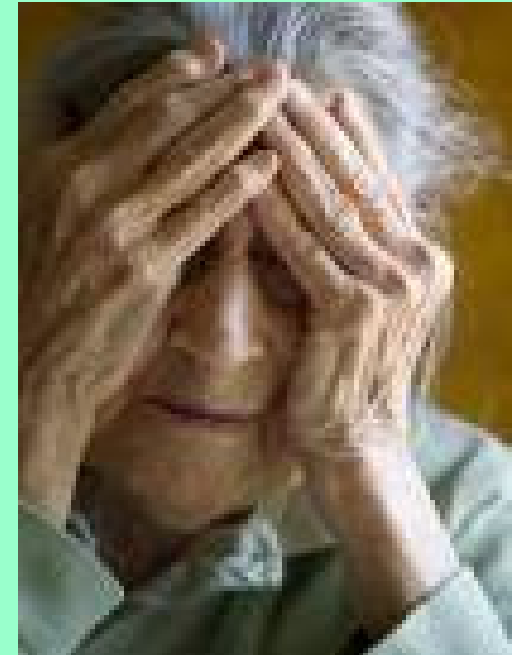


Modello cognitivo-percettivo

- Dolore cronico
- Eminegligenza
- Confusione mentale (acuta/cronica)
- Compromissione della memoria
- Disturbo della percezione sensoriale (visiva, uditiva, cinestetica, gustativa, tattile, olfattiva)





Tramite un'attenta osservazione del paziente è possibile identificare:

- L'**agnosia**, un disturbo percettivo in cui una persona **non è in grado di identificare un oggetto** nonostante la capacità di riconoscere i suoi elementi tattili e visivi (non è capace di riconoscere un utensile per alimentarsi o un ostacolo da evitare o il volto di una persona cara)

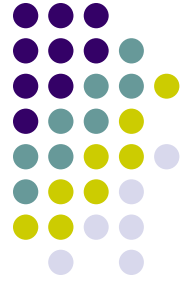
- L'**aprassia**, un disturbo a causa del quale la persona non è in grado di **svolgere atti motori intenzionali appresi precedentemente**, nonostante abbia la volontà di farlo e nonostante riesca a comprendere un'istruzione come "alzi la mano destra" (non riesce ad afferrare una forchetta per mangiare)

- condizione di sovraccarico sensoriale

- *wandering* (camminare senza meta)

- 
- la persona non avverte il senso della pressione, può non essere consapevole dei segni dovuti all'ipo-aflusso sanguigno, può non avvertire l'irritazione dovuta alla presenza di feci o urine, non avvertire il proprio braccio penzolante ...
 - incapacità di scorrere con lo sguardo, per cui l'occhio non è in grado di percepire gli oggetti in movimento
 - perdita di coordinazione del movimento degli occhi che causa diplopia e incapacità di giudicare la profondità e distanza o distinguere un oggetto dallo sfondo
 - Disorientamento topografico con difficoltà nel trovare la strada e incapacità di ricordare la disposizione spaziale di oggetti familiari
 - Disturbi dello schema corporeo che portano a scarso equilibrio
 - Incapacità di riconoscere punti di riferimento familiari

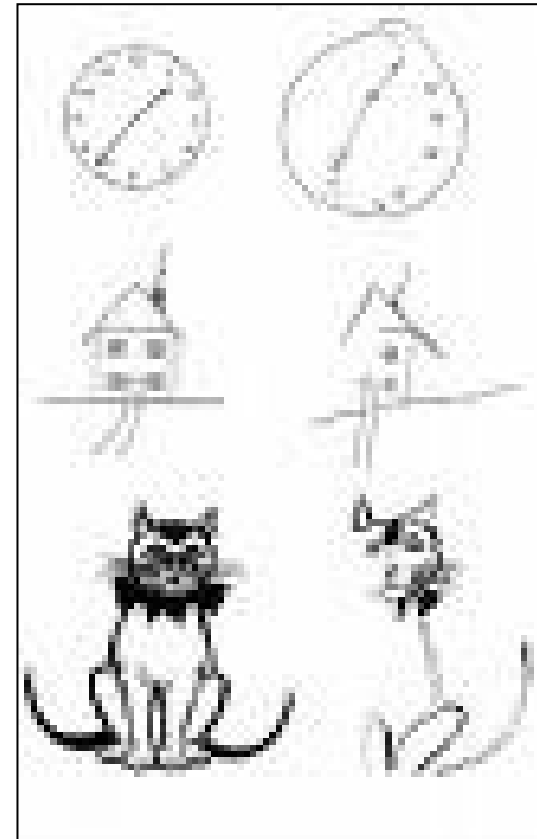
IL NEGLECT (eminegligenza, eminattenzione)



L'errata percezione di una porzione dello spazio dà luogo ad una serie di alterazioni chiamate nel loro complesso NEGLECT.

Il paziente può non tener conto delle informazioni provenienti dal lato controlaterale alla lesione (del lato sx per lesioni dell'emisfero dx).

Per es. il paziente può cercare con impazienza il volto dell'esaminatore sulla destra quando la voce che lo chiama proviene da sx o può mangiare solamente il cibo sul lato destro del piatto. Egli può negare l'esistenza del lato sinistro del corpo (anche una grave emiparesi può essere ignorata), non riuscire a riconoscere come proprio il braccio sx tenuto in alto e ben in vista dall'esaminatore o può non riuscire a vestire propriamente e a lavare il lato sx del corpo.

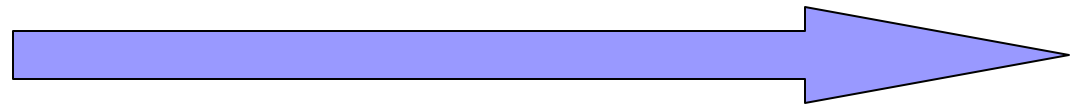


ACCERTAMENTO del SISTEMA SENSORIALE (1)

■ I disturbi sensoriali si manifestano sottoforma di “pizzicore”, formicolio, intorpidimento, ipersensibilità quando uno stimolo non doloroso viene percepito come tale (allodinia, frequente in malattie quali la SM ed altre neuropatie).

⇒ **una sensibilità eccessiva può essere causa di spasticità in un muscolo attraverso l'azione del riflesso. Vi possono essere altri stimoli nocivi che, durante l'erogazione delle cure inf.che, possono causare spasticità: la presenza della sacca del catetere vescicale, uno stato di stipsi, una brusca variazione della temperatura ambientale**

I nervi sensoriali riguardano aree distinte del corpo chiamate dermatomeri e l'accertamento sensoriale riguarda:



ACCERTAMENTO del SISTEMA SENSORIALE (2)

- **Dolore:** viene usato un ago specifico per il test sensoriale
- **Temperatura:** si utilizza il lato piatto del diapason mentre il paziente tiene gli occhi chiusi
- **Posizione degli arti:** il pollice e l'alluce vengono mossi verso l'alto o verso il basso; il paziente dovrebbe essere in grado di dire in quale direzione è il movimento
- **Vibrazione:** il test si effettua mediante un diapason vibrante posto sullo sterno e sulla sporgenza ossea del pollice e dell'alluce del paziente
- **Sfioramento:** avviene con un batuffolo di cotone mentre il paziente sta ad occhi chiusi
- **Distinzione tra due punti:** si utilizzano speciali "compassi", il paziente deve tenere gli occhi chiusi
- Il senso della vista, udito, gusto, olfatto con altri test specifici




IL DOLORE NEUROPATICO

Deriva da un danneggiamento dei neuroni che diventano irritabili, instabili, inviano segnali senza coinvolgere i recettori specifici del dolore nei tessuti o producono una risposta esagerata alla stimolazione dei recettori stessi (es: modificazioni degenerative del nervo come nella SM o nella neuropatia diabetica; dolore post-ictus dovuto alla lesione vascolare di alcune parti del talamo, che svolge un ruolo importante nell'elaborazione sensoriale; infezioni come herpes o nevralgia del trigemino che causano infiammazione diretta di neuroni sensoriali)

Le persone lo descrivono come *“penetrante, lancinante, bruciante”*

⇒ **L'IPERALGESIA** è una risposta esagerata al dolore, dovuta a stimoli come, ad es., la presenza del C.V.. L'iperalgesia provoca spasmi muscolari dolorosi o scatena la spasticità nei pazienti con problemi neurologici.

⇒ un'esperienza normalmente indolore, può essere avvertita come dolorosa: **ALLODINIA**.

- 
- **Disorientamento** spazio-temporale
 - Deficit di **attenzione e concentrazione**
 - Deficit **mnemonici**
 - **Interpretazione inappropriata dell'ambiente**
 - **Allucinazioni** visive e uditive
 - Attività **stereotipate**
 - **Comportamenti violenti**

E'
GIUSTO DIRE CHE LA
PERSONA
"DISTURBA"?



Modello di riposo-sonno

- **Disturbo del modello di sonno**



IL SONNO

Si ritiene che la sede del controllo neurologico del ciclo sonno-veglia si trovi nell'ipotalamo anteriore.

- Sonno REM (fase dei sogni)
- Sonno non REM (riposo mentale)

NB: poiché il sonno REM è accompagnato da una paralisi dei muscoli antigravitari, se ci si sveglia prima di uscire dalla fase REM si può provare una sensazione di intensa paura. Ciò può essere estremamente “terrorizzante” per chi ha disturbi motori ...



DISTURBI DEL SONNO

- **ECCESSIVA SONNOLENZA:** si manifesta nei primi giorni dopo un ictus o un trauma cerebrale, ma può essere provocata dagli antidepressivi, miorilassanti, farmaci per la m. di Parkinson
- **DISTURBI NELL'INDUZIONE E MANTENIMENTO DEL SONNO**
- **COMPORAMENTI ANOMALI DURANTE IL SONNO** (sonnambulismo, movimenti bruschi del corpo, trasalimenti, incubi ... PARASONNIA)



I disturbi del sonno spesso sono dovuti alla combinazione di:

- Disagi fisiologici come dolore, crampi, spasmi o disuria e/o pollacchiuria
- Disturbi psicologici come ansia, stress
- Presenza di convulsioni (scarica anormale ed eccessiva da parte dell'attività dei neuroni che provoca una alterazione della funzione cerebrale e della coscienza)

Modello di ruoli-relazioni

- Compromissione della comunicazione
Compromissione delle interazioni sociali
- Isolamento sociale
- Rischio di solitudine



**COMUNICAZIONE
VERBALE**

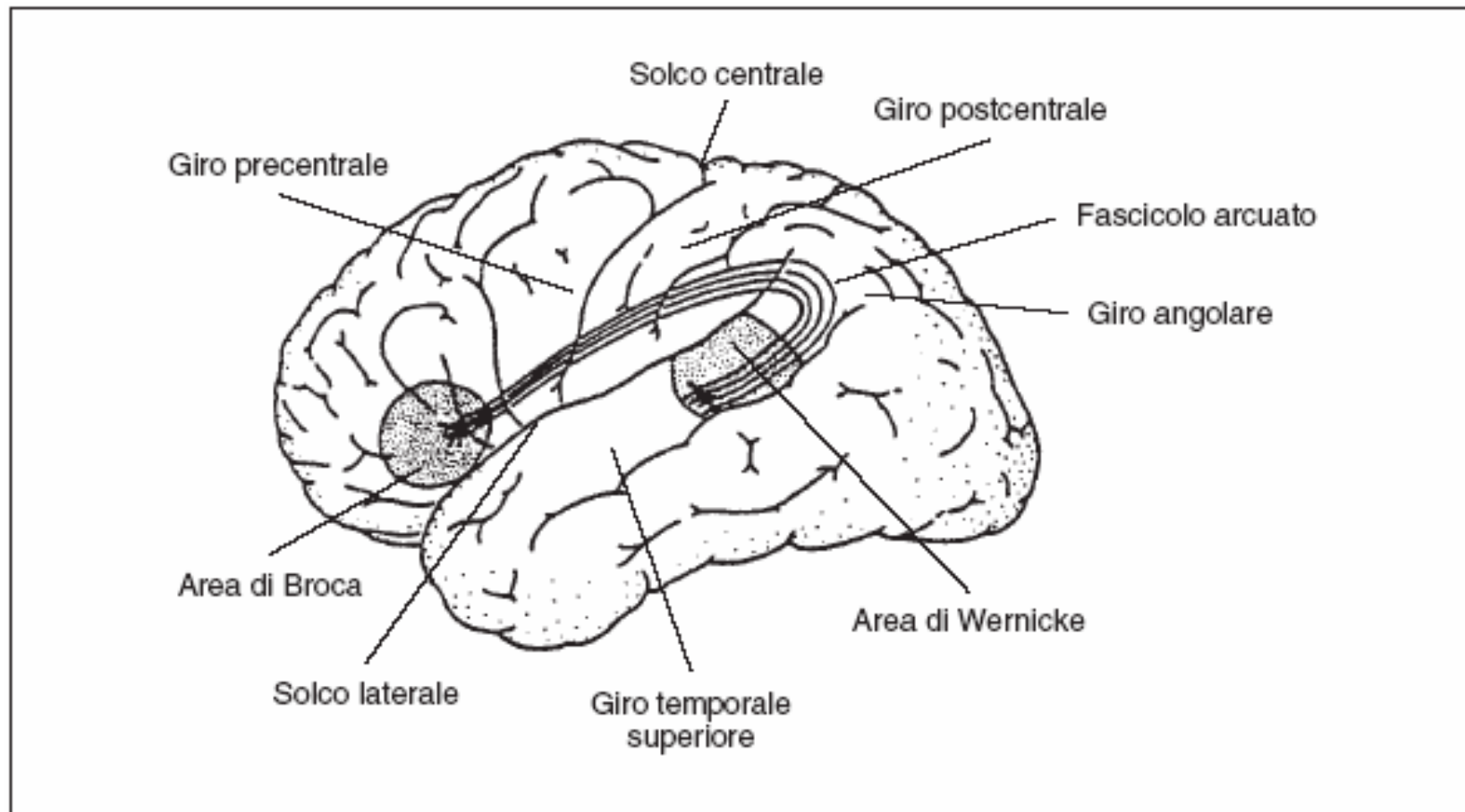
**COMUNICAZIONE NON
VERBALE
(93% interazione umana)**



- La persona affetta da M. di Parkinson ha una ridotta mimica facciale ...
- La persona con danno del motoneurone o con ictus ha una voce “bisbigliata”, caratterizzata da tono piatto e difficoltà di articolazione ...
- La persona con deficit dei nervi motori ha una limitata gestualità e un’alterata postura ...



LE BASI BIOLOGICHE DEL LINGUAGGIO



Strutture e abilità relative alla comunicazione

Attività percettivo/cognitive
(comprensione, attenzione,
concentrazione
memoria)

Input sensoriali
(udito, vista, tatto)

Abilità motoria
(nel tracciare i segni
e nella scrittura)



**Linguaggio
del corpo**

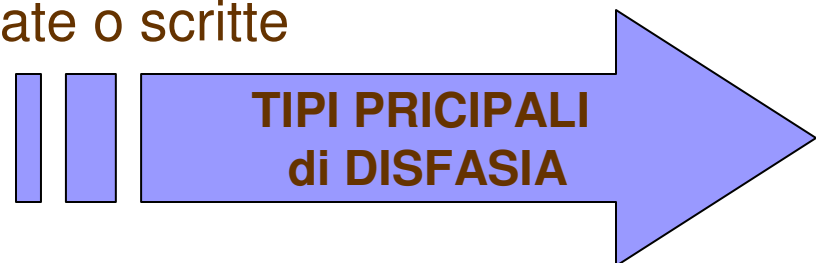
**Organizzazione
del linguaggio**

**Produzione
del linguaggio**

**Comportamenti
sociali**

ALCUNI SEGNI COMUNI ...

- **APRASSIA ORALE:** la persona ha perso il pattern della stimolazione nervosa di cui hanno bisogno i muscoli per trasformare i suoni in linguaggio
- **DISARTRIA:** i motoneuroni inferiori che stimolano il linguaggio sono danneggiati e provocano **debolezza o paralisi dei muscoli responsabili del linguaggio.** È frequente un modo di parlare farfugliato.
- **DISFASIA:** provocata da un danno **dei centri del cervello responsabili del linguaggio** (solitamente, emisfero sx). La persona può avere un linguaggio esitante, presentare problemi nel trovare le parole, tralasciare delle parole oppure parlare in modo fluente ma incomprensibile. Inoltre può o meno comprendere le parole pronunciate o scritte





TIPI PRINCIPALI di DISFASIA

DISFASIA GLOBALE: la sede di lesione coinvolge l'area di Broca e Wernicke per cui entrambe le funzioni del linguaggio, **quella espressiva e ricettiva sono compromesse.**

- **BROCA (espressiva):** la comprensione può anche essere buona, **ma vi è assenza di fluenza,** sforzo nell'iniziare a parlare, difficoltà nel trovare le parole.
- **WERNICKE:** il paziente articola correttamente ma è **incapace di comprendere** le parole pronunciate e scritte, usa le parole in modo inappropriato, crea neologismi, non è in grado di ripetere le parole.



ICTUS E POTENZIALI PROBLEMI DI COMUNICAZIONE

Alterazione sensibilità: deficit visivi; emianopsia

Alterazione percezione: profondità/sfondo, agnosia visiva, incapacità di interpretare i gesti

Alterazione motricità: indebolimento nervi cranici, disartria, espressione facciale asimmetrica, deficit scrittura

Alterazione cognitiva: difficoltà nel riconoscimento di numeri e lettere, afasia, rallentamento elaborazione informazioni

- Disfasia fluente (o di Wericke)
- Disfasia non fluente (o di Broca)
 - balbuzie



S.M. E POTENZIALI PROBLEMI DI COMUNICAZIONE

Alterazione sensibilità: visione offuscata

Alterazione motricità: Indebolimento dei muscoli della gola e del collo che provoca disartria, movimenti scoordinati del braccio e della mano, difficoltà nel controllo della penna

Alterazione cognitiva: riduzione dell'attenzione e della concentrazione, perdita di memoria e rallentamento della velocità di elaborazione



M. DI PARKINSON E POTENZIALI PROBLEMI DI COMUNICAZIONE

Alterazione motricità: indebolimento dei muscoli deputati all'articolazione della voce, mancanza di espressività facciale; scrittura piccola

Alterazione cognitiva: può avere o meno una forma di demenza

- mancanza di controllo della saliva
- alcune difficoltà di pronuncia, rinolalia
- linguaggio bisbigliato, esitante, monotono, lento, confuso e indistinto



DEMENZA E POTENZIALI PROBLEMI DI COMUNICAZIONE

Alterazione sensibilità: deficit visivi ed uditivi

Alterazione motricità: debolezza muscolare o spasticità, possono essersi sviluppate delle contratture

Alterazione cognitiva: problemi di memoria, percezione e attenzione, deficit nell'abilità del linguaggio, disfasia

- problemi nel trovare le parole
- difficoltà nel seguire “il filo del discorso”



SLA E POTENZIALI PROBLEMI DI COMUNICAZIONE

Alterazione motricità: debolezza muscolare della lingua e delle labbra, del palato molle, delle corde vocali e del torace

- mancanza di controllo della saliva
- alcune difficoltà di pronuncia, rinolalia
 - raucedine
- linguaggio con basso picco tonale, monotono, lento, confuso e indistinto

Modello di coping-tolleranza allo stress

- Coping inefficace
 - Coping difensivo
 - Negazione inefficace
 - Rischio di suicidio
-
- Tensione nel ruolo del care-giver
 - Coping compromesso della famiglia
 - Coping inadeguato della famiglia
 - Coping inefficace della comunità ???



LO STRESS DEL CARE-GIVER

Alcuni studi comparati sul benessere bio-psico-sociale dei care-giver ha evidenziato che i deficit di chi cura persone con sclerosi multipla ed Alzheimer sono simili e che la loro incidenza **è quattro volte superiore al numero dei sintomi dello stress nella popolazione generale.**



Fattori che influiscono sull'adattamento della famiglia e delle persone significative alle malattie neurologiche e alla disabilità

- Risorse economiche
- Risorse emotive
- Convinzioni religiose
- Relazione coniugale e capacità di confronto e discussione all'interno del nucleo familiare
- Passaggio equilibrato dalla negazione all'adattamento
- Informazioni accurate e supporto professionale precoce e continuo

Modello di sessualità-riproduzione

- **Disfunzione sessuale**
- **Inefficace modello di sessualità**



FATTORI CHE ALTERANO LA SESSUALITA'

Si stima che oltre il 50% delle persone con problemi neurologici possano avere disfunzioni sessuali, **ma solo il 25% esprime preoccupazione per tale problema.**

- Disfunzione erettile (i centri del riflesso per la funzione sessuale si trovano nella spina dorsale in sede toracica, lombare e sacrale)
- Alterazione della percezione associata al piacere sessuale
- Perdita della libido associata a depressione (e ai farmaci antidepressivi), stress grave, paura, rabbia
- Cambiamento del ruolo e delle dinamiche all'interno della relazione
- Alterazione dell'autostima
- Relazione antecedente alla comparsa della disabilità

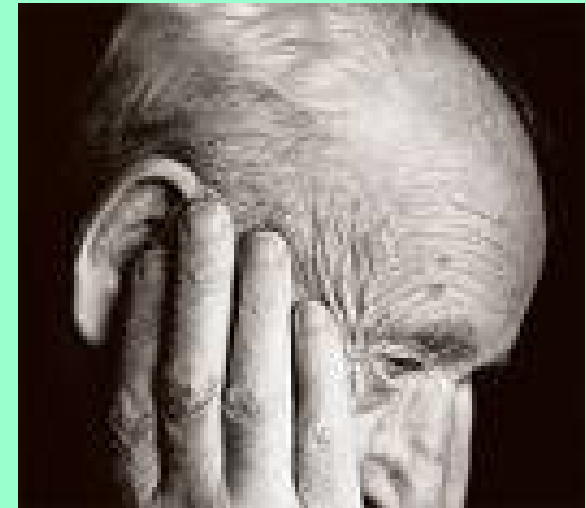


Il problema della IPERSESSUALITA' ...

Qualunque condizione neurologica che colpisce i lobi frontali può rendere disinibiti a causa della perdita della capacità di ragionare in maniera riflessiva e alla perdita dell'inibizione sociale.

Modello di percezione di sé

- Fatigue
- Ansia
- Disturbo del concetto di sé
- Disturbo della autostima
- Disturbo dell'identità personale
- Disturbo della immagine corporea
- Mancanza di speranza





Modello di valori-convinzioni

- **Compromissione della religiosità**
- **Sofferenza spirituale**



Modello di percezione-gestione della salute

- **Rischio di lesione**
- **Inefficace gestione del regime terapeutico**
- **Inefficace mantenimento della salute**

La capacità individuale di provvedere alla propria salute e sicurezza deriva da un insieme di comportamenti acquisiti, di azioni riflesse ed adattamenti omeostatici.



Questi fattori spesso risultano compromessi nei pazienti con problemi neurologici che, a causa di problemi motori, **sono maggiormente predisposti alle CADUTE o alla PERDITA DI RIFLESSI PROTETTIVI (es: il battito delle ciglia o la deglutizione)**

⇒ I DISTURBI PERCETTIVI E COGNITIVI danneggiano **la capacità di RAGIONAMENTO e di GIUDIZIO** circa le scelte e le azioni più appropriate per provvedere alla propria salute

UNO DEGLI ASPETTI PIU' DIFFICILI NELLA PIANIFICAZIONE DI UN'ASSISTENZA SICURA CONSISTE NEL RAGGIUNGIMENTO DI UN GIUSTO EQUILIBRIO FRA I RISCHI, LA SICUREZZA, I DIRITTI E L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON PROBLEMA NEUROLOGICO



I TEST e le INDAGINI NEUROLOGICHE PIÙ COMUNI (1)

<i>Test/indagine</i>	<i>Scopi principali</i>
Angiografia cerebrale	Individuare un aneurisma, una malformazione artero-venosa, un vasospasmo, la rottura di un vaso o l'interruzione del flusso sanguigno
TAC cerebrale	Individuare un trombo, un'emorragia intracranica, un tumore, un'alterazione del tessuto
Elettroencefalogramma	Individuare pattern anormali dell'attività elettrica dei neuroni come nell'attività convulsiva
Elettromiografia	Distinguere tra alterazioni dei nervi periferici o muscolari



I TEST e le INDAGINI NEUROLOGICHE PIÙ COMUNI (2)

<i>Test/indagine</i>	<i>Scopi principali</i>
Potenziali evocati	Individuare problemi neurologici legati alla vista, udito e dei nervi misti della mano e della gamba
Rachicentesi	Prelevare liquor a scopo diagnostico (presenza di infezioni del SNC, presenza di neoplasie midollari, presenza di emorragie cerebrali, mielografia, misurazione della pressione liquorale) e terapeutico (iniezione di farmaci antitumorali, iniezione di farmaci anestetici, iniezione di farmaci antibiotici)
Mielografia	Individuare ostacoli all'interno del canale midollare
Risonanza magnetica	Individuare cambiamenti provocati da ipossia, necrosi, malattie degenerative, tumori ed ematomi (offre un quadro più chiaro rispetto alla TAC)

L'infermiere che ogni persona vorrebbe accanto a se 'è un infermiere che si prende carico dei suoi problemi e sa trasmettere sicurezza

“A Nurse’s Touch”

*“Into my home the nurse makes his way.
He takes the time to talk and to pray.
Taking my hand he makes me feel **safe**,
and all of my worries have lifted away.
His caring, loving and gentle touch,
shows me that Nursing loves so much. ”*

*“L'infermiere entra nella mia casa.
Egli organizza il tempo per parlare e pregare con me.
Prende le mie mani e mi fa sentire **sicura**,
e molte delle mie paure se ne vanno.
La sua assistenza, il suo tocco premuroso e gentile,
mi fanno capire che “fare Nursing” significa amare moltissimo.”*

PRIMA DI TUTTO L'UOMO

**“Non vivere su questa terra
come un estraneo
o come un turista nella natura.
Vivi in questo mondo
come nella casa di tuo padre:
credi al grano, alla terra, al mare
ma prima di tutto credi nell'uomo.
Ama le nuvole, le macchine, i libri
ma prima di tutto ama l'uomo.
Senti la tristezza del ramo che secca
dell'astro che si spegne
dell'animale ferito che rantola
ma prima di tutto
senti la tristezza e il dolore dell'uomo.
Ti diano gioia tutti i beni della terra:
l'ombra e la luce ti diano gioia
le quattro stagioni ti diano gioia
ma soprattutto, a piene mani
ti dia gioia l'uomo.”**

Nazim Hikmet, *Ultima lettera al figlio*



Bibliografia

- Bickerton J, Small J (1986). Neurologia per infermieri. Edizioni CEA, Milano
- Carpenito Moyet LJ (2009). Diagnosi infermieristiche. Edizioni CEA, Milano
- Craven RF, Hirnle CJ (2007). Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Edizioni CEA, Milano
- Iggulden H. (2007). Assistenza al paziente neurologico (edizione italiana a cura di Palese A.). Edizioni McGraw-Hill, Milano
- Smeltzer SC, Bare BG (2006). Brunner Suddarth – infermieristica medico-chirurgica. Edizioni CEA, Milano
- Vanzetta M. (2007). Il paziente neurologico: assistenza, relazione, educazione. Edizioni McGraw-Hill, Milano