

## **Il trattamento riabilitativo nella malattia di Parkinson e nelle sindromi correlate**

La malattia di Parkinson è caratterizzata da un decorso evolutivo che coincide con un progressivo aggravamento della disabilità, di conseguenza le strategie terapeutiche riabilitative andranno definite in funzione della disabilità/handicap del paziente tenendo conto non solo della stadiazione della malattia, ma anche della situazione socio-familiare e lavorativa che è in grado di condizionare tali scelte.

Le tendenze attuali tendono a dare rilievo alla precocità dell'intervento riabilitativo, che implicherà, inizialmente, in modo principale un addestramento del paziente e dei suoi familiari.

La malattia di Parkinson è caratterizzata, specie nelle fasi più avanzate e in alcune particolari sottoforme o patologie di confine (ad es. MSA), da un coinvolgimento di altre funzioni, oltre a quella neuromotoria, che pur rappresenta l'aspetto preminente.

Andranno pertanto previsti interventi terapeutici mirati per i disturbi autonomici e per i disturbi cognitivi (vedi oltre).

Si è ritenuto opportuno nel definire i criteri di appropriatezza di ricovero, nonché del regime di erogazione delle prestazioni, far riferimento alla Scala di stadiazione clinica di Hoen & Yahr (1967), la quale considera di per sé le problematiche connesse alla disabilità. Si riporta pertanto in allegato detta scala (all.8).

Il ruolo del Medico di famiglia è importante in tutti gli stadi della malattia, in particolare nell'indirizzare il paziente sin dalle fasi precoci presso idonee strutture competenti al suo trattamento farmacologico e riabilitativo, e nell'essere di supporto al paziente e alla sua famiglia con un idoneo "counselling".

Di primaria importanza appare la creazione, ove esso non esista o sia insufficiente, di un adeguato interscambio informativo non solo tra Medico di famiglia e Specialista, ma tra tutti i soggetti che hanno o possono avere un ruolo nell'erogare le prestazioni assistenziali al paziente parkinsoniano.

Nella pratica clinica è comune esperienza come la scelta della struttura a cui indirizzare il paziente sia spesso dettata più da motivi contingenti (recettività, tempi di attesa, etc.) che non da criteri di appropriatezza di tipo clinico. Una fase di validazione/implementazione dei PDT potrebbe fornire in tal senso un contributo importante a migliorare l'efficienza del sistema.

Nei vari momenti assistenziali di crescente rilevanza appare il ruolo svolto dalle Associazioni dei pazienti.

Esse possono contribuire a migliorare il rapporto medico/paziente e, quindi, indirettamente quelli tra utente e struttura assistenziale e favorire lo sviluppo di

programmi educazionali che paiono di grande importanza specie nelle fasi precoci. Il coordinamento tra pazienti che esse possono assicurare consente, inoltre, un'applicazione più estesa delle terapie di gruppo il cui vantaggio in termini di costo/beneficio non hanno bisogno di essere enfatizzati.

### **Trattamenti ed obiettivi della riabilitazione neuromotoria**

Sulla base della stadiazione e condizioni cliniche del paziente gli obiettivi dell'intervento riabilitativo si modificano.

Il trattamento riabilitativo del paziente parkinsoniano dovrà basarsi su alcuni principi di carattere generale:

- 1) esso andrà personalizzato sul singolo paziente (pazienti nella stessa fase di malattia possono presentare problematiche differenziate).
- 2) la valutazione del paziente dovrà essere il risultato di un approccio multidisciplinare che tenga nel dovuto conto le problematiche multispecialistiche che il paziente può presentare
- 3) il programma andrà definito per obiettivi, secondo una valutazione d'équipe che tenga presente le specifiche competenze di ciascuno
- 4) gli obiettivi saranno definiti secondo un programma a gradini (step-by-step), che implichi delle valutazioni periodiche in merito al raggiungimento degli obiettivi. Il mancato raggiungimento di un obiettivo dovrebbe portare non solo a una ridiscussione del programma, ma anche ad una rivalutazione dell'appropriatezza del regime in cui viene erogata la prestazione assistenziale.
- 5) i risultati ottenuti andranno non solo riportati nel diario clinico del paziente, ma quantificati attraverso idonee scale di "outcome"
- 6) il paziente andrà inserito in un follow-up che verifichi l'evoluzione clinica, con un conseguente adeguamento della strategia terapeutica
- 7) il trattamento riabilitativo deve avere, pur nelle differenti condizioni e nella diversa intensità con cui viene erogato, una continuità dato che è dimostrato che la sua interruzione può comportare una perdita del miglioramento ottenuto.

Il programma riabilitativo si pone i seguenti obiettivi:

#### **FASE I → II**

- fornire al paziente e ai familiari idonei consigli sull'attività e gli esercizi da svolgere e stile di vita
- incoraggiare l'attività fisica in particolare contesto-dipendente (ad es. sport, danza, etc.)

- fornire sostegno psicologico

#### **FASE II → III**

- insegnare a mantenere una posizione corretta
- rinforzare la muscolatura e mantenere l'articolari anche con esercizi non contesto-dipendenti (esercizi ripetitivi non finalistici)
- proporre movimenti globali
- persistere con attività fisica contesto-dipendente

#### **FASE III → IV**

- praticare la mobilizzazione passiva e attiva anche con la finalità di prevenire possibili complicanze osteo articolari in particolare
- aiutare il cammino anche con eventuali ausili
- praticare ginnastica respiratoria
- migliorare l'eloquio
- praticare ergoterapia

#### **FASE IV → V**

- ritardare il deterioramento delle condizioni generali legate all'allettamento
- prevenire complicanze cutanee, osteoarticolari e viscerali
- mantenere mobilizzazioni passive quotidiane
- tentare la mobilizzazione attiva
- praticare ginnastica respiratoria

**Nota:** il passaggio da una fase all'altra non implica necessariamente, salvo la loro inattuabilità, l'abbandono delle procedure suggerite per lo stadio precedente.

### **Riabilitazione delle funzioni vegetative e cognitive**

Come detto il paziente parkinsoniano, specie negli stadi più avanzati della malattia, può presentare importanti disturbi di tipo autonomico.

La maggior parte di tali disturbi richiedono un intervento misto farmacologico/riabilitativo.

Ad esempio l'ipotensione posturale potrà risentire positivamente, oltre che dell'uso di trattamenti farmacologici, di idoneo trattamento riabilitativo (ad es. esercizi di stabilizzazione) e di impiego di presidi (ad es. calze elastiche).

I disturbi a livello sfinterico potranno richiedere una valutazione neurologica per un corretto inquadramento propedeutico alla riabilitazione del piano perineale.

Anche in questo caso le scelte terapeutico / farmacologiche dovranno tenere conto della presenza di tali disordini sia per l'impiego di farmaci di trattamento del disturbo stesso, sia per evitare l'uso di farmaci (ad es. con attività colinergica) che li possano peggiorare.

Alcuni disturbi, quali la disfagia, per la loro severità e complessità potranno richiedere l'invio dei pazienti a strutture specializzate in tale tipo di trattamento.

Analogamente la riabilitazione cognitiva potrà richiedere l'invio dei pazienti a strutture idonee, anche se andrà attentamente valutata l'opportunità di erogare tali tipi di prestazioni in funzione dell'evoluitività e severità della malattia.

La presenza di risposta clinica inadeguata o non stabilizzata ai trattamenti farmacologici, la presenza di severi effetti collaterali legati alla terapia (ad es. allucinazioni, ipotensione, etc.) rappresenta titolo preferenziale per il ricovero presso struttura con elevata specializzazione nel trattamento delle malattie extrapiramidali, e il ricovero riabilitativo potrà in tal caso far seguito al ricovero presso reparto neurologico specializzato.