

Attività fisica adattata nella malattia di Parkinson: la postura corretta migliora la qualità di vita e riduce il rischio di caduta

CARMELO GIUFFRIDA¹, SIMONE CIGNI², MICHELE PERNIOLA³, RODOLFO LISI⁴

¹Dipartimento di Scienze biomediche e biotecnologiche, Università degli Studi di Catania; ²SC di Ortopedia e traumatologia, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano; ³Istituto Comprensivo Testoni Fioravanti, Bologna; ⁴Istituto Magistrale Marco Terenzio Varrone, Cassino.

Pervenuto il 20 ottobre 2024. Accettato il 29 ottobre 2024.

Riassunto. Le recenti evidenze scientifiche hanno mostrato i benefici (fisici, psicologici e sociali) del trattamento con attività fisica adattata in soggetti affetti da malattia di Parkinson. Gli autori, sulla scorta di queste nuove e ottimistiche prospettive, caldeggiando il ricorso ad esercitazioni fisico-motorie mirate al ricondizionamento dell'ipomobilità, promuovendo adeguate posture ergonomiche, oltre a stimolare la coordinazione dei processi neuro-cognitivi, capaci di ridurre il rischio di caduta, dato che il trauma ad essa correlata rappresenta la causa più comune di infortunio, e di migliorare la qualità di vita.

Parole chiave. Attività fisica adattata, ipomobilità, malattia di Parkinson, qualità di vita.

Adapted physical activity in Parkinson's disease: correct posture improves quality of life and reduces the risk of falling.

Summary. Recent scientific evidence has shown benefits (physical, psychological and social) of treatment with adapted physical activity in subjects suffering from Parkinson's disease. The authors, on the basis of these new and optimistic perspectives, support the use of targeted physical-motor exercises in order to reduce articular hypomobility, promote correct lifestyles and appropriate ergonomic postures, as well as stimulate coordination of neuro-cognitive processes, in order to reduce the risk of falls, given that related trauma represents the most common cause of injury, and to improve the quality of life.

Key words. Adapted physical activity, hypomobility, Parkinson's disease, quality of life.

Introduzione

La malattia di Parkinson è una sindrome extrapiramidale caratterizzata anche da rigidità muscolare e bradicinesia. Questi aspetti, unitamente al decorso cronico e progressivo della patologia, determinano una compromissione delle attività di vita quotidiana e delle relazioni interpersonali. Quello con levodopa rappresenta il trattamento più efficace¹⁻³ sebbene il suo uso prolungato determini una serie di complicanze ed effetti collaterali, denominati "long-term levodopa syndrome"⁴⁻⁶, consistenti in una riduzione delle prestazioni motorie a causa della comparsa di discinesia⁶ e rigidità (fenomeno del "wearing-off" o "deterioramento da fine dose") e fluttuazione prevedibile ed imprevedibile della motilità come conseguenza di una adeguata (on) e inadeguata (off) risposta a detta terapia (sindrome on-off). L'evoluzione cronica e progressiva della malattia di Parkinson comporta la comparsa di sintomi motori e non motori⁷ di cui la terapia medica tradizionale sembrerebbe non ridurre il rischio di cadute⁸ dal momento che l'instabilità posturale non migliorerebbe con l'assunzione dei farmaci dopaminergici⁸.

Malattia di Parkinson: la postura corretta prima di tutto

Nella malattia di Parkinson, le evidenze scientifiche sull'efficacia dei trattamenti con attività fisica adattata risultano ancora limitate e lacunose pure se assai promettenti, come si evince da uno studio italiano⁹. Si è persuasi di suggerire una progettualità in cui l'attività è svolta individualmente, con un rapporto 1:1, o in piccoli gruppi, fino a un massimo di 4 persone. All'interno del mini-gruppo, i caregiver possono presenziare all'attività per aumentare la motivazione degli utenti e imparare strategie da utilizzare anche a domicilio. Il piano di trattamento dovrebbe articolarsi in un ciclo annuale con una variabilità di 1-2 sedute di un'ora alla settimana, in ambiente altamente specializzato, intervallate da almeno 2-3 giorni. A nostro avviso, la correzione posturale, sebbene difficoltosa¹⁰, rappresenta il primo step di un adeguato trattamento poiché migliora l'accettazione del proprio corpo e riduce l'instabilità posturale e i disturbi dell'andatura, forieri di fratture correlate alle cadute¹¹. Siamo convinti, in accordo con Cailliet¹², che la postura migliore con esercizi in posizione supina, di più facile apprendimento (Figura 1A) e su un piano ri-

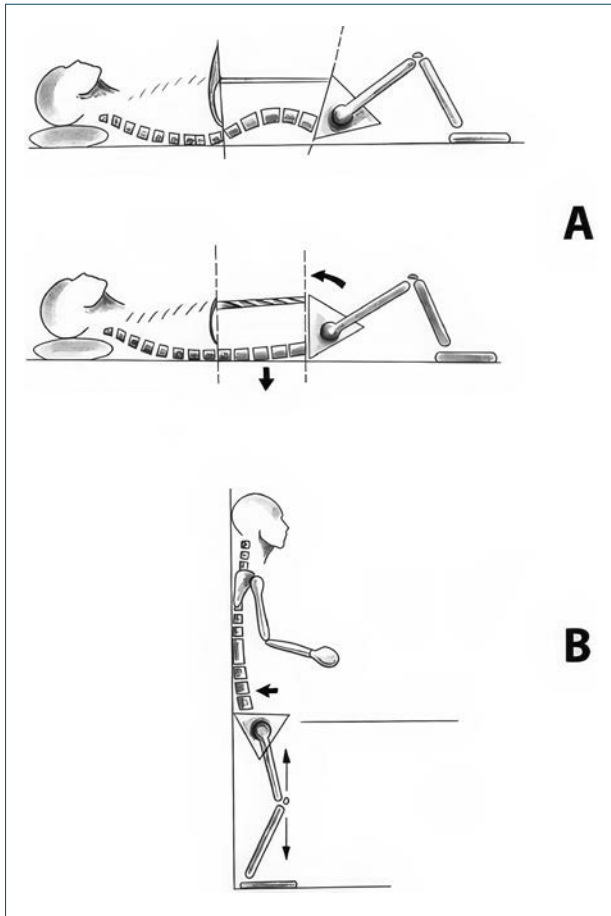


Figura 1. (A) Dalla posizione iniziale in clinostasi, si esegue l'appiattimento della curvatura lombare contro il piano d'appoggio. (B) Stessa cosa di cui sopra eccezion fatta per la posizione in ortostatismo e il piegamento degli arti inferiori del soggetto. Modificata da Cailliet* et al.¹².

gido, che consente una più netta percezione delle aree di contatto e della statica corporea¹³. Successivamente, si passerà ad esercizi di analogo significato in posizione eretta (Figura 1B). Gli esercizi qui riportati rappresentano le premesse fondamentali per un corretto approccio fisico-motorio e dovranno precedere esercitazioni via via più complesse. In clinostasi, un accorgimento utile sarà quello di invitare l'assistente nel porre una mano a piatto sotto l'insellatura lombare del paziente: ciò servirà a educarlo percettivamente ad una corretta esecuzione del movimento (invece della mano, si potrà applicare un oggetto duro). Il cuscino servirà sia a prevenire la tensione, sia a facilitare la respirazione¹³.

Conclusioni

In una visione multidisciplinare, il ruolo dell'educatore fisico è di estrema importanza poiché, oltre a interagire con altre figure professionali (neurologo, ortopedico, fisioterapista), riveste il compito di specialista

tecnico competente dell'attività fisica adattata, coinvolge il soggetto in tutte le strategie motorie proposte ed è in grado di fornire adeguati stimoli, anche quando l'individuo non è del tutto partecipativo¹⁴. Il provider offre un rapporto empatico e attenzione alla ricezione dei feedback, illustrando le finalità degli esercizi e rendendoli più fruibili dal punto di vista funzionale, attraverso l'utilizzo di parole semplici e comprensibili e del supporto, dove possibile, della musica.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

**Pur avendo fatto tutto il possibile per rintracciare i titolari dei diritti delle immagini riprodotte, non è stato possibile identificarli. Siamo disponibili a regolare eventuali diritti non riconosciuti.*

Bibliografia

1. Marttila RJ, Rinne UK, Siirtola T, Sonninen V. Mortality of patients with Parkinson's disease treated with levodopa. *J Neurol* 1977;216:147-53.
2. Scigliano G, Musicco M, Soliveri P, et al. Mortality associated with early and late levodopa therapy initiation in Parkinson's disease. *Neurology* 1990;40:265-9.
3. Salat S, Tolosa E. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: current status and new developments. *J Parkinsons Dis* 2013;3(3):255-69.
4. Marsden CD. Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:672-81.
5. Nakamura Y. Problems of long-term levodopa therapy in Parkinson's disease. *Nihon Rinsho* 1997;55:65-71.
6. Wu J, Lim EC, Nadkarni NV, et al. The impact of levodopa therapy-induced complications on quality of life in Parkinson's disease patients in Singapore. *Sci Rep* 2019;9:9248.
7. Church FC. Treatment options for motor and non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Biomolecules* 2021;11:612.
8. Smulders K, Dale ML, Carlson-Kuhta P, et al. Pharmacological treatment in Parkinson's disease: effects on gait. *Parkinsonism Relat Disord* 2016;31:3-13.
9. Vescovelli F, Cesetti G, Sarti D, Ruini C. Adapted physical activity can increase life appreciation in patients with Parkinson's disease. *Int J Aging Hum Dev* 2024;98:221-42.
10. Doherty MK, van de Warrenburg BP, Peralta MC, et al. Postural deformities in Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2011;10:538-49.
11. Sedaghati P, Daneshmandi H, Karimi N, Barati AH. A selective corrective exercise to decrease falling and improve functional balance in idiopathic Parkinson's disease. *Trauma Mon* 2016;21:e23573.
12. Cailliet R. *Il dolore lombo-sacrale*. Roma: Edilombardo, 1991.
13. Lisi R. Approccio all'educazione sportiva mediante una corretta postura: basculamento pelvico, equilibrio, visione. *BrainFactor*, 2023. Disponibile su: <https://bit.ly/3AkqQOB> [ultimo accesso 31 ottobre 2024].
14. Giuffrida C. *Posturologia*. Brescia: Cavinato, 2021.

Indirizzo per la corrispondenza:
 Prof. Rodolfo Lisi
 Istituto Marco Terenzio Varrone
 Viale Europa 28
 03043 Cassino
 E-mail: rodolfo.lisi@libero.it