

Il ruolo dei *deficit* cognitivi nell'attività lavorativa dei pazienti con sclerosi multipla

Flavia Mattioli

Unità di Neuropsicologia Clinica, ASST Spedali Civili, Brescia

La sclerosi multipla (SM), oltre a causare *deficit* motori e sensoriali nei pazienti, è responsabile di alcuni disturbi nelle abilità cognitive, in particolare della velocità nell'elaborare le informazioni, nella memoria, nell'attenzione e nelle capacità di *decision making*. Tali *deficit* si manifestano nel 45-60% dei casi ⁽¹⁾, anche se non sono ubiquitariamente riconosciuti e spesso insufficientemente diagnosticati.

I deficit cognitivi sono prevalentemente di lieve o media gravità, non configurando generalmente un vero e proprio quadro di demenza; tuttavia, interessano pazienti di tutte le tipologie di SM, dalle CIS (*Clinically Isolated Syndromes*), alle forme a ricadute e remissioni o progressive ⁽²⁾, con una maggiore frequenza e severità in queste ultime.

Di norma le funzioni linguistiche e le prassie non vengono interessate, così come le cosiddette abilità intellettive e di ragionamento non verbale; molto spesso, invece, vi sono nei pazienti difficoltà nella memoria epis-

dica, nell'attenzione, con conseguente perdita di informazioni o incapacità a portare avanti un doppio compito. Spesso coesistono deficit nelle capacità organizzative, con conseguente riduzione della capacità di organizzare il proprio lavoro, nella gestione della casa e delle decisioni complesse; infine, possono essere compromesse le abilità visuo-spaziali, con conseguente minore capacità di trovare immagini in scene complesse o di orientarsi velocemente negli spazi nuovi (Fig.1). È importante effettuare un'accurata valutazione delle funzioni cognitive in tutti i pazienti con SM, anche in assenza di un'evidente o riferita compromissione delle stesse da parte dei soggetti. Infatti, si è visto che la consapevolezza dei propri *deficit* cognitivi spesso non è del tutto obiettiva ed esiste una certa discrepanza tra quanto è autoriportato e quanto effettivamente si misura con una valutazione neuropsicologica formale ⁽³⁾.

La valutazione neuropsicologica consiste nella somministrazione di test

atti a misurare le abilità di memoria, attenzione, velocità di elaborazione delle informazioni, delle abilità visuo-spaziali ed esecutive. È possibile utilizzare batterie di test estese, come la batteria di Rao ⁽⁴⁾ o la MACFIMS ⁽⁵⁾ o batterie più brevi come la BICAMS ⁽⁶⁾. Inoltre esistono valutazioni mirate alle sole funzioni esecutive - DKEFS ⁽⁷⁾ ed altre che approfondiscono l'impatto funzionale della disabilità anche cognitiva della SM sulla vita sociale e personale dei pazienti ⁽⁸⁾ (Figg. 2, 3).

Rao Brief Repeatable Battery

- *Selective Reminding Test* con per memoria verbale,
- *Spatial Recall Test* per memoria spaziale,
- *Paced Auditory Serial Addition Test* (PASAT) per information processing speed
- *Symbol Digit Modality Test* (SDMT) per l'attenzione
- *World List Generation* per la fluency verbale su stimolo semantico.

I deficit cognitivi hanno un notevole impatto sulle abilità lavorative nei pazienti con SM ⁽⁹⁾, oltre che su altre funzioni sociali, quali la capacità di guidare l'automobile, di fare la spesa, di mantenere relazioni amicali.

Mentre nelle fasi avanzate della storia di malattia, caratterizzate da maggiore disabilità motoria, sono i disturbi mo-

tori (forza/destrezza/equilibrio), visivi, l'intolleranza al caldo ed i disturbi sfinterici a limitare le abilità lavorative dei pazienti con SM, nelle fasi iniziali sono proprio i lievi ed iniziali deficit cognitivi, che spesso sono sottostimati e sottodiagnosticati, che interferiscono con le capacità attentive, di organizzazione e di memorizzazione,

determinando una minore efficienza lavorativa, specie nelle attività non manuali, determinando spesso episodi di depressione o sensazione di fatica nei pazienti. Per questo motivo, un'accurata diagnosi di eventuali deficit cognitivi, associata ad una adeguata riabilitazione neuropsicologica, che si è dimostrata efficace nel migliora-

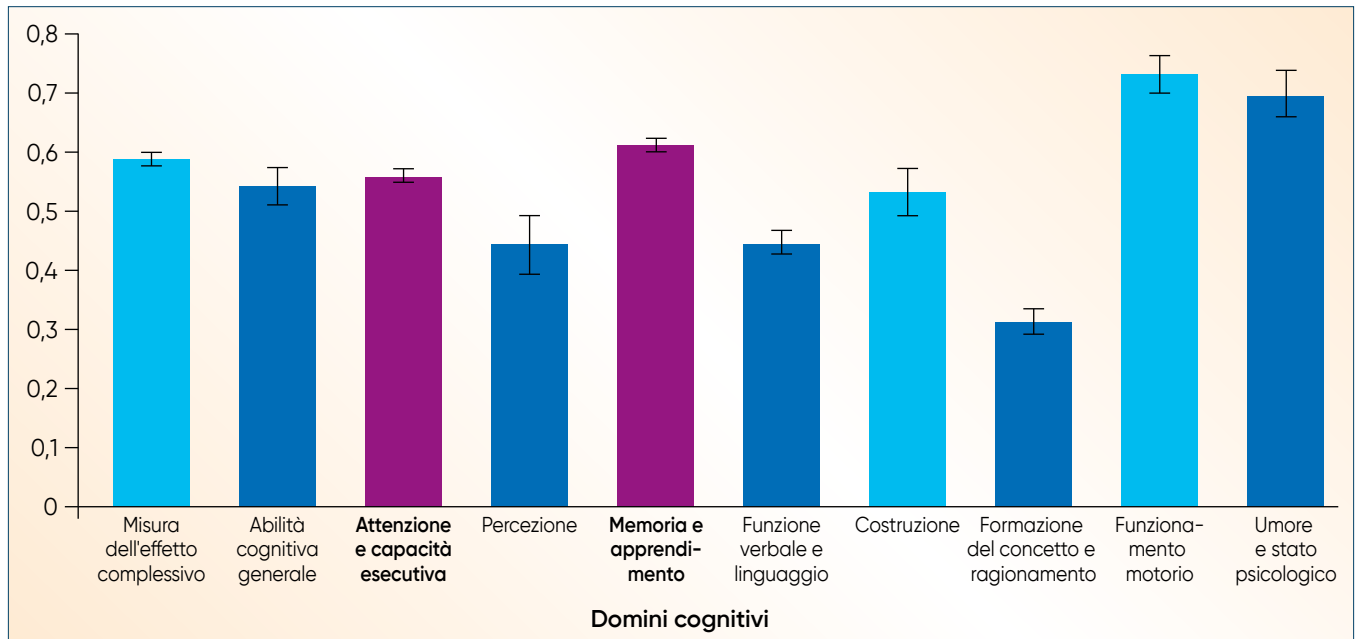


Figura 1. Domini cognitivi (mod. da Ref. 1).



Figura 2. Symbol Digit Modality Test.



Figura 3. D-KEFS Sorting test.

re tali *deficit*, è di grande utilità per il paziente ⁽¹⁰⁾, proprio per consentire il mantenimento dell'attività lavorativa o la possibilità di eventuali aggiustamenti (ad esempio, *part-time*, *home working*). Si è visto che, se le persone con SM che trovano almeno un lavoro nel mondo sono circa il 95%, le percentuali di mantenimento nel tempo dell'impiego si riducono molto; in particolare, negli Stati Uniti risultano essere del 23-32%, mentre in Europa del 51-80%. La situazione americana è ulteriormente complicata dal fatto che l'80% delle persone con SM che perdono il lavoro entro dieci anni dalla diagnosi sono a rischio di inadeguata pensione sociale. In Australia la "capacità

di trovare, mantenere a lungo termine un lavoro" (ICF d845) per i pazienti con SM è del 72,2% e l'"autosufficienza economica" (ICF d870) dell'83,1% ⁽¹¹⁾. Le politiche di *welfare* più inclusive della nostra nazione fortunatamente rappresentano un utile antidoto a queste situazioni presenti nel mondo, tuttavia è necessario a livello mondiale un approccio multiprofessionale, che preveda la collaborazione del neurologo, del neuropsicologo, del medico del lavoro, dei servizi sociali e delle associazioni, per ottimizzare quelli che oggi vengono considerati gli scopi della cosiddetta *Vocational Rehabilitation*, ovvero della riabilitazione alla propria vocazione lavorativa ottimale, con il

fine, per il paziente con SM, di mantenere o riottenere il proprio lavoro, poter effettuare un adeguato *training* per un lavoro alternativo oppure avere un percorso adeguato al pensionamento con eventuale riconoscimento di indennità.

In questo contesto, la valutazione delle funzioni cognitive e della cosiddetta disabilità invisibile è indispensabile tanto quanto la valutazione della disabilità motoria, più direttamente percepita, per poter definire quali abilità funzionino meglio o peggio per poter intervenire e guidare alla scelta della tipologia di lavoro più adatta al paziente, identificando quali compensi siano più utili per ciascuno ■

Bibliografia

1. Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2008;7(12):1139-51.
2. Ruano L, Portaccio E, Goretti B, et al. Age and disability drive cognitive impairment in multiple sclerosis across disease subtypes. *Mult Scler.* 2017;23(9):1258-67.
3. Stuifbergen AK, Morris M, Becker H, et al. Self-report versus performance measure in gauging level of function with multiple sclerosis. *Disabil Health J.* 2014;7(4):413-8.
4. Rao SM and the Cognitive Function Study Group of the National Multiple Sclerosis Society. (1990) A manual for the Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests in multiple sclerosis Medical College of Wisconsin: Milwaukee, WI.
5. Argento O, Incerti CC, Quartuccio ME, et al. The Italian validation of the Minimal Assessment of Cognitive Function in Multiple Sclerosis (MACFIMS) and the application of the Cognitive Impairment Index scoring procedure in MS patients. *Neurol Sci.* 2018;39(7):1237-44.
6. Corfield F, Langdon D. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Brief Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS). *Neurol Ther.* 2018;7(2):287-306.
7. Mattioli F, Stampatori C, Bellomi F, et al. Assessing executive function with the D-KEFS sorting test: normative data for a sample of the Italian adult population. *Neurol Sci.* 2014;35(12):1895-902.
8. Nowinski CJ, Miller DM, Cella D. Evolution of Patient-Reported Outcomes and Their Role in Multiple Sclerosis Clinical Trials. *Neurotherapeutics.* 2017;14(4):934-44.
9. Rao SM, Leo GJ, Ellington L, et al. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology.* 1991;41(5):692-6.
10. Mattioli F, Stampatori C, Scarpazza C, et al. Persistence of the effects of attention and executive functions intensive rehabilitation in relapsing remitting multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2012;1(4):168-73.
11. Khan F, Pallant JF. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. *Disabil Rehabil.* 2007;29(3):205-13.