

ASSOCIAZIONE RICERCA SULLE CEREBROPOTENZIALITA'

o.n.l.u.s. iscritta al registro regionale VR/0278, codice
fiscale 93087110230

Via San Zeno in Monte 23, 37129 Verona (Italy) - Tel. 045 8008796 - Fax. 045
8026747 - E-mail aerreci@aerreci.org



[A.R.C. - I NOSTRI
FIGLI](#)
[è su facebook](#)

Da M.Bottos, T.Berry Brazelton, A.Ferrari, B.Dalla Barba, F.Zacchello (a
cura di),
"Neurolesioni infantili, diagnosi e trattamento precoci",
Liviana editrice spa 1989, pp.253-255

DIECI ANNI DI ESPERIENZA NEL SERVIZIO DI DIAGNOSTICA E TERAPIA NEUROMOTORIA PER LE PARALISI CEREBRALI INFANTILI PRESSO L'OPERA DON CALABRIA DI VERONA E MILANO

Mario Castagnini

Centro Medico Sociale "Claudio Santi", Opera D.Calabria Via
Roveggia, 41 - Verona

[HOME](#)

[IL CENTRO](#)

[PROPOSTA
DIAGNOSTICO
RIABILITATIVA
RIEDUCATIVA](#)

[COSA E'
IMPORTANTE
SAPERE](#)

[FORMAZIONE](#)

[RICERCA](#)

[PUBBLICAZIONI](#)

[PER I
GENITORI](#)

[VITA
ASSOCIATIVA](#)

[PROGETTI](#)

[PER
RIFLETTERE](#)

[LINK](#)

E' da tutti ammessa l'estrema importanza della diagnosi precoce per le neurolesioni del periodo perinatale.

Ogni ritardo comporta gravi conseguenze difficilmente recuperabili, in quanto la lesione cerebrale in epoca perinatale compromette la abituale maturazione evolutiva del bambino.

Le aree corticali deputate alla organizzazione motoria, oltre ad essere danneggiate per i collegamenti con l sede di lesione primaria, ricevendo dalla periferia afferenze ed informazioni di atteggiamenti patologici, saranno per questo stesso motivo ulteriormente condizionate ad uno sviluppo che possiamo definire quantomeno anormale.

Vi è dunque un rapporto di proporzionalità diretta tra momento della lesioni, momento della diagnosi e momento della terapia, in relazione alla gravità delle conseguenze, alle potenzialità di ricupero e alle possibilità terapeutiche.

In questi ultimi dieci anni sono stati inviati ai nostri centri di Verona e Milano solo 41 bambini di età compresa tra 0 e 3 mesi per le necessarie cure in quanto severamente minacciati di futuro sviluppo motorio:

39 sono attualmente normali

2 non hanno ottenuto buoni risultati, uno di essi è deceduto per altre cause.

Sono giunti inoltre 70 bambini di età compresa tra i 4 e gli 8 mesi: il 10% di essi non ha più bisogno di cure neuromotorie; si trattava però di bambini in cui la presenza di patologia era incerta fin dall'inizio (7 bambini borderline). Il 90% di essi è ancora in terapia.

Tutti gli altri bambini sono giunti a noi ad un'età superiore ai 9 mesi: non hanno avuto che relativi miglioramenti, rimangono gravi o con indipendenza motoria molto limitata.

TAB. 1

Età di inizio della terapia	0-3 mesi	4-8 mesi	oltre i 9 mesi
n. bambini	41	70	tutti gli altri
% bambini che necessitano ancora di terapia	5%	90%	100%

Dobbiamo fare ancora una osservazione circa la percentuale di trattamenti in relazione all'età eseguiti abitualmente nei nostri ambulatori. Su 20 trattamenti giornalieri, 17 vengono eseguiti a bambini in età compresa tra 9 mesi e dieci anni; 1 trattamento a bambini oltre i 10 anni; 1 trattamento a bambini dai 7 a 8 mesi; 0,7 trattamenti a bambini da 4 a 6 mesi; 0,3 trattamenti solo, a bambini da 0 a 3 mesi.

TAB. 2

Percentuale di frequenza per età su 20 trattamenti giornalieri

0,3/20	da 0 a 3 mesi
0,7/20	da 4 a 6 mesi
1/20	da 7 a 8 mesi
17/20	da 9 mesi a 10 anni
1/20	oltre i 10 anni

Dalla nostra esperienza si imporrebbe un massiccio e doveroso sforzo perché il trattamento nei bambini sospetti di futuro sviluppo patologico sia iniziato prima del completamento del terzo mese.

L'applicazione precoce del principio locomotorio nella terapia delle paralisi cerebrali infantili si è dimostrato estremamente efficace non solo a curare l'aspetto prettamente motorio, ma anche a prevenire tutta una serie di affezioni e problemi collaterali abitualmente associati.

Siamo fermamente convinti della validità del principio locomotorio, ma nello stesso tempo ci differenziamo dalla tecnica Vojtiana così come ci è stata proposta almeno negli anni passati.

In base a esperienza, ricerca, osservazioni e controlli siamo giunti a formulare alcune conclusioni di interesse non solo teorico.

1. La terapia sarà tanto più efficace quanto meno pesantemente interferirà nel condizionare le risposte locomotorie spontanee. Quindi lo stimolo efficace è leggero, anche se fermo, e va gradualmente aumentato di intensità modulando le risposte del bambino.
2. Le risposte del bambino non sono e non devono essere ripetitive e stereotipate, anche se sono soggette a precise leggi chinesologiche.
3. Gli schemi applicati devono possedere un contenuto locomotorio spontaneo. Da ciò derivano almeno due conseguenze:
 - a) è indispensabile attendere le risposte mantenendo lo stimolo a lungo senza l'ansia o la preoccupazione delle

risposte stesse.

b) possono essere studiati e applicati con frutto anche altri schemi o varianti agli schemi stessi purché il contenuto locomotorio e la spontaneità delle risposte siano rispettati.

4. La impostazione posturale adeguata per un determinato schema non deve essere raggiunta categoricamente e ad ogni costo con ogni bambino. Ma soprattutto nei casi ove fossero presenti dismorfismi o retrazioni essa va preparata gradualmente applicando lo schema nel modo migliore possibile curando di non procurare dolore (le afferenze in questo caso non sarebbero per nulla chinesio-logiche).
5. La forza terapeutica dello schema è presente in tutte le varie fasi in cui esso si realizza. In altre parole ogni fotogramma dell'evolversi dello schema può essere preso come posizione di partenza nella impostazione del bambino per quello schema.
6. La applicazione terapeutica a piccolissimi, piccoli o adulti non è diversa se non per le variazioni logiche imposte dalla diversa situazione psicologica-affettiva-intellettuale, dalla possibilità di collaborazione (= disponibilità affettiva al trattamento) e dalle alterazioni, dismorfismi o posture coatte presenti.
7. Con i bambini oltre i sei mesi sarà necessario prevedere le possibili e abituali future alterazioni (retrazioni, lussazioni, scoliosi ...) e prevenirle con accorgimenti e varianti particolari.
8. Con i pazienti sopra l'anno di età il trattamento neuromotorio deve essere integrato anche con una forma di impegno che potremmo definire più che terapeutico, di tipo ludico-ginnico tendente a proteggere e rinforzare le conquiste fatte. Naturalmente occorre molta prudenza per non correre il rischio di ottenere l'effetto opposto.
9. L'esperienza e la necessità ci hanno spinto a studiare e realizzare alcuni schemi terapeutici nuovi e numerose varianti agli schemi noti: la posizione fondamentale da prono, le posizioni intermedie, le posizioni verticalizzanti ...
10. Soprattutto nel nostro lavoro abbiamo avuto modo di renderci conto che solo se il momento diagnostico-clinico e quello più strettamente terapeutico non vengono disgiunti in modo tale che siano persone diverse con compiti e responsabilità completamente distinti ad esercitarli, l'intervento nel campo della Paralisi cerebrale infantile potrà essere veramente efficace ed avere garanzie di ricerca e progresso scientifici.