



# Ricerca in Riabilitazione



Periodico di aggiornamento scientifico  
Anno 10° - N° 1 - Dicembre 2001  
ISSN 1592-6222

## EDITORIALE

### Riabilitazione cognitiva e riabilitazione motoria: sono davvero due?

di Luigi Tesio  
ltesio@fsm.it

In questo numero sono ospitati due articoli di argomento neuropsicologico. Vi si parla di emi-inattenzione e di aprassia: due sindromi frequenti che conseguono a lesioni dell'emisfero destro e sinistro, rispettivamente. Questi articoli non sono un omaggio alla tradizionale distinzione fra riabilitazione motoria e cognitiva. Al contrario, essi colgono dalla letteratura internazionale il disagio per la mancanza di strumenti di valutazione dell'impatto comportamentale di disordini neuropsicologici ed anche di proposte terapeutiche che producano risultati generalizzabili al di fuori del contesto di cura.

Un problema riconosciuto come tale e ben descritto, si sa, è un problema già risolto per metà. Gli stessi articoli ci portano esempi di lavori che dimostrano come un approccio sia valutativo, sia terapeutico, che integri prestazioni "mentali" e prestazioni "motorie" – perfino gesti complessi di vita quotidiana – possa portare risultati insperati. Questi risultati possono persino farci capire qualche cosa di più sia sulla mente, sia sul movimento.

Per definizione la "abilità" deriva dalla interazione fra attività attribuibili soltanto alla persona nel suo complesso.

Nella persona disabile il cuore può pompare poco sangue, un muscolo può produrre poca forza, ma soltanto il suo "io" intero – non una parte psichica o fisica – può soffrire di difficoltà nel comunicare, nel salire le scale, nel vestirsi. L'esercizio – strumento principale dell'armamentario riabilitativo – presuppone anch'esso una persona intera che capisca, accetti ed esegua quanto le viene richiesto. È davvero difficile immaginare esercizi esclusivamente cognitivi invece che motori. Dunque da questi articoli i riabilitatori dovrebbero essere stimolati ed anche confortati nella loro scelta per la propria disciplina. La Medicina Riabilitativa è sì radicata – come tutta la Medicina moderna e contemporanea – nella biologia sperimentale,

ma nei metodi e ancor più negli scopi essa vuole essere soprattutto Medicina "della persona disabile" nella sua unità. Proprio per questa pretesa essa corre particolari rischi di perdita di identità rispetto sia alle discipline bio-mediche "d'organo" sia rispetto ad altre scienze umane e sociali (1).

Quanto si può estendere l'ipotesi che alterazioni cognitive e motorie siano esplorabili non soltanto di per sé sole, ma anche attraverso le loro interazioni reciproche? In che misura la psico-metria va considerata soltanto la branca più matura di una disciplina che la comprende al suo interno e che forse dovrebbe essere definita "comportamento-metria" o "persono-metria"? Forse si può, in misura superiore a quanto si crede comunemente.

In un articolo recente (2) è stata costruita una scala di misura di gravità del ritardo mentale profondo.

In questi pazienti non è possibile esplorare la "mente" con test psicologici convenzionali: mancano requisiti pur minimi di contattabilità e di capacità comunicative. La dipendenza è pressoché totale e il comportamento motorio è primitivo e spesso alterato in modo confondente da gravi comorbidità come epilessia, tetraparesi, cecità, autismo. Ma quel che di motorio si vede riesce ugualmente a rivelare che una mente rimane e che ne sono distinguibili livelli più o meno gravi di "ritardo". Non c'era scelta dunque: un test psicometrico a) non poteva che essere comunque un test sulle attività motorie b) definite in modo molto generale (alimentazione, vestizione, locomozione, controllo sfinterico ecc.) e c) quantificate per la loro capacità di suggerire un retroterra di intenzionalità più che per il loro successo prestazionale. Della vestizione, per esempio, la scala rileva soltanto se il paziente almeno tenti di collaborare o meno. È difficile immaginare una patologia in cui l'attività mentale appaia più inaccessibile all'osservazione, pur in presenza di vigilanza e di un'attività motoria anche intensa. Eppure anche in questo caso una qualche misura della "mente" si è ottenuta attraverso l'osservazione del movimento. Neuropsicologia e biomeccanica non sono poi così lontane fra loro, se sono viste in una prospettiva di riabilitazione.

- (1) Tesio L. *La bio-medicina fra scienza e assistenza. Medicina riabilitativa: scienza dell'assistenza*. Il Nuovo Areopago 1995;14,2:80-105  
(2) Tesio L, Valsecchi MR, Sala M, Guzzon P, Battaglia MA. *Level of activity in profound/severe mental retardation (LAPMER): A Rasch-derived scale of disability*. J ap- pl Meas 2002;3,1:51-85

### Aprassia e disabilità: indipendenti o correlate?

di Nicola Smania  
nicola.smania@univr.it

L'aprassia è un disturbo neuropsicologico che si manifesta con l'incapacità di eseguire gesti su imitazione o su comando verbale. Essa è una delle più singolari espressioni cliniche dell'ictus cerebrale e di altre patologie a carico degli emisferi cerebrali. Il paziente aprassico, se cimentato nell'effettuazione di un gesto anche molto semplice (fare il segno della croce, fare il saluto militare ecc.), commette errori che vanno dalla semplice esitazione, al sovvertimento della sequenza motoria, fino alla destrutturazione completa del gesto che diviene irrecognoscibile. Il disturbo prassico, per definizione, non dipende da deficit sensitivo-motori, né da deficit cognitivi che in qualche modo possano interferire con la comprensione di un ordine motorio. L'elemento più sorprendente dell'aprassia è forse il fatto che il disturbo evidenziabile durante l'esame clinico tenda ad attenuarsi in situazioni abituali. Per esempio il paziente che non riesce a fare il segno della croce su richiesta del medico riuscirà a farlo senza alcuna difficoltà all'ingresso in una chiesa. Inoltre il disturbo tende ad attenuarsi spontaneamente con il passare del tempo. Questi due motivi di certo hanno contribuito a far sì che il mondo riabilitativo sottovalutasse l'impatto dell'aprassia sulla disabilità complessiva del paziente. Si deve poi aggiungere che l'aprassia si presenta ben raramente da sola poiché di solito si accompagna a disturbi motori e comunicativi (emiplegia e afasia) ancor più gravi e che monopolizzano le attenzioni assistenziali. Quali che ne siano i motivi si ha l'impressione che il mondo riabilitativo tardi nel proporre strategie di intervento terapeutico specifiche.

Remano contro anche diversi lavori autorevoli. In uno (1), per esempio, si legge che *"l'aprassia si manifesta solo in condizioni di test e non limita il paziente nell'uso spontaneo degli arti. Ciò rende inutile nella maggior parte dei casi un approccio terapeutico"*. Altri affermano con decisione che nella vita di tutti i giorni, proprio grazie al contesto facilitante, il disturbo svanisce ed il paziente è in grado di agire senza manifestare particolari difficoltà (2).