

*Comune di Caronno Pertusella – Auser – Insieme Donna – Caritas – Artos –
RSA Corte Cova – Proloco*

Incontriamoci il giovedì in biblioteca per parlare di.....

Tremori nella terza età :

NON solo Parkinson

Relatore: Dr Mauro Roncoroni
Già Responsabile UOC Neurologia e Stroke unit
P.O. Saronno Asst Valle Olona

Giovedì 14 maggio 2026

Il tremore fisiologico

- E' una lieve oscillazione muscolare involontaria normale e presente in tutte le persone
 - Spesso invisibile ad occhio nudo
 - Si manifesta tenendo una postura fissa ad es. braccia tese
 - Causato da contrazioni muscolari opposte
- Può accentuarsi per stress ansia, caffeina, fatica, febbre o farmaci

Il tremore fisiologico

- Ha frequenza elevata (8 – 12 Hz)
- Normalmente invisibile diventa visibile in situazioni di stress fisico o emotivo
 - Spesso evidente alle mani ma può coinvolgere altre parti del corpo
 - E' transitorio e scompare con la rimozione della causa
 - Non indica una malattia neurologica
 - Accentuato da ipoglicemia ed ipertiroidismo
 - Accentuato da caffeina, astinenza da alcool, alcuni farmaci (antiaritmici antiepilettici, broncodilatatori)
 - Non richiede trattamento se non la rimozione della causa

Il tremore essenziale (TE)

- Disturbo neurologico comune che causa tremori involontari e ritmici
- Localizzato prevalentemente alle mani ed alle braccia durante il movimento (azione) o il mantenimento di una postura
 - Colpisce circa l'1% della popolazione spesso in modo ereditario
 - Si manifesta a qualsiasi età, ma è più frequente dopo i 40 anni
- Non è pericoloso per la vita ma può rendere difficili attività quotidiane come scrivere o bere

Il tremore essenziale (TE)

- Colpisce prevalentemente gli arti superiori (mani/braccia), ma può coinvolgere anche la testa (tremore del «no-no» o «si-si»), la voce, la lingua o il mento
- E' un tremore d'azione (compre muovendosi) e posturale compare mantenendo una posizione), raramente a riposo
- Solitamente inizia in modo insidioso e peggiora lentamente con l'invecchiamento
 - Intensificato da stress, stanchezza ansia, caffeina
 - Solitamente non si manifesta quando l'arto è a riposo
 - Quasi sempre bilaterale

Il tremore essenziale (TE)

- Non esiste un esame specifico
- La diagnosi è clinica: si basa sui sintomi, la storia familiare e l'esclusione di altre cause
 - Diverse opzioni per la gestione dei sintomi:
 - ✓ Farmaci (betabloccanti – primidone)
 - ✓ Tossina botulinica (tremori localizzati)
 - ✓ DBS
 - ✓ Ultrasuoni focalizzati (MRgFUS)

Tremore nel M. di Parkinson

e d

- Sintomo motorio comune
- Noto come tremore a riposo che si manifesta quando l'arto è rilassato e diminuisce/scompare durante il movimento volontario
 - Spesso asimmetrico (inizia da un lato)
 - Coinvolge le mani («pill rolling – conta monete»), braccia, gambe
- Si associa a rigidità, lentezza nei movimenti (bradicinesia) ed instabilità posturale
 - Spesso ritmico con frequenza di 4-6 Hz

Tremore nel M. di Parkinson

- A differenza del tremore del M. di Parkinson, il tremore essenziale compare durante il movimento (azione) o il mantenimento di una postura ed è solitamente bilaterale e simmetrico
- Circa un 25-30% dei pazienti con M. di Parkinson può non presentare tremore
 - La diagnosi è clinica basata sulla visita neurologica

M. Di Parkinson

- 2° Malattia neurodegenerativa dopo M. di Alzheimer
 - Prevalenza (casi totali/100.000) 100-200
 - Incidenza (nuovi casi/anno/100.000) 20

- Colpisce approssimativamente il ~2% della popolazione dei paesi avanzati.
- La percentuale sale al 3-5% quando l'età è superiore agli 85.
- 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.
- L'età media di esordio è intorno ai 58-60 anni, ma circa il 5% dei pazienti può presentare un esordio giovanile tra i 21 ed i 40 anni.
- Prima dei 20 anni è estremamente rara.
- Le cause non sono ancora note.

Sintomi motori (detti anche "cardinali")

- Tremore a riposo: solitamente asimmetrico e più evidente quando l'arto è a riposo (pill roll tremor).
- Bradicinesia: lentezza dei movimenti
- Rigidità muscolare

Sintomi non-motori

- Disturbi cognitivi
- Disturbi del sonno
- Disautonomie neurovegetative: pressione arteriosa (ipotensione ortostatica: abbassamento di pressione forte e repentino alzandosi in piedi), motilità gastrointestinale (stipsi), termoregolazione, respirazione.
- Depressione
- Disfagia (difficoltà nella deglutizione, spesso la causa di morte negli stadi avanzati)

Evoluzione:

- fase premotoria: disturbi del sonno, stitichezza, depressione, iposmia
- Esordio (sintomi motori) : rallentamento – rigidità - tremore
- “Luna di miele” : sintomi motori controllati
- Fluttuazioni motorie - sintomi NON motori

Sulla base della severità dei sintomi e l'età del paziente al momento della diagnosi la terapia prevede:

- 1. Antagonisti degli enzimi metabolici della dopamina:** monoammino ossidasi B (MAO B): rasagilina, selegilina, safinamide ; inibitori della Catecol-O-Metil trasferasi (COMT): entecapone, tolcapone, opicapone. Bloccano la degradazione della dopamina residua. Spesso in associazione alle altre classi di farmaci anti-parkinson, raramente in monoterapia.
- 2. Dopaminoagonisti** (pramipexolo, ropinirolo, rotigotina). Si legano ai recettori per la dopamina mimandone l'azione.
- 3. Terapia sostitutiva con L-DOPA** ("levodopa") precursore della dopamina, in associazione con altri farmaci.
- 4. Anticolinergici**
- 5. Amantadina** a rilascio immediato

Si tratta di terapie croniche, spesso complesse e che necessitano di continuo monitoraggio ed aggiustamento a causa di risposta e tollerabilità individuali molto variabile e spesso imprevedibili.



**Grazie per
l'attenzione!**

A voi le domande