i bambini disabili, varrebbe la pena attivare tale modello: riflettere insieme e coniugare gli sforzi.

Tito Baldini

#### Riferimenti bibliografici

- 1) Giannakoulas A. (1989-1994) *Seminari di formazione psicodinamica*. A.S.N.E. - S.I.Ps.I.A. - 1° Univ. Studi Roma., Dip. Scienze Neurol e Psych. Età Evolut.
- 2) Winnicott D.W. (1972) *Basis for Self in Body*, Int. J. Child. Psychother., II.
- 3) Baldini T (1995) *Il corpo rubato. Storie nel mondo dei bambini disabili*, Armando, Roma.
- 4) - Corominas J. (1983) *Handicap psichico: applicazioni della psicoanalisi alla psicoterapia dell'handicap*, in: *Nuovi approcci all'handicap*, Borla, Roma.
- 5) - Aguillar J. (1983) *Psicoterapie brevi nel bambino paralitico cerebrale*, in: *Nuovi approcci all'handicap*, Borla, Roma.
- 6) Pierro M.M. (1994) *Handicap e collasso familiare - Presentazione*, Borla, Roma.
- 7) Winnicott D.W. (1975) *La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale*, in: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.

## "RAGGIUNGERE"

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per bambini con malformazioni agli arti  
[www.raggiungere.it](http://www.raggiungere.it) • E-mail: [info@raggiungere.it](mailto:info@raggiungere.it)

Come dare il vostro contributo all'Associazione:

A) Inviare assegno circolare o bancario (non trasferibile) intestato a  
"RAGGIUNGERE" Via dei Missaglia, 117 - 20142 Milano

B) Effettuare versamento su c/c postale N° 58947201 intestato a "RAGGIUNGERE"  
Associazione Italiana per bambini con malformazioni agli arti  
c/o Marco Di Battista via Leopardi, 11/39 - 20020 Arese (MI)

C) Effettuare versamento su c/c N° 6565/1 (ABI 6070; CAB 32620)  
presso: GRUPPO INTESA CARIPOLO, Filiale di Bresso (MI) intestato a "RAGGIUNGERE"