

AGGIORNAMENTO DAI CORSI

Corso Allievi 2004 Esecutore

I volontari che fanno parte del corso allievi 2003-2004 stanno affrontando in queste settimane gli scenari ed i ripassi delle prove pratiche. Le prossime mete sono la verifica finale Croce Bianca del 23 novembre e la certificazione 118. La verifica finale consiste in una prova teorico-pratica con la quale si pone definitivamente fine al corso. Se gli allievi supereranno la prova, avendo effettuato già sei mesi di affiancamento, diventeranno terzi. Ovviamente il Comando ed il Gruppo Corsi potranno valutare eventuale estensione del periodo di affiancamento per casi particolari. La certificazione regionale invece avverrà ad inizio 2005 e consisterà nella tipica prova per il conseguimento della qualifica di Esecutore Certificato.

Corso Esecutore Allievi 2005

E' iniziato lo scorso 11 ottobre il nuovo corso per la formazione di volontari. Il corso sarà strutturato come quello dell'edizione 2003-2004, cioè suddiviso in moduli di lezioni teoriche/pratiche ed affiancamento. Quindi preso avremo in equipaggio nuovi allievi..



A causa di malintesi tra Centrale Operativa e Croce Bianca (Formazione Provinciale di Milano), sono saltati i posti a disposizione della nostra associazione, pertanto anche il dipendente ed i volontari della nostra sezione non hanno potuto partecipare alle sessioni di certificazione DAE dello scorso 29 e 31 ottobre. Non appena il comando provinciale di Milano della Croce Bianca ci fornirà nuove date provvederemo ad avvisare per tempo le persone che dovevano partecipare alla certificazione. Scusate per l'inconveniente.

ACB Cos'è?? Un po' di storia

ACB è il gruppo Amici Croce Bianca nato anni fa per offrire ai cittadini di Cernusco il trasporto gratuito tramite ambulanza, dal proprio domicilio all'Ospedale Uboldo e viceversa. In epoche in cui il 118 non esisteva ancora, anche i servizi urgenti d'emergenza erano a pagamento. Allo stesso tempo Amici Croce Bianca era anche una forma di sostentamento della nostra associazione.

Le iscrizioni ed i rinnovi di Amici Croce Bianca si sono sempre effettuati a cavallo tra i mesi di dicembre e gennaio presso la nostra sede ma, soprattutto, tramite la presenza dei volontari nelle piazze di Cernusco ed in special modo nei piazzali delle chiese la domenica mattina. Ora, in seguito ad un po' di "pigrizia", ACB è andata avanti in questi ultimi anni grazie alla disponibilità di pochi volontari che, ovviamente, non hanno potuto garantire la presenza e la visibilità per tutte le domeniche programmate. ACB è un momento importante per vari motivi tra i quali la visibilità e il fatto di raccogliere sostentamento per le nostre attività. In sede tra l'altro potete vedere il manifesto di quest'anno e gli scopi prefissi. Nei tempi d'oro di ACB siamo arrivati a raccogliere anche quaranta milioni di lire: sono cifre da buttare via??

Ricordiamo a tutti, infatti, che Regione Lombardia, ASL (Azienda Sanitaria Locale) e AOL (Azienda Ospedaliera Locale) non sono certo campioni di puntualità e celerità nell'effettuare i pagamenti, però benzinai, gommisti, meccanici, carrozzieri, fornitori di materiale sanitario, non aspettano che gli enti pubblici paghino la Croce Bianca... Poche ore per qualche domenica mattina, tra tutti, non sono eccessivamente pesanti. E comunque vicino ad ogni chiesa o nelle piazze principali ci sono dei bar per l'italianissima pausa caffè.

Morbo di Parkinson

La **malattia di Parkinson** è caratterizzata da alcuni sintomi principali.

Ai tre sintomi classici tremore, rigidità e lentezza dei movimenti (bradicinesia), si associano altri sintomi primari: disturbi di equilibrio, atteggiamento curvo, impaccio all'andatura, e vari sintomi secondari.

Sintomi iniziali

Possano variare da soggetto a soggetto ma, di solito, i pazienti avvertono una sensazione di debolezza con una maggiore affaticabilità, senza perdita di forza

muscolare. Il paziente può quindi notare una maggior difficoltà a cominciare e a portare a termine i movimenti alla stessa velocità di prima.

I **sintomi iniziali** solitamente interessano un solo lato del corpo, allora si parlerà di emiparkinson. Nella vera malattia di Parkinson i sintomi rimarranno asimmetrici per tutta la vita.

Il **tremore** è spesso fra i primi sintomi della malattia; di solito è visibile alle mani, per lo più esordisce da un solo lato e può interessare l'una o l'altra mano. Il tremore tipico si definisce di riposo, si manifesta, ad esempio, quando la mano è abbandonata in grembo oppure è lasciata pendere lungo il corpo. Un altro sintomo di esordio può essere un impaccio motorio ad un arto inferiore con un lieve trascinarsi di una gamba. Possono poi manifestarsi anche alterazioni della grafia che diventa piccola, della voce, flebile e monotona; dell'espressione del volto: la cosiddetta "facies fìgee". Talvolta, specie la notte, il soggetto può perdere durante il sonno un poco di saliva per una riduzione del movimento automatico di deglutizione. Una lieve ansia o una franca depressione sono frequenti all'esordio della malattia.

Quando i sintomi cominciano a disturbare il lavoro o le attività quotidiane, è utile iniziare una **terapia antiparkinsoniana** che deve essere sempre concordata fra il medico e il paziente dopo aver valutato attentamente possibili vantaggi e svantaggi. I sintomi iniziali della malattia di Parkinson, in particolare il tremore, possono essere evidenziati o temporaneamente aggravati da eventi stressanti.

Dopo qualche tempo dall'esordio, nella malattia tipica si può manifestare anche una modesta alterazione della postura; il paziente cioè tende ad incurvarsi e spesso si sente dire dai familiari di stare dritto. I disturbi dell'equilibrio non compaiono precocemente e talvolta nei casi più benigni non compaiono mai. Quando si presentano presto nel corso della malattia, in special modo in assenza di tremore, è bene considerare forme diverse di parkinsonismo.

Sintomi primari

Tremore a riposo: è il sintomo più conosciuto e maggiormente rappresentativo della malattia. Questo tremore è raro in condizioni diverse dalla malattia di Parkinson: viene descritto come un'**oscillazione lenta** (cinque sei volte al secondo) con un atteggiamento, alle mani, come di chi conta cartamoneta. Di solito è presente in una mano e solo mesi o anni dopo interessa anche l'altro lato; in qualche caso anche i piedi possono tremare, quasi sempre in modo più evidente dal lato in cui è iniziata la malattia. Possono essere interessati anche labbra e mandibola e assai più raramente il collo e la testa.

Il **tremore** tipico della malattia di Parkinson è quello **a riposo** che si riduce o scompare appena si esegue un movimento finalizzato per esempio sollevare il bicchiere per bere. Tuttavia, qualche paziente può presentare sia il tremore a riposo (tipico della malattia) sia quello **di azione**.

Il tremore a riposo, specialmente se d'intensità moderata, raramente interferisce con le attività quotidiane, mentre il tremore d'azione può essere più disturbante in quanto può limitare alcune funzioni, ad esempio l'esecuzione di movimenti fini. Viene controllato meno bene degli altri sintomi dalla terapia in quanto risente molto dello stato emotivo del soggetto per cui aumenta in condizioni di emozione, mentre si riduce in condizioni di tranquillità. Un altro tipo di tremore a cui si riferiscono spesso i malati di Parkinson è il "**tremore interno**"; questa sensazione è avvertita dal paziente ma non è visibile all'esterno; fa parte di una serie di sintomi fastidiosi, non pericolosi che risentono in modo incostante della terapia.

Rigidità: è un termine che sta ad indicare un **aumento del tono muscolare** a riposo o durante il movimento. Può essere presente agli arti, al collo e al tronco. La riduzione dell'oscillazione pendolare degli arti superiori durante il cammino è un segno di rigidità associata a lentezza dei movimenti.

La rigidità della malattia di Parkinson viene spesso confusa con la riduzione dell'escursione articolare che si verifica nell'artrosi; ma mentre la limitazione di tipo artrosico risponde bene ad una terapia antiinfiammatoria, la rigidità dovuta al Parkinson migliora solo con una terapia dopaminergica.

Lentezza di movimenti (bradicinesia): si evidenzia facendo compiere al soggetto dei movimenti di fine manualità che risultano più impacciati, meno ampi e più rapidamente esauribili per cui, con la ripetizione, diventano quasi impercettibili. Segno di bradicinesia sono anche le difficoltà nei passaggi posturali, quali ad esempio scendere dall'automobile o girarsi nel letto o anche nel vestirsi come indossare la giacca o il cappotto. Conseguenza di bradicinesia è anche la ridotta espressività del volto dovuta a una riduzione della mimica spontanea che normalmente accompagna le variazioni di stato d'animo e anche una modificazione della grafia che diventa più piccola man mano che si procede nella scrittura (micrografia)

Andatura: può essere interessata, seppur in modo lieve, fin dai primi anni di malattia. Dapprima si nota una riduzione del movimento di accompagnamento delle braccia, più accentuato da un lato, solo molto tempo dopo i passi possono farsi più brevi, talvolta si presenta quella che viene chiamata "**festinazione**", cioè il paziente piega il busto in avanti e tende ad accelerare il passo come se inseguisse il proprio baricentro. Negli stadi avanzati della malattia (talvolta come effetto collaterale del trattamento con levodopa) possono verificarsi episodi di blocco motorio improvviso ("freezing", come un congelamento delle gambe) in cui i piedi del paziente sembrano incollati al pavimento. Il fenomeno di solito si verifica nelle strettoie ma può accadere, assai più raramente, anche negli spazi aperti. Questa difficoltà può essere superata adottando **alcuni accorgimenti** quali alzare le ginocchia come per marciare, oppure considerando le linee del pavimento come ostacoli da superare o anche con un ritmo verbale come quello che si utilizza durante la marcia militare.

Disturbi dell'equilibrio e alterazione della postura: si presentano più tardivamente nel corso della malattia e talvolta non si presentano affatto; sono indubbiamente **i sintomi meno favorevoli**. Il disturbo di equilibrio è essenzialmente dovuto ad una **riduzione dei riflessi di raddrizzamento** per cui il soggetto non è più in grado di correggere spontaneamente eventuali squilibri, si ricerca verificando la capacità di correggere una spinta all'indietro. L'incapacità a mantenere una postura eretta e a correggere le variazioni di equilibrio può provocare cadute. Può capitare che dopo 15 e più anni di malattia, il paziente tenda a cadere in varie direzioni. Più frequentemente, il paziente può tendere a cadere in avanti. Il sintomo risponde solo limitatamente alla terapia dopaminergica.

L'alterazione della postura determina un **atteggiamento curvo:** il malato si pone come 'ripiegato' su se stesso per cui il tronco è flesso in avanti, le braccia mantenute vicino al tronco e piegate, le ginocchia pure mantenute piegate. Questo atteggiamento, dovuto al

sommarsi di bradicinesia e rigidità, è ben correggibile coi farmaci. Con l'avanzare della malattia si instaura una curvatura del collo e della schiena, che può diventare definitiva, per cui il mento viene mantenuto per lo più sul petto.

Sintomi secondari

Linguaggio: i disturbi del linguaggio sono abbastanza frequenti nella malattia. All'inizio la voce può semplicemente essere più flebile. Può anche esserci una perdita di tonalità e di modulazione così che il paziente **parla in modo piuttosto monotono**. Altra caratteristica del linguaggio nel parkinsoniano è la tendenza ad **accelerare l'emissione dei suoni** e a "mangiarsi" le parole. In alcuni casi una sorta di balbuzie, simile al fenomeno del freezing, può rendere difficile la comprensione. La costante esecuzione degli esercizi per la riabilitazione del linguaggio può sortire effetti molto buoni.

Eccessiva presenza di saliva in bocca: i problemi legati alla deglutizione possono manifestarsi tardivamente nel decorso della malattia. La deglutizione è un movimento automatico piuttosto complesso, i muscoli della gola e della lingua devono muoversi in modo coordinato per spingere il cibo dalla bocca all'esofago e quando questa coordinazione è compromessa il paziente può avere **la sensazione che il cibo si fermi in gola**. Questa difficoltà può manifestarsi sia coi liquidi che con i solidi.

Scialorrea: è correlata al problema precedente perché anche la saliva può fermarsi in bocca essendo ridotto il movimento automatico di deglutizione. In questo modo la saliva si accumula; di conseguenza la scialorrea è legata a una **ridotta deglutizione** e non a un aumento della produzione di saliva.

Seborrea: è un disturbo comune a molte persone e può essere accentuato nella malattia. La **pele** si presenta **untuosa e talvolta arrossata**, particolarmente sulla fronte e sul cuoio capelluto. Il fenomeno può essere accompagnato da prurito.

Gonfiore di piedi e caviglie (edemi declivi): è un altro problema che si riscontra comunemente nella popolazione generale e che è frequente nella malattia di Parkinson (spesso come effetto collaterale dei farmaci). E' probabilmente la conseguenza di un **accumulo di liquidi nelle parti basse del corpo** causato da una ridotta mobilità della muscolatura delle gambe.

Perdita di peso: una perdita di peso, anche considerevole, può essere presente nella malattia di Parkinson. In assenza di altre cause, che peraltro vanno sempre ricercate, può facilmente essere spiegata se si considerano nell'ordine la difficoltà alla deglutizione, una maggiore lentezza a consumare il pasto, una tendenza alla stipsi o un eccesso di movimento causato prevalentemente da discinesie.

Stipsi ed altri problemi gastrointestinali: la stitichezza è un problema molto comune e comunque bisogna considerare che andare di corpo tutti i giorni non è strettamente necessario. **Nella malattia di Parkinson la funzionalità intestinale può essere rallentata** e i farmaci utilizzati per il trattamento della malattia possono aggravare questo problema. Si possono manifestare gonfiore e distensione addominale che qualche volta sono anche fastidiosi. Nausea e vomito sono generalmente effetti collaterali del trattamento farmacologico specialmente nelle fasi iniziali.

Disturbi urinari: c'è spesso un **aumento della frequenza minzionale** (necessità di urinare spesso) sia perché la vescica non si svuota completamente ogni volta, sia perché viene avvertito lo stimolo ad urinare anche quando la vescica non è ancora piena. Possono anche verificarsi difficoltà quali ritardo nell'iniziare la minzione, lentezza nello svuotare la vescica o anche esagerato riempimento della vescica che può portare a una emissione involontaria di urine (più frequente nei parkinsonismi). E' necessario ricordare che anche altre condizioni possono determinare o aggravare questi disturbi quali ad es. infezioni delle vie urinarie, alterazioni prostatiche negli uomini e un abbassamento della vescica insieme con l'utero nelle donne.

Disfunzioni sessuali: il desiderio sessuale (libido) può ridursi nella malattia di Parkinson; in alcuni casi ciò è dovuto a complessi meccanismi psicologici, in altri a un meccanismo neurochimico diretto della malattia. **Il trattamento farmacologico** di fondo della malattia **di solito migliora la libido** e anzi, a volte, la esagera, il che può egualmente essere fastidioso. Problemi fisici, in particolare negli uomini, quali difficoltà a raggiungere l'erezione o impossibilità a mantenerla (impotenza), possono talvolta far parte del quadro clinico della malattia oppure essere sostenuti da altre cause.

Vertigine e senso di sordimento: vertigine è un termine molto vago per il medico. Può indicare una sensazione di sbandamento, di testa vuota (è questa probabilmente la descrizione più comune) oppure una reale alterazione di equilibrio. **Quando si presenta bisogna trovarne la causa** in quanto non necessariamente le vertigini sono correlate al Parkinson. Qualche volta tuttavia può trattarsi di ipotensione ortostatica, una brusca riduzione della pressione arteriosa che avviene durante i cambi di posizione (dalla posizione sdraiata a quella seduta o in piedi). Quest'ultima può essere una complicanza del trattamento farmacologico della malattia di Parkinson (in particolare per assunzione dei dopaminoagonisti), oppure può essere dovuta ad una disidratazione del paziente o anche far parte del corredo dei sintomi di alcuni parkinsonismi.

Dolori e distonie: possono far parte della malattia di Parkinson.

A volte i pazienti lamentano **formicolii agli arti** o sensazione di arto "addormentato" e ciò può essere legato ad altre ragioni (ad es. una compressione di tronchi nervosi causata da alterazioni artrosiche). Talvolta nel decorso della malattia possono presentarsi **crampi e contratture muscolari**, in modo particolare ai piedi e alle gambe, questi disturbi vengono definiti "**crampi distonici**". La distonia coinvolge generalmente le gambe e i piedi. Raramente la distonia può interessare i muscoli della parete toracica e gli altri muscoli coinvolti nella respirazione e quindi può risultare una sensazione di respirazione difficoltosa. Ciò può spaventare molto il paziente, ma è necessario ricordare che non è una condizione pericolosa di per sé (ovviamente dopo aver escluso altre patologie di pertinenza cardiocircolatoria o polmonare).

Sudorazione: come le alterazioni delle funzioni intestinali, vescicali, sessuali e quelle della pressione arteriosa, anche l'eccesso di sudorazione è da imputare a quella parte del sistema nervoso, detto sistema nervoso autonomo, che controlla queste funzioni automatiche. L'alterazione di questa parte del sistema nervoso viene definita **disautonomia**. Quando la disautonomia è importante nel quadro clinico della malattia, può trattarsi di un parkinsonismo definito come MSA (Atrofia Multisistemica) e più in dettaglio come sindrome di Shy-Drager, che verrà discussa in un capitolo successivo. Un certo grado di disautonomia è comunque presente comunemente anche nella malattia di Parkinson e le anomalie della sudorazione e in particolare un eccesso di sudorazione sono abbastanza frequenti. La parte superiore del corpo è generalmente la più coinvolta e spesso l'eccesso di sudorazione si presenta quando l'effetto del farmaco si sta esaurendo.

Umore e comportamento

Depressione e ansia: depressione e ansia si riscontrano in circa metà dei pazienti. Qualche volta possono presentarsi come sintomi di esordio della malattia e in un numero molto ristretto di casi questa può iniziare con un franco attacco di panico.

Un umore depresso può condurre alla **perdita di interessi** e il paziente sta tendenzialmente **tutto il giorno senza far nulla**. Questo disturbo dell'umore può in parte essere legato a una reazione negativa conseguente alla diagnosi di malattia, ma più spesso è il risultato della riduzione di alcune sostanze neurochimiche correlate alla dopamina (noradrenalina e serotonina) che sono coinvolte nella regolazione dell'umore. **Nei casi più comuni ansia e depressione sono lievi**, talvolta migliorano con la terapia antiparkinsoniana, ma spesso richiedono un intervento terapeutico più mirato (vedi Terapia).

Disturbi del sonno: tutti noi solitamente abbiamo un ciclo normale di sonno-veglia, nella malattia di Parkinson questo ciclo è alterato e spesso i pazienti si **addormentano facilmente**, ma **si svegliano spesso** durante la notte. Più problematico si presenta un paziente che tende ad addormentarsi durante il giorno e non riesce a prendere sonno di notte invertendo così il normale ritmo sonno-veglia. Alcuni pazienti sperimentano sogni particolarmente realistici (di solito indotti da un eccesso di terapia antiparkinson) e durante il sonno parlano e gesticolano. Raramente i pazienti sono disturbati da questi sogni, lo sono però i loro coniugi. Durante il sonno possono anche verificarsi movimenti a scatto degli arti (mioclono notturno) spesso di nessun significato patologico. A coloro che si svegliano spesso durante la notte è consigliabile **cercare di riprendere sonno piuttosto che alzarsi e girovagare per la casa**.

Demenza, perdita di memoria e confusione: problemi di memoria e altri aspetti della funzione cognitiva (attenzione e concentrazione) si verificano nel **40-50% dei pazienti** con Parkinson, soprattutto nello stadio avanzato della malattia e in quelli anziani.

Questi problemi sono di solito lievi e non raggiungono la gravità della malattia di Alzheimer. Quando si riscontrano precocemente nel decorso della malattia, si deve pensare ad una forma che colpisce una più vasta area cerebrale, rispetto al Parkinson, con una degenerazione che porta alla formazione di corpi di Lewy); questa condizione viene chiamata Malattia a corpi di Lewy diffusi.

Allucinazioni e psicosi: un eccesso di terapia antiparkinson può indurre disturbi della percezione, con allucinazioni (vedere persone o cose che non ci sono). Le allucinazioni sono solitamente visive, raramente uditive. Possono anche comparire deliri (idee fisse erronee). Questi sintomi costituiscono quella che i medici chiamano **psicosi da farmaci**, anche se qualche volta, soprattutto nella malattia a corpi di Lewy diffusi, compaiono in assenza di terapia o con una terapia molto limitata. Le psicosi, soprattutto se gravi, possono fare sospettare un inizio di demenza.

La diagnosi si basa sui seguenti cardini:

- **i sintomi**, almeno due dei sintomi descritti nell'omonima sezione di questo sito, di cui uno deve essere o tremore o lentezza dei movimenti, riscontrabili tramite una corretta visita neurologica.
- **una favorevole risposta alla terapia**,
- **i test farmacologici** utilizzando apomorfina (stimolante del recettore dopaminergico) oppure levodopa, che forniscono informazioni sulla funzionalità del recettore dopaminergico.
- **esami strumentali** quali TAC o Risonanza magnetica nucleare encefalica, meglio se con magnete da 1,5 tesla, che possono dare informazioni anatomiche molto dettagliate sulle strutture cerebrali coinvolte
- **esami di tipo funzionale** sono gli studi PET o Spect con vari traccianti per valutare la funzionalità recettoriale o l'attività dei nuclei tramite studi sul flusso ematico.

Rimessa Notturna

Come avrete sicuramente visto, in queste ultime settimane ci sono state delle novità per quanto riguarda la rimessa notturna.

Il box singolo è stato occupato da Alfa 10.

Nel Box doppio dovranno essere parcheggiate la 111 e la 113, con il muso verso l'esterno. Sotto la tettoia dovranno essere parcheggiate la 112 e la 114, con il muso verso la

parete. La 115 trova posto nel parcheggio 116 che, a sua volta, è parcheggiata nell'Ospedale Uboldo. Come avrete notato, anche per i posti esterni, è stato predisposto il collegamento alla rete elettrica, pertanto le ambulanze dovranno essere sempre messe sotto carica specialmente durante i controlli auto (le luci rimangono accese, ma i motori spenti). Ricordiamo che a spina inserita, non è possibile avviare le ambulanze. Infine ricordiamo che di notte le saracinesche dei boxes devono essere abbassate, le macchine chiuse e le radio spente.

Errata corrige

Sul numero 27 di CGN Gruppo Corsi News è stato riportato che il personale medico-infermieristico dell'automedica è gestito dall'ASL Milano 2. In realtà l'ente preposto alla gestione di detto personale è l'AOL (Azienda Ospedaliera Locale) di Melegnano

Guardiamo i turni degli altri

Dopo aver visto come sono strutturati i turni della Croce Bianca Vialba, questo mese andiamo a Rho a vedere come Rho Soccorso (che ha seguito la certificazione DAE con la nostra sezione) organizza i propri servizi:

"Come volontario, un socio è integrato in una delle sei squadre in cui è organizzata l'associazione e, compatibilmente con altri impegni, copre con la sua squadra un giorno alla settimana, dalle 18:00 alle 07:00, suddividendo l'impegno con gli altri volontari in turni da 3 o 5 ore. Con l'organizzazione interna all'associazione, in sette settimane mediamente si hanno 5 o 6 turni di cui una notte (che può collocarsi nei festivi o nei feriali), una parte di un sabato ed una parte di una domenica."

Fonte: www.rhosoccorso.it



Gruppo Corsi News è realizzato dal Gruppo Corsi della Croce Bianca Milano - sezione di Cernusco sul Naviglio
e-mail: infocrocebianca@libero.it internet: www.cernusco.com/crocebianca
archivio: libreria del locale cucina (raccolgitore azzurro)

Il prossimo numero sarà in distribuzione a **INIZIO DICEMBRE 2004**