

Le patologie del sistema nervoso centrale

Le patologie del SNC sono riconducibili a danni legati alle due vie deputate alla conduzione dei messaggi di movimento (piramidali e extrapiramidali) e a danni alle funzioni superiori:

Vie piramidali

segni di sofferenza delle vie primarie: **paralisi spastica** caratterizzata da

- assenza o carenza di movimenti volontari
- presenza di movimenti involontari
- iperriflessia (esagerata risposta alla stimolazione dei riflessi)
- disturbi della sensibilità
- disturbi neurovegetativi

Le lesioni delle vie piramidali possono portare: emiplegia (paralisi o difficoltà motoria di metà corpo in senso verticale), paraplegia (paralisi o difficoltà motoria degli arti inferiori e parte del tronco), tetraplegia (paralisi o difficoltà motoria degli arti superiori, del tronco e degli arti inferiori).

Emiplegia

È dovuta a una lesione dell'emisfero controlaterale ed è la prima causa al mondo di disabilità.

Cause di emiplegia:

- ictus
- emorragie
- traumi cranici
- tumori
- sclerosi multipla
- patologie cerebrali

Disturbi legati all'emiplegia:

- disturbi della motilità

- disturbi della sensibilità
- disturbi del carattere
- disturbi del campo visivo

L'emiplegia può essere caratterizzata da disturbi delle funzioni superiori, quali:

- afasia
- aprassia
- agnosia
- emianestesia (neglet)

Generalmente l'afasia è correlata da un'emiplegia destra (lesione dell'emisfero cerebrale sinistro: sede del controllo del linguaggio per i destrimani).

L'emianestesia è invece correlata ad un'emiplegia sinistra (lesione dell'emisfero cerebrale destro).

Il paziente emiplegico è una persona che presenta grandi bisogni assistenziali ma che nel tempo ha notevoli potenzialità di recupero. Una corretta assistenza nella prima fase è essenziale per favorire il recupero motorio. Inoltre, a fronte di un impegno iniziale importante, questo paziente potrà diventare una persona a basso carico assistenziale.

Obiettivi dell'assistenza al paziente emiplegico:

- prevenzione delle piaghe da decubito (controllare entrambi gli emisomi, il paziente si muove con difficoltà e presenta disturbi della sensibilità)
- prevenzione delle retrazioni muscolo-tendinee (essenziali le corrette posture a letto e in carrozzina)
- assistenza nei passaggi di postura
- assistenza nei passaggi letto-carrozzina e viceversa
- assistenza alla stazione eretta
- assistenza al cammino

utilizzo di ausili: archetto, materassi e cuscini antidecubito, quadripode, bastone, carrozzina, ecc.

Paraplegia e tetraplegia

Cause:

- sofferenza al midollo dovuto a traumi (incidenti, cadute, tuffi...) o compressione (tumori, ernie discali, restringimento del canale vertebrale)
- sofferenze dell'encefalo (cause pre-neonatali, patologie cerebrali)

Vie extrapiramidali

Malattia di Parkinson e Parkinsonismi

Queste patologie sono caratterizzate da sintomi come il tremore e la rigidità.

La malattia di Parkinson

Assistenza: nella prevenzione della sindrome ipocinetica occorre tenere presente i segni particolari della malattia e quindi:

- stimolare il paziente a muoversi spesso
- non mettere troppi cuscini sotto il capo per prevenire l'atteggiamento flessorio del capo
- porre attenzione durante l'assistenza al cammino all'insorgenza del freezing (i piedi sembrano incollati al terreno)
- ricordarsi che i passaggi negli spazi stretti possono scatenare il fenomeno del freezing e quindi essere occasione di caduta
- porre un ostacolo (anche il proprio piede) di fronte al piede del paziente in freezing per sbloccarlo e farlo ripartire. Può essere utile un bastone con una striscia di celluloido posta ad esse nella parte terminale dell'ausilio e insegnare al paziente a autostimolarsi in caso di freezing
- utilizzo degli ausili necessari

I Parkinsonismi

Col termine Parkinsonismo si intende un insieme di sintomi molto simili a quelli descritti per la malattia di Parkinson, ma non sono causati dalla carenza di dopamina. È frequente in età avanzata. Il tremore è anche intenzionale. La risposta a cure farmacologiche non è così evidente come nel caso della malattia di Parkinson. Gli accorgimenti durante l'assistenza non si differenziano da quanto già illustrato.

Alterazioni delle funzioni superiori

Afasia

Per afasia si intende un disturbo del linguaggio legato a una lesione cerebrale e non a disturbi degli organi di fonazione periferici (es. corde vocali). L'afasico può avere conservata una discreta comprensione con un eloquio assente, oppure avere un eloquio abbondantissimo ma privo di senso compiuto, con moltissime sfumature possibili tra le due possibilità.

Nell'assistenza è importante avere pazienza ancor più che in altre situazioni e porre domande semplici a cui sia possibile rispondere anche solo col cenno del capo (sì,no). A esempio quando si chiede cosa desidera per pranzo può essere utile presentare il menù molto lentamente per fare assimilare al paziente la lista e poi richiedere voce per voce la preferenza, oppure se il paziente cerca di dire qualche cosa e trova difficoltà lo si può aiutare passando in rassegna i bisogni primari (ha fame? sete? bisogno del bagno?).

È importante sapere che lentamente tra il paziente e le persone che lo accudiscono si instaura un rapporto che facilita la comprensione. È necessario ricordarsi sempre che il paziente afasico, anche quello con la comprensione più compromessa, ha un'ipersensibilità per le notizie che lo riguardano, per cui è importante non lasciarsi andare a commenti sullo stato di salute e possibilità di recupero del soggetto. La rieducazione del paziente afasico è compito del logopedista.

Negligenza spaziale unilaterale (Eminattenzione o Neglette)

Con il termine eminattenzione o negligenza spaziale unilaterale si intende l'incapacità del paziente emiplegico sinistro, a causa di una lesione dell'emisfero destro, di riconoscere lo spazio di sinistra. Ad esempio di fronte al titolo del giornale "Il Corriere della Sera" il paziente leggerà solo "della Sera" riducendo ulteriormente la lettura nel caso il giornale venga piegato. Non è un problema di campo visivo, ma di lesioni cerebrali. La conoscenza di questa problematica deve indurre ad assumere atteggiamenti consoni durante l'assistenza a questo paziente. Se il paziente va imboccato sarà bene porsi alla sua sinistra per stimolarlo e richiamarlo, appunto, verso questo spazio. Mentre se si lascia il pranzo o il tè sul carrello sarà utile porlo alla sua destra. Si può consigliare anche ai parenti di porsi alla sinistra del paziente, senza esasperare questo atteggiamento per non frustrarlo o demotivarlo con eventuali insuccessi.

Aprassia

Si intende con il termine aprassia l'incapacità di riprodurre meccanismi, procedure, gesti da mettere in atto per raggiungere un obiettivo: ad esempio vestirsi, utilizzare degli oggetti, fischiare ecc.

Esistono vari tipi di aprassia:

- Aprassia ideativa (il paziente non sa cosa fare)
- Aprassia ideomotoria (il paziente non sa come fare)
- Aprassia buccofacciale (difficoltà a fischiare, soffiare, parlare)
- Aprassia dell'abbigliamento (il paziente non riesce a seguire le corrette procedure per vestirsi)

Agnosia

Con il termine agnosia si intende un disturbo della percezione legato a un deficit dell'elaborazione dell'informazione a livello centrale:

- Emisomatoagnosia (mancato riconoscimento dell'emisoma plegico)
- Anosognosia (l'emiplegico non ammette l'esistenza dello stato di malattia)
- Prosopoagnosia (il paziente non riconosce i visi neanche delle persone care)

Demenza

Rispetto alla prevenzione della sindrome ipocinetica in pazienti affetti da demenza non ci sono obiettivi particolari da perseguire se non quelli presentati di volta in volta dallo stato del paziente in quel particolare momento. In particolare l'assistenza a questi pazienti richiede:

- supervisione e controllo
- stimolazioni al movimento
- interventi intensivi

Nella fase iniziale della malattia il paziente spesso presenta il fenomeno del wandering (vagabondaggio) per cui cammina incessantemente ed è quindi fondamentale un controllo continuo perché rischia di perdersi. Nella fase terminale la persona si muove pochissimo e diventa fondamentale la prevenzione dei danni causati dall'allettamento.

Sicuramente sono richiesti un particolare impegno e una preparazione mirata nell'approccio interpersonale a questo paziente. Vogliamo a questo proposito ricordare una particolare

esperienza di assistenza a malati affetti da demenza e in particolare dalla malattia di Alzheimer. Questa metodica è conosciuta internazionalmente come "GENTLE CARE" e nasce in Canada dal lavoro di una terapeuta: Moyra Jones. L'aspetto originale e profondamente innovativo di questo approccio consiste nel porre davvero al centro di ogni intervento la persona con la sua storia, i suoi interessi, le sue abitudini, cercando di evitare ogni occasione di turbativa per il paziente. Per rispettare questo mandato i pazienti non vengono mai contenuti e si cerca di allestire le camere in modo da ricreare per quanto possibile un ambiente simile al proprio domicilio arredandolo con oggetti personali favorendo anche il rapporto con animali domestici. Vanno evitate occasioni di disturbo come gli interfonni che possono agitare il paziente che non realizza la provenienza delle voci. Non si sottopone il paziente ad orari eccessivamente rigidi cercando di assecondare con intelligenza i disturbi indotti dalla malattia (sonno, senso di fame). La sicurezza di questi malati è affidata ad un'attenta e discreta vigilanza da parte del personale. Molte strutture specializzate nell'assistenza a malati con demenza (come i Nuclei Alzheimer) si ispirano a questa metodica per organizzare il proprio intervento assistenziale.