

Il bambino mancino va corretto?

Vanno trattati solo i "falsi mancini", nei quali l'uso della sinistra si accompagna ad altri problemi evolutivi

La condizione attuale del bambino mancino è ben differente da quella in cui egli si trovava nella prima metà (e oltre) del nostro secolo. Oggi giorno, non si considera più il fenomeno del mancino come una disabilità da combattere, forzando il soggetto a utilizzare la mano destra, specie per la scrittura. Si tende, invece, a interpretare l'uso della mano, del piede, dell'occhio sinistri come una peculiare caratteristica di una percentuale della popolazione normale.

Come dimostrano recenti studi, i veri mancini, sono tra il 6 e il 10% della popolazione occidentale: bambini, adolescenti, e adulti compresi. Va detto, che un calcolo esatto della percentuale dei mancini non è facile; in molte ricerche (antecedenti agli anni 70) si sono confusi soggetti mancini con soggetti mal lateralizzati.

Che cosa significa soggetto "mal lateralizzato"? Significa

che la preferenza laterale, ossia l'uso prevalente e continuo di un emilato (destro o sinistro), che si esercita a livello della mano, del piede, dell'occhio, o dell'orecchio, non è costante. Questa oscillazione della scelta nell'uso dell'emilato destro o sinistro si può manifestare sotto due forme. La prima si realizza tra i diversi organi: ad esempio, il bambino è destrimane a livello dell'arto superiore, (ossia usa sempre la mano destra) mentre è mancino per il piede, o viceversa. La seconda forma di oscillazione consiste in una fluttuazione della scelta all'interno dello stesso organo; ad esempio, il bambino utilizza la mano sinistra per disegnare, mentre scrive con la destra. Non possiamo considerare questi bambini veri mancini, bensì bambini mal lateralizzati che possono essere sia prevalentemente mancini sia prevalentemente destrimani.

In effetti, attraverso alcune prove, si può calcolare il Quo-

ziente di Lateralità (QL) di un soggetto, che dà la misura della forza della dominanza laterale, destra o sinistra. Ad esempio, un QL di 100 corrisponderà a un soggetto pienamente destrimane, mentre un QL, di -100 a un "vero" mancino. Un QL di 70 apparterrà a un destrimane "debole", che svolge il 30% delle attività con la mano sinistra, mentre un QL di 50 evidenzierà un ambidestrismo.

Dalla disamina dei soggetti mal lateralizzati, emerge una correlazione con varie difficoltà di sviluppo nell'età infantile. In particolare si segnalano casi di maldestrezza, ritardi motori, difficoltà di apprendimento scolastico, balbuzie. Va comunque sottolineato, che non tutti i bambini mal lateralizzati presentano delle difficoltà, e che inoltre molti soggetti ben lateralizzati possono presentare questi stessi problemi.

Attualmente, la maggior parte dei neurologi, psicologi e pe-

Psicomotricità

dagogisti sono d'accordo nell'affermare che il mancino "vero" è una condizione che non comporta nessuna inferiorità né per le abilità motorie né per le abilità intellettive, ed è, in molti casi, la conseguenza di una particolare struttura anatomica del cervello.

Oltre ai veri mancini e ai bambini mal lateralizzati, vi sono anche i falsi mancini.

L'uso della mano sinistra, da parte di quest'ultimi, esprime sul piano funzionale, una delle manifestazioni di uno stato patologico pregresso. Una lesione della corteccia cerebrale o dei nervi periferici, conseguita durante o dopo la nascita per cause di vario ordine (traumatico, virale, epilettico ecc.), può provocare un deficit motorio di tutti e quattro gli arti, o di uno solo, o di metà corpo.

Può capitare, che un bambino "biologicamente destrimane", colpito all'arto destro, utilizzi istintivamente quello sinistro nelle attività più impegnative, per compensare le difficoltà riscontrate nell'uso del lato destro. Diventerà quindi un falso mancino, e, a seconda della gravità e dell'età in cui è subentrata la lesione, il bambino potrà sviluppare un'abilità più o meno buona. Difficilmente, comunque, raggiungerà un perfetto livello di coordinazione, identico a quello di un vero mancino, né si potrà raggiungere, con la sinistra, l'abilità che avrebbe dimostrato se avesse potuto usare il suo lato destro.

Alla luce di queste informazioni, il comportamento della famiglia e della scuola può seguire alcune indicazioni di fronte al bambino mancino. Innanzitutto si cercherà di valutare, tramite una visita neurológica e un esame psicomotorio, la qualità del mancinosimo, ossia se si tratta di un vero mancino o di un bambino mal lateralizzato.

Nel primo caso (mancino vero), il bambino non va corretto per nessun motivo. Sarebbe come obbligare un destrimane a usare la mano sinistra. La costrizione, oltre che provocare disagio, potrebbe generare effetti negativi sul comportamento generale del bambino: comparsa di tic, balbuzie, maldestrezza e disturbi emotivi. Va comunque detto che non tutti i mancini veri, che sono stati corretti in passato hanno necessariamente avuto questi problemi. La correzione del mancinosimo è un rischio che è meglio non far correre al bambino, e che potrebbe disturbare il suo equilibrio psicofisico.

Nel secondo caso (bambini mal lateralizzati), si tratterà di valutare, con l'aiuto di un'équipe medico-psicologica, se la cattiva lateralizzazione non si accompagni ad altri problemi evolutivi: ad esempio, maldestrezza o ritardi nella comparsa del disegno; in questo caso, sarà opportuno intervenire con un'azione preventiva-riabilitativa, specialmente per quanto riguarda i disturbi dell'apprendimento scolastico. Un'educazione psicomotoria praticata da esperti nella scuola materna o, nei casi più difficili, una terapia psicomotoria potranno aiutare il piccolo ad armonizzare il suo sviluppo. Solo eccezionalmente si correggerà o si aiuterà il bambino a scegliere la mano dominante per le attività della vita quotidiana e, se in grado di apprendere, anche per la scrittura. In genere, le situazioni in cui il bambino non è in grado di lateralizzarsi, sono sempre gravi (ad esempio, insufficienza mentale profonda), per cui il problema della lateralità rappresenta solo uno dei sintomi di uno stato globale di disorganizzazione mentale e psicomotoria.

(Anne-Marie Wille,
Istituto di Psicomotricità)

Si definiscono "convulsioni febbri" le crisi convulsive che insorgono nel corso di un rialzo termico superiore a 38,5°, in un'età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, in soggetti che non presentino al di fuori della crisi alterazioni elettro-

cezionali le convulsioni febbri dopo i 5 anni, e non sono considerate, neanche in ipotesi, le convulsioni febbri dopo i 7 anni.

Se è vero che le convulsioni febbri costituiscono una peculiarità esclusiva di una determinata età (la seconda in-

fattore predisponente non definito. Sono state paragonate a una forma molto particolare di epilessia riflessa che si può ottenere, solo in un periodo ristrettissimo della vita, in un ceppo di topolini, sottoposti a uno stimolo sonoro di una particolare lunghezza d'onda.

Le convulsioni febbri

Sono tra le più comuni patologie di rilievo
tra i 6 mesi e i 6 anni di vita

encefalografiche di tipo epilettico. Si calcola che circa il 5% dei bambini presentino una o più crisi convulsive in corso di febbre. Le convulsioni sono le più comuni tra le manifestazioni critiche del bambino e tra le più comuni patologie di rilievo in questa età della vita.

Questo evento esprime una particolare capacità e un particolare modo di risposta del cervello alla febbre in una determinata fase della sua evoluzione: tale fase si situa in un periodo abbastanza preciso, grosso modo tra il compimento del 12° mese e il compimento del 5° anno di vita. Sono rare le convulsioni febbri prima dei 12 mesi, e non ce ne sono affatto prima dei 6 mesi. All'estremo opposto, sono ec-

fanzia, e età dei giochi, o età prescolare) non è però vero che tutti i bambini di questa età possano essere considerati "a rischio" di convulsioni febbri: in effetti si ritiene che questa patologia colpisca dei soggetti comunque predisposti, come suggerisce la facilità delle recidive e la relativamente alta frequenza di convulsioni febbri nei genitori o in fratelli dei pazienti con questo sintomo. Questa predisposizione non ha a che fare con l'epilessia, che pure ha una componente familiare, distinta però da quella delle convulsioni febbri. Queste ultime vanno considerate dunque come espressione di un particolare tipo di risposta dell'encefalo alla febbre, condizionata dall'età e da qualche

Come si manifestano

La crisi convulsiva è uguale a una crisi epilettica: perdita della coscienza, convulsioni subentranti, irrigidimento della muscolatura di tutto il corpo, difficoltà a respirare. Un evento di questo tipo è altamente drammatico e non può non spaventare i genitori del bambino (si ricordi che l'epilessia era considerata "morbo sacro" certamente anche perché il malato, durante la crisi appare posseduto da qualcosa di più forte di lui e di chi lo assiste): e in verità se la crisi dura a lungo viene senza dubbio considerata pericolosa. I pericoli sono due: la insufficiente ossigenazione e la sofferenza dell'encefalo.

Insufficiente ossigenazione
Durante le convulsioni gli atti

Nei bambini "a rischio" si possono prevenire con un intervento antipiretico

Le convulsioni febbri

respiratori risultano incoordinati, scarsamente efficaci e a volte quasi impossibili.

Sofferenza dell'encefalo Nel corso della crisi convulsiva, il cervello, la cui attività elettrica risulta marcatamente alterata, va incontro a una sofferenza circolatoria e a un aumentato consumo di zucchero, che si accompagnano a una imbibizione edematosa, che a sua volta disturba localmente la nutrizione di qualche area critica.

Per questi motivi, ogni convulsione (la convulsione febbrale, come la convulsione epilettica) va interrotta prima possibile.

Va detto subito che, nella maggior parte dei casi, la convulsione febbrale si esaurisce da sola nel giro di pochi minuti. Può però accadere, e va evitato, che si protragga invece per molti minuti, anche per mezz'ora o più (si parla allora di "stato di male"): sono queste in realtà le convulsioni veramente pericolose, e questo è il motivo per cui, ove manchi la possibilità di interrompere l'accesso, il piccolo va portato d'urgenza in ospedale, fin dall'inizio della crisi: tanto meglio se questa si esaurirà per strada. Il modo ormai classico per interrompere l'accesso convulsivo (qualsunque accesso convulsivo) è quello di una iniezione endovenosa di benzodiazepine. Il farmaco più usato è il diazepam (Valium,

Ansiolin, Noan, Vatran) iniettato per via endovenosa. Poiché si è visto che la somministrazione per clisma consente di ottenere un effetto altrettanto efficace, è ormai regola insegnare ai genitori dei bambini che hanno avuto un primo attacco (e che, come vedremo, hanno una probabilità su 3 che il loro bambino ne abbia in avvenire, un secondo) a eseguire questa semplice manovra, preparando estemporaneamente un microclisma. In genere si fornisce loro sia il materiale che la fiala (che comunque può essere acquistata in farmacia); con una piccola siringa da insulina, senz'ago, sarà facile introdurre nel recto un centimetro cubico di sostanza (in genere questa è la quantità necessaria): quanto basta, nella grandissima maggioranza dei casi, a interrompere prontamente l'accesso. Come abbiamo detto, l'episodio non può mancare di spaventare i genitori, a volte persino di terrorizzarli e, sebbene nella maggior parte dei casi le istruzioni che abbiamo dato siano sufficienti anche per rimuovere la paura (proprio perché danno ai genitori la consapevolezza di "poter far qualcosa"), in qualche caso questo non è possibile, o perché già il primo evento è stato grave, o per qualsiasi altro motivo di carattere emozionale, sociale, relazionale caratteristico della famiglia.

In questi casi, così come nei casi ad alta recidivanza delle convulsioni (cioè dopo il secondo, il terzo, il quarto attacco) si preferisce mettere il piccolo paziente sotto un "ombrello" farmacologico: lo si tratta cioè come se avesse un'epilessia, con farmaci come i barbiturici o il valproato di sodio, somministrati ogni giorno, per un periodo sufficiente a superare l'età del rischio. A parte questa decisione, che viene riservata ormai a pochi casi, e che va presa di comune accordo tra medico e famiglia, soppesando i pro e i contro della scelta, sarà in ogni modo opportuno che la famiglia metta in opera un intervento antipiretico energico a ogni episodio febbrale. Si è visto che un trattamento pieno, con un dosaggio di acido acetilsalicilico (la comune Aspirina) di 20 milligrammi per chilo 4 volte al giorno, dato dall'inizio dello stato febbrale è sufficiente a far dimezzare il rischio di recidiva delle convulsioni febbri (dal 30% al 15%); naturalmente anche con altri farmaci antifebbri, come il dipiridamolo, a dosaggi simili e a frequenza simile, si possono prevedere analoghi risultati. E' importante comunque che, nei bambini che hanno già avuto un attacco, il trattamento antipiretico sia continuo e non legato "al bisogno". Le convulsioni febbri, infatti, hanno la caratte-