

**LA RIEDUCAZIONE DEL PAZIENTE NEUROLOGICO
(EMIPLEGIA MALATTIA DI PARKINSON SCLEROSI MULTIPLA ATASSIA)**

**secondo il
“Sistema di Riequilibrio Modulare Progressivo
di Giuseppe Monari con Facilitazioni Neurocinetiche”
(Concetto Kabat)**

TIPOLOGIA: CORSO DI FORMAZIONE ECM

COSTO: Fisioterapisti, TO, TNPE € 1200,00

Studenti Terzo Anno CdL in Fisioterapia, TO, TNPE € 1100,00

ORARIO: Venerdì 14.00/19.00 Sabato 08.30/17.30 Domenica 08.00/14.00

(4 stage – 76 ore)

DOCENTI: Dott. Giuseppe Monari, Dott. Antonio Pili, Dott.ssa Elisabetta Sinibaldi

.....

Concetti generali e basi neurofisiologiche del Sistema RMP

Apprendimento di schemi e tecniche maggiormente utilizzati nel trattamento del paziente emiplegico

EMIPLEGIA

Fase acuta

Nursing

Vengono insegnati i vari modi di muovere il paziente nel letto e di trasferirlo sulla carrozzina

Posture funzionali e predittive

Vengono illustrate tutte le varie posture corrette in cui deve essere posizionato il soggetto per evitare accorciamenti muscolari, che impedirebbero una corretta evoluzione della ripresa motoria e predisponendolo inoltre ad atti funzionali più complessi che si evidenzieranno nel tempo.

Trattamento della fase acuta

Sono le prime stimolazioni che vengono date al paziente in fase acuta, che contengono in se, sia elementi necessari a richiamare le prime risposte, sia ad impostare le basi per una evoluzione futura, sia a prevenire accorciamenti limitanti il recupero del movimento

Trattamento della fase post acuta

Vengono esposte tutte le progressioni di esercizi che integrandosi tra loro devono preparare il paziente al raggiungimento di una corretta verticalizzazione e deambulazione. Inoltre si espongono anche le modalità con cui viene stimolato l'arto superiore, sia per favorirne il recupero funzionale sia per evitare l'instaurarsi di schemi patologici.

Forme dell'Emiplegia

Vengono presentate le varie forme di ripresa motoria dopo l'evento ictale, la cui conoscenza è indispensabile per attivare un atto terapeutico mirato e selettivo.

Trattamento degli esiti di emiplegia

Il trattamento degli esiti è legato a un insieme di valutazioni che servono a mettere in evidenza da una parte, le funzioni ancora mancanti e stabilire attraverso atti terapeutici mirati le capacità residue

di recupero del soggetto. Dall'altra parte quello di depotenziare le risposte patologiche o di dominanza dell'emilato sano per ricostruire un equilibrio motorio che permetta al soggetto un migliore atto funzionale.

APPROCCIO RIABILITATIVO NELLA MALATTIA DI PARKINSON

La malattia di Parkinson è una patologia degenerative del Sistema Nervoso Centrale a causa sconosciuta e a decorso progressivamente ingravescente. E' la più frequente tra le malattie degenerative del SNC e colpisce prevalentemente il sesso maschile.

La malattia è caratterizzata dalla presenza di sintomi clinici motori, quali la bradicinesia, (tremore) e rigidità, e sintomi non motori che influenzano significativamente la qualità della vita di relazione del paziente ed hanno sempre di più una rilevanza sul rischio di cadute.

Tra i sintomi più invalidanti e meno responsivi alla terapia farmacologica ci sono sicuramente le alterazioni posturali come la camptocormia e la sindrome di Pisa. La Camptocormia è definita come flessione del tronco tra 70° e 90°, mentre il paziente rimane fermo o mentre cammina, il pleurothotonus (Sindrome di Pisa) è definito come flessione laterale di 30° e rotazione assiale and retropulsione rotatoria

Alcuni studi recenti¹ hanno evidenziato che l'esercizio fisico migliora le prestazioni generali dei pazienti con Malattia di Parkinson, in particolare:

- Migliora uno o più aspetti del benessere fisico
- Aumenta la capacità del sistema nervoso di autoripararsi (neuroplasticità)
- Stimola la sintesi di dopamina
- Migliora lo stile di vita, la forza muscolare, la velocità di movimento e l'equilibrio posturale

Insegna, attraverso l'uso di strategie neuromotorie/cognitive, ai pazienti con Mdp a muoversi più velocemente, più facilmente e con più sicurezza.

La letteratura, pur riconoscendo delle specifiche aree per la riabilitazione (trasferimenti, posizione, equilibrio, andatura e condizione fisica) della Mdp, continua a parlare di esercizio fisico "non meglio specificato", senza individuare metodologie di riabilitazione da considerarsi come "Best Practice" di trattamento; emerge quindi, in questo ambito, la necessità di individuare strategie terapeutiche specifiche.

Diventa determinante a questo proposito il ruolo in questo ambito del Sistema di Riequilibrio Modulare Progressivo (RMP) di G. Monari di codificare un non solo invalidanti e compromettono la vita di relazione dei pazienti, ma hanno sempre di più una rilevanza notevole sul rischio di cadute e alterano tutte quelle aree riportate dalla letteratura.

PROGRAMMA RIABILITATIVO

¹ EXERCISE AND NEUROPLASTICITY IN PERSONS LIVING WITH PARKINSON'S DISEASE. 2009 ([Hirsch MA](#), [Farley BG](#). Eur J Phys Rehabil Med. 2009 Jun)

PHYSICAL THERAPY IN PARKINSON'S DISEASE: EVOLUTION AND FUTURE CHALLENGES. REVIEW 2009(Keus SH, Munneke m., Nijkrake MJ, Kwakkel G, BR di Bloem.Parkinson Nimega concentrare (ParC), reparto di neurologia, centro medico di Nimega dell'università di Radboud, Nimega, Paesi Bassi)

IMPACT OF PHYSICAL THERAPY FOR PARKINSON'S DISEASE: A CRITICAL REVIEW OF THE LITERATURE. REVIEW 2007 (Kwakkel G, de Goede CJ, van Wegen EE.University Medical Centre, Amsterdam)

PHYSICAL THERAPY IN PARKINSON'S DISEASE: AN OPEN LONG-TERM REHABILITATION TRIAL. 2004(Pellecchia M.T., Grasso A. et al.)

Prima di tutto, ci teniamo a ricordare, come raccomandano le Linee Guida nella MdP che l'Intervento Riabilitativo deve essere **Precoce** (Calne 2008); (Monari 2004) e deve iniziare con la **Valutazione**

Valutazione Riabilitativa

Il Sistema di Riequilibrio Modulare Progressivo (RMP) di G. Monari con Facilitazione Neurocinetiche (concetto Kabat), prevede per questa patologia l'utilizzo di:

4 schede di valutazione sulle capacità di allungamento delle catene neurocinetiche:

- Muscolatura della spalla
- Muscolatura del tronco
- Muscolatura dell'anca
- Muscolatura della coscia

4 schede di valutazione sulle capacità di reclutamento delle catene neurocinetiche:

- Passaggi posturali
- Muscolatura fulcri prossimali A.S.
- Muscolatura dell'anca (Medio Gluteo)
- Muscolatura della coscia

Intervento Riabilitativo

Nella Malattia di Parkinson dovendo intervenire su tutte le aree identificate dalla letteratura e raccomandate dalle Linnee Guida (2004), il Sistema R.M.P. utilizzando il pool afferenziale "sensori-motorio" attraverso le Facilitazioni Neurocinetiche - concetto Kabat e "percettivo-ritmico" introduce i cuid necessari attraverso le tecniche di allungamento - neuromuscolare che in connubio con quelle di reclutamento ricostituiscono l'equilibrio funzionale necessario al miglioramento del soggetto.

Acquisizione dei passaggi posturali (Sequenza dinamica)

Obiettivo: ottenere un assetto posturale più corretto fino al raggiungimento del CAMMINO

ACQUISIZIONE DEL PASSAGGIO POSTURALE DEL ROTOLAMENTO

Camptocormia e Sindrome di Pisa

Esercizi terapeutici di allungamento delle componenti muscolari rotatorie del cingolo scapolare e pelvico.

Esercizi terapeutici di reclutamento, con Tecnica Specifica dell'Inizio Ritmico (percettivo), dei fulcri prossimali (A.S. e A.I.)

✓ **ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE SEDUTA-LONG SITTING**

Camptocormia

Esercizi terapeutici di allungamento delle componenti estensorie- intrarotatorie delle anche e delle componenti estensorie della coscia.

Esercizi terapeutici di allungamento delle componenti estensorie del tronco, eseguiti in posizione seduta long sitting.

Esercizi terapeutici di reclutamento simmetrico delle componenti estensorie del tronco.

Esercizi terapeutici di reclutamento delle componenti flessorie del tronco, effettuate in protezione di colonna.

✓ ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE SEDUTA-SIDE SITTING

Sindrome di Pisa

Esercizi terapeutici della muscolatura estensoria-extrarotatoria delle anche

Esercizi terapeutici di allungamento delle componenti estensorie, inclinatorie e rotatorie del tronco, eseguite in posizione seduta di fianco

Esercizi terapeutici di reclutamento asimmetrico delle componenti estensorie del tronco.

✓ ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE IN GINOCCHIO

✓ ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE INTERMEDIA

✓ ACQUISIZIONE POSIZIONE ERETTA

✓ ESERCIZI RESPIRATORI

✓ Tecniche di Rilasciamento /Allungamento

✓ Muscolatura Inspiratoria

✓ Muscolatura Espiratoria

✓ Allungamenti attivi globali DAS

✓ Tecniche di stimolazione alla respirazione

Acquisizione di Posture a Progressione Piramidale (Sequenza statica)

✓ ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE A “TAVOLINO”

Camptocormia

Esercizi terapeutici di allungamento delle componenti muscolari della catena anteriore (M. Pettorale, M. Bicipite Brachiale, M. Obliqui, M. Psoas, M. Quadricipite)

Esercizi terapeutici di reclutamento selettivo della catena posteriore (M. Estensori della spalla, M. Tricipite Brachiale, M. Erettori del Tronco, M. Ischiocrurali)

Esercizio terapeutico (Tavolino) stimola il reclutamento della catena posteriore e il rilasciamento-allungamento della catena anteriore.

✓ ACQUISIZIONE DELLA POSIZIONE A “BANDIERA”

Sindrome di Pisa

Esercizi terapeutici di allungamento della muscolatura posteriore della spalla

Esercizi terapeutici di allungamento della muscolatura delle anche (M. Psoas, M. Tensore Fascia Lata, M. Medio Gluteo)

Esercizi terapeutici di reclutamento asimmetrico della muscolatura inclinatoria del tronco

Esercizio terapeutico (bandiera) stimola il reclutamento della catena laterale (inclinatoria) dell'emilato opposto alla flessione laterale

TRAINING al CAMMINO

L'ATTIVITA' GLOBALE del Cammino identificata dalla Combinazione di schemi in complessi motori funzionali e definita da G. Monari un' organizzazione Biarticolare dei quattro arti in un meccanismo reciproco-crociato permette un controllo della instabilità dinamica, dell'aprassia della marcia, della coordinazione tra gli arti, dell'andatura camptocormica, della festinazione e del freezing.

Inizia con il

Cammino a “Tavolino”,

continua con il
Cammino “guidato distale” in ginocchio
prosegue con il
Cammino “guidato distale” in ortostatismo

La prosecuzione /integrazione della terapia riabilitativa individuale continua con la

TERAPIA di GRUPPO del Sistema RMP,

vista l'evidenza dagli studi scientifici, dove inizia ad emergere la necessità di non interrompere il trattamento riabilitativo, in quanto dai follow-up degli studi, si rileva un peggioramento delle performance con la sospensione della Terapia Riabilitativa.

- Attraverso la seduta individuale si FACILITA l'acquisizione di specifici assetti posturali utilizzati, in DINAMICITA', nella Terapia di gruppo, si STIMOLA l'intero sistema sensori-motorio consolidando il ri-apprendimento delle performance generali.
- Nella Terapia di Gruppo si ha:
 - la condivisione ed accettazione delle disabilità sulle attività della vita quotidiana.
 - la condivisione della malattia
 - la condivisione dello stato psico-emozionale
 - l'abbattimento dei costi per il SSN
- Si ottiene
 - l'INTEGRAZIONE CORTICALE SUPERIORE.....
 - La STIMOLAZIONE del CIRCUITO MESOLIMBICO
 - “REWARD CIRCUIT”
 - La Gratificazione, spinta e motivazione all'azione

E' iniziata un progetto di ricerca sulla Riabilitazione nella Mdp

STUDIO OSSERVAZIONALE(out come reserche)

“EFFETTI della RIABILITAZIONE con il SISTEMA di RIEQUILIBRIO MODULARE
PROGRESSIVO (RMP) di

G. MONARI (concetto Kabat) NELLA INSTABILITA' POSTURALE NELLA MALATTIA di
PARKINSON”

(E. Sinibaldi, V. Montemurro, G. Monari, V. De Petris, F. Fattapposta, N. Vanacore, M. Valente, G.
Meco)

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
Sapienza Università di Roma

“ Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre ma nell'avere nuovi occhi”
M. Proust

SCLEROSI MULTIPLA

Il presente lavoro si propone di convalidare l'efficacia di tale ipotesi di metodologia riabilitativa, attraverso lo studio e l'identificazione delle tre forme principali della sclerosi multipla.

1° Relapsing – Remitting (80% dei casi)

2° Primary Progressive

3° Secondary Progressive

Dei loro sintomi primari identifichiamo tre elementi quali:

1) 1) L'alterazione del tono: a) (Ipertonìa o Spasticità)
b) (Ipotonia – Ipostenia)

2) Lo contratture

3) I disturbi cerebellari o dell'equilibrio.

1) L'Alterazione del Tono

Valutazione delle capacità di reclutamento delle funzioni del Tronco (rotazione-flesso-estensione-inclinazione) attraverso i passaggi posturali (rotolamento - passaggio da supino “long-sitting” a seduto – passaggio da laterale a seduto di fianco “side-sitting” - passaggio da seduto a quadrupede - da quadrupede in ginocchio – da in ginocchio ad intermedia “cavaliere”– da intermedia in piedi)

Trattamento con esercizi terapeutici mirati al recupero delle funzioni del Tronco e degli Arti Inferiori in biarticolari sia posteriore che anteriore inserendo tecniche specifiche di reclutamento “Combinazioni di Isotonie” e “Inversione Dinamica degli Antagonisti”. Esercizi terapeutici mirati alla riduzione dell'Ipertonie della catena posteriore (M. Grande Gluteo, Grande Adduttore, Semimembranoso, Semitendinoso, Tricipite Surale) e della catena anteriore (M. Quadricipite)

2) Le Contratture

Valutazione delle capacità di allungamento delle Catene Cinetiche del Tronco e degli Arti Inferiori attraverso i Passaggi Posturali “Attività al Tappeto”. Valutazione della lunghezza della Catena Posteriore del Tronco ed Arti Inferiori: Quadrato dei Lombi – componente inclinaria – Medio Gluteo – Piriforme – Bicipite Femorale e Tricipite Surale. Valutazione della lunghezza della Catena Anteriore del Tronco e degli Arti Inferiori: Psoas – Quatricipite – Tibiale Anteriore. Valutazione della lunghezza della Catena Laterale: Muscolo Tensore della Fascia Alata. Valutazione delle capacità di allungamento dei Rotatori del Bacino nello specifico dei Muscoli Extrarotatori – Estensori – Adduttori (Grande Gluteo, Grande Adduttore).

Trattamento con esercizi terapeutici mirati alla riduzione delle Contratture quali: allungamenti delle sopracitate Catene Cinetiche attraverso le tecniche specifiche di Rilasciamento-Allungamento:

1) contrazione-tenuta-rilasciamento (lavoro diretto)

2) tenuta-rilasciamento-allungamento (lavoro indiretto)

3) I disturbi cerebellari o dell'equilibrio con una conseguente deambulazione Atassico-oscillante.

3) I Disturbi dell'Equilibrio

Valutazione dei disturbi Cerebellari e dell'Equilibrio attraverso le Piramidi da Prono Supino-Laterale e Verticale

Trattamento con esercizi terapeutici per i disturbi dell'Equilibrio partendo dallo stato piramidale in cui sono comparse le “oscillazioni – i guizzi e le dismetrie” con una tecnica specifica della “Stabilizzazione ritmica”.

Esercizi di Respirazione. Esercizi di Deambulazione attraverso il Cammino Guidato Distale

ATASSIA

Concetti generali e basi neurofisiologiche del Sistema RMP, con particolare riferimento agli Schemi di Movimento sia prossimali che distali fondamentali per il trattamento dei pazienti con disturbi dell'equilibrio

Caratteristiche motoscopiche principali dei disturbi dell'equilibrio.

Piramidalità intesa sia come valutazione delle potenzialità di verticalizzazione del paziente, sia come progressione, sia come intensità dell'esercizio terapeutico.

Globalità di trattamento con una progressione cranio - caudale e prossimo - distali

Concetto di Piramidalità Progressiva nelle varie posizioni del corpo nello spazio (prona, supina, laterale e verticale), con conseguente valutazione delle capacità del Paziente di mantenere determinate posture.

Correlazione tra le varie posizioni nello spazio per valutare le capacità del paziente di verticalizzarsi.

Concetto di Stabilità – Mobilità.