

**Corso di formazione per operatore di Qigong  
13 Gennaio 2018**

**LA MALATTIA DI PARKINSON INCONTRA  
ZHINENG QIGONG**

***DAL RESOCONTO DI UN'ESPERIENZA DI PRATICA  
AD UN PROGETTO DI RICERCA CLINICA***

**Tesi di Emanuele Oliva**

**Maria Antonietta Volonté**

## INDICE

1. Introduzione
2. La malattia di Parkinson
3. La malattia di Parkinson secondo la MTC
4. Zhineng Qigong e Malattia di Parkinson: letteratura
5. Prima esperienza di ZNQG e Malattia di Parkinson anno 2016/17
  - 5.1 Pazienti
  - 5.2 La pratica svolta e i metodi utilizzati
  - 5.3 Risultati
  - 5.4 Considerazioni relative alla struttura del corso, alla frequenza e alle risposte dei partecipanti
6. Progetto pilota ricerca clinica anno 2017/18
  - 6.1 Pazienti
  - 6.2 Metodi
  - 6.3 Strumenti valutazione
7. Considerazioni finali

## **1. Introduzione**

Il presente lavoro si propone di illustrare l'esperienza di pratica di Zhineng Qigong (ZNQG) effettuata nel corso del periodo ottobre 2016 – maggio 2017 con persone affette da Malattia di Parkinson.

Il lavoro si propone inoltre di elaborare considerazioni sui suoi effetti e di trarre informazioni per aumentarne l'efficacia della pratica di Zhineng Qigong nel miglioramento dei sintomi e quindi come trattamento di supporto della malattia.

L'esperienza è nata nell'ambito dell'Associazione Parkinson Lombardia, ONLUS (AP Lombardia) ed è legata alle iniziative che l'Associazione intraprende per favorire e sperimentare tutte quelle attività e pratiche che si ritiene possano migliorare la qualità della vita dei malati di Parkinson.

La serie di incontri di pratica è stata riservata ai soci dell'Associazione stessa.

## **2. La Malattia di Parkinson**

La Malattia di Parkinson (MdP) è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. La malattia fa parte di un gruppo di patologie definite "Disordini del Movimento" e tra queste è la più frequente. Il nome della patologia è legato a James Parkinson, un medico inglese, che per primo nel 1817 ne pubblicò un'accurata descrizione nel libro intitolato "Trattato sulla paralisi agitante".

La malattia è presente in tutto il mondo ed in tutti i gruppi etnici. Si riscontra in entrambi i sessi, con una lieve prevalenza in quello maschile (60% vs 40%).

Questa patologia è causata dalla progressiva degenerazione dei neuroni della pars compacta della Sostanza Nera, che producono dopamina, un neurotrasmettitore implicato in varie funzioni, tra le quali il controllo del movimento. La degenerazione è un normale processo dell'invecchiamento: è stato calcolato che fisiologicamente perdiamo circa il 5% dei neuroni dopaminergici ogni dieci anni, ma questo processo è più rapido nei soggetti che svilupperanno la Malattia di Parkinson. In Italia si può calcolare che vi siano attualmente circa 230.000 persone affette dalla MdP. Si stima che circa il 5% di tutti i malati di Parkinson abbia un'età inferiore ai 50 anni mentre circa il 70% ha un'età superiore ai 65 anni (età media di esordio intorno ai 58-60 anni). Si prevede che entro il 2030 il numero dei casi sarà raddoppiato a causa del crescente invecchiamento della popolazione generale.

L'eziopatogenesi della malattia di Parkinson è attualmente sconosciuta, ma è probabilmente il risultato della somma di più fattori di rischio, genetici e ambientali. Studi epidemiologici hanno dimostrato che l'esposizione a fattori quali pesticidi e metalli pesanti aumenta il rischio di sviluppare la malattia. Anche la tesi di un difetto genetico sta ottenendo maggiori evidenze: nel 20% dei pazienti con precedenti di Parkinson in famiglia il gene difettoso è stato, infatti, identificato.

### *Sintomi iniziali*

Il primo sintomo della MdP può variare da persona a persona, ma generalmente si può verificare una sensazione di "debolezza" o stanchezza. Inizialmente i sintomi si manifestano in un lato del corpo e rimangono unilaterali per un po' di tempo (esordio asimmetrico nel 72.75% dei casi). Il tremore, di solito delle mani (solitamente su un lato, destro e sinistro sono colpiti con la stessa frequenza e non dipendono da quale mano è dominante), si può verificare anche molto presto. I cambiamenti nella scrittura, nella voce (più leggera e a volte rauca), nelle

espressioni facciali e la difficoltà nei movimenti iniziali o nel cammino possono essere presenti. Si può notare anche la scialorrea in particolare la notte e una lieve depressione o ansia. I sintomi possono peggiorare o aggravarsi temporaneamente se è presente stress o situazioni stressanti.

Successivamente si possono incontrare cambiamenti nella postura, che tende a diventare curva e nel mantenere l'equilibrio, che può essere molto invalidante.

### Sintomi cardinali

Tutti i sintomi possono essere presenti o meno, in forma più o meno grave, diversa per ciascun soggetto. I segni motori cardinali sono:

- tremore a riposo, distale (3–6 Hz): costituisce il tipo di tremore più frequentemente osservato nella MdP (69–100% dei casi). È lento e ritmico ed è definito a *contar monete* poiché avviene in prono supinazione.

Di solito inizia in una mano e solo successivamente si diffonde per coinvolgere l'altro lato; tende a ridursi o scomparire su esecuzione di un movimento mirato. Un altro tipo di tremore sperimentato da alcune persone con malattia di Parkinson è il tremore interno, generalmente non è rilevato dall'esaminatore ma percepito dal paziente come molto fastidioso;

- rigidità: segno comune a molte condizioni cliniche, ma presente in una percentuale elevata di casi di MP (89–99%), può manifestarsi agli arti, al collo ed al tronco. È espressione di un aumento del tono muscolare a riposo o durante l'intera gamma di movimento di un arto;

- bradicinesia: si manifesta nel 77–98% dei casi, ma non può considerarsi carattere esclusivo della MdP. Si manifesta in una varietà di modi, tra cui l'ipomimia, la ridotta chiusura degli occhi, la lentezza che deriva dall'iniziare un movimento e diminuzione della coordinazione motoria fine. Ulteriori manifestazioni sono la difficoltà a girarsi nel letto e i problemi di scrittura (micrografia).

L'instabilità posturale non viene considerata un segno cardinale essendo

riscontrabile solo nel 37% dei pazienti, ma è spesso il più comune sintomo d'esordio dei parkinsonismi atipici. L'equilibrio e la compromissione della postura sono senza dubbio i sintomi più invalidanti.

### Sintomi secondari motori

Si possono identificare:

- disturbo dell'equilibrio: si presenta più tardivamente nel corso della malattia ed è un sintomo che coinvolge "l'asse del corpo"; è dovuto a una riduzione dei riflessi di raddrizzamento, per cui il soggetto non è in grado di correggere spontaneamente eventuali squilibri. Si può evidenziare quando la persona cammina o cambia direzione durante il cammino ed è un fattore di rischio per le cadute a terra. I disturbi dell'equilibrio non rispondono alla terapia dopaminergica, perciò la rieducazione motoria diventa un intervento importante per la gestione del disturbo.

- la marcia: può essere compromessa nella fase iniziale della malattia. C'è una diminuzione dell'oscillazione degli arti superiori a cui successivamente segue la presenza di passi brevi con ginocchia flesse e piedi che 'raschiano' il terreno, a velocità più alta l'andatura è 'festinante', con passi rapidi e tendenza a cadere, come per inseguire il proprio baricentro.

- la postura camptocormica: è caratterizzata dalla flessione di collo, di tronco, dei gomiti, delle anche e delle ginocchia. Questa postura, associata alla perdita delle reazioni di raddrizzamento, rende il soggetto instabile e quindi maggiormente a rischio di caduta. A volte si manifesta un atteggiamento posturale detto "sindrome di Pisa", in cui il tronco pende da un lato.

- difficoltà di linguaggio: la voce può essere più flebile oppure può presentare una perdita di tonalità e di modulazione, che porta il paziente a parlare in modo piuttosto monotono. A volte compare una palilalia (ripetizione di sillabe) e vi è la tendenza ad accelerare l'emissione dei suoni e a "mangiarsi" le parole.

- problemi di deglutizione (disfagia): si possono verificare negli stadi più avanzati della malattia. La deglutizione è un atto automatico e complesso, l'incapacità della lingua e dei muscoli della gola di coordinare i movimenti per mandare il bolo alimentare dalla parte posteriore della bocca al primo tratto esofageo può determinare la presenza di cibo in gola.

- salivazione o scialorrea: la saliva si raggruppa nella parte posteriore della gola. Quando se ne accumula troppa all'interno della bocca, questa può uscire e il paziente sbava. Questo probabilmente è legato alla diminuzione della deglutizione della saliva e non ad un eccesso di produzione della stessa.

### *Sintomi non motori*

Nella malattia di Parkinson si possono presentare anche sintomi non motori, che possono esordire molti anni prima della comparsa di quelli motori. I sintomi non motori più frequentemente osservati sono:

- problemi urinari: la frequenza urinaria (urinare molto spesso perché la vescica non si svuota completamente) e l'urgenza (la sensazione che si deve svuotare subito, anche se la vescica non è piena) sono sintomi frequenti che si manifestano soprattutto di notte.

- stipsi e altri problemi gastrointestinali: si verificano maggiormente nelle persone più anziane. La funzionalità gastro-intestinale può essere rallentata in tutte le fasi della malattia, sia all'esordio che nelle fasi più avanzate. Si può presentare anni prima della comparsa dei sintomi motori.

- disfunzioni sessuali: il desiderio sessuale (libido) può essere ridotto. L'utilizzo di farmaci antiparkinson migliora spesso la libido, ma talvolta la esagera con possibilità di problemi relazionali.

- disautonomia: deriva da disturbi nella parte del sistema nervoso autonomo e porta a problemi di intestino e della vescica, impotenza, vertigini, pressione arteriosa ed eccessiva sudorazione. Quando le vertigini sono gravi possono

portare a veri black-out o svenimenti e possono dipendere da un calo della pressione sanguigna su cambiamento di posizione (ipotensione ortostatica).

-disturbi dell'olfatto: molti pazienti riferiscono disturbi nella capacità di avvertire gli odori. La disfunzione olfattiva permane nel tempo e non sembra variare con la terapia farmacologica.

- dolori e distonia: sono un disagio non specifico. L'ipertono e i crampi nei muscoli (distonia o crampi distonici), soprattutto nei piedi e le gambe, possono essere all'ordine del comune, e possono verificarsi nelle prime fasi della malattia. Il dolore alle gambe può essere molto grave. Ogni muscolo può essere influenzato da distonia o crampi distonici, compreso il collo, palpebre (blefarospasmo), mandibola, braccia, gambe e piedi. Raramente, questa distonia può interessare i muscoli della parete toracica e altri muscoli coinvolti nella respirazione e può comportare una mancanza di respiro che anche se preoccupante, non è pericolosa.

- disturbi del sonno: sono frequenti e possono coinvolgere fino al 70% dei pazienti. Si manifestano sia all'esordio di malattia che durante il suo decorso. Si può presentare con: insonnia; eccessiva sonnolenza diurna (può avere un forte impatto sulla qualità di vita del paziente); sindrome delle gambe senza riposo (restless legs syndrome, RLS); disturbo comportamentale nella fase del sonno con vocalizzazioni e gesti compiuti con le braccia.

- depressione, ansia e apatia: si verifica nel 50% delle persone. La depressione può portare alla perdita di motivazione. Si può manifestare con umore deflesso, affaticamento, disturbi del sonno, modificazioni dell'appetito, disturbi di memoria. Il disturbo d'ansia è un sintomo molto comune riferito dai pazienti come un senso di apprensione, paura, preoccupazione. In particolare l'ansia è presente durante le fasi di blocco motorio "off". L'apatia è un sintomo piuttosto frequente e spesso (circa nel 20% dei casi) si associa a depressione. Il paziente lamenta uno stato d'indifferenza emotiva, con mancanza di volontà a svolgere od intraprendere una qualunque attività. Più comunemente, l'ansia e la depressione sono lievi; a volte migliorano con la terapia antiparkinson, ma spesso richiedono ulteriori



farmaci.

- disturbi cognitivi: si manifestano in tutte le fasi della malattia, ma soprattutto nello stadio avanzato della malattia e negli anziani. Le funzioni cognitive coinvolte sono l'attenzione, la memoria, le capacità visuo-spaziali e le funzioni esecutive (come la capacità di pianificare e di passare da una strategia all'altra). Si possono inoltre osservare anche problemi nel pensare o nel trovare le parole, o dare un giudizio. Possono verificarsi nel 40-50% delle persone.

- sintomi psicotici (rari): si possono manifestare tramite deliri, cioè convinzioni non consistenti con la realtà, a volte correlate alle allucinazioni. Quest'ultime sono in genere visive, ma possono essere anche uditive e olfattive. Alcune persone riferiscono la fatica come mancanza di forza, di energia e senso di stanchezza. Non sempre risponde alla terapia dopaminergica e si può presentare anche quando il paziente è perfettamente compensato dal punto di vista motorio. Può avere un forte impatto sulla qualità di vita del paziente. Spesso, i sintomi psicotici, soprattutto se gravi, possono indicare una complicazione sottostante di demenza. Altri problemi che si possono evidenziare in alcuni pazienti sono la dermatite seborroica (eccessiva secrezione oleosa della pelle), gonfiore alle caviglie e perdita di peso, disturbi comportamentali ossessivi compulsivi.

### Sintomi e segni in fase avanzata

Nella fase avanzata (e talvolta come un effetto collaterale del trattamento), ci possono essere episodi di freezing o congelamento, il quale esprime l'incapacità temporanea di muovere i piedi durante il cammino (i piedi sembrano essere incollati al pavimento). Si manifesta prevalentemente quando il paziente deve iniziare la marcia, girarsi o passare attraverso le porte. A volte può essere superato con la visualizzazione di un ostacolo per scavalcare, ascoltando comandi verbali, o addirittura scavalcando linee poste sul pavimento.

Si possono manifestare inoltre fenomeni motori distinti in movimenti involontari o discinesie e fluttuazioni motorie.

Le discinesie sono una complicanza frequente del trattamento dopaminergico e dopo 10 anni dall'introduzione della terapia gran parte dei pazienti ne è affetta. Si distinguono in:

- a) discinesie da picco dose (compaiono in corrispondenza del picco di concentrazione plasmatica di levodopa) e sono caratterizzate da movimenti involontari, che coinvolgono diverse parti del corpo;
- b) discinesie difasiche, sono movimenti involontari (coreo-atetotici) che si manifestano durante la fase di transizione on-off (e viceversa). Possono essere di entità variabile;
- c) discinesie di plateau, sono movimenti involontari che si manifestano nel periodo di sblocco motorio (on).

Le fluttuazioni motorie consistono in variazioni delle condizioni motorie del paziente durante la giornata. Esse compaiono dopo alcuni anni di malattia nei pazienti trattati con levodopa: dopo 5 anni nel 30% dei pazienti e dopo 10 anni nell'80%. Le principali fluttuazioni motorie sono:

- l'effetto fine dose (wearing-off), cioè la riduzione della durata di ogni singola dose di levodopa con un peggioramento della motilità;
- il fenomeno on-off, cioè alternanza di benessere e blocchi motori nelle ore diurne, che avvengono indipendentemente dalle dosi di farmaco assunto;
- l'acinesia del risveglio e l'acinesia notturna;
- la mancanza di beneficio dopo l'assunzione della singola dose di levodopa (No-On) che si verifica prevalentemente nelle ore pomeridiane o dopo la prima assunzione del mattino.

### **Quali terapie per la malattia?**

Non esistono allo stato attuale terapie in grado di rallentare o interferire in maniera efficace con il decorso della malattia. La terapia farmacologica dopaminergica appare efficace nel migliorare solo alcuni dei sintomi di malattia, peraltro

declinando in efficacia nell'avanzare della condizione, e mostrandosi scarsamente utile nel modificare i sintomi "assiali", rappresentati da disturbo del linguaggio, rigidità assiale, alterazione della postura, del cammino e della stabilità posturale. L'uso prolungato inoltre della L-dopa determina una serie di complicanze ed effetti collaterali noti con il termine *long term levodopa syndrome*.

Fino ad oggi la cura della malattia si è limitata al contenimento dei sintomi, quindi senza ricadute efficaci nella sua progressione.

Bisogna iniziare le terapie il prima possibile, nelle fasi iniziali della malattia. Il gold standard della terapia è rappresentato dalla levodopa. Il vantaggio consiste nella miglior qualità di vita dei pazienti trattati al comparire dei primi sintomi motori, rispetto ai pazienti curati tardivamente, quando i sintomi motori producono invalidità funzionale.

Un corretto approccio alla gestione della malattia di Parkinson non può prescindere da una presa in carico globale dei pazienti che preveda anche una specifica attenzione verso i sintomi motori e non-motori della malattia e faccia ricorso a interventi di carattere riabilitativo.

Recenti studi hanno concluso che la terapia fisica, seppur non in grado di modificare la progressione della malattia, può migliorare le capacità funzionali dei pazienti, anche se con benefici limitati nel tempo. La riabilitazione dei pazienti con malattia di Parkinson prevede un approccio "fisiologico" volto a correggere i meccanismi deficitari del controllo motorio, con un intervento "personalizzato" in base al livello di disabilità e alle caratteristiche individuali del soggetto, e con esercizi "compito-specifici" nel contesto ambientale della vita quotidiana.

## **Qualità di vita**

"Con qualità della vita si intendono le percezioni che gli individui hanno della propria collocazione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi.

Si tratta di un concetto molto ampio che ricomprende, in modo complesso, lo stato di salute fisico e psicologico di ogni singolo individuo, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e il rapporto con le caratteristiche salienti dell'ambiente.”

Questa definizione mette in evidenza l'idea che la qualità della vita si riferisce ad una valutazione soggettiva che ricomprende dimensioni positive e negative e che è inserita in un determinato contesto culturale, sociale e ambientale. L'OMS ha individuato sei grandi ambiti in grado di descrivere, a livello interculturale, gli aspetti chiave della qualità della vita: un ambito fisico, un ambito psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, l'ambiente e le credenze personali/la spiritualità. Gli ambiti riguardanti la salute e la qualità della vita sono complementari e sovrapposti.

La qualità della vita riflette la percezione degli individui di veder soddisfatti i propri bisogni e di non vedere negate le opportunità di raggiungere la felicità e di sentirsi realizzati, indipendentemente dallo stato di salute fisico e dalle condizioni sociali ed economiche. In promozione della salute, l'obiettivo di migliorare la qualità della vita, prevenendo allo stesso tempo anche l'insorgere di malattie evitabili, è diventato un obiettivo sempre più importante. Ciò assume una particolare rilevanza quando si tratta di soddisfare i bisogni degli anziani, dei malati cronici, dei malati terminali e dei disabili.

### **Come valutare la qualità di vita in ambiente sanitario?**

Molti strumenti per misurare la qualità di vita sono stati sviluppati per soddisfare il concetto di salute viene definito dall'OMS come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità". Essendo la qualità di vita una percezione soggettiva individuale, l'unico modo per ottenere una misurazione valida è quella di chiedere direttamente ai pazienti; normalmente si privilegiano interviste o questionari, per la facilità e la velocità nella somministrazione.

La somministrazione di un questionario può avvenire tramite diverse modalità:

- intervista telefonica, richiede questionari molto semplici
- diretta o faccia-a-faccia da intervistatori istruiti, la quale richiede maggiori risorse ma dà maggiore compliance e minori errori e dati mancanti (missing)
- auto compilazione, richiede minori risorse ma dà maggiori errori e dati missing
- auto somministrazione, con compilazione assistita (supervisione di una persona istruita)
- somministrato a “sostituti” degli intervistati, per stimare i risultati che si otterrebbero se le persone da intervistare fossero in grado di rispondere.

### **Medicina basata sul paziente**

Con il termine di modello bio-psico-sociale si intende un modello sistemico, in cui vi sia cioè un'integrazione dei molteplici sistemi di cui l'uomo fa parte e in cui anche la malattia non può essere più definita soltanto in termini biologici. Nel momento in cui interviene una malattia, si assiste ad una modificazione non solo della struttura organica dell'individuo, ma di tutte quelle altre “parti” che sono in relazione con essa nel sistema uomo: il malato non è colpito soltanto a livello biologico, ma la malattia si manifesta come alterazione, anche a livello psicologico o individuale e a livello sociale, del contesto in cui il malato vive. C'è quindi una maggiore complessità della “malattia” che ha molteplici sfaccettature e tutte, entrano nel lavoro clinico.

La medicina basata sul paziente integra la dimensione biologica della medicina con una prospettiva in cui il malato è protagonista. Qui hanno pari dignità sia la patologia, in senso biologico, del malato sia il suo vissuto di malattia: la medesima malattia, pur presentando caratteristiche uniformi che la rendono riconoscibile da malato a malato, è vista anche in ciò che distingue un paziente dall'altro, nel modo, cioè, in cui ciascun malato vive a seconda della propria storia. Un approccio *patient centred* coinvolge attivamente il paziente e garantisce che il suo

punto di vista, i suoi bisogni, le sue preoccupazioni siano espressi e raccolti nella relazione con il professionista sanitario, al punto che la loro comprensione diviene uno scopo prioritario per l'agire del professionista stesso.

Si può verosimilmente affermare che l'obiettivo generale si sposta dal *to cure* della medicina centrata sulla malattia al *to care*. La dimensione soggettiva della malattia, pur appartenendo ad un'area estranea al paradigma fisico-chimico, può essere indagata ed è tanto analizzabile quanto i dati biologici. Il concetto di medicina si sposta da una corrispondenza biunivoca con la scienza chimico-fisica a un modello in cui anche i fattori personali, psicologici e sociali vengono riconosciuti come presenti e importanti. La medicina può occuparsi di essa senza rinunciare alla sua scientificità.

Il modello sopra descritto quindi tiene conto di tutti gli aspetti e ha una visione olistica del paziente, alla cui base si trova il concetto di partnership: nella relazione terapeutica l'utente è considerato partner, i suoi valori, sentimenti, processi cognitivi diventano delle variabili importanti per raggiungere l'obiettivo terapeutico.

La partecipazione dei pazienti al processo decisionale e clinico migliora i risultati clinici e la qualità della vita (QOL) e quindi la persona diventa attore e soggetto del processo di cura.

La centralità del rapporto comunicativo tra professionista sanitario e paziente è uno dei fondamenti della medicina umana. L'Organizzazione mondiale della sanità auspica, ormai da tempo, un approccio al malato centrato su una visione globale di bisogno di cura che, oltre agli aspetti strettamente medico-clinici, prenda in considerazione le esigenze psicologiche, relazionali e spirituali della persona malata.

### **Le terapie NON farmacologiche nel paziente parkinsoniano**

In questo quadro, in cui la terapia farmacologica migliora solo alcuni sintomi e "la disabilità del paziente può essere notevolmente peggiorata dall'ambiente e dal

contesto in cui l'attività motoria si realizza", appare evidente che l'approccio all'evoluzione della disabilità necessita di un progetto terapeutico multidisciplinare, l' "attività motoria" assume un ruolo fondamentale; in questo ambito sicuramente la neuroriabilitazione è la pratica più utilizzata e quella che ha un corpo di evidenze scientifiche più ampio. Secondo le linee guida del 2013 sulla diagnosi e terapia della MDP, la fisioterapia è spesso prescritta, ma non esistono finora linee guida con raccomandazioni graduate in base a prove scientifiche.

Gli obiettivi più specifici del trattamento riabilitativo sono: prevenire o ridurre le complicanze secondarie alla ridotta mobilità e ottimizzare le residue capacità funzionali dei pazienti mediante l'apprendimento di nuove strategie comportamentali, importanti in quanto il parkinsoniano perde gli automatismi, tra cui le reazioni di difesa in caso di caduta.

Gli approcci terapeutici più recenti hanno evidenziato l'importanza della prospettiva multidisciplinare; pertanto metodiche NON farmacologiche, oltre la neuroriabilitazione, sono state utilizzate e sono state oggetto di ricerca scientifica: agopuntura, danzaterapia, teatroterapia, musicoterapia, nordic walking, taichi, yoga e qigong. Quest'ultime sono state espressamente applicate in considerazione dei bisogni dei pazienti parkinsoniani e alla lunga, seppure nate senza alcuna intenzionalità terapeutica specifica, si sono dimostrate dei validi aiuti per chi soffre di Parkinson. Le terapie complementari essendo quasi sempre pratiche di gruppo hanno anche il grande vantaggio di favorire la socializzazione. Questo è utile anche dal punto di vista psicologico: perché spesso il parkinsoniano tende ad isolarsi, per nascondere il suo stato; incontrarsi con chi condivide la sua condizione lo aiuta ad affrontarla meglio. Queste terapie non farmacologiche contribuiscono a mantenere la plasticità neuronale. Il trattamento non farmacologico riduce i disturbi comportamentali ed aumenta le performance nelle attività funzionali.

Nell'ambito delle terapie non farmacologiche, da anni l'agopuntura è utilizzata come approccio complementare nella cura del paziente. Abbiamo quindi voluto approfondire come la malattia di Parkinson viene interpretata dal punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese, di cui l'Agopuntura è un cardine terapeutico e il Qigong una pratica di integrazione mente-corpo utilizzata da secoli a scopo preventivo-terapeutico

### **3. Malattia di Parkinson secondo la MTC**

In MTC, la MP è inclusa tra i sintomi delle “Convulsioni” ed è sempre collegata al Vento di Fegato.

Il “Yi Xue Gang Mu” (1565) dice: *“I tremori del vento sono causati dal Vento che entra nel fegato e dal qi dei meridiani che si ribella verso l'alto, provocando i tic del viso e i tremori delle estremità”* (Lou Ying).

Il “Yi Xue Yuan LI” (dinastia Ming) afferma: *“ I tremori possono essere causati da: - il qi in vuoto che non riesce ad attirare i liquidi e il sangue verso i tendini e i meridiani per nutrirli;- i liquidi e il Sangue in vuoto che non nutrono i tendini;- il Flegma- Fuoco che ostruisce i meridiani e i tendini impedendo così ai liquidi e al sangue di nutrirli;- La Yuan qi in vuoto che facilita l'invasione dei fattori patogeni nei meridiani cosicché il sangue non riesce a nutrire i tendini e i meridiani. Nonostante esistano molte differenti cause, in tutte è presente un vuoto dei Liquidi e del sangue che non sono in grado di nutrire i tendini e i meridiani”*.

Negli anni, molti studiosi di MTC si sono impegnati nel fornire interpretazioni fisiopatologiche della malattia.

I primi studi sulla malattia indicavano come cause principali della malattia l'eccesso superficiale di vento, fuoco e flegma.



Studi successivi si sono orientati su una deficienza dello yin quale causa della incapacità a controllare lo yang. Questo poteva spiegare perché spesso i pazienti affetti da MDP manifestano oltre il tremore, vertigine, tinnitus rossore o pallore facciale, lingua rossa con induito sottile o lingua scura con induito giallo (Chen Liguò, 1998).

Ne sono derivate numerose pubblicazioni con risultati non univoci e a volte contraddittori.

Sulla base di lunghi anni di esperienza clinica, è emerso che il meccanismo patogenetico della malattia è complesso e presenta aspetti da deficit in profondità e da eccesso in superficie.

Studi particolarmente approfonditi offrono le seguenti interpretazioni: il deficit originario è nel fegato e rene, nel qi e nel sangue; l'eccesso in superficie è la stasi di sangue nei meridiani; il deficit globale di Yin consuma fluidi corporei producendo fuoco e flegma.

Negli stadi iniziali la patologia è superficiale e si caratterizza per la presenza di vento, fuoco e flegma. Successivamente evolve verso un deficit di fegato e di rene, perdita di liquidi corporei e sangue. Li Ghenghe, Wang et al. suddividono infatti i pazienti parkinsoniani in tre categorie, con conseguenti ripercussioni sull'efficacia del trattamento farmacologico.

Sindromi da deficit

- 1) Deficit di yin di rene-fegato con liberazione di yang e agitazione di vento
- 2) Deficit di energia e sangue con agitazione di vento

Sindromi da eccesso

- 3) Produzione di tan-fuoco e agitazione di vento stasi q/s

### Eziologia:

Senescenza: è parafisiologico

Lavoro eccessivo, eccessiva attività sessuale, malattie debilitanti, grave affaticamento psicofisico.

Lavorare per molte ore senza riposarsi adeguatamente per parecchi anni, indebolisce i reni e in particolare lo Yin del Rene. Quando il troppo lavoro è associato a un'attività sessuale indebolisce ulteriormente i Reni.

Lo Yin del Rene in vuoto non è in grado di nutrire lo Yin del Fegato e con il passare del tempo, può manifestarsi il Vento del Fegato che a sua volta causa tremori.

Lo Yin del Fegato (e implicitamente anche il sangue del Fegato) non è in grado di nutrire e umidificare i tendini: la secchezza dei tendini, associata al vento del Fegato, determina i tremori.

### Dieta

Il consumo eccessivo di cibi grassi fritti o dolci, provoca formazione di Flegma. Con il passare del tempo, il Flegma si combina facilmente con il Fuoco, in particolare se la persona fa anche uso di alcolici. Il Flegma-Fuoco di per sé non causerebbe la MP, ma lo provoca quando è associato al Vento del Fegato che spesso è presente nelle persone anziane. Il Flegma ostruisce i meridiani impedendo ai liquidi e al sangue di nutrirli, da qui i tremori.

Continui errori alimentari di tipo sia quantitativo che qualitativo (abusi alcolici, grassi animali, fritti, latticini), frequentemente accompagnati da un deficit di qi di milza provocano la formazione di tan-fuoco. I tan prodotti vengono portati in alto dal fuoco in eccesso o da una situazione preesistente di calore vuoto con risalita

dello yang: i tan-fuoco si complicano in agitazione di vento. Se a una di queste due condizioni si associa una produzione di tan da deficit di qi di milza, questi ultimi si trasformano in tan-vento.

### Stress emozionale

La collera, la frustrazione e il risentimento possono causare la fuga dello Yang di Fegato e, con il passare del tempo, questo può portare al Vento del Fegato.

Quindi, come è indicato nella citazione precedente tratta dal “Yi Xue Yuan Li”, nella MP il tremore è sempre causato dall’incapacità dei liquidi e del Sangue di nutrire meridiani e tendini.

### Ereditarietà

Può essere la causa di una debolezza congenita del qi, yin e jing di Rene.

Più semplicemente le ricerche cinesi attuali considerano i parkinsonismi la conseguenza di tre differenti cause embricate:

-Vento di fegato

-Agitazione dello Shen

-Vuoto del jing con ripercussione sul Cervello (nao) e sul Midollo (sui)

I tremori sarebbero l’espressione dell’agitazione del vento endogeno indotto da alcune condizioni patologiche, come la liberazione di yang per iniziale deficit di yin di rene-fegato o per deficit di energia e sangue (Di Concetto, 2002). Inizialmente il vento fa tremare la testa; se si diffonde tremano anche i quattro arti.

La rigidità e l’acinesia possono essere imputati all’esaurimento del Jing e dei Midolli (sui) di cui il cervello (nao) è il Mare. Inoltre un deficit di sangue di fegato porterà ad un inadeguato nutrimento dei muscoli con conseguente comparsa di

rigidità ed eventuale tremore (Luo Guogang della V Dinastia, The Medical Mirror). Una delle principali cause di deficit di sangue di Fegato è il deficit del Qi di Rene.

Questa interpretazione è in accordo con la definizione prognostica occidentale delle due forme cliniche principali della MP:

-la forma tremorigena con evoluzione benigna, decorso lento, difficilmente complicata da declino cognitivo.

-la forma rigido-acinetica ad evoluzione complicata, decorso rapido spesso associata a disturbi del comportamento e declino cognitivo.

## **Terapia in MTC**

### Agopuntura

Le prime pubblicazioni scientifiche risalgono agli anni '70 con studi in aperto, con piccoli numeri; ad oggi sono recensiti su PubMed, il motore di ricerca più importante per le pubblicazioni in ambito medico, circa 160 lavori.

Dall'analisi dei risultati dei più recenti studi pubblicati nella letteratura internazionale, gli effetti della agopuntura risultano contraddittori.

Sono da considerare i limiti degli studi analizzati: campioni di pazienti di ridotte dimensioni, con caratteristiche cliniche non omogenee, mancanza di gruppo di controllo, mancanza di cecità.

Tra i tanti citiamo, una pubblicazione ([Rajendran, 2010](#)) in cui si osservava che il 40% dei pazienti con MdP fa ricorso alle terapie alternative (di questi il 28% usa vitamine e erbe, massaggi il 14%, agopuntura il 10%, etc.).

Dall'analisi complessiva dei risultati dei diversi studi non emergono significativi cambiamenti nelle scale di valutazione motorie.

Dai questionari di autosomministrazione emerge un soggettivo miglioramento nel 85% dei casi, mentre dal punto di vista delle scale oggettive emerge un miglioramento solo per quanto riguarda il sonno e i sintomi depressivi. Nessun evento avverso è stato segnalato.

Concludendo, dai risultati degli studi più recenti studi sembra emergere un discreto beneficio clinico, almeno a breve termine, se analizziamo gli studi non controllati, dove il campione non aveva caratteristiche cliniche omogenee, con scale di valutazione motorie non validate; dall'analisi degli studi meglio condotti i risultati sembrano invece più deboli.

In ogni modo è verosimile che almeno nelle fasi iniziali della malattia, quando il paziente può attingere ancora ad una seppur modesta riserva dopaminergica residua, l'agopuntura possa stabilizzare sul breve periodo l'evoluzione della malattia evitando un precoce aumento posologico della terapia farmacologica classica.

#### Craniopuntura:

L'area abitualmente utilizzata è quella della corea. La localizzazione è circa 1 cun anteriormente al punto mediano della linea mediana mentre l'area motoria spesso anch'essa utilizzata è 0.5 cun dietro al punto mediano.

La linea mediana è la linea che va dalla gabella alla protuberanza occipitale.

Jiang et al, riferiscono di una serie di 53 pazienti con un miglioramento nel 77% dei casi; i miglioramenti significativi si sono ottenuti nei pazienti con rigidità come sintomo dominante; il tremore appare invece poco responsivo a questa terapia

#### **4. Zhineng qigong e malattia di parkinson: letteratura scientifica**

Una recente pubblicazione dal titolo “The impact of Tai Chi and Qigong mind-body exercises on motor and non-motor function and quality of life in Parkinson’s disease: A systematic review and meta-analysis” (R. Song, Parkinsonism and Related Disorders, 2017) ha preso in considerazione 20 pubblicazioni, dal 2006 al 2015, tramite alcuni motori di ricerca medica elettronica, quali PubMed, che sono stati considerati validi al fine di trarre delle considerazioni scientificamente accettabili. La maggior parte degli studi si è occupata di Taichi; dei 4 studi relativi al QiGong, due erano studi controllati randomizzati che prevedevano il gruppo di controllo, gli altri due erano relativi al solo gruppo in studio con valutazioni pre e post trattamento. La conclusione degli autori era che entrambe le metodiche presentano un potenziale beneficio nel miglioramento motorio, dei sintomi depressivi e della qualità della vita nella MdP.

Nel dettaglio, nello studio di Schmitz-Hubsch T et al (Qigong exercise for symptoms of Parkinson’s disease: a randomized, controlled pilot study; Movement Disorders, 2006), sono stati valutati 56 pazienti (di cui 32 trattati e 24 di controllo); il trattamento consisteva in sedute settimanali di 90 minuti per due mesi, due mesi di pausa, e altri due mesi di trattamento. Dopo 3, 6, e 12 mesi, tutti i pazienti presentavano una riduzione dei sintomi depressivi, ma solo i pazienti trattati presentavano un miglioramento dei sintomi motori e non motori specifici della malattia.

Uno studio più recente di S. Lotus et al (Qigong to improve Postural Stability for Parkinson Fall prevention: A neuroplasticity approach; Topics in Geriatric Rehabilitation, 2014), ha dimostrato in 41 pazienti un miglioramento, dopo 3 mesi di pratica, dell’equilibrio e del numero delle cadute.

Watson Dj et al (Qigong exercise may improve sleep quality and gait performance in Parkinson’s disease: a pilot study; Int J Neurosci, 2015) hanno dimostrato in 7

pazienti, dopo 6 settimane di pratica, un miglioramento della velocità e della lunghezza del passo e della qualità del sonno; nessuna variazione sulla sensazione di fatica cronica.

Lo studio di Xiao CM et al (Effect of health Baduanjin Qigong for mild to moderate Parkinson's disease; Geriatr Geront Int, 2016) ha preso in considerazione 100 pazienti di cui metà sono assegnati al gruppo che praticava 4 sessione di QG alla settimana+ camminata quotidiana di 30 min., l'altra metà al gruppo che praticava solo camminata quotidiana. Dopo sei mesi, nel gruppo di Qigong si sono osservati miglioramenti nella qualità del sonno e un miglioramento della velocità del cammino e dell'equilibrio.

Ultimo studio che segnaliamo è di Xiao LL et al (Effect of health Qigong Exercises on relieving symptoms of Parkinson's disease; Evidence-based Complem and Altern Medicie, 2016); sono stati valutati 54 pazienti di cui solo 26 sono stati sottoposti a sedute quotidiane di QG per 10 settimane. Nei pazienti trattati sono migliorati la forza muscolare, la velocità del passo e l'equilibrio.

In fine riportiamo le due pubblicazioni di Bianca Molle (Reboot & Rejoice: How I Healed from Parkinson's Disease Using the Body/Mind Practice of Qigong: Regimen, Background, and Personal Reflections, 2013 e Qigong for Parkinson's Disease, 2014).

Bianca Molle è un'insegnante americana in pensione che nel 2008 ha ricevuto la diagnosi di Malattia di Parkinson, a seguito di sintomi che erano presenti da alcuni anni quali stanchezza, crampi, dolori articolari, difficoltà di scrittura e tremore. Ha iniziato pertanto la terapia standard per la malattia a base di dopamina, con riferiti scarsi benefici.

Nel giugno 2009 incontra il M° Mingtong Gu, in California, e inizia a praticare Zhineng Qigong per 2-3 ore al giorno; nel settembre 2009 abbandona i farmaci perché molti dei disturbi, eccetto il tremore, si erano alleviati. Nel 2010 alla visita

neurologica di controllo non vengono più riscontrati i segni della malattia di Parkinson

Bianca Molle, spesso riporta la metafora del bruco: “Just when the caterpillar thought the world was over, it became a butterfly”, **riferendosi alla sua esperienza con il Qigong che ha allontanato il suo corpo e il suo spirito dalla “naftalina” in cui erano immersi.**

## **5. Prima esperienza di znqg e malattia di parkinson anno 2016/17**

Gli incontri di pratica (che di seguito denomineremo per brevità “corso”), hanno avuto durata di 90 minuti e si sono tenuti presso i locali della Clinica Principessa Jolanda nel periodo 5 ottobre 2016 / 25 maggio 2017, con cadenza settimanale, nell’ambito delle attività a favore dei soci di **APM Parkinson Lombardia (ONLUS)** Associazione nata oltre quindici anni fa e composta da un gruppo di malati di Parkinson e di volontari, con sede in Vincenzo Monti a Milano

### **5.1 Pazienti**

Complessivamente sono stati tenuti 25 incontri che hanno coinvolto 44 partecipanti (24 Femmine e 20 Maschi).

Sul totale delle persone che sono intervenute, 11 dopo un primo contatto, non hanno ritenuto proseguire nella pratica mentre 33 persone hanno proseguito.

La presenza media al corso è stata di 14 persone ad incontro.

A fine ciclo è stato chiesto ai partecipanti di rispondere al seguente questionario.

Per i 33 “frequentatori”, nel prospetto divisi in gruppo per numero di frequenze, l’assiduità e la risposta al questionario di fine ciclo è stata la seguente:



Gruppo	N° presenze in ordine decrescente	Ore complessive di pratica	N° persone in relazione al numero di presenze	N° di risposte al questionario in relazione al gruppo
1	20	30	1	1
2	17	25,5	1	1
3	16	24	2	2
4	15	22,5	3	1
5	14	21	2	1
6	13	19,5	1	1
7	12	18	1	1
8	11	16,5	2	0
9	10	15	3	2
10	7	10,5	2	0
11	6	9	2	0
12	5	7,5	3	1
13	4	6	3	0
14	3	4,5	3	0
15	2	3	3	0
16	1	1,5	1	0
-----	-----		-----	-----
<b>Totale</b>			<b>33</b>	<b>11</b>

Caratteristiche degli 11 partecipanti che hanno risposto al questionario:

- Il 45 % è maschio, il 55% è femmina

- L'età dei partecipanti è nelle fasce 60 - 70 anni in 5 casi  
70 - 75 anni in 3 casi  
75 - 80 anni in 3 casi,
- La malattia è stata diagnosticata da 1 – 3 anni in 1 caso  
3 – 5 anni in 2 casi  
5 - 10 anni in 5 casi  
10 anni in 3 casi
- Il livello di gravità risulta essere un dato non significativo, dato la scarsità delle risposte.
- Nessun partecipante al sondaggio è stato oggetto di DBS (*deep brain stimulation*)

## **5.2 la pratica svolta e metodi utilizzati**

Non potendo fare riferimento a specifiche esperienze precedenti, né nostre né di altri operatori all'epoca da noi conosciuti, nel corso del primo incontro si è cercato di individuare una strategia di insegnamento adatta al specifico contesto in cui si trovava ad operare; è stata quindi fatta una presentazione dello ZNQG illustrando i principi su cui si basa e lo scopo della sua pratica.

In seguito alla presentazione e al conseguente scambio di opinioni con e tra i partecipanti, è stato constatato che nessun partecipante aveva avuto in precedenza esperienza di pratiche psicofisiche come yoga, taiji, qigong, bioenergetica, feldenkrais ecc. e che tutti i partecipanti, per estrazione culturale, si dimostravano piuttosto scettici riguardo ai discorsi relativi all'energia, al qi e all'utilità della meditazione.

Il grado di gravità della malattia dei partecipanti era piuttosto elevato e il gruppo, al riguardo era piuttosto eterogeneo; alcuni non erano in grado di camminare da soli o di stare in piedi.

In considerazione del fatto che il Parkinson è un disturbo del movimento che

- determina un diffuso irrigidimento muscolare
- determina la perdita di controllo del movimento
- deforma l'assetto posturale
- causa insensibilità corporea
- determina facile affaticamento nell'esecuzione degli esercizi fisici
- difficoltà a mantenere l'attenzione
- provoca frustrazione psicologica

si è deciso di lavorare nell'ambito dei principi dello ZNQG contemporaneamente, in maniera sinergica, ai diversi livelli, più o meno palesemente dichiarati nel corso della pratica (per evitare l'eccessiva verbalizzazione): psicologico/motivazionale, fisico, mentale, energetico e utilizzando come obiettivo guida il far percepire l'importanza e la validità dell'unione mente-corpo.

A chi ha chiesto di indicare un testo da consultare, è stato consigliato l'acquisto del libro "*Zhineng Qigong di Vito Marino e Ramon Testa*" ma il riscontro non è stato positivo perché considerato troppo difficile e poco..... "pratico".

L'obiezione mossa è importante perché sintomatica dell'iniziale approccio meccanicistico alla pratica da parte dei partecipanti che si aspettavano solo semplici esercizi fisici senza riferimenti culturali.

Alla spiegazione specifica delle finalità dei singoli esercizi si è quindi preferito la pratica e il lavoro sul risveglio delle sensazioni corporee e, nel tempo a disposizione per ogni incontro, sono sempre state alternate la pratica fisica alla spiegazione, nei momenti di riposo tra un esercizio e l'altro, dei principi filosofici ed energetici del qigong in genere e dello ZNQG in particolare.

Sul piano motivazionale sono stati costantemente inviati messaggi fortemente positivi ed empatici; i partecipanti sono sempre stati incoraggiati a concepire la

pratica del qigong come potente e piacevole strumento di coltivazione del proprio sé, della propria salute e del proprio benessere, non come amara medicina o semplice tecnica corporea finalizzata unicamente a sconfiggere la loro malattia attraverso la pura ripetizione meccanica e disattenta degli esercizi.

Sul piano mentale è stato spiegato loro come portare, con la corretta chiusura degli occhi, ritirando quindi lo sguardo come indicato da Pang Ming, l'attenzione all'interno del corpo per sviluppare la propriocezione ed è stato spiegato loro, attraverso la pratica del **sorriso interiore**, come rivolgere amorevolezza a sé stessi e al proprio corpo nel fare gli esercizi.

*Con la tecnica del sorriso interiore si dirige il sorriso a tutte le parti del corpo, compresi gli organi interni e il sistema nervoso. Questo sorriso trasmette energia positiva che ha il potere di dare animo, calmare, guarire e generare benessere. Quando si sorride, il cervello acquisisce la sensazione di soddisfazione ed emette vibrazioni positive nel corpo. È stato dimostrato che quando sorridiamo vengono rilasciati neurotrasmettitori come la dopamina e la serotonina che aiutano a rilassare il corpo e ad abbassare la pressione sanguigna. Inoltre la serotonina agisce come antidepressivo; non è un caso che molti antidepressivi attualmente sul mercato non fanno altro che agire sui livelli di serotonina nel cervello. Nello specifico, si tratta di ritirare lo sguardo, rilassare la mente e ricordare qualcosa di bello, che suscita amorevolezza, che faccia sorgere spontaneo un sorriso, quindi rivolgere la sensazione a noi stessi e trasferirla in tutto il corpo.*

Nel corso degli incontri è stato anche praticato il **body scan** mentale per sviluppare la sensibilità interna soprattutto nella colonna vertebrale.

*La scansione del corpo o body scan è una pratica molto importante, presente in varie tradizioni, che consiste nel portare in maniera sistematica l'attenzione di consapevolezza nelle varie zone del corpo, con l'obiettivo di "sentire" autenticamente ogni parte e soffermarsi su ciascuna di esse osservandola in*

*maniera non giudicante. E' un'esplorazione che permette nel tempo di di conoscere l'organizzazione muscolo-scheletrica nonché le abitudini posturali e gli schemi di movimento. La scansione corporea ha un effetto potente perché diviene con il tempo modalità di percepirsi e di sentire sé stessi rispetto all'ambiente.*

Sul piano fisico è stato ricercato e allenato il corretto allineamento strutturale sia in posizione eretta che seduta e la pratica in posizione eretta è stata finalizzata alla ricerca del corretto utilizzo del proprio baricentro al fine di mantenere dritto in piedi il proprio corpo senza alcuno sforzo. Grande enfasi è stata posta sull'importanza del rilassamento e per ottenere tale risultato è stato insegnato a far ricorso allo strumento della libera immaginazione creativa, si è quindi insistito molto sul far salire la testa verso l'alto abbandonandosi ad una forza attrattiva del cielo e il coccige verso il basso abbandonandosi ad una forza attrattiva della terra e della forza di gravità. Per svegliare la sensibilità esterna del corpo è stato fatto praticare il picchiettamento del corpo e, a coppie, il picchiettamento della colonna vertebrale. Per stimolare il passaggio dell'onda del movimento sono stati fatti praticare la vibrazione volontaria di mani e piedi e l'oscillazione volontaria di tutto il corpo nonché l'esecuzione di saltelli sul posto.

Sul piano energetico si è insistito molto sulla pratica di **laqi e tui-rou** nonché sull'apertura e chiusura, espansione e concentrazione di tutto il corpo, spiegando l'importanza dello scambio di energia interno/esterno, prima solo con mani e piedi, poi con tutto il corpo e con particolare attenzione ai pori della pelle.

*Laqi – “tirare il qi”. Questa pratica consiste nel posizionare le mani davanti all'addome con i palmi distanti fra loro di circa 10-20 cm rilassando nel contempo braccia e spalle e nel muovere poi ritmicamente i palmi avvicinandoli e distanziandoli. La finalità della pratica consiste nel realizzare la concentrazione di qi fra le mani e nel dantien.*

*TUI-rou – “spingere e piegare”. E’ un movimento di braccia e di palmi. Nello spingere, guidando il movimento con la base dei palmi, i palmi e le braccia spingono in avanti con i palmi convessi. Nel raccogliere indietro, con le spalle che conducono il movimento, i gomiti affondano leggermente, i palmi sono concavi e la mente pensa di raccogliere il qi all’interno del corpo.*

Nel scegliere gli esercizi da praticare sono stati preferiti quelli che coinvolgono la stimolazione della colonna vertebrale e, traendoli da **XING SHEN ZHUANG** in particolare:

- L’esercizio n° 1 - Testa del drago e del collo della gru
- L’esercizio n° 4 – torace
- L’esercizio n° 5 – allungamento spinale
- L’esercizio n° 6 – rotazione dell’anca

e inoltre

- L’esercizio del “bruco” (ondeggiamento della colonna)
- Massaggio dell’addome
- **Zhang zhuang** prima per il rilassamento e la ricerca delle rigidità, poi per sviluppare l’espansione/concentrazione di tutto il corpo a partire dal dantien inferiore.

*XING SHEN ZHUANG - La forma della mente e del corpo costituisce il secondo modulo di addestramento nel Zhineng Qigong ed è messa a fuoco principalmente sullo sviluppo del qi interno (Hunyuan interno). Sono dieci gli esercizi della forma, di cui ciascuno di essi serve a sciogliere e rafforzare i legamenti e le giunture nelle differenti parti del corpo, a partire dalla testa fino ai piedi. Gli esercizi facilitano il movimento del qi alle unità periferiche del corpo ed aiutano a liberare la stasi di qi nelle parti del corpo che sono stimulate raramente, come ad esempio le scapole della spalla, le giunture dell’anca la colonna vertebrale e le nervature. È un*

*addestramento per unire la mente al corpo mediante esercizi che dirigono il qi attraverso i movimenti fisici.*

*Esercizio n° 1 - Testa del drago e del collo della gru- E' un movimento che coinvolge il collo e serve a mobilizzare tutta la zona cervicale.*

*L'esercizio n° 4 – torace- E' un movimento guidato dalla spinta delle costole, che serve a mobilizzare, attraverso torsioni alternate a destra e a sinistra, tutta la zona toracica.*

*L'esercizio n° 5 – allungamento spinale – E' un piegamento in avanti che coinvolge l'allungamento di tutta la colonna.*

*L'esercizio n° 6 – rotazione dell'anca- In questo movimento si ruotano le anche prima in senso orario e poi in senso antiorario per mezzo del coccige che conduce la rotazione*

*L'esercizio del “bruco” (ondeggiamento della colonna) – In quest'esercizio, da posizione seduta, si crea una spinta che parte dalla zona sacrale e passa con un movimento ad onda per tutta la colonna fino all'occipite per poi essere richiamato con un ritorno sempre a onda.*

*Massaggio dell'addome – con questa pratica, in posizione seduta si sovrappongono le mani sull'addome. La mano a contatto con la pancia posiziona l'eminenza ipotenar sopra l'ombelico. Le mani ruotano quindi in senso orario con movimento lento e costante mentre la mente si concentra sul movimento all'interno dell'addome.*

*Zhang zhuang- Esercizio fondamentale in tutte le scuole di qigong e in tutte le arti marziali interne con la denominazione “posizione del palo eretto” o “abbracciare l'albero”, nello Zhineng qigong viene denominato “unificazione dei*

*tre centri". L'esercizio viene praticato in posizione eretta con i piedi che formano la posizione a "V" rovesciata, le ginocchia lievemente piegate, la testa sospesa dall'alto e l'osso sacro che cade verso il basso; le mani formano una mezza sfera davanti all'addome e il centro dei palmi è rivolto verso l'ombelico. Il pensiero da ogni parte del corpo si raccoglie nel dantien inferiore (l'area dell'ombelico); dalla sommità del capo verso il basso al dantien, dal centro della pianta dei piedi verso l'alto al dantien, dal centro delle mani verso il dantien*

Al fine di sviluppare l'unificazione di mente e corpo e di sviluppare sensibilità, consapevolezza e presenza mentale, spesso gli esercizi sono stati eseguiti prima fisicamente, poi solo mentalmente evocando le sensazioni prodotte dalla pratica fisica e poi ancora fisicamente con maggior presenza mentale.

*La validità e l'utilità dell'esecuzione mentale del movimento è ormai indiscutibilmente avvalorata dalle recenti scoperte delle neuroscienze e dagli studi sull'evoluzione che danno la seguente spiegazione scientifica all'antica tecnica.*

*In termini evolucionistici, quando si formarono i primi organismi unicellulari, il primo senso che svilupparono fu la capacità di rilevare la presenza di agenti chimici nell'ambiente, o senso del gusto. Questo serviva agli organismi per trovare nutrimento, ossia gli agenti chimici necessari alla sopravvivenza, oltre che per allontanarsi dagli agenti chimici pericolosi. Il secondo senso a svilupparsi fu la capacità di rilevare la forza. Questo consentì agli organismi in evoluzione di rilevare energia, forza, movimento e qualsiasi altra cosa potesse avere effetto su di essi, per reagire di conseguenza. Col passare del tempo e l'evolversi di complesse reti neurali scandito dalla sempre maggior complessità della vita, gli organismi svilupparono la capacità di rappresentare le esperienze sensoriali esterne come modelli interiori del loro ambiente. Questa elaborazione sensoriale interiore utilizzava gli stessi circuiti neurali*



*originariamente creatisi per identificare e monitorare gli equivalenti esterni. E' per questo che, quando ci raffiguriamo qualcosa con "l'occhio della mente", esaminiamo cioè una rappresentazione visiva interiore, stiamo effettivamente utilizzando prevalentemente gli stessi circuiti neurali utilizzati quando vediamo qualcosa nel mondo reale. Questo concetto è stato adeguatamente supportato da prove e documentato dalla letteratura neuroscientifica. Quando si parla di sensazioni interne, di esperienze ciestetiche interne, significa che ogni "sensazione" è effettivamente una rappresentazione di una qualche forza o agente esterno equivalenti, ha un vettore di movimento e usa le stesse componenti del sistema di rappresentazione sensomotorio utilizzato dalle sensazioni esterne.*

### **5.3 Risultati**

Dalle 11 risposte risulta che tutti i sintomi elencati erano di interesse per il gruppo e i partecipanti hanno rilevato benefici, seppure con differente intensità nei seguenti casi

atteggiamento vs malattia	10
postura	7
stipsi (stitichezza)	7
rigidità muscolare	6
umore	6
tremore a riposo	5
festinazione (passi ravvicinati)	5
depressione	5
ipotensione ortostatica	5
disturbi respiratori	5
freezing	4

insonnia	4
disturbi del sonno REM	4
nicturia (urinare la notte)	4
disfagia (deglutizione)	4
disturbi urinari	4
rapporti interpersonali	4
qualità della vita	4
cadute	3
disturbi compulsivi (gioco, acquisti, cibo, sesso)	3
ansia, panico	2

Alle domande finali relative all'utilità del corso alla eventuale prosecuzione dello stesso, la valutazione complessiva ha evidenziato che il corso è stato:

- indifferente. In un solo caso.

- utile in 10 risposte con le seguenti motivazioni:

- il corso può migliorare lo stato psico-fisico
- aiuta il rilassamento e il miglioramento muscolare
- è meditazione e movimento
- il corso aiuta nella rigidità muscolare, nella concentrazione e nel rilassamento
- favorisce il recupero psico-fisico e la socializzazione
- è valido per i miglioramenti evidenziati
- è un approccio innovativo
- mi sento più sciolto/a nel movimento
- simula movimenti.

Nel 100% delle risposte è stato chiesto di proseguire il corso.

Nel complesso, considerate le poche ore effettive di pratica, si può quindi ritenere che siano stati raggiunti risultati gratificanti e incoraggianti.

## **5.4 Considerazioni relative alla struttura del corso, alla frequenza e alle risposte dei partecipanti**

Al fine di valutare il più correttamente possibile le risultanze e le indicazioni emergenti dall'esperienza, è necessario considerare le seguenti circostanze operative.

Con riguardo alla struttura e alla partecipazione:

1° - il corso è stato preceduto solo da una breve presentazione del qigong ad un gruppo ristretto di soci dell'Associazione.

2° - non vi è stato né obbligo di iscrizione preventiva al corso né assunzione di impegno alla frequenza

3° - i partecipanti hanno potuto inserirsi nel corso in qualunque momento e quindi 15 partecipanti sono intervenuti a corso già iniziato; più precisamente

2 al 4° incontro

3 al 5° incontro

1 al 6° incontro

4 al 10° incontro

2 al 11° incontro

1 al 18° incontro

1 al 20° incontro

1 al 23° incontro

Molto importante è anche considerare che la frequenza è stata fortemente condizionata dallo stato di salute dei partecipanti nei giorni degli incontri e dalla possibilità di essere accompagnati; infatti i disturbi motori legati al Parkinson variano e si appesantiscono o alleggeriscono di giorno in giorno in modo imprevedibile e inoltre la disponibilità degli accompagnatori non è stata sempre garantita.

### Con riguardo alle risposte del questionario

1° - l'idea di redigere il questionario non era in programma ed è nata quasi a fine corso; quindi non è stato distribuito a chi non era presente agli ultimi incontri.

2° - il questionario è stato restituito solo da chi era presente all'ultimo incontro (10 partecipanti e l'undicesimo è stato consegnato dopo la fine del ciclo)

3° - degli 11 partecipanti che hanno risposto al questionario

1 si è inserito al 5° incontro

1 si è inserito al 6° incontro

### Considerazione generale finale.

il numero di risposte e il numero di presenze non sono quindi da considerarsi indicativi di scarsa affezione o interesse tant'è che:

- al corso iniziato nell'ottobre 2017 partecipano 20 persone di cui 17 che hanno già partecipato alla prima edizione anche se in precedenza con scarsa frequenza,

- non tutti i partecipanti alla nuova edizione hanno in precedenza risposto al questionario.

## **6. Progetto pilota ricerca clinica anno 2017/18**

### **6.1 Pazienti**

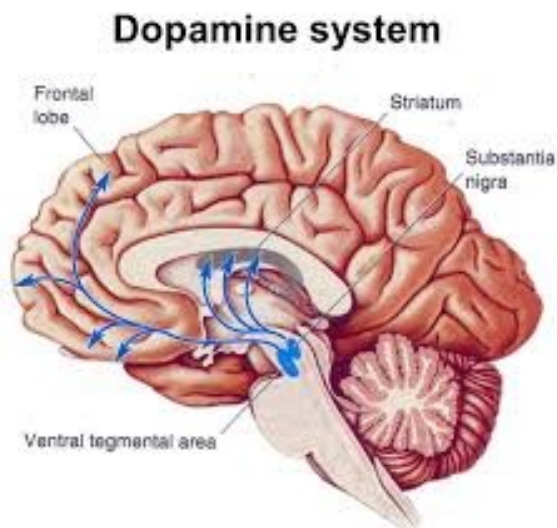
A richiesta dei partecipanti alla prima edizione e della Dirigenza dell'AP Parkinson Lombardia, nell'ottobre del 2017 è iniziata una seconda edizione del corso che al momento sta coinvolgendo più di 20 persone.

### **6.2 Metodi**

Considerato il favore con cui sono stati accolti dai partecipanti gli esercizi mentali, il nuovo corso ha un'impronta più "specialistica" sia per la teoria che per la difficoltà di pratica; quest'ultima non tanto per l'esecuzione di esercizi più complessi, quanto per la maggior durata delle esecuzioni e per il maggior lavoro di attenzione mentale richiesto nelle esecuzioni stesse.

Il corso, inoltre, a titolo sperimentale, avrà anche un'impostazione più "meditativa" per provare a stimolare maggiormente la concentrazione, e quindi l'afflusso di qi (secondo il principio che dove va la mente va il qi), nella ghiandola pineale, nella regione del cervello che produce la dopamina (substantia nigra) e nel cervelletto mediante le pratiche del body scan e della respirazione ad angolo retto.





### 6.3 Strumenti di valutazione

Al fine di meglio verificare l'efficacia della pratica del ZNQG come trattamento di supporto nella malattia e di migliorarne l'insegnamento, pur senza pretese di valenza scientifica che richiederebbero una più precisa metodologia, è stato chiesto ai partecipanti di compilare una serie di questionari di autovalutazione in linea con gli standard internazionali per meglio valutare lo stato della malattia e l'impatto sulla qualità della vita. Il questionario elaborato e proposto andrà compilato con le informazioni relative all'inizio del corso e le stesse informazioni alla fine del corso. Questo al fine di cogliere eventuali differenze in termini di gravità di malattia, modificazioni della qualità della vita e di terapia farmacologica nel corso della "sperimentazione"

Il fascicoletto si compone di una copertina indicante alcune informazioni generali sull'intento del corso, spiegazioni in merito alla compilazione dei questionari e un consenso informato; saranno allegati i seguenti questionari:

- 1) well-being= sintomi non motori (allegato 1)
- 2) 1 PDQ 39= qualità della vita (allegato 2)
- 3) barthel= scala di indipendenza motoria (allegato 3)
- 4) fatigue= scala della fatica fisica (allegato 4)
- 5) schema di terapia farmacologica (allegato 5)

### INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE

**SESS**                      **Età**                                      **Anni di malattia (dalla diagnosi)**

**O**

M		fino a 50 anni		meno di un anno
		da 50 a 60 anni		da 1 a 3 anni
F		da 60 a 70 anni		da 3 a 5 anni
		da 70 a 75 anni		da 5 a 10 anni
		da 75 a 80 anni		da 10 a 15 anni
		da 80 a 85 anni		da 15 a 20 anni
		da 85 a 90 anni		da 20 a 25 anni
		oltre 90 anni		oltre 25 anni

# Allegato 1

## Parkinson's Well-Being Map™ un aiuto alla comunicazione durante la visita medica

DATA: (GG/MM/AA)

Disegni un cerchio attorno al numero che corrisponde al tuo stato 0 mai 1 raramente 2 talvolta 3 spesso 4 sempre

**Disturbi del ritmo sonno-veglia**

Ho problemi ad addormentarmi o mi sveglio spesso.

Prima di addormentarmi sento un bisogno di muovermi che mi obbliga a muovere le gambe.

Durante il sonno compio le azioni che vedo in sogno (con insulti/atti violenti).

Soffro di stanchezza mattutina.

Soffro di sonnolenza durante il giorno.

Mi addormento spesso in momenti inopportuni.

Altro: \_\_\_\_\_

**Attenzione / memoria**

Non riesco a concentrarmi.

Parlo molto lentamente.

Ho difficoltà a fare diverse cose contemporaneamente (multi-tasking).

Ho difficoltà a ricordarmi nomi, numeri ed eventi.

Altro: \_\_\_\_\_

**Deglutizione, digestione e intestino**

Ho difficoltà a deglutire.

Soffro d'ipersalivazione.

Talvolta devo rimettere o provo nausea.

Sono costipato.

Ho diarrea.

Ho dolori addominali.

Altro: \_\_\_\_\_

**Umore**

Perdo l'interesse verso determinate cose.

Non mi godo più cose che una volta mi davano piacere.

Sono infelice.

Soffro d'ansia, paura o panico.

Soffro di depressione.

Altro: \_\_\_\_\_

**Movimento**

Soffro di rigidità mattutina.

Soffro di rigidità durante il giorno e/o di notte.

Mi capita di bloccarmi all'improvviso in modo imprevisto (freezing).

Soffro di tremore.

Mi muovo molto lentamente.

Mi muovo male/non riesco a muovermi.

Ho movimenti involontari (discinesie).

Ho problemi d'equilibrio/tendo a cadere.

La mia postura si è modificata.

Ho difficoltà a parlare.

Scrivo molto piccolo (micrografia).

Altro: \_\_\_\_\_

**Altri sintomi non motori**

Provo stordimento o capogiri quando mi alzo dalla posizione sdraiata.

Cado a causa di svenimenti/blackout.

Il mio senso del gusto/orfatto si è modificato.

Ho subito variazioni di peso (non a causa di una dieta).

Sudò in modo eccessivo.

Vedo, sento o percepisco la presenza di cose/animali/ persone che non ci sono (allucinazioni)

Altro: \_\_\_\_\_

**Vescica e funzione sessuale**

Provo una forte urgenza di urinare.

Mi alzo di notte per andare alla toilette.

Il mio desiderio sessuale si è modificato.

Ho problemi con il sesso.

Altro: \_\_\_\_\_

**Dolori**

Il mattino presto soffro di crampi dolorosi (distoria) alle dita dei piedi e delle mani, alle caviglie e/o ai polsi, che mi costringono a svegliarmi.

Di giorno i miei arti sono rigidi e dolenti.

Di notte i miei arti sono rigidi e dolenti.

Soffro di dolori improvvisi che si irradiano agli arti.

Ho dolori/parestesie accompagnati da movimenti involontari (discinesie)

Ho forti mal di testa.

Altro: \_\_\_\_\_

È possibile scaricare altri esemplari dal sito [www.parkinson.ch](http://www.parkinson.ch)



## Allegato 2

HEALTH SERVICES RESEARCH UNIT  
 DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE  
 UNIVERSITY OF OXFORD  
 Italian  
 PDQ-39  
 Parkinson's Disease  
 Quality of Life Questionnaire  
 And  
 scoring system  
 Version 1.1  
 dicembre  
 -97

<p>A CAUSA DEL MORBO DI PARKINSON, con quale frequenza Lei ha sperimentato le seguenti situazioni nel mese scorso? <i>Si prega di segnare <u>un solo</u> spazio per domanda</i></p>	MAI	OCCASIONALMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE (o non riesce affatto)
<p>1 Ha avuto difficoltà nello svolgere attività del tempo libero come vorrebbe?</p>					
<p>2 Ha avuto difficoltà nello svolgere attività domestiche, p.e. bricolage, cucinare?</p>					
<p>3 Ha avuto difficoltà nel portare le buste della spesa?</p>					

4	Ha avuto problemi nel camminare per circa un chilometro?				
5	Ha avuto problemi nel camminare per circa 100 metri?				
6	Ha avuto problemi nel muoversi per casa senza difficoltà come vorrebbe?				
7	Ha avuto difficoltà nel muoversi in luoghi pubblici?				
8	Ha avuto bisogno di qualcuno quando usciva di casa?				
9	Ha avuto paura o è preoccupato/a di cadere quando si trova in pubblico?				
10	E stato/a costretto/a a restare in casa più di quanto desiderato?				
11	Ha avuto difficoltà nel lavarsi?				
12	Ha avuto difficoltà nel vestirsi?				
13	Ha avuto problemi nell'abbottonare i vestiti o allacciarsi le scarpe?				

14	Ha avuto problemi nello scrivere in modo chiaro?					
15	Ha avuto difficoltà nel tagliare il cibo?					
<i>Prima di passare alla pagina seguente controllare di aver segnato <u>un sol spazio per ciascuna domanda.</u></i>						
A CAUSA DEL MORBO DI PARKINSON, con quale frequenza Lei ha sperimentato le seguenti situazioni nel mese scorso? <i>Si prega di segnare <u>un solo spazio per domanda</u></i>		<b>MAI</b>	<b>OCCASIONALMENTE</b>	<b>QUALCHE VOLTA</b>	<b>SPESSO</b>	<b>SEMPRE (o non riesce affatto)</b>
16	Ha avuto difficoltà nel tenere il bicchiere senza versarne il contenuto?					
17	Si è sentito depresso/depressa?					
18	Si è sentito/a isolato/a abbandonato/a?					
19	Ha avuto voglia di piangere o è stato/a sul punto di farlo?					
20	Si è sentito/a pieno/a di rabbia o risentimento?					
21	Si è sentito/a ansioso/ansiosa?					
22	Si è sentito/a preoccupato/a per il proprio futuro?					

23	Ha voluto di cercare di nascondere agli altri la propria malattia?				
24	Ha cercato di evitare occasioni che richiedevano di mangiare o bere in pubblico?				
25	Ha provato imbarazzo in pubblico a causa del morbo di Parkinson?				
26	Si è sentito/a preoccupato/a a causa della reazione degli altri nei suoi confronti?				
27	Ha avuto problemi nelle relazioni personali con le persone che le sono vicine (amici intimi, parenti stretti)?				
28	Ha avuto il sostegno adatto dal coniuge o compagno/a? - se non ha coniuge o compagno/a la preghiamo di tirare una riga su questa domanda				
29	Ha avuto il sostegno adatto dai familiari o amici intimi?				
30	Si è addormentato/a improvvisamente durante il giorno?				
31	Ha avuto problemi di concentrazione, per esempio leggendo o guardando la TV?				
32	Ha avuto l'impressione di avere problemi di memoria?				

<p><i>Prima di passare alla pagina seguente controllare di aver segnato <u>un sol spazio per ciascuna domanda.</u></i></p>					
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>A CAUSA DEL MORBO DI PARKINSON, con quale frequenza Lei ha sperimentato le seguenti situazioni nel mese scorso? <i>Si prega di segnare <u>un solo</u> spazio per domanda</i></p>	<b>MAI</b>	<b>OCCASIONALMENTE</b>	<b>QUALCHE VOLTA</b>	<b>SPESSO</b>	<b>SEMPRE (o non riesce affatto)</b>
33 Ha fatto sogni angosciosi o avuto allucinazioni?					
34 Ha avuto difficoltà nel parlare ed esprimersi?					
35 Si è sentito/a incapace di comunicare correttamente con gli altri?					
36 Si è sentito/a ignorato/a dagli altri?					
37 Ha avuto crampi o spasmi muscolari dolorosi?					
38 Ha avuto dolori alle articolazioni o ad altre parti del corpo?					
39 Ha provato una spiacevole sensazione di caldo o di freddo?					

Allegato 3

**BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Punteggio inizio incontri</b>	<b>Punteggio fine incontri</b>
<p><b>Alimentazione</b></p> <p>0= incapace</p> <p>5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo</p> <p>10= indipendente</p>		
<p><b>Fare il bagno</b></p> <p>0= dipendente</p> <p>5= indipendente</p>		
<p><b>Igiene personale</b></p> <p>0= necessita di aiuto</p> <p>5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)</p>		
<p><b>Vestirsi</b></p> <p>0= dipendente</p> <p>5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole</p> <p>10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni</p>		
<p><b>Controllo del retto</b></p> <p>0= incontinente</p> <p>5= occasionali incidenti o necessità di aiuto</p> <p>10= continente</p>		

<p><b>Controllo della vescica</b></p> <p>0= incontinente</p> <p>5= occasionali incidenti o necessità di aiuto</p> <p>10= continente</p>		
<p><b>Trasferimenti nel bagno</b></p> <p>0= dipendente</p> <p>5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica</p> <p>10= indipendente con l'uso del bagno o della padella</p>		
<p><b>Trasferimenti sedia/letto</b></p> <p>0= incapace, no equilibrio da seduto</p> <p>5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi</p> <p>10= minima assistenza e supervisione</p> <p>15= indipendente</p>		
<p><b>Deambulazione</b></p> <p>0= immobile</p> <p>5= indipendente con la carrozzina per &gt; 45 m</p> <p>10= necessita di aiuto di una persona per &gt; 45 m</p> <p>15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello</p>		
<p><b>Salire le scale</b></p> <p>0= incapace</p> <p>5= necessita di aiuto o supervisione</p> <p>10= indipendente, può usare ausili</p>		
<p><b>TOTALE (0 – 100)</b></p>		

## Allegato 4

### **FATIGUE SEVERITY SCALE (FSS)**

*Per ogni frase, scegliere un numero da 1 a 7 in base al grado di accordo con ognuna delle informazioni: 1 indica forte disaccordo e 7 forte accordo.*

**a) La mia motivazione è più bassa quando sono affaticato:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**b) Ogni attività mi comporta fatica:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**c) Sono facilmente affaticato:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**d) L'affaticamento interferisce con le mie attività fisiche:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**e) Essere affaticato mi causa spesso dei problemi:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**f) Il mio affaticamento impedisce attività fisiche impegnative:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**g) Il mio affaticamento interferisce con l'esecuzione di determinati compiti e impegni:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**h) L'affaticamento è uno dei tre sintomi più invalidanti per me:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

**i) L'affaticamento interferisce con il mio lavoro, la mia famiglia o la mia vita sociale:**

(1)            (2)            (3)            (4)            (5)            (6)            (7)

Punteggio (NON COMPILARE):



## Allegato 5

### TERAPIA IN CORSO ALL'INIZIO DEGLI INCONTRI

FARMACO	ORARIO DI ASSUNZIONE - AGGIUNGERE ALL'ORA I MINUTI SE LA TERAPIA HA TEMPI INTERMEDI - NEL RIQUADRO INDICARE IL DOSAGGIO FARMACOLOGICO																
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

### VARIZIONE TERAPIA DURANTE IL PERIODO DEGLI INCONTRI

FARMACO	ORARIO DI ASSUNZIONE - AGGIUNGERE ALL'ORA I MINUTI SE LA TERAPIA HA TEMPI INTERMEDI - NEL RIQUADRO INDICARE IL DOSAGGIO FARMACOLOGICO																
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

## TERAPIA ALLA FINE DEL PERIODO DEGLI INCONTRI

FARMACO	ORARIO DI ASSUNZIONE - AGGIUNGERE ALL'ORA I MINUTI SE LA TERAPIA HA TEMPI INTERMEDI - NEL RIQUADRO INDICARE IL DOSAGGIO FARMACOLOGICO																
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

### 7. Considerazioni finali

Il Parkinson è una malattia neurologica fortemente invalidante sia sul piano fisico che mentale in riferimento alla capacità di attenzione, concentrazione, memorizzazione e sensibilità. Esistono grandi difficoltà a far capire i movimenti da eseguire e in alcuni casi è pertanto necessario intervenire personalmente sui partecipanti, uno ad uno, accompagnandoli fisicamente nel movimento di cui faticano a capire la dinamica a causa della perdita degli schemi motori.

I gruppi di pratica dovrebbero essere organizzati per livelli di gravità della malattia, oltre che per ragioni legate alla capacità/possibilità di esecuzione degli esercizi, in considerazione del fatto che tutti i malati di Parkinson si stancano velocemente, velocemente perdono l'attenzione e nel corso della pratica l'attendere i più bisognosi di spiegazione e di supporto li distrae facilmente.

Dalle condivisioni al termine della prima esperienza è emerso che risultano molto graditi, anche se ritenuti difficili, gli esercizi di ripetizione solo mentale dei movimenti e quelli di body scan; risultano anche estremamente piacevoli i picchiettamenti, i movimenti di apertura/chiusura di Laqi e tui-ro e, molto rilassante, il movimento del “bruco”. E’ invece risultato molto difficile il movimento n° 4 (il tronco) a causa del movimento di torsione destra/sinistra e scambio dei gomiti.

Ringraziamo tutti i pazienti che hanno partecipato e che stanno partecipando agli incontri, perché ci danno la possibilità di approfondire la nostra competenza nell’insegnamento del Qigong con finalità “terapeutiche” e con i loro suggerimenti di migliorare e ottimizzare le scelte degli esercizi e le modalità di conduzione del gruppo.

Un particolare ringraziamento va alla dirigenza di APM Parkinson Lombardia per aver creduto nella nostra proposta e per averci sempre sostenuto in questo percorso.