

Capitolo I

La disabilità

1. Definizione ed evoluzione concettuale

Definendo la **disabilità** come condizione personale di chi possiede una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, può essere constatato come tale concetto sia stato raggiunto solamente col passare degli anni mediante i cambiamenti culturali che sono avvenuti nella società. Infatti negli anni passati la diversità veniva nascosta completamente dalla società destinando il soggetto ad una situazione di completa *emarginazione ed isolamento*, testimonianza di ciò è la completa assenza di servizi territoriali noti per risolvere tale problematica.



2. Classificazione ICIDH

Solamente a partire dal 1960 - 1980 si forma un movimento culturale mirato a mutare la concezione del “diverso” promuovendo i **diritti** della persona affetta da disabilità e abolendo ogni forma di segregazione.

Tale movimento cambiò le condizioni e la mentalità della società, rendendola in grado di accettare ed aiutare i soggetti diversamente abili.

A sostegno di questo cambiamento viene formulata una prima classificazione nel 1980 :

ICIDH → International Classification of Impairment Disability and Handicaps

Questa classificazione viene formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per distinguere tre differenti concetti: Menomazione, Disabilità, Handicap.

La distinzione mira a rendere noto l'esistenza di fattori organici (quali la menomazione) da cui conseguono differenze di funzionalità (ossia la disabilità) e svantaggi che essi comportano soprattutto a livello sociale (handicap).

Secondo questo concetto, pertanto, può definirsi:

- MENOMAZIONE: La perdita o la presenza di anomalie transitorie o permanenti negli arti, organi, tessuti e funzioni cognitive.
- DISABILITA': La carenza o restrizione delle capacità funzionali nei limiti ritenuti "normali" per ogni essere umano, possono essere temporanei o permanenti, reversibili o irreversibili, progressivi o regressivi. Spesso derivano da menomazioni fisiche o sensoriali.
- HANDICAP: Una situazione di svantaggio vissuta da un soggetto disabile, in conseguenza ad una menomazione che limita la possibilità di ricoprire il proprio ruolo "ruolo".

Quindi "è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione, o di integrazione lavorativa tale da determinare una posizione di svantaggio sociale o di emarginazione".

Articolo 3, ICDH

Si può pertanto sostenere che tale classificazione attribuisce le cause della disabilità al *ruolo dell'ambiente*.

3. Classificazione ICF

Nell'anno 2001 è stata formulata un'ulteriore classificazione che ha permesso ulteriori miglioramenti :

ICF → International Classification of Functioning

Imputa ai fattori contestuali, sia *personali* che *ambientali*, le cause della disabilità.

Si è giunti così alla nuova "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e disabilità" per:

- risaltare la visione della salute e superare le connotazioni negative dei diversamente abili,
- individuare le esatte condizioni cliniche descrivendole in modo completo,
- facilitare la pianificazione degli interventi individuandone gli obiettivi principali,
- oltrepassare un modello strettamente medico e istituire uno strumento condiviso da una pluralità di operatori anche appartenenti a settori e teorie di pensiero diversi per una comunicazione più efficace.

La classificazione ICF sposta, quindi, l'attenzione nel campo della diagnosi esistente come frutto dell'analisi delle interazioni tra *individuo* e *ambiente*.

A sostegno di ciò, si osserva come l'International Classification of Functioning è suddivisa in due parti:

- 1) **Funzionamento e disabilità**, vengono analizzate le funzioni delle strutture corporee e l'attività alla partecipazione, indicandone per tanto gli aspetti positivi del soggetto che interagisce con l'ambiente.
- 2) **Fattori contestuali**, ossia l'insieme dei fattori che costituiscono l'intero contesto di vita dell'individuo comprendendo fattori ambientali e fattori personali.

4. Cause

Oltre all'istituzione di queste due classificazioni sono stati molti, anche, gli studi interessati a risalire alle cause di tali disabilità, che possono distinguersi in:

- *Cause prenatali*, cioè disabilità dovute da fattori genetici o malattie, ad esempio Sindrome di Down (Trisomia 21) e Distrofia Muscolare.
- *Cause perinatali*, cioè cause legate al momento del parto, come asfissia o anossia.
- *Cause postnatali*, cioè in seguito a malattie o ad eventi traumatici verificatesi dopo il momento del parto.

5. Tipologia

Definire e conoscere le cause che possono scatenare un'eventuale disabilità è importante per poter prevenire il maggior numero di casi possibili; di conseguenza, in base alla causa scatenante, si può definire la tipologia di disabilità che può essere: sensoriale, motoria, mentale e psichica.

- **Deficit SENSORIALI** = della vista
dell'udito
- **Deficit MOTORI** = Come Paralisi Cerebrali Infantili (PCI)
Epilessie
Distrofia Muscolare
- **Deficit del SETTORE PSICHICO E INTELETTUALE** = Disturbi specifici dello sviluppo
(Dislalia, enuresi, anoressia, bulimia)

Disturbi intellettivi
(Insufficienza mentale lieve, media o grave)

Disturbi del linguaggio
(Es. afasia)

6. Insorgenza della disabilità

Una volta diagnosticata la disabilità bisogna fare riferimento ad una pluralità di situazioni che insorgono a seguito della disabilità stessa. *Anche di fronte a situazioni di disabilità simile bisogna ricordare che il modo personale in cui la situazione viene e deve essere trattata non può essere il medesimo in quanto il soggetto riporta una reazione differente.*

Infatti vi può essere una prima distinzione, in base all'insorgenza della disabilità: prima della nascita o dopo.

6.1 Disabilità congenita

Il deficit che si presenta già dalla nascita comporta un'elaborazione di tutti gli altri sensi e apparati in quanto l'organismo deve provvedere alla propria funzionalità in una situazione di svantaggio dovuta alla disabilità presente.

In questo caso i genitori, seguiti da specifiche figure di riferimento, svolgono un ruolo fondamentale, in quanto devono fornire una sostanziale quantità e qualità di stimolazioni, interazioni, sia gestuali che verbali, e organizzazione sia nell'ambiente fisico sia relazionale. Tutto ciò deve avvenire per permettere al bambino le adeguate premesse di abilità percettive, motorie e di pensiero, (generalmente i genitori sono seguiti da un supporto psicologico e pedagogico per aiutarli ad elaborare la situazione di disabilità cui sono sottoposti).

6.2 Disabilità acquisita

Generalmente la disabilità che si verifica in un momento precedente a quello della nascita è meglio superato rispetto ai soggetti che subiscono un deficit nel corso della vita, che oltre a dover ristabilire l'interna organizzazione di tutto l'organismo in base alle sue funzioni, riscontra il problema maggiore nell'accettazione della patologia, che non sempre viene superata e rielaborata, in questi casi, si parla di vera e propria **"rielaborazione del lutto"**. Infatti se il deficit si verifica in età adulta la persona ha già stabilizzato una modalità di conoscenza o di funzionalità basata sull'uso di quel determinato senso o funzionalità motoria o intellettuale. Talvolta nonostante siano offerti al soggetto tutti gli strumenti necessari per riacquisire parte delle capacità residue o rielaborare l'assetto organico, la persona versa in situazione di passività a seguito della mancata "rielaborazione del lutto".

Ho potuto constatare tali situazioni durante la mia esperienza di Stage verificatesi in questo anno scolastico presso il “Centro Riabilitativo per disabilità acquisite, Centro Pegaso”.

Era chiaramente visibile come non tutti gli utenti avessero rielaborato ed accettato la propria condizione di disabilità versando in una continua situazione di passività.

La maggior parte delle disabilità che ho potuto osservare erano dovute ad una grave deficienza delle funzioni cerebrali causate da **Ictus**.



Capitolo II

L'Ictus

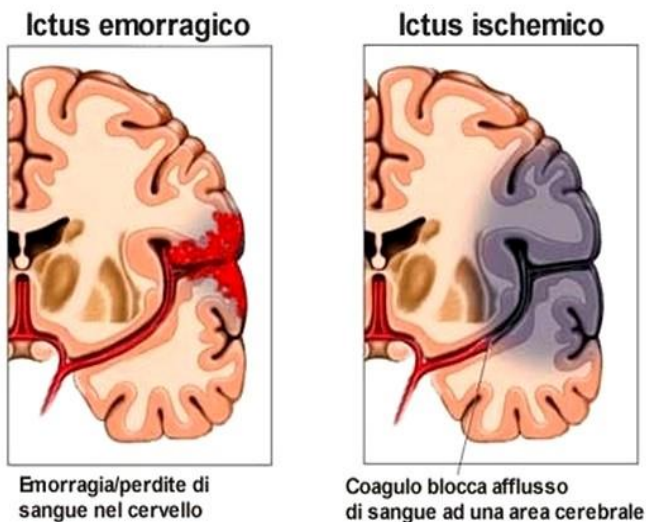
“E’ una patologia sempre più attuale e diffusa, che miete vittime sempre più giovani. Negli ultimi 20 anni infatti l’età media dei pazienti è diminuita notevolmente, portando la percentuale di coloro che hanno meno di 45 anni dal 13 per cento al 19 per cento. Soprattutto poi nel caso di pazienti giovani, la tempestività delle cure ricevute subito dopo l’episodio assume un’importanza ancora maggiore ai fini di un recupero psicofisico che possa garantire al paziente buoni livelli di autonomia e una migliore qualità della vita”

LA STAMPA , “Molte iniziative per prevenire l'Ictus” 19/04/2013

1. Ictus ischemico e emorragico

L'ictus, definito anche *apoplessia* (dal greco "colpisco violentemente"), può essere **ischemico** o **emorragico**.

✚ Il primo, molto più frequente del secondo, è detto anche **infarto cerebrale**. E' causato da un' ostruzione parziale o completa di un vaso arterioso cerebrale (cioè l'arteria può chiudersi improvvisamente a causa di un embolo), oppure per la presenza di un aterosoma (cioè una placca costituita da grassi, proteine e tessuto fibroso, che si forma all'interno delle pareti arteriose), o per la formazione di grumi di sangue coagulato (trombosi).



✚ L'**ictus emorragico**, invece, è dato dalla rottura di un' arteria cerebrale a causa, solitamente, di un improvviso aumento della pressione arteriosa, o per la rottura di un aneurisma (cioè una dilatazione dell'arteria).

2. Cause

L'ictus può colpire a qualsiasi età, anche se negli anziani si verifica un rischio maggiore. Fattori predisponenti possono essere l'invecchiamento vascolare e cerebrale, ma anche l'uso di farmaci frequentemente assunti in tale fascia d'età possono considerarsi un fattore di rischio.

Le cause più comuni dell'ictus ischemico sono tre:

1. **L'arteriosclerosi.**
2. **La trombosi.**
3. **L'embolia.**

- ✓ L'*arteriosclerosi* è una malattia infiammatoria cronica delle arterie causata da fattori di rischio come il fumo, l'ipertensione, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia e l'obesità; il peggioramento progressivo della circolazione del sangue crea un continuo accumulo di grassi e calcio fino a determinare l'occlusione di un'arteria cerebrale, causando così l'ictus.
- ✓ La *trombosi* è la conseguenza di un disequilibrio del processo di coagulazione, in quanto se i fenomeni coagulativi fossero poco efficaci, causerebbero facili sanguinamenti, al contrario di un'eccessiva efficacia che spesso porta alla formazione di trombi.
- ✓ L'*embolia* è data da un frammento di coagulo di sangue che formatosi in un'altra zona è stato trasportato dal flusso sanguigno.

2.1 Altre cause

Altro rischio cardiovascolare è dato dalla **dislipidemia**, termine col quale si intende una qualsiasi condizione clinica nella quale sono presenti nel sangue elevate concentrazioni di lipidi.

A seconda delle cause, le dislipidemie si distinguono tradizionalmente in primitive (su base genetica) e secondarie (o acquisite). Tra le secondarie si classificano anche quelle forme che, pur partendo da una predisposizione familiare, vedono come causa principale fattori legati all'alimentazione o a stili di vita errati. In questo caso si parla di dislipidemie multifattoriali.

Nella maggior parte dei casi, le dislipidemie non presentano sintomi. Il valore più importante da tenere sotto controllo almeno una volta all'anno è il *colesterolo*, che deve tenersi al di sotto di 200. Anche in questa situazione, è essenziale tenere un corretto stile di vita: evitare la sedentarietà e fare attività fisica, seguire una dieta sana equilibrando proteine, zuccheri e grassi. Nei casi più gravi è necessario ricorrere a una terapia di farmaci che blocchino la produzione di colesterolo.

Anche una situazione di *obesità* può causare un ictus. L'eccessivo accumulo di grasso corporeo è caratterizzato principalmente da una dieta molto scorretta e da una vita troppo sedentaria.

Esistono delle differenze legate al sesso di una persona: nelle donne, infatti, c'è una tendenza ad accumulare più grasso rispetto agli uomini, così come gli anziani nei confronti dei più giovani d'età.

(Un trattamento di difesa per l'organismo è dato dall'*acido folico*, un micronutriente di origine vegetale presente soprattutto nelle verdure con la foglia verde.)

3. Sintomatologia

Spesso non si osservano o non si avvertono sintomi “premonitori” soprattutto nell'ictus emorragico, ma alcune condizioni sintomatologiche possono considerarsi “*campanello di allarme*”.

A seconda dell'arteria interessata si possono avere perdita di equilibrio, difficoltà alla coordinazione di alcuni movimenti, difficoltà nel parlare e/o nel comprendere le parole ascoltate, debolezza che può giungere alla **paralisi** come *emiplegia, parestesia, emiparesi*.

In tali situazioni una diagnosi precoce può ridurre i danni ottenendosi il ripristino anche completo del deficit. È inoltre fondamentale un immediato ricovero, in cui nelle prime 48 ore vengono controllate ed analizzate: *funzioni vitali, pressione arteriosa, temperatura corporea, presenza di ossigeno nel sangue*.

Successivamente vengono effettuate una TAC e una RM per individuare la gravità dei danni e la zona specifica della lesione.

Per quanto riguarda l'ictus emorragico, i sintomi prodromici spesso mancano e il quadro si manifesta subito in tutta la sua gravità.

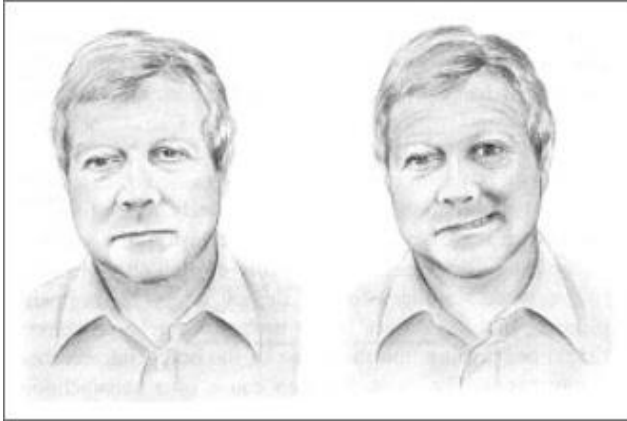
4. Conseguenze dell'Ictus

Sia che si tratti di ictus ischemico o di ictus emorragico, le conseguenze possono essere molto gravi, anche se l'ictus emorragico si presenta con un quadro clinico molto più grave.

Nel primo caso non è mai indicato un intervento chirurgico d'urgenza (potendo eventualmente procrastinare l'intervento di disostruzione carotidea (chirurgia diretta dell'ateroma, stent ecc.), mentre ci si può trovare nella necessità di praticare

una terapia trombolitica d'urgenza da effettuarsi però in apposite Unità specialistiche (**Stroke Unit**).

Una chirurgia precoce nell'ictus emorragico come una terapia trombolitica precocissima nell'ictus ischemico (entro massimo 6 ore dall'esordio) spesso portano a una guarigione senza esiti deficitari.



In altri casi rimangono danni permanenti, con esiti invalidanti di diversa intensità e gravità, ad esempio il 35% presenta una grave invalidità, il 20% deve essere costantemente assistito nella deambulazione e il 70% non riprende le precedenti funzionalità. La tipologia dei danni e la loro gravità dipendono dalla

vastità della lesione e alla zona del cervello colpita.

Oltre ad osservare deficit motori come **emiparesi**, **emiplegia**, **parestesia** (come accennato precedentemente) può essere compromesso anche l'utilizzo del linguaggio riportando **afasia** (difficoltà a parlare in modo corretto) e **disartria** (errata pronuncia delle parole).

5. Prevenzione



Per stare lontani da un possibile ictus è bene tenere un sano stile di vita, quindi è necessario evitare il *fumo* e l'*alcool*, la *sedentarietà* e l'*ipercolesterolemia*. Inoltre è bene tenere sempre sotto controllo le malattie croniche come il diabete, l'ipertensione e problemi cardiaci.

La terapia dell'ictus cerebrale ischemico, una volta instaurato o diversamente come prevenzione in presenza di patologia cardiaca a rischio, si effettua con la somministrazione di farmaci (detti antiaggreganti e trombolitici).

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio dell'ictus emorragico. Valori molto alti (al di sopra dei 160-180 di MAX e al di sopra dei 100 di MIN) aumentano il rischio di ictus cerebrale, ma anche il rischio di danni ad altri organi come il cuore, arterie, reni.

6. Esami strumentali

Dopo i 60-65 anni, ma anche prima in presenza di familiarità per ictus (altri casi di ictus cerebrale negli ascendenti), è buona norma effettuare un esame delle carotidi per studiare le placche arteriosclerotiche e il livello di occlusione, mediante l'esame **EcocolorDoppler**.

Se il restringimento è maggiore del 70% e si sono avuti casi di ictus, si può intervenire con l'applicazione di uno *stent* (dispositivo metallico che dilata il lume vascolare), l'intervento permette di normalizzare il flusso del sangue ma possiede una serie di rischi, pertanto bisogna valutare la preponderanza del benefico sul rischio.

Se, invece, l'occlusione è totale, l'applicazione dello stent non è possibile e bisogna effettuare senza indugio l'asportazione chirurgica diretta della placca (endoarteriectomia) o eseguire un by-pass a livello della carotide occlusa. Per tali pratiche bisogna rivolgersi ai centri super-specializzati, ovvero Centri di Neurochirurgia e di Chirurgia vascolare.

Attualmente la ricerca sta portando avanti degli studi relativamente ad alcuni farmaci neuroprotettivi da somministrarsi subito dopo un attacco di ictus cerebrale allo scopo di proteggere il tessuto nervoso, riducendo il rischio di avere un'invalidità permanente. Nonostante, per ora, tali studi siano solo a carattere sperimentale.

7. Diagnosi precoce

L'esame che va effettuato immediatamente in caso di ricovero in un Pronto Soccorso è la **TC** (*Tomografia Computerizzata*) dell'encefalo che consente di confermare o meno il sospetto diagnostico, quindi di estensione. Mediante una diagnosi precoce, talvolta, è possibile ottenere risultati soddisfacenti riguardo la terapia per recuperare eventuali funzioni perse o ridotte.

Nel caso di ictus ischemico in evoluzione, come accennato sopra, la terapia trombolitica d'urgenza va effettuata in centri specializzati, **Stroke Unit**, ma l'efficacia del trattamento è massima entro le prime ore dell'evento (massimo 6 ore). Da qui l'importanza di un sistema di **soccorso immediato**.

In molti casi però una soddisfacente ripresa dei deficit è favorita dalle *cure riabilitative e fisiochinesiterapiche*, grazie alla neuroplasticità che favorisce la regressione dei sintomi perché altre zone cerebrali possono concorrere a sostituire, anche se in parte, la funzionalità compromessa.

Capitolo III

The facilities for people with special needs

1. The facilities

There are a facilities that can deal disabilities. In fact I have done my training period in one of this facility: in “Rehabilitation Centre for acquired disabilities” this facility is similar to Residential Home.

1.1 Residential Home

A Residential Home provides accommodation and care for people with learning disabilities and mental health problems, for example Down’s Syndrome, Autism or Mental retardation, Duchenne Muscular Dystrophy or Cerebral Palsy. The disability can be physical or mental and it can results from disease or by traumatic events like Stroke or car accidents.

A Residential Home offers single or double accommodation, games room, smoking area and many recreational facilities. The rooms of the Residents can be personalised by their objects.

The activities allow everyone to express their interests in relation on their residual capacities. The activities, for example, are: cinema, trips, visits, theatre, cooking lesson, gymnastic, reading’s activity ...

The main aim of these facility is to help the Residents to keep the residual capacity and the highest possible degree of autonomy.

1.2 Day Centre

People with special needs can also go to the Day Centre that provides services for people with learning disability who need daytime care and support or use whose carers need a break.

The aim of this facility is to improve the quality of life for the patients by creating opportunities for them. The activities are: art, crafts, physical exercise, cooking, gardening, relaxing, music.

Day Center are open every day from 9:00 am to 5:00 pm.

People who go to the day center can be accompanied by the relatives, parents, brothers, wife or husband; in many cases they are accompanied by volunteers.

These structures can be public or private, in any case there are a support for the family and for the person with disabilities.

Sitografia

<http://www.lastampa.it/2013/04/19/scienza/benessere/salute/>

<http://www.medicitalia.it/salute/ictus>

http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione

<http://cird.unive.it/dspace/bitstream>

Bibliografia

Libri di testo:

“Cultura Medico-Sanitaria” Antonella Bedendo

“Psicologia per il tecnico dei servizi sociali” Maria Bernanrdi , Anna Condolf

“Caring for people, English for Social Service” Donatella Bellomari , Loretta Valgiusti