



MODULO 1. UNITÀ 2.

Assistenza sanitaria e sociale



Co-funded by
the European Union

DESCRIZIONE GENERALE

Sebbene non esista una cura conosciuta, i trattamenti attuali possono migliorare significativamente i sintomi. Prima di iniziare il trattamento, è necessario esaminare la storia farmacologica del paziente e gli agenti che possono peggiorare o esacerbare il parkinsonismo.

L'obiettivo principale della terapia rimane il miglior controllo possibile dei sintomi motori e non motori, riducendo al minimo gli effetti collaterali, e l'approccio al trattamento varia nelle diverse fasi della malattia, tenendo conto non solo dello stadio della malattia ma anche dell'età e delle esigenze del paziente.

CONTENUTI

En este módulo veremos:

1. Il trattamento farmacologico
2. Il trattamento chirurgico
3. Trattamento non farmacologico (terapie terapeutiche e riabilitative)

OBIETTIVI

Gli obiettivi di questa unità didattica sono:

- Conoscere i principali farmaci utilizzati per il trattamento dei sintomi della malattia, nonché i trattamenti di seconda linea.
- Spiegare le diverse procedure chirurgiche disponibili.
- Sviluppare le varie terapie riabilitative, i loro principali obiettivi e benefici.

1. La gestione farmacologica della malattia di Parkinson

Los primeros síntomas de la enfermedad están causados por la desaparición progresiva de las células primarias de la sustancia negra. I primi sintomi della malattia sono causati dalla progressiva scomparsa delle cellule nervose che sintetizzano la dopamina, i principali approcci terapeutici attualmente in uso sono volti a correggere la carenza di dopamina. Alcuni farmaci ripristinano i livelli di dopamina inducendola dall'esterno sotto forma di L-dopa (un precursore della dopamina), altri stimolano i recettori postsinaptici della dopamina (agonisti della dopamina), altri promuovono il rilascio di dopamina dalle fibre nervose sopravvissute (amantadina) o ne inibiscono la degradazione (inibitori della monoamino ossidasi di tipo B e inibitori della catecol-o-metiltransferasi).

1.1 La Levodopa

Il farmaco principale del trattamento è la Levodopa. È la terapia più efficace per la bradicinesia e la rigidità ed è di prima linea nei pazienti più anziani. Effetti avversi come nausea, ipotensione ortostatica (OH), confusione e allucinazioni sono generalmente più lievi rispetto ad altre terapie, rendendolo una scelta adatta per le persone anziane, specialmente quelle con deterioramento cognitivo. La dose iniziale è di 50 mg due o tre volte al giorno, distanziata ogni 4-6 ore durante le ore di veglia. La dose può essere aumentata lentamente nell'arco di 1-2 settimane fino al raggiungimento di una buona risposta clinica o fino a quando gli effetti avversi diventano limitanti.



La levodopa viene sempre somministrata con un inibitore della L-dopa-decarbossilasi della periferia (carbidopa o benserazide) per ridurre la degradazione periferica della levodopa in dopamina. Ciò riduce al minimo

gli effetti avversi dopaminergici periferici come nausea e ottimizza la somministrazione di farmaci al cervello.

C'è stato molto dibattito sull'uso precoce della levodopa. Nei pazienti più giovani che avranno la malattia per molti anni e hanno maggiori probabilità di sviluppare complicanze a lungo termine, c'è stata una tendenza a ritardare. La somministrazione di levodopa con un pasto a basso contenuto proteico o a stomaco vuoto, se tollerata, può migliorare l'assorbimento. Un dosaggio più piccolo e più frequente può anche aiutare.

1.2 Trattamento delle fluttuazioni motorie

Diverse strategie possono ridurre le fluttuazioni motorie nei pazienti con PD. L'ottimizzazione della quantità di levodopa somministrata al cervello è l'approccio principale e può essere ottenuta aumentando la dose di levodopa, regolando i tempi di somministrazione e/o aggiungendo agenti aggiuntivi. È stato dimostrato che agenti aggiuntivi come agonisti della dopamina, inibitori della catecol-o-metiltransferasi (COMT) e inibitori della monoamino ossidasi-B (MAO-B) migliorano il problema delle fluttuazioni.

1.3 Agonisti della dopamina

Sono farmaci che stimolano direttamente i recettori dopaminergici; Pertanto non devono essere convertiti in dopamina per essere efficaci. Sono divisi in ergolinici e non ergolinici. Sono generalmente meno efficaci della L-dopa, ma causano meno complicazioni a lungo termine come le discinesie; sono spesso utilizzati nelle fasi iniziali e successivamente, in combinazione con L-dopa, consentono di essere utilizzati a dosaggi ridotti. L'efficacia e la tollerabilità variano ampiamente da paziente a paziente e il passaggio ad un altro agonista della dopamina è indicato nei casi di inefficacia o scarsa

tollerabilità. Gli effetti collaterali sono simili a quelli della L-dopa, ma c'è una maggiore incidenza di complicazioni psichiatriche e ipotensione; Una minoranza di casi incorre in disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, aumento della libido), specialmente ad alti dosaggi, gli effetti collaterali possono essere invertiti riducendo o interrompendo il trattamento. Recentemente, è diventato disponibile un agonista della dopamina che può essere somministrato come cerotto transdermico per l'applicazione quotidiana.

1.4 Inibitori delle COMT

Gli inibitori delle COMT bloccano il metabolismo della levodopa attraverso la via COMT. Quando sono somministrati con levodopa, ne viene prolungata la durata d'azione. Gli inibitori COMT sono un'alternativa agli agonisti della dopamina quando è necessaria una terapia aggiuntiva. L'entacapone è l'unico inibitore delle COMT disponibile in Australia. Ha effetti avversi relativamente benigni, più comunemente diarrea, ma può potenziare gli effetti avversi della levodopa come nausea, confusione e discinesie

1.5 Inibitori MAO-B

Gli inibitori MAO-B come rasagilina e selegilina aumentano l'effetto della levodopa bloccando centralmente il metabolismo della dopamina. Nella malattia precoce, possono essere usati come monoterapia per gestire i sintomi lievi, tuttavia, sono più comunemente combinati con levodopa o agonisti della dopamina come terapia aggiuntiva. Gli inibitori MAO-B sono ben tollerati, ma sono stati segnalati lievi effetti anticolinergici e possono esacerbare gli effetti avversi della levodopa.

1.6 Anticolinergici

I farmaci che sono stati finora discussi sono tutti progettati per aumentare l'attività dopaminergica nello striato. Ci sono un piccolo numero di farmaci utilizzati nel trattamento del PD che agiscono attraverso meccanismi non dopaminergici. Una di queste classi di farmaci sono gli anticolinergici. Questi riducono l'attività del neurotrasmettitore acetilcolina, agendo come antagonisti dei recettori colinergici. Sebbene ora il loro uso sia limitato e vengano prescritti raramente, possono offrire qualche beneficio nel migliorare la rigidità e il tremore. I farmaci anticolinergici svolgono più di un ruolo nel PD tremore-predominante, dove possono essere usati come monoterapia nelle fasi iniziali. Tuttavia, quando vengono utilizzati anticolinergici, di solito vengono eseguiti in combinazione con la levodopa e gli altri farmaci di cui sopra. Sono generalmente evitati nei pazienti anziani o in quelli con problemi cognitivi, a causa di un aumentato rischio di confusione con questa classe di farmaci. Esempi di anticolinergici includono benztropina, orfenadrina, prociclidina, e trihexyphenidyl (Benzhexol).

1.7 Amantadine

Inizialmente, l'amantadina (Symmetrel) è stata sviluppata come farmaco antivirale per il trattamento dell'influenza, ma successivamente è stata utilizzata per il trattamento del PD. Può essere usata per il trattamento della rigidità, tremore a riposo, e talvolta affaticamento, e può offrire un miglioramento di breve durata nei sintomi. Può anche consentire una dose più bassa di levodopa da utilizzare, riducendo il rischio di discinesia. Va notato che le prove per l'uso di amantadina nel controllo dei sintomi della malattia di Parkinson sono limitate, in quanto, una revisione Cochrane del 2003, ha concluso che non c'erano prove sufficienti per raccomandarne l'uso nel PD.



È importante notare che la gestione dei farmaci per la malattia di Parkinson è altamente individualizzata. I farmaci specifici prescritti, i dosaggi e le combinazioni dipendono da fattori quali i sintomi della persona, lo stadio della malattia, l'età, la salute generale e la presenza di altre condizioni mediche. Il follow-up regolare con un neurologo o uno specialista in disturbi del movimento è fondamentale per monitorare l'efficacia dei farmaci, regolare i dosaggi secondo necessità e gestire eventuali effetti collaterali o complicanze.

1.8 Schema

Medicamento	Ventajas	Desventaja
Levodopa (l-dopa) + dopa inibitore della decarbossilasi	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilmente il farmaco dopaminergico più potente per il sollievo dei sintomi • Generalmente ben tollerato 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicanze motorie (rischio cumulativo 10% per anno)
Catecol-O-metil transferasi inibitori, ad esempio entacapone, tolcapone	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta l'emivita della levodopa • Ridurre il tempo di "spegnimento" 	<ul style="list-style-type: none"> • Il tolcapone può causare danni al fegato. • Diarrea
-Agonisti dopaminergici (ad esempio, bromocriptina, pergolide, cabergolina -Agonisti della dopamina non ergotici ad esempio, pramipexolo, ropinirolo, rotigitina	<ul style="list-style-type: none"> • Buona efficacia • Ritarda l'insorgenza delle complicanze motorie • Generalmente ben tollerato • Sono disponibili preparazioni una volta al giorno con alcuni • Cerotto transdermico per la rotigitina • Azione neuroprotettiva teorica • Una certa azione antidepressiva con il pramipexolo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del rischio di sonnolenza, confusione, allucinazioni, edema periferico e cambiamenti comportamentali • Fibrosi della valvola cardiaca con farmaci a base di ergot
Inibitore della monoamino ossidasi B; selegilina; rasagilina	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare le caratteristiche motorie nelle fasi iniziali e tardive della malattia • Facile da usare, una volta al giorno • Ben tollerato • Effetto neuroprotettivo teorico 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia relativamente lieve • La selegilina viene metabolizzata in anfetamine • potenziali effetti cognitivi
Amantadine	<ul style="list-style-type: none"> • Lieve effetto antiparkinsoniano • Migliora le discinesie 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi cognitivi • Edema periferico • Livedo reticolare
Anticolinergici	<ul style="list-style-type: none"> • Lieve effetto antiparkinsoniano 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitato da effetti collaterali quali confusione

Schapira, A. H., Bezard, E., Brotchie, J., Calon, F., Collingridge, G. L., Ferger, B., ... & Davidai, G. (2006). Novel pharmacological targets for the treatment of Parkinson's disease. *Nature reviews Drug discovery*, 5(10), 845-854.

1.9 Terapie di seconda linea

L'apomorfina è un agonista della dopamina (DA) non ergotico del gruppo delle aporfine, sintetizzato dalla morfina, ma senza le proprietà narcotiche, analgesiche o di dipendenza della morfina; si trova naturalmente come alcaloide nelle ninfee. La via sottocutanea è utilizzata per la sua elevata biodisponibilità (paragonabile alla via endovenosa, ma senza il rischio di cristallizzazione e trombosi insito in quest'ultima. L'apomorfina agisce sui recettori dopaminergici, con un'affinità pari a quella della levodopa.

L'apomorfina è indicata in tutti i pazienti affetti da PD con fluttuazioni motorie e non motorie non controllate dal trattamento orale convenzionale. Il suo effetto clinico è sovrapponibile a quello della LD, ma con un inizio d'azione più rapido e prevedibile. Esistono due modalità di somministrazione: 1) iniezione sottocutanea "a penna" (pen), 2) perfusione sottocutanea continua di apomorfina (CSAP).

Recentemente, in seguito ai risultati di uno studio clinico, l'apomorfina sublinguale è stata approvata dalla FDA per l'uso in un'indicazione simile all'iniezione sottocutanea.

La perfusione intestinale continua di levodopa/carbidopa (LCICP) consiste in una sospensione acquosa di levodopa (LD) (20 mg/mL) e carbidopa (5 mg/mL) in un gel di carbosimetilcellulosa (**Duodopa®**), che viene somministrata in modo continuo direttamente nel duodeno distale/giunio prossimale.

La pompa è programmata per consentire un dosaggio individuale, mantenendo la perfusione, di solito per circa 16 ore al giorno.

La PICLC è una terapia indicata per i pazienti con malattia di Parkinson (PD) avanzata che presentano fluttuazioni motorie che non rispondono ai farmaci orali convenzionali.

2. Trattamento chirurgico della malattia di Parkinson

Il trattamento chirurgico può essere preso in considerazione per gli individui con malattia di Parkinson che hanno gravi sintomi motori che non sono adeguatamente controllati dai farmaci o che sperimentano significativi effetti collaterali correlati ai farmaci. Le principali procedure chirurgiche utilizzate nel trattamento della malattia di Parkinson sono la stimolazione cerebrale profonda (DBS) e, meno comunemente, le procedure ablative.

2.1 Stimolazione cerebrale profonda (DBS)

La DBS è una procedura chirurgica ampiamente utilizzata per la malattia di Parkinson. Comporta l'impianto di elettrodi in aree specifiche del cervello, tipicamente il nucleo subtalamico (STN) o globus pallidus internus (GPi). Questi elettrodi sono collegati a un generatore di impulsi, come un pacemaker, che di solito viene impiantato sotto la pelle vicino alla clavicola. Il dispositivo eroga impulsi elettrici che modulano l'attività cerebrale anormale associata al morbo di Parkinson, contribuendo ad alleviare i sintomi motori. Dopo un'approfondita valutazione pre-chirurgica (descritta sopra) la cura DBS richiede un processo decisionale complesso selezionando il miglior metodo chirurgico, il bersaglio cerebrale, l'hardware, le tecniche di

programmazione e la gestione delle complicanze per un determinato paziente. Un team multidisciplinare è meglio attrezzato per una gestione di successo a lungo termine.

La DBS non è una cura per la malattia di Parkinson, né ferma la progressione della malattia, ma molti pazienti sperimentano una significativa riduzione dei sintomi dopo l'intervento chirurgico.

Più recentemente, c'è stato un crescente interesse per l'uso di talamotomie a ultrasuoni focalizzati (FUS) per il tremore in quanto non richiede una craniotomia e una penetrazione fisica del cervello. Il successo della talamotomia FUS per il tremore essenziale ha portato i ricercatori a trattare pazienti PD altamente selezionati con PD tremore-dominante con talamotomia FUS quando il tremore è disabilitante e subthalamotomia FUS quando c'è una presentazione asimmetrica della malattia.

Mentre attualmente ci sono trattamenti medici e chirurgici molto efficaci per i sintomi motori del PD, i pazienti continuano a soffrire di questa malattia debilitante progressiva. La ricerca futura è necessaria per comprendere il processo patologico sottostante per trattare meglio il disturbo, piuttosto che ridurre i sintomi motori molto specifici. Mentre le tecniche più recenti, l'imaging e i farmaci sono stati in grado di sopprimere alcuni aspetti di questo disturbo motorio; l'obiettivo rimangono i trattamenti modificanti o inversi la malattia.

3. Trattamenti non farmacologici

3.1 Fisioterapia ed esercizio fisico

La fisioterapia aiuta a riabilitare la deambulazione, a superare i blocchi, a facilitare i cambiamenti posturali, a mantenere l'ampiezza di movimento e l'elasticità muscolare e a ridurre il disagio fisico dovuto ad altri sintomi che compaiono durante il decorso della malattia.

Obiettivi generali

Migliorare la qualità della vita della persona colpita, cercando di rallentare la progressione della malattia, riducendo al minimo l'impatto della naturale progressione dei sintomi sul suo ambiente lavorativo, sociale e familiare.

Obiettivi specifici

Articolare

- Mantenere o aumentare l'escursione articolare.
- Conservare o promuovere l'ampiezza di movimento dell'articolazione.
- Prevenire o evitare la rigidità o la deformità dell'articolazione.
- Prevenire o evitare l'anchilosi articolare.

Muscolare

- Per preservare o aumentare il tono muscolare.
- Allungare i muscoli accorciati.
- Tonificare i muscoli deboli.
- Conservare o aumentare la potenza muscolare.
- Prevenire o evitare le contratture.
- Rilassare i muscoli ipertonici.
- Per preservare o aumentare la motricità fine.
- Prevenire la sarcopenia.

Andatura, trasferimenti e indipendenza



- Normalizzare la deambulazione con l'uso di strategie (lavoro sulla base d'appoggio, sulla lunghezza e sull'ampiezza del passo, sulle fasi di appoggio e di oscillazione, sulla facilitazione della svolta, sui blocchi dell'andatura).
- Rieducare o insegnare i trasferimenti di base (passaggio dalla posizione supina a quella seduta, da quella seduta a quella eretta e viceversa, rotazione e spostamento nel letto, rialzo dal pavimento o dalla posizione inginocchiata). ALLEGATO
- Preservare, aumentare o ripristinare le capacità funzionali.
- Mantenere, promuovere o aumentare l'indipendenza.

Equilibrio, coordinazione e postura

- Rallentare l'alterazione della componente statica e dinamica dell'equilibrio, integrando la lateralità.
- Facilitare le reazioni posturali, di raddrizzamento e di equilibrio.
- Lavorare sulla componente coordinativa.
- Rallentare la progressione dei sintomi dell'alterazione posturale prevenendo l'insorgenza di deformità articolari (anteriorizzazione e flessione laterale, tra le altre).
- Facilitare il controllo, la consapevolezza del corpo e la stabilità posturale.

Dolore, capacità funzionale e indipendenza

- Alleviare i sintomi dolorosi.
- Rallentare il deterioramento e la compromissione della funzione e della capacità cardiorespiratoria.
- Conservare, aumentare o ripristinare la capacità funzionale.
- Mantenere, promuovere o aumentare l'indipendenza.
- Incoraggiare l'interesse per l'attività fisica, riducendo gli effetti negativi dell'inattività.
- Promuovere l'autostima.

3.1.1 Tecniche generali in funzione degli obiettivi proposti

Articolare

- Kinesiterapia: attiva, attiva, attiva-assistita o passiva (a seconda della fase) degli arti superiori, inferiori e della colonna vertebrale.
- Senza elementi.
- Con elementi (vanghe, cerchi, palle di diverse dimensioni, pesi o bande elastiche).
- Meccanoterapia.
- Terapia delle sospensioni.
- Terapia con carrucole

Muscolare

- Cinesiterapia: attiva, attiva, attiva-assistita o passiva (a seconda della fase) degli arti superiori, inferiori e della colonna vertebrale.
- Senza elementi.
- Con elementi (vanghe, cerchi, palle di diverse dimensioni, pesi o bande elastiche).
- Facilitazione neuromuscolare propriocettiva: Diagonali di Kabat.
- Stiramenti miotendinei.

Coordinazione

- Esercizi di coordinazione:
- Manuale, bimanuale, oculo-manuale.
- In statica e dinamica e con il concetto di Dual Task.



- Esercizi di motricità fine.

Posturale

- Rieducazione posturale: con e senza specchio di rieducazione.
- Tecniche di flessibilizzazione e allungamento per muscoli accorciati.
- Formazione all'igiene posturale.
- Dissociazione del cingolo pelvico-scapolare.

Equilibrio

- Esercizi di equilibrio statico e dinamico.
- Con variazione della base di appoggio.
- Con e senza rinforzo sensoriale (visivo, sonoro o tattile).
- Lavoro su superfici instabili.
- Esercizi propriocettivi

Transfert

- Rieducazione dei trasferimenti di base.
- Esercizi per stimolare le reazioni posturali, il raddrizzamento e la protezione dalle cadute.
- Esercizi per facilitare i cambiamenti posturali.

Andatura

- Rieducazione della lunghezza e dell'altezza dell'andatura:
 - Con e senza stimolo sonoro.
 - Con e senza stimolo visivo.
- Rieducazione dell'appoggio.
- Circuito dell'andatura.
 - Senza ostacoli.
 - Con ostacoli orizzontali e verticali.
- Pratica di diversi tipi di camminata.
 - Con e senza parallele.
- Rieducazione della deambulazione su diverse superfici.
- Rieducazione delle curve.
- Addestramento all'uso di ausili tecnici per la deambulazione.
- Bastone da passeggio
- Stampella
- Telaio per la deambulazione

Dolore

- Tecniche di massoterapia.
- Elettroterapia.
- Termoterapia e crioterapia.
- Bendaggio neuromuscolare

3.1.2 Complicanze che possono essere trattate con la fisioterapia.

Gastrointestinali

- Terapia del massaggio
- Incoraggiamento alla pratica dell'attività fisica
- Regime di esercizio fisico

Respiratorio

- Tecniche di espansione costale
- Tecniche di respirazione diaframmatica
- Esercizi per aumentare i volumi respiratori
- Rieducazione della tosse

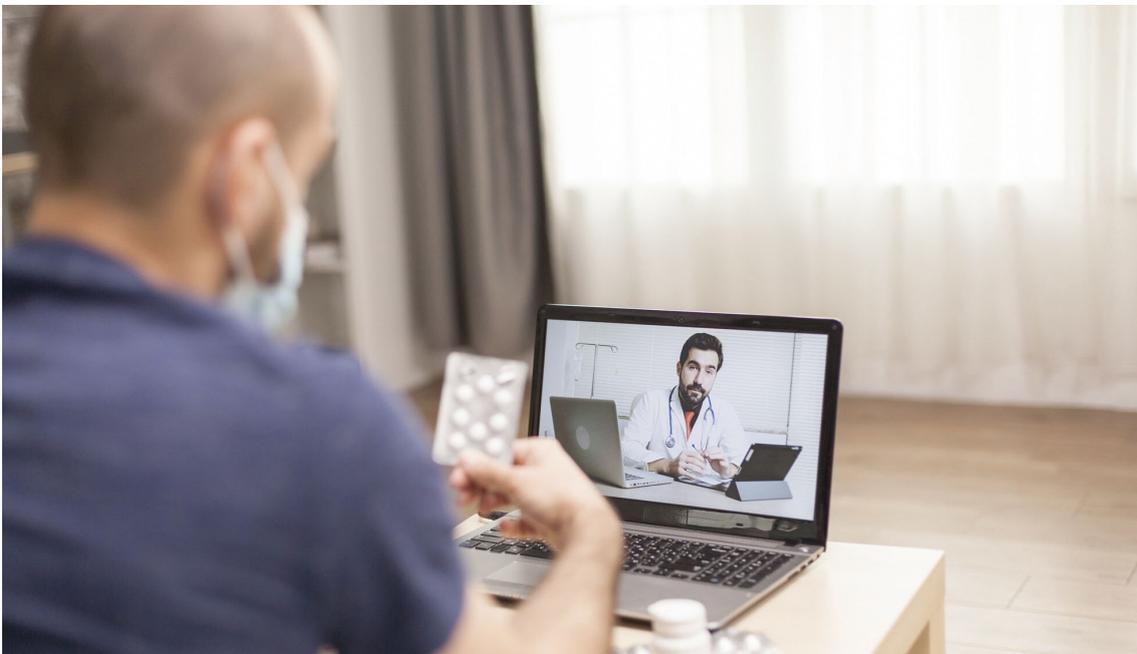
- Tecniche di pulizia mucociliare

Stato d'animo

- Tecniche di rilassamento
- Incoraggiamento all'attività fisica
- Regime di esercizio fisico

3.1.3 Terapia online

La terapia online o l'assistenza attraverso mezzi tecnologici è stata rafforzata in molti aspetti dopo lo scoppio della pandemia da parte del COVID-19, dando vita a una risorsa ottimale per fornire accesso e globalizzare l'assistenza a gruppi al di là della loro ubicazione rispetto al nostro centro di lavoro. Per l'inclusione della persona con malattia di Parkinson nel servizio di terapia online da parte dell'area di fisioterapia, è necessario prendere in considerazione aspetti quali la valutazione della condizione fisica, nonché la componente dell'equilibrio e dei riflessi posturali.



È emerso che migliorare la forma fisica, la funzione motoria e il funzionamento corticomotorio potrebbe essere un buon intervento per la PD, poiché i tempi di risposta sono migliorati subito dopo l'esercizio. La fisioterapia è un intervento terapeutico non farmacologico che utilizza un approccio olistico incentrato sul paziente, volto a ripristinare e massimizzare la qualità del movimento e l'indipendenza funzionale, sostenendo al contempo l'autogestione e la partecipazione del paziente. I pazienti possono trarre beneficio da due aree della fisioterapia: gli esercizi per costruire e mantenere la forza muscolare e il condizionamento per ridurre le difficoltà di movimento e per affrontare aree problematiche come la rigidità di mani e gambe, i tremori e l'equilibrio.

L'esercizio fisico è uno degli interventi più comuni nei programmi di fisioterapia. Viene prescritto con l'obiettivo di migliorare i sintomi della malattia e i problemi di funzionamento, nonché di rallentare il deterioramento funzionale e, in alcuni casi, la progressione della malattia. Oltre ai programmi basati sull'esercizio fisico in ambulatorio, i fisioterapisti prescrivono anche programmi di esercizio a domicilio in base alle esigenze specifiche dei pazienti e li incoraggiano ad aumentare i livelli di attività fisica quotidiana.

3.1.4 Tipi di fisioterapia

La durata e la frequenza delle sedute di fisioterapia dipendono dall'ospedale o dalla clinica e dal paziente. In generale, le sedute durano da 30 a 40 minuti, quattro o cinque giorni alla settimana. In base al sintomo da trattare, è possibile modificare il tipo di esercizio e la relativa routine.

- **Terapia dell'esercizio**

Vengono prescritti vari esercizi per migliorare la forza, la flessibilità, l'equilibrio e la coordinazione. Questi possono includere esercizi aerobici, stretching, allenamento alla resistenza ed esercizi specifici per la postura e la deambulazione.

- **Allenamento della deambulazione**

La malattia di Parkinson spesso influisce sull'andatura e sul modo di camminare. L'allenamento dell'andatura prevede tecniche ed esercizi per risolvere problemi come l'andatura strascicata, il blocco dell'andatura e la festinazione. Si concentra sul miglioramento della lunghezza della falcata, dell'avvio del passo e del ritmo della camminata.

- **Allenamento dell'equilibrio**

La malattia di Parkinson può causare problemi di equilibrio e un aumento del rischio di cadute. L'allenamento dell'equilibrio prevede esercizi e tecniche per migliorare la stabilità e ridurre il rischio di cadute. Questi possono includere esercizi di spostamento del peso, esercizi di equilibrio su superfici instabili e attività funzionali che sfidano l'equilibrio.

- **LSVT BIG**

Il Lee Silverman Voice Treatment BIG è un programma di trattamento specializzato per la malattia di Parkinson. Comporta esercizi intensivi e ad alta ampiezza progettati per risolvere le difficoltà di movimento, migliorare la funzione motoria e aumentare la mobilità generale.

- **Tecniche di cueing**

Le tecniche di cueing forniscono indicazioni o suggerimenti esterni per facilitare il movimento e migliorare il controllo motorio. Tra gli esempi vi sono spunti visivi (ad esempio, linee sul pavimento), uditivi (ad esempio, battiti di metronomo) e tattili (ad esempio, spunti tattili o vibrazioni).

- **Facilitazione neuromuscolare propriocettiva (PNF)**

Le tecniche PNF prevedono schemi di movimento e resistenza per migliorare la forza, la flessibilità e la coordinazione muscolare. Possono essere utilizzate per affrontare specifici disturbi del movimento nella malattia di Parkinson.

- **Allenamento funzionale**

L'allenamento funzionale si concentra sulla pratica e sul miglioramento delle attività quotidiane che sono impegnative per le persone con malattia di Parkinson. Si tratta di allenare compiti e movimenti specifici legati alla cura di sé, alla mobilità e alle attività della vita quotidiana.

- **Dispositivi di assistenza**

I fisioterapisti possono consigliare l'uso di dispositivi di assistenza come bastoni, deambulatori o ortesi per migliorare la stabilità e sostenere la mobilità nelle persone con malattia di Parkinson.

3.2 Terapia occupazionale

La terapia occupazionale è definita come l'insieme delle tecniche, dei metodi e delle azioni che, attraverso le attività applicate a scopo terapeutico, prevengono e mantengono la salute, favoriscono il ripristino delle funzioni, compensano i deficit invalidanti e valutano i presupposti comportamentali e il loro significato profondo al fine di raggiungere la massima indipendenza e reintegrazione dell'individuo in tutti gli aspetti: lavorativi, mentali, fisici e sociali.

La terapia occupazionale mira a migliorare la qualità della vita delle persone trattate per pro-

muovere la loro autonomia e indipendenza sia nelle attività di base della vita quotidiana (BADL) sia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

La terapia occupazionale non si concentra solo sulle limitazioni delle persone con PD, ma anche sulle loro capacità e abilità. In questo modo, favorisce un trattamento orientato alla persona, che non si concentra solo su ciò che la persona non può fare in quel momento.

Alcuni degli obiettivi che derivano da questa prospettiva sono:

- Migliorare e mantenere la coordinazione e la realizzazione volontaria del movimento dell'arto superiore e più specificamente delle mani.
- Promuovere la comunicazione verbale, non verbale e scritta, in quanto coinvolta nella maggior parte delle attività strumentali della vita quotidiana (ad esempio, fare la spesa, scrivere una lettera o firmare un documento, comunicare con la famiglia, ecc.)
- Consigliare o rieducare alle attività di base della vita quotidiana, BADL (come vestirsi, girarsi nel letto, andare in bagno, fare la doccia, mangiare...) in modo che la persona affetta dalla malattia possa svolgerle nel modo più indipendente possibile.
- Consigliare la persona che abbiamo in cura in base alle esigenze che ha in quel momento in modo globale nel suo ambiente:
 - Adattamenti ABVD, come l'applicazione di velcro alle camicie o alle scarpe, l'ispessimento dei manici delle posate, l'adattamento degli utensili, ecc.
 - Modifiche in casa, come la rinuncia ai tappeti, l'uso di tovaglie antiscivolo durante i pasti, sedili per doccia/bagno, sollevatore o montacarichi per il bagno, maniglie o barre nella vasca da bagno o vicino al bagno, tra gli altri.
 - Consigliare prodotti di supporto che aiutino a compensare carenze o limitazioni nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come ad esempio: deambulatori o bastoni da passeggio, letti articolati, piatti con bordo e inclinazione, maniglie ergonomiche, ecc.
- Aiutare la persona affetta da malattia e la sua famiglia a organizzare la routine quotidiana, favorendo la creazione di abitudini che rafforzino l'autonomia, i ruoli, le occupazioni, gli hobby, ecc. per continuare a svolgere le attività che svolgeva prima o cercare alternative per mantenere la qualità della vita.
- Mantenere le funzioni cognitive (attenzione, memoria, orientamento, funzioni visuospatiali, percettive, esecutive, ecc.)
- Ridurre l'affaticamento nell'esecuzione delle ADL.
- Informare e consigliare l'ambiente di cura e la famiglia affinché facilitino l'esecuzione delle ADL da parte della persona con Parkinson nel modo più indipendente possibile, aiutandola a godere di una migliore salute fisica ed emotiva.

La metodologia proposta dall'area della terapia occupazionale è la seguente:

- Stimolazione cognitiva: Prassie, attenzione, funzioni esecutive e problem solving, abilità visuo-spaziali, memoria, interazioni sociali, ABVD, guida di un veicolo, reminiscenza, revisione della vita, Neuron-up, laboratori di lettura, attualità e orientamento, uso di nuove tecnologie e giochi da tavolo.
- Stimolazione funzionale: In base all'alterazione del movimento e ai sintomi caratteristici della malattia di Parkinson, vengono applicate le seguenti tecniche/attività: psicomotricità, esercizi incentrati sulle capacità motorie, tecniche incentrate su tremore, rigidità, bradicinesia, instabilità posturale e freezing.
- Stimolazione sensoriale: I sintomi sensoriali sono comuni sintomi non motori nelle persone con PD. Le tecniche che possono essere utilizzate sono: stimolazione somatica (sensoriale

profonda, propriocettiva, corticale o combinata), stimolazione vestibolare e stimolazione vibratoria.

- Addestramento alle ADL (di base, strumentali e per il tempo libero): Le tecniche comunemente utilizzate sono: modellamento, sequenziamento, concatenamento a ritroso, compensazione funzionale, prodotti di assistenza, tempo libero e tempo libero.

La terapia occupazionale mira a migliorare la capacità di un individuo di svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) e di mantenere l'indipendenza funzionale. Comprende strategie per migliorare le capacità di autocura, raccomandazioni di attrezzature adattive e modifiche all'ambiente di vita per facilitare le attività quotidiane.



I terapisti occupazionali valutano il funzionamento fisico, cognitivo e psicosociale dell'individuo per determinare l'impatto della malattia di Parkinson sulle sue attività quotidiane. Identificano le aree specifiche di difficoltà e sviluppano piani di intervento personalizzati in base alle esigenze e agli obiettivi dell'individuo.

I terapisti occupazionali si concentrano sul miglioramento o sul mantenimento dell'indipendenza nelle attività di cura di sé, come vestirsi, fare la toilette, lavarsi e nutrirsi. Possono fornire strategie per risparmiare energia, modificare i compiti o gli ambienti, consigliare attrezzature adattive e insegnare tecniche di compensazione.

3.3 Logopedia

I disturbi della comunicazione (orale, gestuale e scritta) sono rari all'esordio della malattia, ma possono comparire più avanti nel corso della malattia. Circa il 90% delle persone con Parkinson presenta disturbi della comunicazione orale, come limitazioni delle funzioni vocali, articolatorie e di deglutizione.

Le manifestazioni comunicative caratteristiche della malattia di Parkinson sono:

FUNZIONE COMPROMESSA	CAUSE	SINTOMI
Equilibrio muscolare del viso	Rigidità, bradicinesia, tremore.	Maschera o faccia da poker.
Respirazione	Postura flessa, rigidità, bradicinesia e incoordinazione.	Frase finali forzate, bassa intensità.
Articolazione	Rigidità, bradicinesia, incoordinazione e tremore.	Pronuncia lenta e imprecisa. Discorso incomprensibile.
Intensità vocale	Rigidità e bradicinesia. tremore	Voce soffiata, rauca, monotona. Aspirazioni
Funzione velofaringea	Contrazione inefficace del palato molle.	Voce nasalizzata. Rigurgito nasale.
Prosodia	Frase brevi, pause inadeguate e ritmo accelerato.	L'intelligibilità del parlato è diminuita.
Scrittura	Tremore, rigidità, bradicinesia e incoordinazione. Deficit cognitivi.	Micrografia, caratteri alterati, omissioni/inserzioni.
Deglutizione	Postura flessa, rigidità, bradicinesia e incoordinazione.	Sbavamenti, soffocamento, chiusura inadeguata delle labbra, sensazione di intasamento della gola, schiarimento frequente della gola, tosse durante o dopo i pasti.

Per tutti questi motivi, il logopedista ha i seguenti obiettivi:

- Ottenere un miglioramento della comunicazione del paziente in modo che non perda la capacità di relazionarsi con gli altri.
- Prevenire e mantenere le componenti del linguaggio conservate e sensibilizzare il paziente sugli aspetti del linguaggio che ostacolano la comunicazione.
- Insegnare tecniche e strategie per migliorare l'articolazione del linguaggio.
- Se la comunicazione orale non è possibile, fornire al paziente e alla famiglia un mezzo di comunicazione alternativo.
- Ottenere una deglutizione sicura ed efficace.

Affrontare le difficoltà di linguaggio, comunicazione e deglutizione può essere emotivamente impegnativo. Un logopedista può fornire sostegno emotivo, consulenza e formazione sia alla persona con Parkinson che ai suoi familiari.

3.3.1 Interventi di logopedia

- Equilibrio dei muscoli facciali: Davanti a uno specchio, si eseguono esercizi per labbra, lingua, guance e mascella, espressioni facciali come sorpresa, rabbia, gioia, ecc. Inoltre, il logopedista può eseguire un massaggio facciale per aiutare a ridurre la rigidità dei muscoli facciali.
- Disartria ipocinetica: per alleviare le difficoltà di pronuncia e di voce, si eseguono esercizi di respirazione, di articolazione e di vocalizzazione (come la lettura di scioglilingua), la lettura ad alta voce di testi per modulare il volume della voce, esercizi di canto per dare più tono alla voce ed esercizi di ritmo vocale come le frasi sillabiche.
- Disgrafia: esercizi di motricità fine e di calligrafia aiutano a rendere la scrittura meno piccola e più leggibile.
- Disfagia: per ridurre al minimo il rischio di complicazioni respiratorie e mantenere un livello ottimale di nutrizione e idratazione, è molto importante eseguire esercizi per mantenere un adeguato controllo posturale; il logopedista insegnerà anche diverse manovre di deglutizione, tecniche di aumento sensoriale e linee guida di igiene orale. Se necessario, la consistenza e la struttura del cibo saranno adattate o si consiglierà un'alimentazione di base adattata.

I disturbi della comunicazione sono rari all'esordio della malattia, ma possono comparire più avanti nel corso della malattia. Circa il 50% delle persone con malattia di Parkinson ha problemi di comunicazione verbale, non verbale e scritta.

La malattia di Parkinson può causare difficoltà di articolazione e di pronuncia, rendendo il linguaggio poco chiaro o biascicato. Inoltre, circa il 50% delle persone ha problemi di deglutizione.

Pertanto, il logopedista lavorerà su esercizi mirati a queste aree specifiche per migliorare l'intelligibilità del discorso e prevenire il soffocamento.

La terapia della parola e del linguaggio si concentra sulle difficoltà di comunicazione orale, gestuale e scritta. Le tecniche possono includere esercizi per aumentare il volume della voce e l'accuratezza articolatoria, ridurre la velocità del discorso, aumentare la mobilità orofacciale, migliorare l'intonazione e l'ortografia. Inoltre, verranno fornite strategie per migliorare la funzione di deglutizione e, se necessario, adattare la consistenza di liquidi o solidi ed evitare ulteriori complicazioni.

Affrontare le difficoltà di linguaggio, comunicazione e deglutizione può essere emotivamente impegnativo. Un logopedista può fornire sostegno emotivo, consulenza ed educazione sia alla persona con malattia di Parkinson che ai suoi familiari.

3.4 Riabilitazione cognitiva

La malattia di Parkinson a volte può portare a cambiamenti cognitivi, tra cui difficoltà con l'attenzione, la memoria e la funzione esecutiva. La riabilitazione cognitiva comporta esercizi e strategie per migliorare le capacità cognitive, aumentare l'attenzione e la concentrazione e gestire le difficoltà di memoria.

Gli esercizi di allenamento all'attenzione possono comportare compiti che promuovono un'attenzione sostenuta o migliorano le capacità di attenzione divise. Le strategie compensative sono tecniche e strumenti che aiutano le persone a risolvere le loro difficoltà cognitive. Queste strategie possono comportare l'utilizzo di ausili esterni come calendari, promemoria o applicazioni per smartphone per aiutare con la memoria e l'organizzazione.

Impegnarsi in attività intellettualmente stimolanti può aiutare a mantenere e migliorare le capacità cognitive. Ciò può comportare attività come la lettura, i puzzle, suonare strumenti musicali, imparare una nuova abilità o partecipare ad attività sociali che richiedono impegno

cognitivo.

3.5 Supporto psicologico e consulenza

La convivenza con la malattia di Parkinson può essere emotivamente impegnativa e le persone possono manifestare ansia, depressione o altri sintomi psicologici. Il supporto psicologico, la consulenza e i gruppi di sostegno possono fornire una valida via per l'espressione emotiva, l'educazione e le strategie di coping.

Il supporto psicologico può aiutare le persone a gestire queste emozioni offrendo loro uno spazio sicuro per esprimere ed elaborare i propri sentimenti. I terapeuti possono offrire strategie per gestire il disagio emotivo e sostenere lo sviluppo di meccanismi di coping sani. La psicologia del Parkinson mira a sostenere la qualità della vita e lo stato psicologico della persona con Parkinson, nonché quello della famiglia e dell'ambiente di assistenza.

Intervento psicologico individuale:

- Contatto o accoglienza.
- Raccolta di dati anamnestici completi.
- Intervento cognitivo e psicologico.
- Facilitare il processo di adattamento alla malattia.
- Aiutare ad affrontare la malattia nelle diverse fasi.
- Ridurre il più possibile le esperienze di sofferenza emotiva, affettiva, relazionale e sociale.
- Incoraggiare l'aderenza al trattamento farmacologico e non farmacologico.
- Incoraggiare i comportamenti che promuovono l'autonomia e che non comportano rischi per la persona colpita.
- Evitare l'isolamento sociale.
- Guidare e accompagnare nelle situazioni di crisi.
- Controllare la sintomatologia dovuta agli effetti secondari dello stress.
- Formazione sulle capacità di coping e di autocura.
- Adattare le aspettative

Intervento psicologico individuale con il caregiver e il familiare:

- Facilitare l'accettazione della diagnosi.
- Incoraggiare l'adattamento e il contatto con la malattia.
- Normalizzare le emozioni (rabbia, senso di colpa, paura...).
- Intervenire nella cospirazione del silenzio (se presente).
- Incoraggiare una comunicazione efficace tra la famiglia e la persona con malattia di Parkinson.
- Aiutare ad anticipare i momenti e le situazioni critiche della malattia.
- Fornire sostegno emotivo.
- Formare alla gestione di base dei comportamenti disadattivi della persona con malattia.
- Fornire linee guida per la gestione dello stress.
- Incoraggiare i contatti sociali e le attività di svago.
- Prevenire il sovraccarico del caregiver.
- Aiutare a riconoscere il ritiro della famiglia.
- Prepararsi al momento dell'addio, conoscendo le emozioni coinvolte e le modalità del processo.

Interventi psicologici di gruppo: Gruppi di auto-aiuto:

Partecipare a un gruppo di sostegno per la malattia di Parkinson può essere estremamente utile. Questi gruppi offrono alle persone l'opportunità di entrare in contatto con altre persone che condividono esperienze simili, di scambiare informazioni e di fornire sostegno reciproco. L'obiettivo generale dei gruppi GAM è quello di migliorare la qualità di vita delle persone affette da PD nelle diverse fasi della malattia. A tal fine, è utile conoscere le motivazioni e le aspettative comuni di coloro che fanno parte del gruppo.

Dal punto di vista della salute psicologica e mentale, attraverso i gruppi GAM si possono sviluppare programmi più specifici che affrontino questioni relative a:

- Psicoeducazione all'autostima, alla cura di sé fisica ed emotiva (tristezza, rabbia, frustrazione, paura...). Definizione di nuovi ruoli, punti di forza, empatia e strategie di gestione dei conflitti.
- Imparare a identificare i pensieri negativi e le distorsioni.
- Migliorare le capacità di comunicazione e la formazione all'assertività.
- Aumentare le dinamiche di gruppo (lavorare sulle emozioni, sui punti di forza...).
- Coesione di gruppo.

Intervento psicologico di gruppo: Gruppi di sostegno reciproco per assistenti e familiari:

Il caregiver si prende cura del proprio caro a livello fisico ed emotivo, diventando la risorsa più importante per la persona con Parkinson, stimolando le sue capacità conservate e sostituendo quelle che sta progressivamente perdendo, il che richiede una serie di cure particolari.

Per svolgere questa cura, è necessario che l'ambiente di cura e la famiglia siano informati e supportati attraverso una risorsa come i Gruppi di mutuo aiuto.

Alcune delle richieste specifiche del gruppo possono essere:

- Contenuti sullo sviluppo personale (autostima, emozioni, punti di forza, assertività, ristrutturazione cognitiva...).
- Contenuti sulle relazioni familiari e sociali.
- Contenuti sull'informazione sulla PD e sui loro familiari.
- Contenuti sulla cura di sé (routine, organizzazione del tempo, limiti, sindrome del caregiver, ecc.).

Vivere con la malattia di Parkinson può essere emotivamente impegnativo e gli individui possono provare ansia, depressione o altri sintomi psicologici. Il supporto psicologico, la consulenza e i gruppi di supporto possono fornire uno sbocco prezioso per l'espressione emotiva, l'educazione e le strategie di coping.

Il supporto psicologico può aiutare le persone a far fronte a queste emozioni fornendo uno spazio sicuro per esprimere ed elaborare i loro sentimenti. I terapeuti possono offrire strategie per gestire il disagio emotivo e fornire supporto nello sviluppo di meccanismi di coping sani.

- Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

La CBT è un approccio terapeutico comunemente usato che si concentra sull'identificazione e la modifica di modelli di pensiero e comportamenti negativi. Può essere utile per affrontare l'ansia, la depressione e altre difficoltà psicologiche associate alla malattia di Parkinson. Le tecniche CBT possono aiutare le persone a sfidare le credenze negative, gestire lo stress e sviluppare strategie di coping adattive.

- Gruppi di supporto

Unirsi a un gruppo di supporto per la malattia di Parkinson può essere immensamente utile. Questi gruppi offrono alle persone l'opportunità di connettersi con altre persone che condividono esperienze simili, scambiare informazioni e fornire supporto reciproco. Partecipare

a un gruppo di supporto può aiutare a ridurre i sentimenti di isolamento, normalizzare le esperienze e offrire consigli pratici per gestire le sfide della vita con il Parkinson.

- Supporto per i caregiver

Il supporto psicologico non è limitato alle persone con malattia di Parkinson, ed è altrettanto importante per i rispettivi caregiver. Prendersi cura di qualcuno con Parkinson può essere emotivamente impegnativo e i caregiver possono sperimentare stress, burnout ed emozioni difficili da gestire. I servizi di consulenza e supporto possono aiutare i caregiver a navigare nel proprio benessere emotivo, fornire loro strategie di coping e offrire indicazioni sulla cura di sé.

3.6 Musicoterapia

La musicoterapia è una terapia che utilizza la musica per ripristinare le funzioni fisiche e cognitive, per migliorare le relazioni sociali, per aiutare l'espressione emotiva e per aiutare i pazienti a raggiungere una migliore qualità di vita affrontando tre aspetti fondamentali: riabilitazione, comunicazione ed espressione.

A tal fine, vengono svolte attività basate sulla musica per affrontare gli aspetti fisici, cognitivi e socio-emotivi e per raggiungere un'unità bio-psico-sociale del paziente con malattia di Parkinson.

Gli obiettivi della musicoterapia nella malattia di Parkinson sono:

- Promuovere le relazioni sociali all'interno di un gruppo di persone affette dalla malattia.
- Incoraggiare l'espressione e la creatività.
- Per aiutare l'espressione emotiva.
- Mantenere la deambulazione e la mobilità generale.
- Per favorire il rilassamento negli stati di agitazione.
- Migliorare i livelli di attenzione.
- Per favorire il recupero dei ricordi.
- Per godere del canto e della musica.

La stimolazione uditiva ritmica, in cui le persone sincronizzano i propri movimenti con un ritmo musicale, può aiutare a migliorare la deambulazione e la coordinazione motoria nelle persone con malattia di Parkinson, è in grado di modificare gli stati d'animo, è molto utile per esercitare l'attenzione e le capacità di memoria ed è un agente socializzante:

- Suonare strumenti e cantare: aiuta a potenziare e migliorare le relazioni sociali.
- Improvvisazione musicale e dialoghi: aiuta l'espressione emotiva e promuove la creatività.
- Schemi di danza e movimento liberi: aiuta ad esercitare la camminata e incoraggia il movimento.
- Giochi musicali e reminiscenza: aiuta ad esercitare l'attenzione, la memoria e aiuta l'orientamento alla realtà.

Le sessioni di musicoterapia spesso comportano attività di gruppo ma sono sensibili ai bisogni individuali, incoraggiano l'interazione sociale e forniscono un ambiente solidale e inclusivo. Cantare o suonare insieme può facilitare la comunicazione, aumentare le connessioni sociali e alleviare i sentimenti di isolamento.

Le sessioni di musicoterapia spesso comportano attività di gruppo ma sono sensibili ai bisogni individuali, incoraggiano l'interazione sociale e forniscono un ambiente solidale e inclusivo. Cantare o suonare insieme può facilitare la comunicazione, aumentare le connessioni sociali e alleviare i sentimenti di isolamento.



La partecipazione alla musicoterapia può migliorare la qualità generale della vita delle persone affette da malattia di Parkinson. Può promuovere un senso di realizzazione, espressione di sé e divertimento, migliorando così il benessere generale e riducendo i sintomi di depressione e ansia.

La musicoterapia utilizza attività basate sulla musica per affrontare le sfide motorie, linguistiche ed emotive associate alla malattia di Parkinson. Può migliorare il movimento, la coordinazione e il benessere emotivo.

La stimolazione uditiva ritmica, in cui gli individui sincronizzano i propri movimenti con un ritmo musicale, può aiutare a migliorare l'andatura e la coordinazione motoria nelle persone con malattia di Parkinson. La musicoterapia può comportare attività come suonare la batteria, ballare o suonare strumenti, che possono facilitare il movimento, la coordinazione e l'equilibrio.

Le tecniche di musicoterapia, come esercizi di canto e improvvisazione vocale, possono aiutare a migliorare il controllo del respiro, la forza vocale, l'articolazione e la chiarezza generale del discorso. Cantare in un contesto di gruppo può anche migliorare l'interazione sociale e fornire un senso di comunità.

Le sessioni di musicoterapia spesso comportano attività di gruppo, favorendo l'interazione sociale e fornendo un ambiente solidale e inclusivo. Cantare o suonare insieme può facilitare la comunicazione, aumentare le connessioni sociali e alleviare i sentimenti di isolamento.

La partecipazione alla musicoterapia può migliorare la qualità generale della vita delle persone affette da malattia di Parkinson. Può promuovere un senso di realizzazione, espressione di sé e divertimento, migliorando così il benessere generale e riducendo i sintomi di depressione e ansia.

3.7 Approcci mente-corpo

Pratiche come yoga, tai chi e pilates possono aiutare a migliorare l'equilibrio, la flessibilità e il benessere generale. Questi approcci mente-corpo combinano movimento, respirazione profonda e consapevolezza, che possono essere utili per le persone affette da malattia di Parkinson.

- Pilates

Le attività mente-corpo come il Pilates hanno dimostrato di essere più efficaci nel trattamento della malattia di Parkinson stimolando l'agilità, la mobilità e la coordinazione, imponendo sfide senso-motorie e di resistenza.

Inoltre, uno dei principali vantaggi che il metodo offre alle persone con Parkinson è il concetto di rieducazione al movimento che aiuta a migliorare i deficit motori e vari sintomi collaterali derivanti dalla patologia.

I principi del metodo sono responsabili di fornire forza, allungamento e migliorare direttamente la coordinazione motoria e l'equilibrio. Tutti i movimenti nell'esecuzione dell'esercizio sono armonici e controllati, stimolano la coordinazione e il rafforzamento globale senza rischio di infortuni, e vengono applicati in base alle necessità individuali.

Alcuni dei benefici che possiamo osservare con la pratica regolare del Pilates sono:

- Equilibrio migliorato, riducendo il rischio di caduta.
- Rallentamento della diminuzione della coordinazione e dell'incapacità di iniziare il movimento.
- La forza muscolare, uno degli aspetti più debilitanti del Parkinson.
- Preservare la gamma di movimento delle articolazioni chiave, come l'anca.
- Concentrarsi sulla respirazione, sulla concentrazione e sul seguire un ritmo quando ci si muove.
- Migliorare la postura, rallentando la progressione verso la postura cifotica (curva).



- Yoga

Lo Yoga combina posture fisiche, esercizi di respirazione e meditazione. Può aiutare a migliorare la flessibilità, l'equilibrio e la postura, che sono importanti aree di interesse per le persone con malattia di Parkinson. Inoltre, lo yoga può promuovere il rilassamento, ridurre lo stress e migliorare il benessere fisico e mentale generale.

- Tai Chi

Il Tai Chi è un esercizio delicato e a basso impatto che comporta movimenti lenti e fluidi combinati con respirazione profonda e consapevolezza. Può migliorare l'equilibrio, la flessibilità e la coordinazione, che può essere particolarmente utile per le persone con malattia di Parkinson. Il Tai Chi favorisce anche il rilassamento e la riduzione dello stress.

- Meditazione e Mindfulness

Le pratiche di meditazione e mindfulness implicano focalizzare l'attenzione, osservare pensieri e sensazioni senza giudizio e coltivare uno stato di consapevolezza del momento presente. Queste pratiche possono aiutare le persone con malattia di Parkinson a gestire lo stress, l'ansia e la depressione e migliorare il benessere mentale generale.

- Esercizi di respirazione

Gli esercizi di respirazione profonda, come la respirazione diaframmatica, possono aiutare a ridurre l'ansia, promuovere il rilassamento e migliorare la capacità polmonare. Questi esercizi possono essere utili per gestire lo stress, migliorare la funzione respiratoria e sostenere il benessere generale.

- Immagini guidate

L'immaginazione guidata comporta l'uso di immagini mentali e tecniche di visualizzazione per evocare esperienze sensoriali positive. Può aiutare le persone con malattia di Parkinson a rilassarsi, ridurre lo stress e migliorare il benessere. Le sessioni di immagini guidate sono spesso guidate da un professionista qualificato o accessibili tramite risorse audio o video registrate.

- Danza/Movimento Terapia

La danza e la terapia del movimento implicano l'impegno nel movimento espressivo, nell'improvvisazione e nell'esplorazione creativa. Queste terapie possono aiutare a migliorare la consapevolezza del corpo, la mobilità, l'espressione di sé e il benessere emotivo negli individui con malattia di Parkinson.

È importante consultare gli operatori sanitari, come fisioterapisti o specialisti del movimento, per garantire che gli approcci mente-corpo siano adattati alle esigenze e alle capacità specifiche dell'individuo. L'integrazione di questi approcci in un piano di trattamento completo può fornire ulteriori benefici insieme alla gestione medica e ad altre terapie per la malattia di Parkinson.

4. Supporto sociale

4.1. Tipologie di intervento sociale

È necessario tenere conto degli elementi che motivano l'intervento:

- Mancanza di supporto.
- Mancanza di risorse adeguate e specializzate per soddisfare le esigenze dei pazienti affetti da Parkinson e delle loro famiglie.
- Le caratteristiche specifiche dell'individuo e della sua famiglia richiedono un intervento personalizzato.

A) Intervento individuale:

Le fasi di questo intervento sono le seguenti:

- Prima accoglienza: consiste nel costruire la relazione tra il professionista e l'interessato, nonché nell'individuare i bisogni latenti e manifesti.
- Progettazione dell'intervento individuale: in questa fase è necessario stabilire obiettivi

volti a migliorare la qualità della vita e devono essere basati sulle possibilità dell'individuo: valutazione, diagnosi e pianificazione.

- Follow-up dei casi.
- Valutazione: consiste in un'analisi del raggiungimento degli obiettivi e, se necessario, nella riformulazione degli obiettivi, sia perché sono stati raggiunti, sia perché non sono stati raggiunti.

B) Intervento familiare

- Il modo migliore per raggiungere un accordo su come condividere la responsabilità di prendersi cura della persona affetta da malattia di Parkinson è attraverso gli **incontri familiari**.
- A tal fine viene redatto un piano di sostegno che chiarisca il ruolo di ciascuno nella cura della persona interessata, coinvolgendo tutti i componenti del nucleo familiare; e nel caso del caregiver principale, sarà quello che avrà il più alto livello di intervento da parte del professionista.

C) Interventi di gruppo

Il Gruppo di Mutuo Soccorso (GAM) è uno spazio in cui persone diverse che condividono lo stesso problema o difficoltà si uniscono per cercare di superare o migliorare la propria situazione. Possiamo trovare GAM per:

- Traumi psicologici o fisici
- I familiari di persone malate
- Donne che necessitano aiuto
- Hobby e tempo libero: consente al professionista di osservare l'interessato in un ambiente ludico e dà all'interessato l'accesso alle relazioni sociali.

D) Intervento di rete:

È molto importante coordinarsi con:

- Ambito pubblico: Centri di previdenza sociale, Direzione generale (es. volontariato, dipendenza, anziani, ecc.), residenze, centri diurni, centri sanitari, ospedali, ecc.
- Ambito privato: residenze, centri diurni, società di servizi di assistenza domiciliare (SAD), altre associazioni o enti, centri sanitari privati, cliniche, ecc.

Tutto ciò significa che per ciascun caso è possibile effettuare un trattamento globale, che si possono trasmettere informazioni e che si può offrire un'assistenza completa sia al malato di Parkinson che ai suoi parenti o assistenti.

4.2 Risorse Sociali

A) Certificati di Disabilità

Si tratta di un riconoscimento amministrativo il cui scopo è quello di compensare gli svantaggi sociali che la disabilità comporta, garantendo l'accesso a diritti e benefici di diversa natura, in un'ottica di parità di opportunità.

Può presentare domanda chiunque sia affetto da qualsiasi tipo di malattia cronica o infortunio, quindi i malati di Parkinson hanno il diritto di presentare domanda ed essere valutati.

I benefit possono essere:

- **Economico**: sgravio dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPF) nella busta paga e nella dichiarazione dei redditi. Esenzione dalla tassa di circolazione. Pensione non contributiva.
- **Mobilità**: assistenza nell'adattamento del veicolo e tessera per il parcheggio.

- **Alloggio:** adattamento o acquisizione di alloggi sovvenzionati (VPO).
- **Altri vantaggi:** sconti nei musei, nei cinema e nei trasporti.

B) Legge sulla dipendenza

Si tratta di una legge universale che mira a favorire il raggiungimento dell'autonomia personale delle persone non autosufficienti e di chi si prende cura di loro. Possono farne richiesta tutti i cittadini che non sono in grado di provvedere a se stessi perché si trovano in una situazione di dipendenza.

I benefit possono essere:

- Risorse per la cura e assistenza:

- Servizio di aiuto domiciliare (cura della persona, sostegno domiciliare).
- Telemedicina.
- Residenze.
- Centri diurni.

- Benefici Economici:

- Per la cura nell'ambiente familiare.
- Collegato al servizio ("Buono di servizio").
- Promozione dell'autonomia (terapie).

C) Incapacità lavorativa

Si tratta di una prestazione economica che mira a coprire la perdita di reddito subita da un lavoratore quando, a causa di malattia o infortunio, la sua capacità lavorativa viene ridotta o annullata.

Possono richiedere questa prestazione i pazienti di età inferiore a 65 anni che sono assicurati o che si trovano nella stessa situazione degli assicurati. A seconda del grado di incapacità sono necessari determinati periodi contributivi minimi.

Gli importi e i gradi sono i seguenti:

- **Invalidità permanente totale:** Incapacità di svolgere la professione abituale. In Spagna, ad esempio, il 55% della base normativa, che sale al 75% a partire dai 55 anni.
- **Inabilità permanente assoluta:** incapacità ad esercitare qualsiasi lavoro. In Spagna corrisponde al 100% della base normativa.
- **Disabilità grave:** oltre all'incapacità di continuare a lavorare, hai bisogno dell'aiuto di una terza persona.

D) Incapacità giuridica

Si tratta di una dichiarazione giudiziale che, dopo un approfondito studio della personalità del presunto incapace e con la sua partecipazione al processo, stabilisce se questi è in grado o meno di governare adeguatamente la sua persona e i suoi beni.

Di norma il procedimento viene avviato dal coniuge o dai discendenti. Possono farlo anche gli ascendenti o i fratelli e, in assenza di parenti, il pubblico ministero.

Le tipologie di incapacità giuridica sono:

- **Incapacità totale:** protezione del patrimonio personale e finanziario della persona incapace di autogovernarsi..
- **Incapacità Parziale:** Protezione per una persona che non ha la capacità di governarsi in determinati atti della vita.

Tipi di protezione o assistenza:

- Tutela:** Istituzione principale nella tutela della persona incapace. Tutela, amministrazione, tutela del proprio patrimonio ed esercizio dei propri diritti.
- Tutela:** assistere e integrare le capacità della persona. Tutela nell'inabilitazione parziale.
- Tutore di fatto:** forma di protezione in cui una persona esercita funzioni di tutela, custodia o gestione della proprietà, ma non ha autorità legale (senza essere nominata dal tribunale).

E) Assistenza sociale generale e specializzata:

Entrambe sono governate dalla complementarità e dall'azione coordinata.

- Assistenza sociale generale:

Centri Servizi Sociali d'Area:

- Informazioni e orientamento
- Aiuto domiciliare, teleassistenza, adattamenti domestici e altri supporti per l'unità di convivenza.
- Alloggi alternativi (soggiorni temporanei e emergenze)
- Prevenzione e inserimento sociale (reddito minimo di inserimento, programmi, ecc.).
- Altro: promuovere la solidarietà e la cooperazione sociale.

- Assistenza sociale specializzata: famiglia, bambini, giovani, anziani, donne, disabilità, dipendenza, Parkinson, ecc.

5. LO SAPEVI?

- La mancanza di consapevolezza da parte della società di alcuni sintomi come l'instabilità posturale o le difficoltà di parola, possono essere interpretati come ubriachezza e, a causa dei commenti, possono portare all'isolamento sociale della persona (IMSERSO, 2008).
- Il 50% delle badanti in Spagna ha dovuto rinunciare al lavoro o ridurre l'orario di lavoro per poter fornire l'assistenza necessaria, il che porta ad una riduzione del reddito (INE, 2008).
- In molti casi, per paura o imbarazzo, anche se i sintomi sono molto lievi, si tende a nascondere la diagnosi sul posto di lavoro o a renderla nota con molta discrezione.
- D'altra parte, per alcune persone, l'ambiente di lavoro è l'unico nucleo di relazioni sociali oltre alla famiglia, quindi la perdita del lavoro può avere un impatto diretto anche sulla loro rete sociale e un rischio precoce di reclusione in casa.
- Il genogramma serve per vedere graficamente la situazione familiare dell'utente e per poter individuare eventuali problemi o disfunzionalità familiari per intervenire in modo più efficace.

6. Bibliografia

- Mouchaileh, N. e Hughes, A.J. (2020), Gestione farmacologica della malattia di Parkinson nelle persone anziane. J. Pharm. Pract. Res., 50: 445-454. <https://doi.org/10.1002/jppr.1683>
- Zahoor, I., Shafi, A., & Haq, E. (2018). Trattamento farmacologico della malattia di Parkinson.

Pubblicazioni Exon, 129-144.

<https://doi.org/10.15586/codonpublications.parkinsonsdisease.2018.ch7>

- Mitchell, K. T., & Ostrem, J. L. (2020). Trattamento chirurgico della malattia di Parkinson. *Cliniche neurologiche*, 38 (2), 293-307. 10.1016/j.ncl.2020.01.001
- Lee DJ, Dallapiazza RF, De Vloo P, Lozano AM. Attuali trattamenti chirurgici per la malattia di Parkinson e potenziali bersagli terapeutici. 2018 Ago;13(8):1342-1345. DOI: 10.4103/1673-5374.235220. PMID: 30106037; PMCID: PMC6108190.
- Qureshi, A.R., Jamal, M.K., Rahman, E., Paul, D.A., Oghli, Y.S., Mulaffer, M.T., Qureshi, D., Danish, M.A. e Rana, A.Q. (2021), Terapie non farmacologiche per la gestione del dolore nella malattia di Parkinson: una revisione sistematica. *Acta Neurol Scand*, 144: 115-131. <https://doi.org/10.1111/ane.13435>.



Co-funded by
the European Union

IT	Il presente progetto è finanziato con il sostegno della Commissione europea. L'autore è il solo responsabile di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute.
-----------	---



MODULO 1. UNITÀ 2.

Assistenza sanitaria e sociale



Co-funded by
the European Union