

Lezione 13

4 ESERCIZI DI CONFIDENZA
Arto Superiore 1^a parte



+
LOGOPEDIA BASE 



INDICE	
4.11 Trucchi: adeguare la presa della mano in situazioni difficili	Pag. 3
4.12 Cenni: non tecnica, ma scienza riabilitativa	Pag. 4
4.13 Cenni: qualcosa è andato storto!	Pag. 5
4.14 Esercizio: linguaggio scheda 4 “comprensione”	Pag. 6

“L’unico vero viaggio, l’unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi, vedere l’universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è.”

Marcel Proust

4.11 TRUCCHI DEL MESTIERE

Adeguare la presa della mano in situazioni difficili

 [Guarda Il Video](#)

È possibile che ci siano delle situazioni in cui effettuare la presa come vi ho spiegato risulta molto difficile, più il terapeuta prova e più **la mano del paziente è ingestibile, come fare?**

Vi do alcuni suggerimenti:

A) **Iniziate la sessione degli esercizi con quelli dedicati alle dita**, otterrete un adattamento del tono della muscolatura che vi permetterà una presa più agevole

B) Come vi sarete accorti quando la mano è molto rigida, lo è anche il polso, quindi per effettuare la presa in condizioni difficili, suggerisco al terapeuta di flettere il polso ed **eseguire i movimenti richiesti dall'esercizio con il polso flesso**.

C) trovandoci ora all'interno degli esercizi di confidenza, stiamo nelle prime fasi del trattamento ed è molto probabile che se il paziente soffre di ipertono, il terapeuta non sia in grado di effettuare una presa decente, in questo caso, sorvolate pure per questi primi tempi, ovvero eseguite il movimento richiesto dall'esercizio e lasciate pure che la mano del paziente rimanga chiusa. Almeno per queste prime fasi del trattamento.



4.12 CENNI DI TEORIA

Non tecnica, ma scienza riabilitativa

 [Guarda Il Video](#)

Sono passati ormai 40 anni da quei primi passi che hanno aperto la strada a quella che oggi prende il nome di Riabilitazione Neurocognitiva, meglio conosciuta come Metodo Perfetti o Esercizio Terapeutico Conoscitivo, Le conoscenze scientifiche hanno continuato ad evolversi in modo davvero straordinario, anche grazie allo sviluppo della tecnologia che ci ha permesso di vedere cosa succedesse davvero nel cervello, come la risonanza magnetica funzionale e gli altri strumenti.



In questi ultimi 40 anni nei vari campi del sapere avvenivano anno dopo anno scoperte sempre più eccezionali sul funzionamento del cervello umano e la Riabilitazione Neurocognitiva si arricchiva di tali scoperte per rendere il lavoro sul paziente sempre più accurato ed efficace, per questo è inappropriato parlare di metodica o tecnica nei confronti della **Riabilitazione Neurocognitiva**, perché non si tratta di un insieme di manovre già confezionate, **è lo specchio della scienze mediche che producono ogni giorno nuovo sapere**, per questo è opportuno parlare di **vera e propria scienza riabilitativa**.

Per correttezza linguistica quindi d'ora in poi parleremo del metodo Perfetti chiamandola Riabilitazione Neurocognitiva, mantenendo implicito il tributo che merita il Genio del Prof. Perfetti, è lui stesso inoltre a preferire quest'ultima denominazione!

4.13 CENNI DI TEORIA

Qualcosa è andato storto!

 [Guarda Il Video](#)

Si qualcosa deve essere andato storto, perché vi ho parlato poco fa di un processo di evoluzione che ha subito la riabilitazione negli ultimi 300 anni, vi ricordate?



Prima che si scoprisse l'importanza che i muscoli assumessero per il movimento, la riabilitazione si limitava solo a spronare il paziente a muoversi e a stimolare la sua volontà di rimettersi in "moto", alla luce di quanto vi ho appena raccontato, questa modalità di fare riabilitazione dovrebbe essere superata ormai da qualche centinaio di anni per lasciare spazio alle nuove scoperte scientifiche, invece tutt'oggi negli ospedali e nelle cliniche possiamo trovare ancora questo metodo, figuratevi che c'è un metodo Americano che recentemente è molto in voga, si chiama CIMT ovvero Terapia della Costrizione Indotta dei Movimenti, questa tecnica prevede di legare l'arto sano per costringere il malato ad usare l'arto colpito dalla paralisi, spesso ci piace importare dagli Stati Uniti, ma dobbiamo considerare che se fosse stato così semplice, non ci sarebbe nemmeno stato bisogno di legarlo l'arto, l'uso sarebbe venuto da se! Ma al di là della CIMT l'approccio motivazionale è largamente usato, ad esempio semplicemente quando vediamo i terapeuti far camminare un malato di ictus, forzatamente magari con l'aiuto di un altro paio di colleghi che lo sostengono, il poveretto non ha il minimo controllo e percezione di metà parte del corpo, ma viene incentivato a muoversi lo stesso causando spesso la comparsa di fenomeni patologici come la spasticità. Per ovviare al problema della rigidità dei muscoli che matematicamente compare con un lavoro di questo tipo, vengono proposte soluzioni ingenui e goffi come le molle per mantenere i piedi "dritti", le tavolette per sostenere le mani aperte "splint" ed il botulino per RI-paralizzare i muscoli spastici.

In seguito a questa visione basata sulla sola volontà, verso la fine del 1700 abbiamo ricordato il nostro connazionale Galvani che conduceva i primi studi sui muscoli e sulla loro capacità di contrarsi se attraversati dalla corrente, queste diedero il via ad una riabilitazione basata sul rinforzo muscolare. Ma anche questo tipo di approccio che se, utilizzato nei confronti di un semplice trauma di ginocchio può comunque non creare grandi problemi, se proposto allo sfortunato colpito d ictus, può comprometterne il futuro recupero, infatti il rinforzo muscolare non fa altro che accentuare la spasticità, e purtroppo avrete constatato da voi credo, che questa proposta è ancora molto viva, e come hai visto prima non è un problema solo italiano, anzi!

Ripercorrendo ancora il percorso storico che ti ho illustrato prima, abbiamo visto che intorno alla metà del 1900, Sherrington dimostrò l'importanza dei riflessi per il movimento, allora da quegli studi nacquero le metodiche neuromotorie come il metodo Bobath, Kabat e Vojta che

intervenivano sui riflessi oltre che sui muscoli, devo dire che è stato un gran bel balzo in avanti, ma ancora non era stata considerata l'importanza dei processi mentali per l'organizzazione del movimento pertanto queste tecniche non erano complete, anche in questo caso sono attività che ancora vengono utilizzate da alcuni terapeuti, molti direi.

La domanda è:

Se l'evoluzione della scienza ci ha portato a considerare importante per il recupero, una riabilitazione che si occupi anche dei processi cognitivi e mentali, se l'esperienza di studiosi e scienziati negli ultimi decenni ha confermato tale osservazione, ma soprattutto se il buon senso ci porta a dire che dopo un ictus che danneggia il cervello se vogliamo recuperare dobbiamo considerare le funzioni cervello oltre ai muscoli e ai riflessi, **perché tutt'oggi sussiste tale ritardo nella nostra riabilitazione?**

Ci ho pensato molto e le motivazioni sono di diversa natura, ma prima di tutto vorrei dirvi che personalmente non credo ci sia cattiveria dietro tutto questo o malafede, se anche voi avete ricevuto quei tipi di trattamento di cui vi ho parlato prima e vi sentite indignati, dovete pensare che non c'è stata intenzionalità di danneggiarvi, si tratta di un ritardo nella formazione, nella cultura e nel sistema di assistenza.

Nel sistema di assistenza sanitaria, perché tutto viene valutato in termini di tempo e di denaro, quindi minor tempo di ricovero, corrisponde a minor spese per le casse, quindi anche le scelte terapeutiche sembrano obbligate, mettere in piedi il malato alla svelta e a tutti i costi, e le tecniche che usano la volontà, il rinforzo ed i riflessi si prestano a questo ragionamento della quantità, seguire la riabilitazione Neurocognitiva significherebbe rispettare i tempi del nostro organismo per lasciargli il tempo di recuperare guidandolo con esercizi che gli permettano di non far comparire i fenomeni patologici quali la spasticità, e di ottenere un miglior recupero di qualità.

Effettivamente in questa scelta purtroppo c'è un controsenso perché chi riceve una riabilitazione non adeguata, difficilmente ritornerà produttivo per la società e avrà sempre bisogno di assistenza gravando sulle casse dello stato e della famiglia in quantità maggiore di quanto non avverrebbe fatto se avesse ricevuto dall'inizio il trattamento adeguato.

A questo problema legato al sistema assistenziale se ne aggiunge uno culturale, dal quale è molto difficile uscirne, infatti culturalmente siamo portati ad interpretare il nostro corpo comunemente come una macchina e come tale siamo portati a cercare di "ripararla" agendo sui "pezzi", in questo caso muscoli e articolazioni, senza considerare gli aspetti invisibili delle funzioni mentali che permettono il movimento, ma che se non coinvolte negli esercizi non possono portare ad un recupero di qualità, perché un ictus è quello che danneggia, anche se ci riesce più semplice pensare che il problema sia nella gamba e nel braccio.

Ma fortunatamente il ritardo di cui vi parlo, non è assoluto, infatti ci sono molti colleghi davvero in gamba che si occupano di Riabilitazione Neurocognitiva, in tutto il mondo, anche se molto pochi ed in minoranza. Vi svelo una curiosità che dovrebbe farci riflettere, la riabilitazione neurocognitiva così come ve la racconto, nasce in Italia dal genio del luminaire Prof. Carlo Perfetti, ma è proprio in Italia che incontra le maggiori resistenze, infatti negli ultimi anni il Giappone sta imparando questa scienza e ad oggi conta molti più terapisti che

effettuano la Riabilitazione Neurocognitiva di quelli Italiani, stessa cosa sta avvenendo in Germania, Corea, Spagna e Sud America.

È proprio vero: *nemo propheta in patria*

4.14 Linguaggio Scheda 4 "comprensione"



Domanda: La domanda che il terapeuta farà al paziente sarà:

"La Donna mangia/ guarda il/la pollo/torta ?"



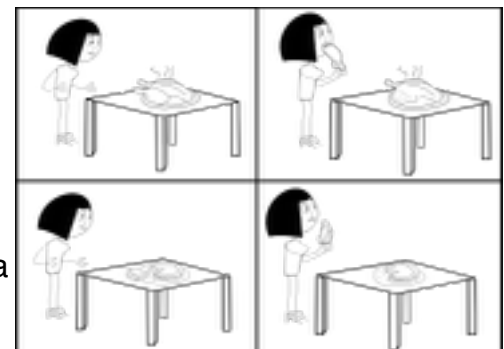
In breve: Attraverso questa quarta scheda, il paziente dovrà dire se la domanda del terapeuta è corretta o sbagliata, utilizzando il sì e il no.

Variabili: 2 vignette o 4 a seconda delle difficoltà del paziente

Scheda: <http://www.riabilitazione-ictus-cerebrale.it/pdf/schede/scheda-4-4985JKDJH4.pdf>

Esecuzione:

- Il terapeuta preparerà sul leggio la scheda 1 dove sono rappresentate le 4 immagini con a donna che mangia o guarda il pollo o la torta, questa scheda rappresenterà il "mondo" comune visibile ad entrambi.
- Il terapeuta esporrà il compito ad es. :*" Vedi queste figure?"* e mentre indicate ciascuna figura :*" La donna mangia il pollo, La donna mangia la torta, La donna guarda il pollo, la donna guarda la torta"* ora provo ad indovinare"
- La modalità di esecuzione è la stessa che avete eseguito con le schede precedenti.



Prossima lezione

5.1 Esercizio: “Riconoscimento posizioni per il gomito”

Pag. 3