

NUTRIZIONE E RIABILITAZIONE



nella malattia di Parkinson



Ralpharma, azienda farmaceutica italiana totalmente dedicata alla malattia di Parkinson, ha come missione essere al fianco dei neurologi e vicino ai pazienti e ai loro caregiver. Ha voluto quindi realizzare questo documento per contribuire a diffondere la cultura della “Gestione Multidisciplinare” della malattia di Parkinson, affinché l'alimentazione e la riabilitazione possano concorrere sempre di più al benessere dei pazienti.

Questo opuscolo è stato realizzato con la collaborazione di:

Dott.ssa Margherita Canesi



Specialista in Neurologia

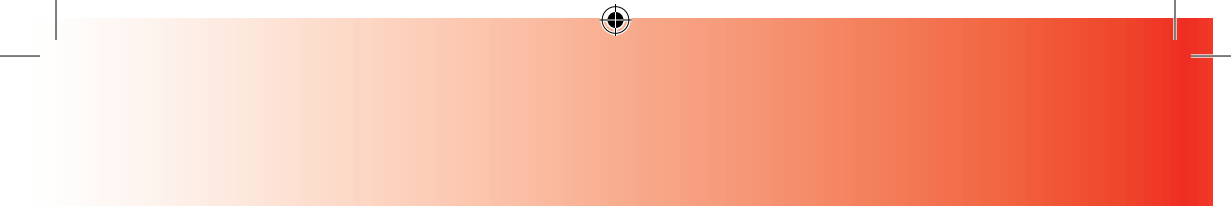
Direttore dell'UOC di Riabilitazione
Malattia di Parkinson e Disordini del
Movimento, Ospedale Moriggia Pelascini
di Gravedona ed Uniti (Como)

Dott.ssa Serena Caronni



Biologa Nutrizionista

Fondazione Grigioni
per il Morbo di Parkinson
presso Centro Parkinson e Parkinsonismi
ASST Gaetano Pini CT0, Milano



Progetto grafico e impaginazione: Marzia Bevilacqua - info@be-studio.it

Stampa: Targetcolor srl - finito di stampare nel mese di aprile 2023



INDICE

“PILLOLE” SULLA MALATTIA DI PARKINSON	7
Le manifestazioni cliniche	7
Il trattamento	8
I BENEFICI DI UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE	10
PARKINSON E ALIMENTAZIONE	12
Dieta a redistribuzione proteica: in cosa consiste?.....	12
MALNUTRIZIONE	14
Malnutrizione per difetto: cosa significa?.....	14
Quali sono le possibili cause?	14
Quali sono le possibili conseguenze?	16
Come prevenirla o curarla?	17
Come impostare la dieta di un soggetto anziano malnutrito?	17
SARCOPENIA	19
Che cos'è la sarcopenia?.....	19
È una problematica diffusa?	19
Come rallentarne il decorso?	20
DISFAGIA	21
Di cosa si tratta?	21
È una complicanza comune?	21
Come riconoscere i primi segnali di disfagia?	21
Come impostare una dieta adeguata?	22

STIPSI	25
Che cos'è la stipsi?.....	25
Da cosa può essere causata?.....	25
Quali sono le possibili conseguenze?	26
Come prevenire e trattare la stitichezza?.....	26
DISIDRATAZIONE	28
Come riconoscerla? Quali sono i sintomi?	28
Quali possono essere le cause?.....	28
Come trattarla e/o prevenirla?	29
OSTEOPOROSI	31
Che cos'è e quante persone colpisce?.....	31
Quali sono i fattori di rischio?	31
Come prevenirla?	32
Quanto calcio apportare?	34
Quanta vitamina D?	34
Cosa mangiare?	35
LA GIUSTA SUPPLEMENTAZIONE	36
Come scegliere il corretto integratore proteico?	36
L'IMPORTANZA DELL'ATTIVITÀ FISICA	37
Quale tipologia di attività fisica scegliere?	37
Con che frequenza?.....	38
Chi svolge attività fisica necessita di integrazione?	38
RIABILITAZIONE MOTORIA: I BENEFICI	39

“PILLOLE” SULLA MALATTIA DI PARKINSON

La malattia di Parkinson (MP) è una malattia neurodegenerativa, lentamente progressiva, con manifestazioni cliniche eterogenee.

É una condizione comune e si stima che nel 2040 saranno circa 12 milioni le persone affette. L'incidenza e la prevalenza della MP stanno crescendo in tutto il mondo con una progressione simile ad una pandemia, la “pandemia Parkinson”. I fattori coinvolti in questa crescita non sono del tutto noti ma si pensa che siano in parte legati all'invecchiamento della popolazione, all'inquinamento ambientale ed alla maggiore accuratezza diagnostica. Attualmente in Italia sono circa 300.000 le persone con MP. Dopo i 65 anni di età circa 1 persona su 100 ne è affetta mentre dopo gli 85 anni ne sono affette circa 4 persone su 100. Sebbene l'età sia il principale fattore di rischio di malattia il 10% delle persone con MP è di età inferiore a 40 anni.

L'eterogeneità delle cause e delle manifestazioni cliniche della MP richiedono un intervento multidisciplinare ed un trattamento personalizzato e di precisione basati sulla terapia farmacologica, chirurgica, riabilitativa e su un corretto stile alimentare.

Le manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche comprendono un ampio spettro di sintomi motori quali bradicinesia, rigidità, tremore, instabilità posturale, e di sintomi non motori quali iposmia, stipsi, disturbo del sonno REM (RBD), ansia, depressione, apatia, fatica, dolore, ipotensione ortostatica, psicosi, declino cognitivo. Stipsi, RBD, iposmia e depressione sono alcuni dei sintomi non motori che caratterizzano la fase prodromica di malattia manifestandosi anni prima dei sintomi motori. Sono sintomi non specifi-

ci per la MP, ma se compaiono assieme aumentano il rischio di malattia. Le varianti cliniche della MP sono molteplici così come le prognosi. Negli anni sono stati proposti eterogenei sottotipi. Una recente categorizzazione, che include sia i sintomi motori che non motori, riconosce tre gruppi: “predominanza motoria di lieve entità”, “intermedio”, “maligno diffuso” con sintomi, risposta al trattamento e prognosi differenti.

Il trattamento

L'approccio multidisciplinare è indispensabile per il trattamento dei sintomi di una malattia che presenta fenotipi eterogenei. Il neurologo, il neurochirurgo, il fisiatra, il dietologo, il fisioterapista, il logoterapista, il terapeuta occupazionale, il neuropsicologo, il nutrizionista, l'infermiere, l'assistente sociale sono le figure professionali che dovrebbero far parte del gruppo multispecialistico (“team”). Non ultimo la persona con MP deve anch'essa far parte del “team” perché una sua partecipazione attiva e motivata contribuisce al raggiungimento di una migliore qualità di vita. Il trattamento della MP è sintomatico. Il trattamento farmacologico si basa principalmente sulla terapia dopaminergica. La scelta terapeutica deve considerare molteplici aspetti quali la gravità dei sintomi motori e non motori di malattia, l'età del paziente, le aspettative e la qualità di vita del paziente, la presenza di eventuali comorbidità.

In una fase iniziale di MP le opzioni prevedono l'introduzione di levodopa, inibitori MAO e dopamino agonisti sia in monoterapia che in associazione. Quando durante il decorso della malattia compaiono alcune complicazioni (per esempio il deterioramento da fine dose) le terapie di associazione includono le preparazioni di levodopa in variabile combinazione con dopamino agonisti, inibitori MAO, inibitori COMT, amantadina. Infine nelle fasi più complicate di malattia, quando i sintomi diventano



refrattari alla terapia dopaminergica sostitutiva, le terapie infusionali (con apomorfina o con gel intestinale di levodopa carbidopa) e le terapie chirurgiche (DBS del nucleo subtalamico o globo pallido interno; MRgFUS) rappresentano importanti possibilità terapeutiche.

La terapia riabilitativa deve essere considerata parte del trattamento della MP e raccomandata in tutte le fasi di malattia con l'obiettivo di massimizzare le capacità motorie, di migliorare la qualità della vita e di minimizzare le complicazioni secondarie. Numerose evidenze scientifiche dimostrano inoltre che l'esercizio induce neuroplasticità. La valutazione nutrizionale, una dieta bilanciata e, nei pazienti con fluttuazioni motorie, una redistribuzione delle proteine per una ottimizzazione della farmacocinetica della levodopa sono interventi rilevanti per un approccio integrato alle complesse ed eterogenee manifestazioni della MP.

Dott.ssa Margherita Canesi

I BENEFICI DI UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE

Una corretta alimentazione nei pazienti affetti dalla malattia di Parkinson è in grado di migliorare notevolmente la loro qualità di vita, soprattutto se affiancata ad un'adeguata attività fisica e a specifici esercizi di riabilitazione motoria.

È infatti innanzitutto in grado di aumentare l'efficacia della terapia farmacologica con levodopa. La levodopa, gold standard per il trattamento della malattia di Parkinson, non deve infatti essere assunta insieme ad alimenti ricchi in proteine (carne, pesce, uova, latte e derivati, affettati, legumi) perché essi ne riducono l'efficacia e di conseguenza aumentano il rischio dei blocchi motori dopo i pasti.

Per questo motivo, la maggior parte dei pazienti dovrebbe limitare/eliminare l'assunzione delle proteine a colazione e a pranzo per evitare di bloccarsi durante la giornata. Anche le proteine dei cereali possono talvolta determinare i blocchi. Lo specialista potrebbe, pertanto, consigliare l'utilizzo di cereali aproteici (a contenuto ridottissimo di proteine). È però di estrema importanza garantire il giusto apporto proteico, inserendo un adeguato quantitativo di proteine a partire dal tardo pomeriggio e integrando la dieta, qualora necessario, con proteine del siero del latte.

La dietoterapia nei pazienti affetti da malattia di Parkinson risulta essere di aiuto anche per migliorare i più importanti sintomi non motori tipici della patologia: disfagia e stitichezza.

Una dieta bilanciata, che assicuri il corretto apporto di carboidrati, grassi e, soprattutto in questo caso, di proteine, aiuta infine a prevenire e/o a migliorare complicanze molto frequenti nei soggetti anziani, quali malnutrizione, sarcopenia, osteoporosi.

Dott.ssa Serena Caronni

PARKINSON E ALIMENTAZIONE

Un'alimentazione corretta gioca un ruolo importante nei pazienti affetti da malattia di Parkinson: miglioramenti del loro stato nutrizionale si traducono in miglioramenti della qualità di vita.

Inoltre, è stato dimostrato che, per questioni di assorbimento, una dieta a redistribuzione proteica e a limitato contenuto di grassi a pranzo migliora l'efficacia della terapia farmacologica.



Dieta a redistribuzione proteica: in cosa consiste?

La dieta a redistribuzione proteica prevede il consumo di proteine animali e vegetali esclusivamente nel pasto serale, nella merenda del

tardo pomeriggio e in un eventuale spuntino dopo cena. L'assorbimento della levodopa viene infatti inibito se il farmaco viene assunto in concomitanza di un pasto proteico.

Nei pazienti particolarmente sensibili alla competizione tra farmaco e proteine che lamentano, nonostante la dieta a ridistribuzione proteica, blocchi post-prandiali, viene consigliato l'utilizzo di prodotti da forno aproteici (pasta, pane, brioches, snack a bassissimo contenuto di proteine) a colazione e a pranzo. L'importante è garantire l'adeguato apporto proteico la sera, eventualmente con l'aggiunta di un integratore a base di proteine del siero del latte da sorseggiare la sera dopo cena.

Schema di giornata alimentare

Colazione: caffè, tè o tisane; latte di riso o avena; prodotti da forno privi di alimenti proteici (latte, uova ecc.): fette biscottate, cereali, biscotti secchi; marmellata o miele

Spuntino: frutta; crackers; grissini; gallette; barrette ai cereali

Pranzo: primo piatto asciutto condito con verdure (no formaggio grattugiato); verdura cruda o cotta; frutta fresca

Spuntino tardo pomeriggio o serale: yogurt greco; yogurt bianco; frutta secca; latte e cereali

Cena: primo in brodo; una porzione abbondante di secondo piatto (carne, pesce, uova, legumi, formaggi, affettato) rispettando le frequenze di consumo; verdura cruda o cotta; un frutto

MALNUTRIZIONE

La malnutrizione è una problematica che si riscontra frequentemente nelle persone con malattia di Parkinson e, più in generale, negli anziani.

Malnutrizione per difetto: cosa significa?

La malnutrizione per difetto può essere definita come l'insieme delle alterazioni cliniche ed ematochimiche che derivano da un insufficiente apporto di energia e nutrienti.

I principali parametri utili a fare diagnosi di malnutrizione sono il peso corporeo, l'altezza, l'indice di massa corporea e alcuni valori ematochimici. In particolare, in riferimento al calo di peso, si parla di:

- malnutrizione lieve, quando il calo di peso è del 5-10% rispetto al peso abituale;
- malnutrizione moderata, quando il calo è dell'11-20%;
- malnutrizione grave, quando il calo è maggiore del 20%.

Quali sono le possibili cause?

La malnutrizione nei soggetti anziani è provocata dalla combinazione di diversi fenomeni:

- Fattori sociali quali povertà e solitudine, impossibilità a fare acquisti, a preparare i pasti ecc.;
- Depressione in relazione alla solitudine, alla perdita della propria autosufficienza ecc.;



- Deterioramento cognitivo con atteggiamenti di opposizione o disinteresse nei confronti del cibo, perdita dei ritmi alimentari ecc.;
- Alterazione delle funzioni sensoriali (ridotta percezione degli odori, ridotto numero di papille gustative);
- Cambiamenti a carico dell'apparato gastrointestinale (riduzione dell'efficienza di masticazione, riduzione della superficie di assorbimento intestinale ecc.);
- Terapie farmacologiche (alterazioni delle funzioni sensoriali, riduzione dell'appetito, minore efficienza della funzione digestiva ecc.).

Quali sono le possibili conseguenze?

Se non trattata, la malnutrizione è caratterizzata da una perdita della riserva di massa grassa, seguita dalla diminuzione della muscolatura e a seguire da perdite tissutali che coinvolgono tutti gli organi. Le conseguenze della malnutrizione si manifestano in tutti gli organi e apparati, con deterioramento cognitivo, anemia, ridotta immunocompetenza (ossia ridotta capacità di produrre una risposta immune), osteoporosi, ridotta efficienza degli apparati respiratorio e digerente, ritardata riparazione di lesioni da decubito, difficoltà nel recupero in seguito a interventi chirurgici o eventi acuti, alterato assorbimento ed eliminazione dei farmaci ecc.

La malnutrizione comporta quindi gravi conseguenze non solo sulla qualità di vita del soggetto ma anche sull'incidenza di complicanze e sull'evolversi di alcune malattie, aumentandone la mortalità.



Purtroppo, esiste un punto di non ritorno oltre il quale la gravità della malnutrizione non è più controllabile, soprattutto in soggetti anziani fragili, come nel caso di pazienti affetti da malattia di Parkinson. La prevenzione e l'intervento precoce diventano quindi essenziali.

Come prevenirla o curarla?

È sicuramente importante individuare e rimuovere rapidamente le cause della malnutrizione e stabilire il rischio attraverso strumenti di screening validati. In secondo luogo, è necessario intervenire tempestivamente con una dieta adeguata con eventuale ricorso a supplementi orali (es. proteine in polvere).

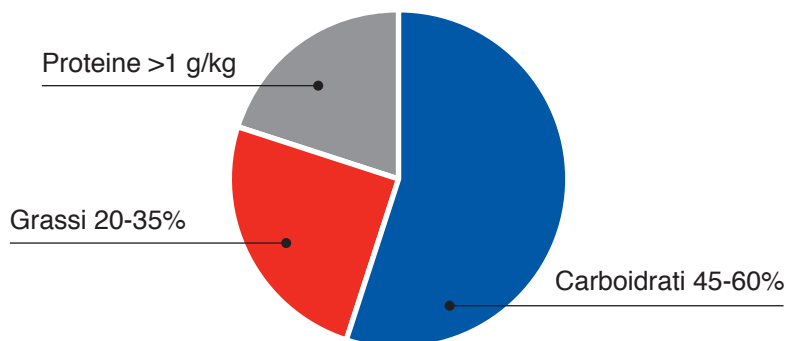
Come impostare la dieta di un soggetto anziano malnutrito?

L'organizzazione di un adeguato schema nutrizionale è di fondamentale importanza. È necessario garantire la copertura di tutti i fabbisogni nutrizionali del paziente.

- **Carboidrati:** l'apporto giornaliero di carboidrati deve essere compreso tra il 45 e il 60% dell'introito energetico totale. Ogni pasto deve quindi comprendere una quota glucidica, che può essere rappresentata da pasta, riso, cereali, pane, patate.
- **Grassi:** l'apporto calorico proveniente dai grassi (olio, burro, frutta secca, olive ecc.) deve essere compreso tra il 20 e il 35% dell'energia totale. L'aggiunta di olio extravergine d'oliva a crudo può essere d'aiuto all'aumento della quota calorica totale.
- **Proteine:** le Linee Guida raccomandano un'assunzione di proteine (carne, pesce, uova, legumi, ecc.) addirittura

superiore rispetto a quella di un soggetto adulto (le Linee Guida ESPEN suggeriscono un introito proteico di almeno 1 g per chilo di peso corporeo). Qualora risultasse difficile raggiungere il quantitativo proteico raccomandato con l'assunzione degli alimenti, è consigliabile fare utilizzo di proteine del siero del latte in polvere. Il suggerimento è particolarmente indicato per pazienti affetti da malattia di Parkinson che seguono una dieta a redistribuzione proteica.

Anziani malnutriti: fabbisogni nutrizionali



È inoltre importante prestare attenzione ai micronutrienti, ovvero a vitamine e sali minerali. Per assumere un'adeguata quantità di micronutrienti è fondamentale consumare frutta e verdura, variando i colori, seguendo la stagionalità e alternando la verdura cruda con quella cotta. Un adeguato consumo di ortaggi e alimenti integrali garantisce l'assunzione di un buon quantitativo di fibra, utile a mantenere un intestino in salute.

È infine importante prestare attenzione allo stato di idratazione. Per facilitare l'introito di liquidi è possibile optare per tisane e infusi durante la giornata e per piatti brodosi e minestre la sera.

Per agevolare il paziente sarebbe utile proporre pasti non troppo abbondanti ma frequenti, utilizzare alimenti fortificati o supplementi nutrizionali orali.

SARCOPENIA

Che cos'è la sarcopenia?

Il termine "sarcopenia" (dal greco "sarx" = carne + "penìa" = perdita) fu originariamente coniato da Rosenberg nel 1989 e identifica una sindrome caratterizzata dalla progressiva perdita di massa e/o forza e/o funzione muscolare.

La diagnosi e la severità del grado di sarcopenia possono essere individuate dal medico valutando le prestazioni fisiche, la forza, la resistenza e la massa muscolare del soggetto.

È una problematica diffusa?

La prevalenza di sarcopenia è del 5-13% fra i 60-70 anni ma aumenta fino all'11-50% nei soggetti al di sopra degli 80 anni.

Le persone particolarmente esposte al rischio di sarcopenia sono gli individui sedentari, i soggetti che assumono scarse quantità di proteine o di vitamina D, coloro che sono affetti da malattie croniche invalidanti (come la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla) e i fumatori.

Come rallentare il decorso?

Per rallentare il decorso della sarcopenia è necessario seguire una adeguata alimentazione, eventualmente associata all'utilizzo di integratori, e praticare un regolare programma di esercizio fisico.

Alimentazione

Per mantenere e/o recuperare la massa muscolare, gli anziani dovrebbero consumare un apporto medio giornaliero di proteine pari a 1,0-1,2 grammi per chilo di peso corporeo.

In caso di patologia acuta o cronica il fabbisogno sale a 1,5 grammi per chilo fino a raggiungere i 2,0 grammi per chilo nei casi di grave malnutrizione o di patologie critiche.

Per garantire un adeguato apporto proteico si suggerisce una supplementazione a base di proteine del siero del latte, caratterizzate da un rapido assorbimento, un'ottima digeribilità e da un elevato valore biologico (contengono tutti gli amminoacidi essenziali).

Anche una supplementazione di vitamina D durante l'invecchiamento è fondamentale per preservare la salute dei muscoli e delle ossa.

Attività fisica

Per rallentare il decorso della sarcopenia si consiglia una regolare attività aerobica (30 minuti 3 volte alla settimana) alternata a semplici esercizi di potenziamento.



DISFAGIA

La disfagia è una complicanza che interessa il 52-82% dei pazienti affetti da malattia di Parkinson e può riguardare sia i cibi liquidi sia quelli solidi.

Di cosa si tratta?

La disfagia è il termine utilizzato per descrivere la difficoltà a deglutire intesa come sensazione di passaggio difficile o bloccato dell'alimento o del liquido ingerito nelle vie digestive superiori (cavità orale, orofaringe, laringe). La debolezza muscolare e l'alterata coordinazione dei nervi e dei muscoli di bocca e gola rendono difficoltoso o impossibile il transito dalla bocca all'esofago ("canale alimentare"), con conseguente scorretto passaggio in trachea ("canale respiratorio"). L'ingresso di materiali liquidi o solidi in trachea può essere molto dannoso, poiché può causare delle infiammazioni ai polmoni chiamate "polmoniti ab ingestis".

È una complicanza comune?

La prevalenza di disfagia nella popolazione generale viene stimata attorno al 20%, con un aumento molto significativo nella popolazione anziana generale (11,4-38% negli over 65). Nei pazienti affetti da malattia di Parkinson la percentuale è superiore al 50%.

Come riconoscere i primi segnali di disfagia?

Durante l'assunzione del pasto, il paziente disfagico può essere lento e affaticato, condizioni causate sia dalla necessità di deglutire più

volte per ogni boccone, sia dall'avere la sensazione che il cibo si sia bloccato nella gola. Possono inoltre verificarsi rigurgiti orali o nasali, perdita di saliva o cibo dalla bocca e frequenti colpi di tosse per contrastare la sensazione di soffocamento. Infine, dopo aver mangiato o bevuto, il paziente può presentare voce rauca o umida, stanchezza e cambiamenti nel modo di respirare.

Come impostare una dieta adeguata?

La dieta per disfagia deve essere sicura, adeguata a soddisfare i fabbisogni nutrizionali e gradevole, al fine di garantire la compliance del paziente, ossia che il paziente segua la dieta stabilita.

Per modificare la scorrevolezza degli alimenti lungo il canale alimentare bisogna agire sulle loro quattro proprietà:

- 1) Consistenza**
- 2) Coesione**
- 3) Omogeneità**
- 4) Viscosità**

Consistenza

I liquidi sono generalmente molto pericolosi poiché in grado di “sciogliere” facilmente dalla bocca nelle vie aeree. È possibile renderli più cremosi o compatti utilizzando polveri addensanti o facendo utilizzo di acqua gelificata. I semiliquidi e i semisolidi sono facilmente deglutibili, in quanto non necessitano di masticazione. Solitamente le diete con tali consistenze sono consigliate ai pazienti disfagici, poiché consentono di ottenere una giusta scorrevolezza ed eliminano sia il lavoro di masticazione sia il rischio di soffocamento causato dall'ingestione di porzioni voluminose di cibo.

I solidi necessitano invece di un'accurata, attenta e prolungata preparazione orale, accompagnata da una masticazione efficace. Nei pazienti disfagici in cui sono consentiti, i cibi solidi dovranno essere morbidi, omogenei e compatti.

Classificazione dei cibi in base alla loro consistenza

In base alla loro consistenza, i cibi vengono classificati in:

- **liquidi senza scorie** (acqua, tè, infusi e tisane)
- **liquidi con scorie o densi** (succhi di frutta, latte, yogurt "da bere", sciroppi, brodi vegetali)
- **semiliquidi** (gelati a temperatura ambiente, creme, passati di verdure, frullati e omogeneizzati di frutta)
- **semisolidi** (passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini)
- **solidi**

Coesione

La coesione di un alimento garantisce che il boccone sia compatto durante tutto il passaggio del canale alimentare fino all'esofago, senza sbriciolarsi o frammentarsi. Nei pazienti disfagici, quindi, si raccomanda di evitare alimenti quali cracker, grissini, biscotti e riso.

Omogeneità

Il pasto di un paziente con disfagia non deve prevedere alimenti di doppia consistenza (liquidi + solidi: zuppa di latte, pastina in brodo, minestrone con verdure a pezzi), poiché non omogenei e quindi difficili da gestire.

Viscosità

La viscosità permette infine al bolo alimentare di scivolare lungo il canale digestivo diventando più omogeneo e coeso. Per aumentare la viscosità di un menù per disfagia è possibile utilizzare alimenti lubrificanti quali olio, salse e besciamella.

Nei pazienti affetti da malattia di Parkinson con disfagia è possibile aggiungere una quota di proteine in polvere al pasto serale, da addensare in acqua o da sciogliere in prodotti cremosi, quali uno yogurt o un budino.

STIPSI

La stipsi o stitichezza è uno dei più frequenti e diffusi sintomi dei pazienti affetti da malattia di Parkinson: affligge oltre il 60% dei pazienti parkinsoniani e può manifestarsi anni prima della comparsa dei sintomi motori.



Che cos'è la stipsi?

Il termine “stipsi” deriva dal greco “styphein” (stretto) ed indica una difficoltà nello svolgimento della funzione intestinale che può impattare notevolmente sulla qualità di vita di chi ne soffre. Dal punto di vista clinico, possiamo distinguere due tipi di stipsi:

- **Stipsi acuta:** si caratterizza per la transitorietà del disturbo e si manifesta in seguito a cause che una volta risolte portano ad un ritorno alla normale funzionalità intestinale (interventi chirurgici, assunzione di antibiotici, durante i viaggi per il cambiamento dei luoghi e delle abitudini alimentari);
- **Stipsi cronica:** così definita quando la sintomatologia dura per più di sei mesi, caratterizza spesso i pazienti affetti da malattia di Parkinson.

Da cosa può essere causata?

La stitichezza è causata da una ridotta motilità intestinale, che a sua volta può essere determinata da:

- **Cattive abitudini alimentari**, con ad esempio poco consumo di acqua e fibre;
- **Eccessiva sedentarietà**;
- **Terapia farmacologica**;
- **Anomalie strutturali**: emorroidi, ragadi anali, prolasso rettale;
- **Cause organiche**: malattie croniche infiammatorie, interventi chirurgici addominali, alterazioni vascolari che determinano ischemie di tratti dell'intestino, cancro del colon-retto;

- **Cause metaboliche:** ipotiroidismo, diabete mellito e gravidanza;
- **Disturbi di tipo neurologico** associato a ipomotilità intestinale che determina una rallentata progressione delle feci: malattia di Parkinson, sclerosi multipla, danno midollare.

Quali sono le possibili conseguenze?

Oltre all'insorgenza delle emorroidi, a causa della stipsi prolungata, si può verificare la formazione di diverticoli, che si definiscono come delle estroflessioni a forma di sacchetti di alcune zone dell'intestino. I diverticoli si possono infiammare e generare la cosiddetta diverticolite, con formazione di ascessi, fistole e rischio, in alcuni casi, di perforazione intestinale. La complicanza più temibile della stipsi è l'occlusione intestinale dovuta alla presenza del cosiddetto "fecaloma", un accumulo di feci che si può fermare in qualsiasi tratto del colon e che, in rari casi, rende necessario il ricorso ad un intervento di tipo chirurgico per essere eliminato.

Come prevenire e trattare la stitichezza?

Per prevenire ed alleviare i sintomi della stitichezza è indispensabile seguire un'alimentazione equilibrata, idratarsi adeguatamente e seguire un sano stile di vita. È quindi necessario:

- Distribuire in modo corretto i pasti nell'arco della giornata in modo tale da regolarizzare la peristalsi intestinale;
- Mantenere una dieta ad alto tenore di fibre (20-35 grammi di fibre giornaliere). Un buon introito di fibre favorisce la prevenzione ed il trattamento dell'obesità, delle malattie cardiovascolari e del diabete



di tipo II. Per raggiungere i livelli raccomandati è bene consumare:

- due porzioni di frutta fresca, almeno tre di verdura e uno o due alimenti ricchi in fibre e/o integrali ogni giorno;
- una porzione di legumi abbinata ad una di carboidrati (es. pasta e lenticchie) almeno due volte a settimana.
- Apportare un'adeguata quantità di liquidi per mantenere un buon transito delle feci;
- Avere uno stile di vita sano, che preveda lo svolgimento costante, preferibilmente quotidiano, di un'attività fisica moderata in grado di stimolare l'attività dell'intestino;
- Garantire una tempistica per le funzioni intestinali senza sforzare troppo l'evacuazione; assecondare lo stimolo e, se possibile, andare in bagno sempre alla stessa ora: il momento migliore è al mattino dopo la prima colazione;
- Utilizzare lassativi solo dietro prescrizione del medico curante.

DISIDRATAZIONE

La disidratazione, ovvero la carenza di acqua nell'organismo, è una problematica a cui la popolazione anziana è fisiologicamente predisposta. I soggetti anziani, infatti, mostrano solitamente una ridotta sensazione della sete e una ridotta capacità di ritenzione di acqua a livello renale. Nel caso di pazienti affetti da malattia di Parkinson, la disfagia, che abbiamo visto essere molto frequente, può ulteriormente compromettere lo stato di idratazione.

Come riconoscerla? Quali sono i sintomi?

I primi sintomi della disidratazione sono la secchezza della bocca e la colorazione bianca della lingua. All'aumentare della disidratazione, la pelle e le mucose, comprese quelle dell'occhio, diventano secche e asciutte e compaiono sintomi quali stanchezza, sonnolenza, mal di testa, crampi muscolari, perdita di appetito e di peso, fino, nei casi più gravi, a vertigini, nausea e vomito, tachicardia, stato confusionale e sdoppiamento della visione.

Quali possono essere le cause?

I pazienti affetti da malattia di Parkinson sono spesso soggetti anziani e presentano talvolta patologie e complicanze che determinano e/o aumentano lo stato di disidratazione quali diabete, sindromi gastroenteriche, incontinenza urinaria, disfagia. In molti casi possono compromettere lo stato d'idratazione anche farmaci quali i diuretici per il trattamento di patologie cardiache o dell'ipertensione, e i lassativi per il trattamento della stipsi. Infine, anche la scarsa autonomia può peggiorare la disidratazione.

Come trattarla e/o prevenirla?

Gli anziani possiedono una minore quantità di acqua corporea (40-55%) rispetto al soggetto adulto (65-70%) a causa della riduzione della massa muscolare, che contiene circa il 70% di acqua.

Secondo quanto riportato nei LARN, i “Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia”, nella popolazione anziana si devono raggiungere quotidianamente 2 litri di acqua per le donne e i 2,5 litri per gli uomini. Per prevenire la disidratazione si suggerisce il consumo quotidiano di frutta e verdura e di almeno 8-10 bicchieri di acqua al giorno senza attendere la comparsa dello stimolo della sete, già indice di una lieve disidratazione.

Si consiglia inoltre di:

- Consumare tisane, tè, infusi durante gli spuntini e prima di andare a letto;
- Assumere le terapie con un bicchiere pieno di acqua;
- Evitare caffè e alcool per il loro effetto diuretico;
- Utilizzare strumenti adatti a facilitare l'assunzione di liquidi e a migliorare la deglutizione (ad esempio tazze o bicchieri con manici o cannuce);
- Consumare cibi ricchi di acqua (zuppa di verdura, centrifugati, spremute);
- Utilizzare, in caso di disfagia, acqua gelificata e/o addensante.



Le proprietà dell'acqua

Oltre al suo importantissimo ruolo di soddisfare il fabbisogno idrico, l'acqua ha degli effetti benefici sulla salute per la presenza di sali minerali. In base al residuo fisso (sali minerali che rimangono dopo che l'acqua viene fatta evaporare) l'acqua minerale si divide in:

- Minimamente mineralizzata (residuo fisso $\leq 50\text{mg/l}$)
- Oligominerale (residuo fisso $50\text{-}500\text{ mg/l}$)
- Mediominerale (residuo fisso $> 500\text{-}1.500\text{ mg/l}$)
- Ricca di sali minerali (residuo fisso $> 1.500\text{ mg/l}$)

In particolare, nell'anziano sono indicate:

- **Acque bicarbonato-calciche** (bicarbonati $> 600\text{ mg/l}$), per soddisfare i fabbisogni di calcio, migliorare la digestione, ridurre l'acidità gastrica, aumentare l'eliminazione di acido urico e ostacolare la formazione dei calcoli di calcio
- **Acque magnesiache** (magnesio $> 50\text{ g/l}$), per favorire la peristalsi intestinale migliorando la stipsi e per contrastare i crampi e la debolezza muscolare.



Frizzante o naturale?

Le bollicine non compromettono le proprietà di un'acqua minerale. In alcuni casi sono anzi preferite perché migliorano la digestione.

OSTEOPOROSI

Che cos'è e quante persone colpisce?

L'osteoporosi viene definita come una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea che si accompagna ad un aumento del rischio di fratture. Si tratta di una malattia di rilevanza sociale, che colpisce circa 200 milioni di persone al mondo. Si stima che in Italia vi siano oggi circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini affetti da osteoporosi. La sua incidenza aumenta con l'età sino ad interessare la maggior parte della popolazione over 80. La patologia ha una frequenza quattro volte superiore nelle donne rispetto agli uomini, a causa della perdita di massa ossea associata alla riduzione dei livelli di estrogeni in seguito alla menopausa. Poiché nei prossimi 20 anni la percentuale della popolazione italiana over 65 aumenterà di circa il 25%, assisteremo probabilmente ad un proporzionale incremento dell'incidenza di questa patologia.

Quali sono i fattori di rischio?

Tra i numerosi fattori associati al rischio di osteoporosi e di fratture da fragilità vanno evidenziati:

- Riduzione della densità minerale ossea;
- Età: l'incidenza di fratture osteoporotiche aumenta esponenzialmente con l'età;
- Precedenti fratture;
- Comorbidità: numerose condizioni patologiche si associano ad un aumento del rischio di frattura. Tra queste, la malattia di

Parkinson, l'artrite reumatoide, il diabete, le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'AIDS, la sclerosi multipla e condizioni associate a grave disabilità motoria;

- Terapie farmacologiche: i farmaci per cui è stato descritto un aumento del rischio di osteoporosi sono numerosi;
- Familiarità per fratture.

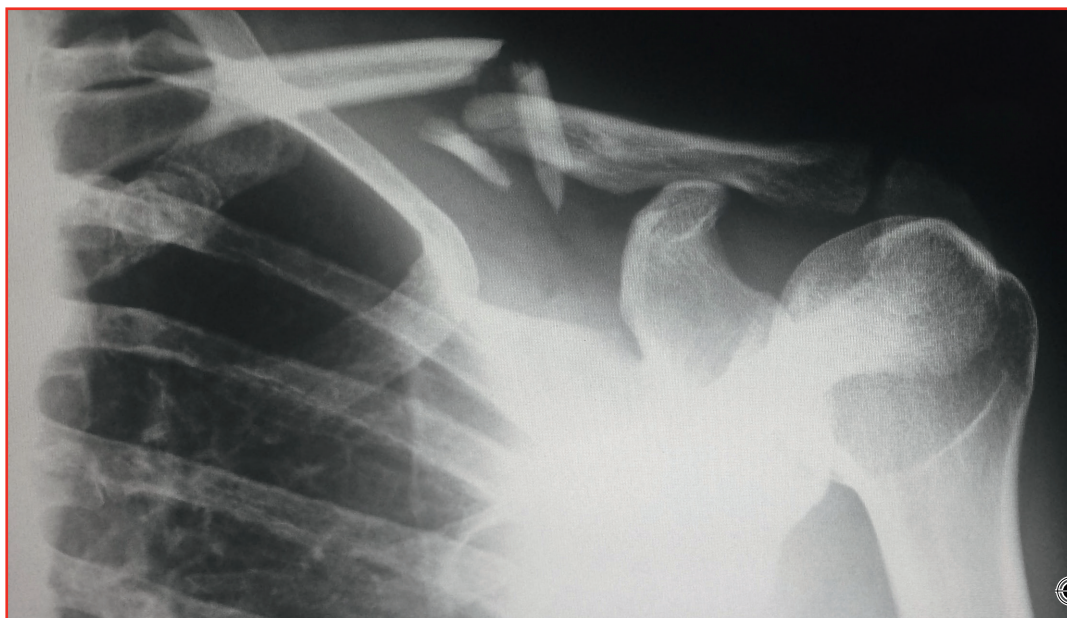
Altri fattori di rischio per osteoporosi e/o fratture osteoporotiche sono:

- Sesso femminile;
- Razza bianca o asiatica;
- Basso peso corporeo;
- Fumo;
- Eccesso di alcool e caffeina;
- Menopausa prima dei 45 anni;
- Menarca tardivo;
- Ridotta attività fisica;
- Immobilizzazione protratta;
- Ridotto introito di calcio alimentare;
- Ridotta esposizione al sole;
- Eccessivo introito di sodio (sale);
- Anoressia nervosa.

Come prevenirla?

La prevenzione dell'osteoporosi si attua innanzitutto e generalmente mediante la correzione dei fattori di rischio e deve essere quindi intrapresa a tutte le età.

Una dieta adeguata con un giusto apporto di vitamina D e con un cor-



retto apporto di proteine, carboidrati e grassi può esser utile per ottimizzare il picco di massa ossea anche in età giovanile. L'aumento dell'apporto proteico in soggetti con inadeguato introito riduce il rischio di fratture del femore in entrambi i sessi. Un adeguato apporto proteico è quindi necessario per mantenere la funzione del sistema muscolo-scheletrico, ma anche per ridurre il rischio di complicanze dopo una frattura osteoporotica. Per questo motivo si consiglia una supplementazione di proteine del siero del latte, nel caso di pazienti affetti da malattia di Parkinson a partire dal tardo pomeriggio.

Per ridurre il rischio di osteoporosi è consigliabile inoltre svolgere un po' di attività fisica. È noto, infatti, che periodi anche brevi di immobilizzazione sono molto dannosi per la massa ossea. Incoraggiare una modesta attività fisica può oltretutto contribuire a ridurre il rischio di cadute e quindi di frattura.

Quanto calcio apportare?

L'introito medio giornaliero di calcio nella popolazione italiana risulta insufficiente, specie in età anziana, e ciò si associa ad un aumentato rischio di osteoporosi e di fratture osteoporotiche. Il fabbisogno giornaliero varia a seconda dell'età e di determinate condizioni.

È preferibile, ove possibile, correggere il ridotto introito di calcio con un approccio alimentare adeguato. Nel caso in cui l'apporto di calcio e vitamina D sia insufficiente, i supplementi sono in grado di ridurre significativamente il rischio di frattura. Le eventuali dosi consigliabili di supplementazione vanno adeguate al grado di carenza alimentare.



Quanta vitamina D?

L'incidenza di ipovitaminosi D è molto diffusa, specie in età avanzata. Va ricordato che solo il 20% del fabbisogno di vitamina D deriva dall'alimentazione; la componente principale deriva dalla sintesi a livello cutaneo in seguito all'esposizione solare, meccanismo sempre più inefficiente con l'avanzare dell'età. Ne consegue la frequente necessità di supplementazione, specie in età avanzata.

Livelli ematici di vitamina 25(OH)D e loro interpretazione

nmol/l	ng/ml	Interpretazione
<25	<10	Grave carenza
25-50	10-20	Carenza
50-75	20-30	Insufficienza
75-125	30-50	Range ideale
125-375	50-100	Possibili effetti indesiderati?
>375	>150	Intossicazione

Fonte: SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro)

Cosa mangiare?

Per garantire un adeguato apporto di calcio e per mantenere l'osso in salute è necessario:

- Ridurre il consumo di alcool, poiché è in grado di interferire con la salute dell'osso;
- Ridurre il consumo di sale; un suo eccessivo consumo favorisce infatti la perdita di calcio con le urine. Si consiglia quindi di ridurre progressivamente l'aggiunta di sale ai piatti, privilegiando l'utilizzo di erbe aromatiche e spezie. È consigliabile inoltre evitare di consumare alimenti confezionati o in scatola, poiché ne contengono un'elevata quantità;
- Non eccedere nel consumo di spinaci, rabarbaro, prezzemolo, pomodori, uva, fichi, prugne, cioccolato, caffè e tè; questi alimenti contengono elevati livelli di ossalati che riducono l'assorbimento intestinale del calcio, anche se presente negli alimenti stessi;
- Consumare quotidianamente una porzione di latte e/o yogurt, buone fonti di calcio;

- Consumare due o tre porzioni di pesce (aringhe, scorfano, alici, ecc.) a settimana, poiché contiene vitamina D;
- Consumare due o tre porzioni di legumi (ceci, fagioli, fave ecc.) a settimana. Oltre a contenere buone quantità di calcio, sono una fonte di proteine vegetali (che contribuiscono a ridurre la perdita di calcio con le urine) e contengono sostanze ad azione protettiva sull'osso;
- Consumare ortaggi a foglia verde scura (in particolare rucola, radicchio verde, broccoli, rapa, cicoria, biette) che apportano mediamente circa 70 mg di calcio per 100 g;
- Bere acque minerali con un alto contenuto di calcio (almeno 150-200 mg\litro).

LA GIUSTA SUPPLEMENTAZIONE

Come scegliere il corretto integratore proteico?

Si consigliano innanzitutto integratori sicuri dal punto di vista della loro composizione; per questo motivo è opportuno rivolgersi al proprio medico di riferimento per un consiglio. Alcuni alimenti a fini medici speciali sono acquistabili in farmacia oppure online. In linea di massima sono da preferire concentrati di proteine del latte purificate, poiché ad alto valore biologico.

L'integratore, soprattutto se assunto da soggetti anziani, deve inoltre essere ad alta digeribilità e solubilità, in modo tale che possa essere facilmente utilizzato anche da coloro che sono affetti da disfagia. Si suggerisce la scelta di un prodotto con gusto neutro e con un basso contenuto di zuccheri e grassi, preferibilmente senza glutine e lattosio.



L'IMPORTANZA DELL'ATTIVITÀ FISICA

È ormai risaputo come un corretto stile di vita legato ad una buona alimentazione e ad un buon livello di attività fisica siano fondamentali nella prevenzione di diverse patologie. Diversi studi hanno dimostrato come l'attività fisica sia associata ad un minor rischio di sviluppare la malattia di Parkinson.

Quale tipologia di attività fisica scegliere?

È innanzitutto importante individuare una tipologia di attività fisica che sia di gradimento. Una volta individuata l'attività, è sempre opportuno rivolgersi al proprio medico di competenza prima di intraprenderla. Alcune tipologie di esercizio fisico sono infatti da prediligere in alcuni pazienti, perché migliorano l'equilibrio e il controllo della postura,



altre invece sono da scoraggiarsi perché possono esporre a un rischio di caduta.

Con che frequenza?

In linea di massima si consigliano almeno 150 minuti di attività aerobica moderata a settimana, circa 30-40 minuti al giorno, alternata a semplici esercizi di potenziamento.

Chi svolge attività fisica necessita di integrazione?

Una supplementazione con proteine del siero del latte non è indispensabile ma consigliata, soprattutto in pazienti affetti da malattia di Parkinson in terapia con levodopa. Si consiglia di assumere le proteine in seguito all'allenamento, se svolto nel pomeriggio. In caso contrario, l'assunzione è da preferirsi in orario serale.

RIABILITAZIONE MOTORIA: I BENEFICI

La malattia di Parkinson è una malattia **complessa** che richiede un intervento multidisciplinare. Le persone con malattia di Parkinson presentano non solo disturbi motori, ma anche una moltitudine di sintomi non motori quali i disturbi cognitivi, del sonno, dell'umore, iposmia, disturbi gastrointestinali e disautonomici durante tutto il decorso della malattia, dalle fasi prodromiche a quelle più avanzate. Alcuni dei sintomi motori e molti dei disturbi non motori rispondono solo parzialmente o non rispondono affatto ai trattamenti farmacologici e neurochirurgici ad oggi disponibili.

La persona con malattia di Parkinson tende ad essere sedentaria, svolge il 30% in meno di attività fisica rispetto alle persone senza malattia di Parkinson (Benka Wallen et al 2015) e non raggiunge il livello di attività raccomandata di 30 minuti al giorno (van Nimwegen et al 2013).

La persona con malattia di Parkinson perde le capacità motorie acquisite precedentemente ed il controllo motorio **automatico**. Tuttavia la capacità di acquisire (o acquisire nuovamente) nuove capacità motorie sebbene deficitario è comunque possibile.

Numerose evidenze scientifiche dimostrano come la fisioterapia rappresenti, tra gli interventi non farmacologici, un importante approccio alla malattia di Parkinson **durante tutte le sue fasi**, da quella iniziale a quella avanzata (J. Domingos et al 2018).

L'attività fisica inoltre è efficace sui sintomi che non rispondono ai trattamenti farmacologici o chirurgici quali deambulazione, postura, equilibrio (Bloem et al, 2015).

L'esercizio aerobico induce **neuroplasticità** (Petzinger et al 2013; Marinelli et 2017), promuove la sinaptogenesi, riduce lo stress ossidativo e la neuroinfiammazione, determina un aumento di fattori trofici e neurotrasmettitori (Akopian et al 2008).

Poiché la malattia di Parkinson è una malattia progressiva il trattamento riabilitativo dovrà essere “**personalizzato**” ed adattato alle esigenze individuali ed allo stadio di malattia.

Nelle fasi iniziali quando la disabilità è minima gli interventi sono rivolti al mantenimento di una adeguata attività fisica e a prevenire le complicazioni secondarie.

Quando nel corso della malattia compaiono difficoltà durante il cammino, instabilità, difficoltà durante i trasferimenti, impaccio nelle attività manuali, disturbi della voce, “freezing” della marcia





gli interventi devono essere molteplici e mirati al miglioramento della qualità di vita, ed includono l'utilizzo di strategie di compenso "cues", "dual-task training", treadmill (tapis roulant), le attività di gruppo (Tai-Chi, Danza, Nordic walking, Boxing).

Gli interventi riabilitativi devono quindi essere appropriati per intensità, ripetizione, difficoltà, specificità. Devono inoltre migliorare e mantenere la motivazione allo svolgimento di tali attività (Zeman-kova et al 2016).

I video qui presentati propongono alcune strategie per migliorare e facilitare i passaggi posturali, migliorare l'equilibrio e gestire il "freezing" della marcia, tutti sintomi che impattano in modo significativo sulla qualità della vita delle persone con malattia di Parkinson.

L'obiettivo di questa iniziativa è fornire ai clinici ed alle persone con malattia di Parkinson "pillole" sull'approccio multidisciplinare della malattia sottolineando l'importanza sia dell'alimentazione che delle strategie riabilitative per migliorare la qualità di vita delle persone con malattia di Parkinson.

Dott.ssa Margherita Canesi

ESERCIZI MIRATI PER PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON

Al seguente link alcuni video con esercizi specifici finalizzati a migliorare i sintomi motori e, di conseguenza, la qualità di vita delle persone con malattia di Parkinson.

www.fortiral.com/esercizi/



PARKINSON E ALIMENTAZIONE

Al seguente link alcuni consigli per una corretta alimentazione; una dieta adeguata infatti può avere un impatto positivo sulla gestione dei sintomi della malattia di Parkinson.

www.fortiral.com/alimentazione/



Fortiral

Concentrato di proteine isolate del siero del latte
ad alto contenuto di cisteina

ALIMENTO A FINI MEDICI SPECIALI

Puoi effettuare il tuo ordine
online sul sito

www.fortiral.com

oppure
contattando il nostro servizio clienti

331 8012591





www.ralpharma.it

