



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
PRESIDENTE: Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi

TESI DI LAUREA

RUOLO DEI FATTORI DI CONTESTO NELLA RIABILITAZIONE DOPO ICTUS:
METANALISI DI STUDI QUALITATIVI
(Role of contextual factors in rehabilitation after stroke: meta-analysis of qualitative studies)

RELATORE: Prof. Andrea Turolla
Correlatore: Dott. Giacomo Rossetini
Dott.ssa Chiara Zulianello

LAUREANDA: Chiara Cardinale

Anno Accademico 2022/2023

SOMMARIO

RIASSUNTO.....	4
ABSTRACT.....	5
CAPITOLO 1: BACKGROUND.....	6
1.1 Descrizione delle condizioni in esame	6
1.1.1 <i>L'ictus</i>	6
1.2 Descrizione del fattore di esposizione.....	11
1.2.1 <i>I fattori di contesto</i>	11
1.3 Obiettivo.....	15
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	16
2.1 La selezione degli articoli	16
2.2 Misure di <i>outcome</i>	17
2.3 La modalità di raccolta dei dati	17
2.4 La valutazione qualitativa degli studi.....	18
CAPITOLO 3: RISULTATI.....	20
3.1 Descrizione degli studi.....	20
3.1.1 <i>Studi inclusi:</i>	21
3.1.2 <i>Studi esclusi:</i>	22
3.2 Risk of Bias degli studi inclusi.....	22
3.3 Analisi dei risultati.....	24
3.3.1 <i>Caratteristiche del paziente:</i>	32
3.3.2 <i>Caratteristiche del fisioterapista e delle persone attorno al paziente:</i>	32
3.3.3 <i>La relazione:</i>	33
3.3.4 <i>Caratteristiche del trattamento:</i>	33
3.3.5 <i>Caratteristiche del contesto sanitario:</i>	34
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	35
4.1 Sintesi dei dati estratti	35

4.2 Limiti.....	37
4.3 Qualità delle evidenze e rischio di bias.....	37
4.4 Potenziali bias nel processo di revisione	37
CAPITOLO 5: CONCLUSIONI	38
5.1 Implicazioni per la pratica clinica.....	38
5.2 Implicazioni per la ricerca	39
APPENDICE.....	41
<i>STRINGHE DI RICERCA</i>	41
<i>NUOVA STRINGA</i>	43
<i>INCLUSION/EXCLUSION CRITERIA</i>	45
BIBLIOGRAFIA.....	46

RIASSUNTO

Obiettivo: L'obiettivo della meta-sintesi è esplorare le percezioni dei pazienti colpiti da ictus al fine di identificare i fattori che ritengono più importanti durante il loro processo di riabilitazione. Questo permette di confrontare tali fattori con quelli precedentemente studiati nel campo muscolo-scheletrico, per determinare se e in che misura il risultato della fisioterapia può essere influenzato dall'interazione con i fattori contestuali, anche nell'ambito neurologico.

Materiali e metodi: È stata eseguita una ricerca in cinque diverse banche dati (Cochrane Library, EBSCO - CINAHL, PUBMED, SCOPUS e Web of Science). Lo sviluppo della stringa di ricerca ha tenuto in considerazione sia stringhe sviluppate per precedenti ricerche, che le bibliografie di meta-sintesi. La popolazione oggetto di studio comprendeva adulti colpiti da ictus in cui fossero reperibili i fattori di contesto a cui erano stati esposti. Solo gli articoli scritti in italiano ed inglese con disponibilità di abstract sono stati inclusi nel processo di revisione, senza limitazioni di anno di pubblicazione. La selezione degli articoli è stata effettuata in due fasi: una prima fase di valutazione basata su titolo ed *abstract*, seguita dall'analisi dei *full text*. Inoltre, è stata condotta una valutazione metodologica della qualità degli studi inclusi utilizzando lo strumento fornito dal *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP).

Risultati: La meta-sintesi ha preso in considerazione un totale di ventiquattro articoli di natura qualitativa. Diversi argomenti sono stati trattati all'interno degli articoli, con la maggior parte di essi concentrati sulla relazione tra il terapeuta e il paziente, in linea con i domini più esplorati anche in ambito muscolo-scheletrico. Altri argomenti emersi riguardavano la relazione paziente-familiare e con le persone colpite dalla stessa patologia. La valutazione del rischio di *bias* ha rivelato che la qualità metodologica degli studi era generalmente buona: venti dei ventiquattro studi sono stati considerati di alta qualità, mentre quattro sono stati classificati come di moderata qualità.

Conclusioni: Alla luce dei risultati ottenuti, è emerso come i fattori di contesto svolgano un ruolo cruciale nella gestione dei pazienti affetti da ictus. Oltre ai fattori già noti in ambito muscolo-scheletrico sono state evidenziate due nuove sottocategorie: la relazione con i caregiver e la relazione con le persone colpite dalla stessa patologia. Si incoraggiano, quindi, i fisioterapisti che operano nel campo neurologico a tenere in considerazione l'importanza e l'influenza dei fattori di contesto al fine di migliorare la qualità delle decisioni cliniche e l'esito delle terapie somministrate.

Questa ricerca fornisce spunti preziosi per andare a creare una nuova stringa di ricerca con la metodologia SPIDER che dovrà essere poi lanciata nei vari database, in modo da avere una ricerca maggiormente specifica riguardo agli studi qualitativi.

ABSTRACT

Aim: The main goal of the study is to explore which factors patients with stroke consider the most important during their rehabilitation process. This allows to investigate whether diverse factors are specific in the field of neurological physiotherapy over than those already known in the musculoskeletal field, to determine whether and to what extent the outcome of physiotherapy can be influenced by contextual factors, even in the context of neurological physiotherapy.

Materials and Methods: A research was conducted in five different databases (Cochrane Library, EBSCO - CINAHL, PUBMED, SCOPUS, and Web of Science). The research string was developed considering both strings from previous researches in the field and the reference list of other meta-analyses. The study population included adults affected by stroke who had been exposed to contextual factors. Only articles written in Italian and English with abstracts available were included in the review process, with no limitations on the publication year. Article selection occurred in two stages: an initial evaluation based on title and abstract, followed by full-text analysis. Additionally, a methodological assessment of the quality of the included studies was conducted using the tool provided by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Results: The meta-synthesis considered a total of 24 qualitative articles. The topics covered in the various articles were diverse, with the majority of them focusing on the therapist-patient relationship, in line with the most explored domains in the musculoskeletal field. Other specific topics concerning the patient-family relationship and the relationship with people affected by the same condition emerged. The risk of bias assessment revealed that the methodological quality of the studies was generally good: twenty out of the twenty-four studies were considered high quality, while four were classified as moderate quality.

Conclusions: In light of the results obtained, it is evident that contextual factors play a crucial role in the management of stroke patients. In addition to the factors highlighted in the musculoskeletal field, two new subcategories were identified: the relationship with caregivers and the relationship with people affected by the same condition. Therefore, physiotherapists operating in the neurological field are encouraged to consider the importance and influence of contextual factors to improve the quality of clinical decisions and the outcomes of administered therapies. This research provides valuable insights for creating a new search string using the SPIDER methodology, which should be launched in various databases to conduct a more specific search for qualitative studies.

CAPITOLO 1: BACKGROUND

1.1 Descrizione delle condizioni in esame

1.1.1 L'ictus

L'ictus, in inglese *stroke*, è stato definito nel 2013 dall'*American Heart Association* come un deficit neurologico attribuito a una lesione focale acuta del sistema nervoso centrale (SNC) dato da una causa vascolare, tra cui l'infarto cerebrale, l'emorragia intracerebrale (ICH) e l'emorragia subaracnoidea (SAH), ed è una delle principali cause di disabilità e morte in tutto il mondo (1).

L'attuale definizione di ictus, formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1970, lo definisce come: "manifestazione clinica che si presenta improvvisamente e indica un disturbo della funzione cerebrale, sia in modo localizzato che generalizzato, con una durata superiore alle 24 ore o che conduce alla morte, senza cause apparenti al di fuori di quelle di origine vascolare" (1).

In Italia l'ictus rappresenta il 9-10 % di tutti i decessi e risulta essere la seconda causa di morte dopo le malattie ischemiche del cuore e la maggior causa di disabilità. Ogni anno si verificano circa 90.000 ricoveri dovuti ad ictus cerebrale, di cui il 20% sono recidive. Il 20-30% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento e il 40-50% entro il primo anno. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente, il 75% sopravvive con una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit che porta alla perdita dell'autosufficienza (2). L'incidenza dell'ictus sta aumentando nel corso degli anni (soprattutto nei paesi a basso reddito dove la prevenzione viene meno). Conformemente ai dati della *Global Burden of Disease* (GBD), è stato registrato un incremento del 76% nel numero di individui colpiti da ictus nel periodo compreso tra il 1990 e il 2017 (3).

I fattori di rischio delle patologie cerebrovascolari si dividono in fattori di rischio modificabili e non modificabili. Familiarità, genere, età, fattori genetici e etnia appartengono ai fattori di rischio non modificabili. Per quanto riguarda la familiarità gli studi si riferiscono alla presenza in anamnesi di eventi vascolari a carico di familiari di primo grado. La donna ha un rischio cardio-cerebrovascolare minore rispetto all'uomo. L'aumentare dell'età anagrafica aumenta il rischio di insorgenza di ictus cerebrali. Diversi dati in letteratura confermano il maggior rischio di ictus cerebrale negli afro-americi e il maggior rischio di emorragia cerebrale nelle popolazioni asiatiche (4).

I fattori di rischio modificabili sono invece: tabagismo, sedentarietà e scarsa attività fisica, consumo di alcol, alimentazione scorretta, fattori correlabili all'ambiente socio-familiare, depressione, aritmie, malattie renali, anemia a cellule falciformi, malattie infiammatorie intestinali croniche, artriti croniche, sindromi delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), iperomocisteinemia, alterazioni

dell'emostasi, emicrania, infezioni, uso di contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva, uso di droghe, fattori climatici ed inquinamento atmosferico (4).

L'ictus si divide in due tipologie fondamentali:

- Ictus ischemico: episodio di disfunzione neurologica causato da un infarto focale cerebrale, spinale o retinico (1). La lesione primaria dell'ictus ischemico è l'infarto cerebrale. Con un apporto inadeguato di sangue al tessuto cerebrale, si verifica dapprima una perdita reversibile della funzione tissutale e, se il tempo è sufficiente, un infarto con perdita di neuroni e strutture di supporto. L'ischemia innesca una cascata di eventi che inizia con la perdita della funzione elettrica e progredisce fino al disturbo della funzione di membrana con l'afflusso di calcio, che porta alla citotossicità calcio-dipendente, alla generazione di specie reattive dell'ossigeno e, infine, alla distruzione delle membrane cellulari e alla lisi delle cellule (5). L'ictus ischemico può verificarsi nel momento in cui un'arteria che irrorava l'encefalo viene ostruita dalla formazione di una placca aterosclerotica e/o da un coagulo di sangue che si forma sopra la placca stessa (ictus trombotico), oppure da un coagulo di sangue che proviene dal cuore o da un altro distretto vascolare (ictus tromboembolico) (2). Ogni anno, circa 795.000 individui negli Stati Uniti vanno incontro ad un ictus, di cui l'87% (690.000) è ischemico e il 13% (185.000) è ricorrente (6).

- Ictus emorragico: segni clinici di disfunzione neurologica a sviluppo rapido attribuibili a una raccolta focale di sangue all'interno del parenchima cerebrale o del sistema ventricolare, che non è causato da un trauma (1). I sottotipi emorragici di ictus, sebbene meno comuni dell'ictus ischemico, hanno comunque un impatto significativo sulla salute pubblica a causa della maggiore mortalità e morbilità ad essi associata. L'emorragia intracerebrale (ICH) da sola ha un tasso di mortalità di quasi il 40% a 30 giorni dall'evento (1). L'ictus emorragico può essere causato da emorragia intracerebrale, emorragia subaracnoidea ed emorragia intraventricolare:
 - Ictus da emorragia intracerebrale (ICH): ictus provocato da un'emorragia intracerebrale con segni clinici di disfunzione neurologica a sviluppo rapido attribuibili a una raccolta focale di sangue all'interno del parenchima cerebrale o del sistema ventricolare, che non è causato da un trauma (1).
 - Ictus da emorragia subaracnoidea (SAH): ictus caratterizzato da segni di disfunzione neurologica e/o cefalea a rapida insorgenza a causa di un'emorragia nello spazio subaracnoideo, che non è causato da un trauma (1).

- Emorragia intraventricolare: è considerata un sottotipo di ICH. L'emorragia intraventricolare isolata è comune tra i neonati prematuri ed è rara tra gli adulti. Molte volte, quella che può essere un'emorragia intraventricolare isolata presenta in realtà una piccola ICH adiacente al ventricolo, spesso nella testa del nucleo caudato o del talamo mediale, con rottura intraventricolare. L'emorragia intraventricolare pura si verifica e può essere causata dall'ipertensione, da una malformazione vascolare occulta e, raramente, dalla malattia di Moyamoya e dalle fistole arterovenose durali (1).

Si possono distinguere tre manifestazioni cliniche dell'ictus:

- Ictus minore (*minor ictus*): condizione di piccola lesione focale che si risolve spontaneamente dal punto di vista sintomatologico, ma che ha una componente di danno tissutale alla risonanza;
- Ictus in evoluzione (*ictus evolution*): progressione clinica di deficit da ischemia cerebrale legati all'occlusione progressiva di un vaso;
- Ictus acuto: improvvisa insorgenza del deficit neurologico che dura più di 24 ore, evidenziabile da esami strumentali;

La diagnosi viene fatta secondo diversi criteri. I sintomi tipici dell'ictus sono: un'improvvisa debolezza unilaterale, intorpidimento o perdita della vista, diplopia, alterazione del linguaggio, atassia e vertigini non ortostatiche. Tra i sintomi associati potremmo riscontrare inoltre: anosognosia, cefalea, emiballismo ed alterazione dello stato della coscienza (5).

Dal punto di vista diagnostico viene effettuato il test FAST (*Face Arm and Speech Test*) che risulta essere sensibile e specifico quanto il punteggio ROSIER (*Recognition of Stroke in the Emergency Room*) (5).

La TC cranica senza contrasto ha una sensibilità molto alta per quanto riguarda la rilevazione di un'emorragia intracranica fresca, ma la sensibilità cala notevolmente per l'ischemia recente, piccola o che si trova nella fossa posteriore (5).

I tassi di mortalità per tutti gli ictus sono circa il 15% a 1 mese, il 25% a 1 anno e il 50% a 5 anni. Dopo un'emorragia intracerebrale, i tassi di mortalità sono di circa il 55% a 1 anno e del 70% a 5 anni. Circa il 40% dei sopravvissuti all'ictus è disabile tra 1 mese e 5 anni dopo l'ictus; il 20% è disabile prima dell'ictus. Predittori negativi nel recupero dai 3 mesi ad un anno risultano essere un'età elevata, scarsi punteggi alla *Glasgow Coma Scale*, potenza del braccio, capacità di camminare e

dipendenza pre-ictus. Per comprendere la gravità dell'evento vengono analizzati altri fattori prognostici: il sottotipo clinico, lo stato occupazionale e civile e la storia di un precedente ictus (5). Il rischio a lungo termine di ictus ricorrente è di circa il 10% a 1 anno, 25% a 5 anni e 40% a 10 anni. Il rischio è maggiore tra i soggetti con malattia aterosclerotica sintomatica, fattori di rischio vascolare o una fonte attiva di trombosi, o che hanno interrotto i farmaci antiaggreganti e antiipertensivi (5).

La riabilitazione è un processo progressivo, dinamico e con l'obiettivo di consentire alle persone con disabilità di ripristinare il loro livello di funzionalità fisica e sociale precedente all'ictus. Questo processo può iniziare non appena il paziente è considerato stabile dal punto di vista medico. I programmi di riabilitazione possono essere offerti in diversi contesti, a seconda della gravità iniziale dell'ictus, del progresso individuale e delle risorse disponibili. Questi contesti includono unità di riabilitazione ospedaliera, cliniche ambulatoriali, cliniche comunitarie e centri ricreativi (7).

È stato dimostrato che la mobilizzazione precoce (entro le 24-48 h dall'evento acuto) migliora l'esito funzionale a 3 mesi, riduce le complicanze legate all'immobilità e accelera il recupero della deambulazione senza aumentare le complicanze neurologiche (8). Per quanto riguarda l'intensità della riabilitazione ci sono però ancora pareri contrastanti. L'intensità adeguata della terapia è un elemento cruciale per il successo della riabilitazione. Ricerche hanno dimostrato che una maggiore quantità di terapia durante il periodo di riabilitazione ospedaliera porta a progressi più significativi nell'indipendenza funzionale. In particolare, un aumento significativo della terapia è correlato a miglioramenti significativi nelle capacità di movimento degli arti superiori e inferiori (7).

Di solito, un ictus di lieve entità può portare a un completo recupero entro sei mesi, mentre per un ictus più grave il recupero può essere incompleto e richiedere diversi anni di riabilitazione. In alcuni casi, le persone possono raggiungere un punto di stasi nel loro processo di recupero, che può durare mesi o più, tuttavia, è ancora possibile ottenere miglioramenti nell'attività e nella partecipazione in qualsiasi momento, nonostante questo *plateau* (7).

Per creare un piano di riabilitazione su misura per il paziente, è essenziale condurre valutazioni approfondite del suo stato di salute funzionale e cognitivo nei primi giorni dopo l'ictus. Il piano di riabilitazione personalizzato deve considerare le preferenze del paziente, le necessità dei familiari e le opzioni disponibili per la riabilitazione, e deve essere sviluppato da un *team* di professionisti multidisciplinare (7).

Il *Canadian Stroke Best Practice Recommendations* (CSBPR) del 2019 fornisce linee guida basate sull'evidenza per la prevenzione, la gestione e il recupero ottimale delle persone colpite dall'ictus. Le principali raccomandazioni sono le seguenti:

- Coinvolgimento precoce: le persone colpite dall'ictus, le loro famiglie e gli operatori sanitari dovrebbero essere coinvolti attivamente e precocemente nel processo di riabilitazione;
- Istruzione e formazione: si consiglia di fornire istruzioni formali e informali alle persone colpite dall'ictus, alle loro famiglie e agli operatori sanitari, adattate ai loro contesti e bisogni specifici;
- Piani di riabilitazione individualizzati: i piani di riabilitazione dovrebbero essere orientati al paziente e basarsi su un processo decisionale condiviso tra pazienti, famiglie, operatori sanitari e il team medico;
- Allenamento mirato: per migliorare il controllo motorio e la funzione sensomotoria, si consiglia un allenamento significativo, coinvolgente, ripetitivo, progressivo e specifico per il compito da raggiungere;
- Visita domiciliare e sicurezza domestica: un'importante assistenza e coinvolgimento iniziano con una visita domiciliare per valutare la sicurezza dell'ambiente domestico del paziente e la necessità di attrezzature e modifiche domestiche;
- Riabilitazione degli arti superiori e inferiori: si raccomanda l'integrazione della terapia dello specchio e della realtà virtuale, nonché l'allenamento della forza nelle diverse fasi dell'ictus;
- Deambulazione e mobilità: l'allenamento della deambulazione su tapis roulant, la stimolazione uditiva ritmica (RAS) e il *biofeedback* possono essere utilizzati per migliorare la velocità, la distanza percorsa e l'equilibrio nei pazienti colpiti da ictus;
- Tecniche compensatorie: se il paziente non può eseguire attività muscolari volontarie dell'arto colpito, è importante insegnare tecniche compensatorie e fornire attrezzature adattive per consentire le attività quotidiane di base.

L'obiettivo di queste linee guida è quello di promuovere un recupero ottimale e un efficace reinserimento sociale per i pazienti colpiti dall'ictus, coinvolgendo attivamente le persone colpite nella loro cura (8).

Diversi studi hanno dimostrato che la riabilitazione fisica ha un effetto benefico, rispetto all'assenza di trattamento, sul recupero funzionale dopo l'ictus. È da evidenziare il fatto che secondo gli studi fatti nessun approccio di riabilitazione fisica è migliore di altri nel migliorare l'indipendenza nelle ADL (9).

È stata però evidenziata una differenza significativa a livello benefico per l'indipendenza nelle ADL, basata sulla dose di intervento: un trattamento di durata tra i 30 e i 60 minuti al giorno somministrato da cinque a sette giorni alla settimana risulta essere efficace (9).

1.2 Descrizione del fattore di esposizione

1.2.1 I fattori di contesto

Un trattamento non viene mai somministrato in una situazione neutra, ma piuttosto in un insieme complesso di fattori contestuali (CF), che Balint chiamava “l'atmosfera intorno al trattamento” e Miller e Kaptchuk chiamavano “guarigione contestuale” (10).

I fattori contestuali sono stati introdotti nel 2001 da Di Blasi in comunità medica mentre solo recentemente sono stati studiati anche in campo fisioterapico (10).

I fattori di contesto (CF) sono definiti come elementi fisici, psicologici e sociali che caratterizzano l'incontro terapeutico con il paziente. I CF sono interpretati attivamente dal paziente e sono in grado di suscitare aspettative, ricordi ed emozioni che a loro volta possono influenzare l'esito relativo alla salute, producendo effetti placebo o nocebo (10).

Placebo e nocebo rappresentano fenomeni psico-neurobiologici complessi e distinti in cui si verificano modifiche comportamentali e neurofisiologiche in seguito all'applicazione di un trattamento. Il placebo è creato dal contesto psicosociale positivo che è in grado di influenzare il cervello del paziente, mentre il nocebo è il risultato di un contesto psicosociale negativo (11).

I CF impattano direttamente sulla qualità del risultato terapeutico: un contesto positivo, cioè un contesto caratterizzato dalla presenza di CF positivi, può ridurre il dolore producendo effetti placebo, mentre un contesto negativo, caratterizzato dalla presenza di CF negativi, può aggravare il dolore creando effetti nocebo (10). I CF influenzano non solo il dolore, ma hanno anche un ruolo cruciale nelle prestazioni motorie e sulla soddisfazione generale del paziente (12).

Diversi studi hanno dimostrato il fatto che i fattori contestuali vengono interpretati secondo due principali modelli: il condizionamento classico ed i processi di aspettativa. Secondo il condizionamento classico, diversi CF esterni rappresentano esempi di riflessi condizionati che evocano una risposta condizionata. Nello contesto sanitario, diversi aspetti del setting assistenziale o caratteristiche fisiche del trattamento medico possono fungere da riflessi condizionati esterni, suscitando una risposta terapeutica in assenza di un principio attivo, proprio perché ad esso precedentemente associati.

Diversi studi hanno dimostrato il fatto che i fattori contestuali vengono interpretati secondo due principali modelli: il condizionamento classico ed i processi di aspettativa. Secondo il condizionamento classico, diversi CF esterni rappresentano esempi di riflessi condizionati che evocano una risposta condizionata. Nello contesto sanitario, diversi aspetti del setting assistenziale o caratteristiche fisiche del trattamento medico possono fungere da riflessi condizionati esterni, suscitando una risposta terapeutica in assenza di un principio attivo, proprio perché ad esso precedentemente associati. Recentemente sono stati documentati altri meccanismi di apprendimento, come quello sociale. In particolare, al di là dell'esperienza diretta a specifici CF esterni, è possibile apprendere una risposta condizionata osservando altre persone che rispondono a specifici CF. Secondo il modello di aspettativa, diversi CF esterni, interni e relazionali possono attivare l'aspettativa di sollievo dal dolore, innescando cambiamenti neurobiologici e un miglioramento dei sintomi.

Secondo il modello integrato di Colloca e Miller, il condizionamento e le aspettative non si escludono a vicenda e possono essere integrate in un modello di apprendimento più generale, per cui vari tipi di CF innescano aspettative, ricordi ed emozioni che a loro volta generano cambiamenti comportamentali e di esito clinico, attraverso l'attivazione del sistema nervoso centrale. In altre parole, la presenza di CF esterni, combinata con specifici CF interni o relazionali, viene interpretata dal paziente e convertita in eventi di input neurali e cambiamenti comportamentali. Questo modello rappresenta una buona concettualizzazione del ruolo del contesto terapeutico, utile anche a livello di pratica clinica (10).

I CF possono essere classificati come interni, esterni o relazionali. I fattori contestuali interni includono i ricordi, le emozioni, le aspettative e le caratteristiche psicologiche del paziente; i fattori contestuali esterni includono gli aspetti fisici della terapia, come il tipo di trattamento (farmacologico o manuale) ed il luogo in cui il trattamento viene erogato. I fattori contestuali relazionali sono rappresentati dai segnali sociali che caratterizzano la relazione paziente-fisioterapista, come le informazioni verbali fornite dal fisioterapista, lo stile comunicativo o il linguaggio del corpo (10).

In ambito muscolo-scheletrico i fattori di contesto sono stati raggruppati nel 2016 da Rossettini e colleghi in cinque gruppi principali, fornendo un vocabolario comune tra i clinici (11):

1. Caratteristiche della persona assistita: suddivisa in mentalità del paziente (e.g. aspettative del trattamento, esperienze precedenti, storia del trattamento, obiettivi ed emozioni) e caratteristiche dei sintomi (e.g. intensità dei sintomi, comorbilità, condizioni di salute, sesso ed età del paziente) (11);

2. Caratteristiche del terapeuta: include aspetti come la professionalità (intesa come competenze, qualifiche, reputazione, istruzione e formazione), la mentalità e i comportamenti (il comportamento, le convinzioni, le aspettative e le esperienze precedenti vissute) e l'aspetto (abbigliamento, l'uso dell'uniforme e del camice bianco e l'affidabilità) (11);
3. Caratteristiche della relazione persona assistita-terapeuta: comprende la comunicazione verbale (e.g. messaggio positivo, tono della voce, ascolto attivo, suggerimenti di sostegno e incoraggiamento, reciprocità del linguaggio, calore, attenzione, cura e interazione empatica) e la comunicazione non verbale (e.g. contatto visivo, mimica facciale, sorriso, postura, gestualità, cenni del capo, inclinazione in avanti del corpo e orientamento aperto del corpo) (11);
4. Caratteristiche dell'intervento: analizza il modo in cui viene somministrata la terapia e comprende per esempio il tocco terapeutico (le emozioni che determina anche sotto l'aspetto affettivo e riguardo alla trasmissione di empatia), modalità di trattamento (e.g. livello di invasività, applicazione aperta o occulta, osservazione ed apprendimento sociale), posologia (e.g. trattamento personalizzato, trattamento erogato sempre dallo stesso fisioterapista, pulizia, durata adeguata dal trattamento, puntualità, flessibilità con gli appuntamenti del paziente, trattamento tempestivo ed efficiente, adeguato in termini di frequenza e durata, presenza di follow-up) e *marketing* (e.g. marchio del fisioterapista, prezzo per la prestazione, ritualità nella prestazione ed elementi di novità) (11);
5. Caratteristiche del contesto sanitario: comprende distrattori positivi (e.g. illuminazione naturale, bassi livelli di rumorosità, musica, aromi piacevoli e temperatura adeguata), indicazioni di supporto (e.g. segnaletica ben visibile e di facile lettura, informazioni sul parcheggio, ingressi accessibili, indicazioni verbali o scritte chiare e coerenti, sportelli informativi ed informazioni elettroniche accessibili), elementi di comfort (e.g. finestre e lucernari, ambienti terapeutici privati, buon accesso ai servizi, orari comodi della clinica, ubicazione, parcheggio e personale di supporto disponibile) e decorazioni ed ornamenti (e.g. opere d'arte della natura, vegetazione verde, fiori, acqua, piante, giardino e colore) (11).

La multidimensionalità che caratterizza il dolore nei disturbi muscolo-scheletrici richiede un approccio integrato e personalizzato per il suo trattamento. Per questo motivo, la conoscenza dei CF, il loro uso consapevole e l'integrazione nella pratica clinica potrebbero rappresentare un nuovo approccio nella gestione di questa complessa esperienza (10).

Il dolore è una sensazione soggettiva che non può essere attribuita solo alle informazioni nocicettive in entrata. Infatti, il dolore è modulato sia da una serie di fattori cognitivi ed emotivi che da una serie di input sensoriali. Anche il ruolo delle emozioni sulla percezione del dolore è stato ampiamente studiato. Ad esempio, l'umore, lo stress, l'ansia e più in generale le emozioni positive o negative possono esercitare una potente influenza sul dolore, causando una riduzione o un'esacerbazione dell'esperienza globale del dolore (12). In generale, tutti i processi cognitivi, emotivi e sensoriali che influenzano il dolore derivano dal contesto che circonda l'esperienza dolorosa. Per questo motivo, lo studio del contesto offre ulteriori opportunità terapeutiche per la gestione del dolore e, più in generale, può essere fondamentale per aumentare l'efficacia di diversi trattamenti medici (12).

Confrontando l'azione clinica dei diversi operatori sanitari con quella del fisioterapista, quest'ultima è profondamente pervasa dagli effetti placebo e nocebo, fortemente correlati alle caratteristiche della somministrazione del trattamento fisioterapico. I fisioterapisti, attraverso numerose sessioni, trascorrono un periodo di tempo significativo con i loro pazienti, intervenendo su diversi disturbi (ad esempio, motori, cardiorespiratori, gastrointestinali, uroginecologici o neurologici) ed è quindi facile per loro stabilire una relazione terapeutica empatica. Inoltre, i fisioterapisti, più di altre figure sanitarie, interagiscono con i loro pazienti usando elementi sia verbali, che non verbali (13).

Il ruolo e l'impatto dei CF dovrebbero quindi essere integrati nel ragionamento clinico per aumentare il numero di soluzioni terapeutiche, aumentarne l'efficacia e migliorare la qualità del processo decisionale (10). In questa prospettiva, ogni trattamento del dolore muscoloscheletrico è composto da una componente specifica e da una componente contestuale. Queste componenti rappresentano le due facce della stessa medaglia e sono in grado di influenzare il dolore su più livelli del sistema nervoso centrale (10). Dunque, l'integrazione dei fattori di contesto con la migliore terapia basata sull'evidenza offre l'opportunità ai clinici di promuovere effetti placebo e prevenire effetti nocebo, aumentando l'efficacia del trattamento. Infatti, proprio l'esposizione a diversi elementi del contesto potrebbe essere una delle cause per cui i pazienti rispondono in maniera differente ai trattamenti ai quali vengono sottoposti. Questionari di indagine sull'opinione dei fisioterapisti italiani relativi all'utilizzo dei fattori di contesto hanno evidenziato come ci sia ancora una conoscenza limitata sull'argomento, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto pratico di un utilizzo consapevole. Inoltre, i questionari mettono in luce come i fisioterapisti italiani siano più inclini a prestare attenzione ad un approccio centrato sul paziente e ad una comunicazione verbale pertinente e meno alle proprie caratteristiche di clinico e ad ambienti socialmente adeguati ad innescare effetti placebo o nocebo (14).

Per tali motivi il ruolo e l'impatto dei fattori di contesto dovrebbero essere integrati nel ragionamento clinico, senza dimenticare che prendere in carico un paziente significa abbracciare diverse dimensioni della sua esperienza di dolore in ottica bio-psico-sociale (15).

1.3 Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di verificare se e quali fattori contestuali influenzino la riabilitazione post ictus. In ambito muscolo-scheletrico si è osservato che l'utilizzo etico ed appropriato dei fattori di contesto, associato al miglior trattamento *evidence-based*, possa innescare effetti placebo, migliorando in questo modo l'evidenza del trattamento. Al contrario, se nel trattamento viene trascurato il contesto psicosociale del paziente, questo potrebbe innescare un effetto nocebo, con una potenziale influenza negativa a livello *dell'outcome* fisioterapico, nonostante l'utilizzo di trattamenti *evidence-based*.

In ambito muscolo-scheletrico c'è un continuo e importante dibattito riguardo al ruolo dei fattori di contesto e a come questi agiscano e possano essere utilizzati per migliorare e rendere più efficace la riabilitazione. Al contrario, l'ambito neurologico non è stato ancora sufficientemente esplorato, ed è proprio per questa ragione che il progetto di tesi si è focalizzato su una delle condizioni patologiche più comuni in ambito neurologico, ovvero l'ictus.

L'obiettivo della meta-sintesi infatti, è quello di esplorare le esperienze dei pazienti per indagare quali siano i fattori a cui questi danno più rilievo durante il percorso riabilitativo. In questo modo, confrontando questi fattori con gli elementi studiati in ambito muscolo-scheletrico, si potrebbe verificare se ed in quali termini *l'outcome* fisioterapico può essere influenzato dall'interazione con i fattori di contesto, anche in ambito neurologico.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 La selezione degli articoli

L'analisi svolta, comprende articoli che soddisfino i seguenti criteri di inclusione:

- Pazienti (adulti età >18 anni) colpiti da ictus;
- Esposizione ad almeno uno dei fattori di contesto appartenenti ai cinque domini principali individuati in ambito muscolo-scheletrico (11);
- Articoli in lingua italiana o inglese;
- Articoli di cui fosse disponibile l'*abstract*;
- Disegni di studio che corrispondessero a studi di tipo qualitativo (e.g. *focus group*, interviste, osservazioni);
- Articoli riguardanti la riabilitazione in generale piuttosto che una tecnica specifica.

Lo studio è in continuità con il progetto di tesi svolta dalla dottoressa Chiara Zulianello intitolata “Il ruolo dei fattori di contesto nella riabilitazione dei disordini neurologici: revisione sistematica” e completata nell'anno accademico 2021/2022 presso l'Università degli Studi di Padova, sede di Conegliano.

La selezione degli articoli per la meta-sintesi svolta per questo lavoro di tesi, si è basata sull'aggiornamento all'ultimo anno della precedente stringa ricerca e sull'aggiunta di una sintassi che selezionasse studi qualitativi, lanciata sul portale PUBMED.

Per realizzare la stringa di ricerca è stato definito il PEO (Population, Exposition, Outcome). Tuttavia, per non limitare i risultati di ricerca all'interno della letteratura, si è deciso di definire alcune misure di *outcome* in modo retrospettivo ad analisi conclusa.

- P = pazienti adulti (>18 anni) affetti da Ictus, Sclerosi Multipla o malattia di Parkinson;
- E 1= Esposizione 1: fattori di contesto appartenenti ai cinque macro gruppi studiati in ambito muscolo-scheletrico (11);
- E 2 = Esposizione 2: trattamento fisioterapico;
- O = definito retrospettivamente,

Si è deciso di includere studi di tipo qualitativo (e.g. *focus group*, interviste). L'aggiornamento della ricerca è stato lanciato il 14/05/2023. Inoltre, è stata fatta una ricerca tra la bibliografia di meta-sintesi che riguardavano le opinioni dei pazienti colpiti da patologie neurologiche, sul portale PUBMED. Tra i risultati ottenuti è stata scelta la meta-sintesi: “*What are the barriers and facilitators to goal*

setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis" (16), di cui sono stati presi in considerazione gli articoli riportati in bibliografia.

2.2 Misure di *outcome*

Alcune misure di *outcome* sono state decise prima del lancio della stringa, mentre altre sono state decise in modo retrospettivo. In questa ricerca sono stati inclusi solamente studi qualitativi, in quanto nella precedente revisione era stata rilevata una totale prevalenza di questi.

Inoltre è stato deciso retrospettivamente di escludere gli articoli che riguardavano una tecnica specifica della fisioterapia, ma di considerare solo quelli che trattavano della riabilitazione in modo generale.

2.3 La modalità di raccolta dei dati

Sono stati selezionati gli articoli provenienti dall'aggiornamento della stringa di ricerca effettuato sui vari *database* attraverso il portale "Rayyan", in base ai nuovi criteri prestabiliti dalla ricerca. "Rayyan" è un portale che permette di caricare gli articoli ottenuti dalle varie stringhe di ricerca, lanciate nei differenti *database*. All'interno di questo portale è possibile eliminare gli articoli doppi e decidere, dopo l'analisi, se includerli, escluderli o metterli in dubbio, seguendo i criteri stabiliti dallo studio. Lo *screening* degli articoli può essere effettuato da due revisori contemporaneamente.

Infine, dopo aver scelto la meta-sintesi più adeguata alla ricerca, sono stati analizzati gli articoli presenti all'interno della sua bibliografia e sono stati inclusi ed esclusi a seconda dei criteri sopra stabiliti.

Lo studio è stato condotto in doppio cieco. Solo al termine della selezione degli articoli è stata tolta la modalità *blind* in modo da poter risolvere i *disagreement*.

Sono stati selezionati 36 articoli al termine della prima revisione: 18 provenienti dalla stringa di ricerca aggiornata, 11 dal lancio della nuova stringa con *focus* sugli studi qualitativi e 7 dagli articoli presenti in bibliografia della meta-sintesi selezionata. È stata fatta la lettura dei *full text*, l'analisi qualitativa degli articoli inclusi e infine, al termine dell'attività di *screening* sono state create delle tabelle.

La prima tabella comprende:

- Autore e anno di pubblicazione;

- Stato di lavoro dello studio;
- Disegno dello studio;
- Obiettivo dello studio;
- Partecipanti allo studio;
- Metodo di raccolta dati;
- Analisi dei dati;
- Temi affrontati nell'articolo.

La seconda tabella comprende invece la suddivisione dei fattori di contesto e gli articoli nei quali vengono trattati:

- Le 5 categorie dei fattori di contesto;
- Sottotemi;
- Autore e anno.

2.4 La valutazione qualitativa degli studi

La valutazione metodologica della qualità degli studi è stata condotta attraverso il *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*. Il *CASP* viene spesso utilizzato nelle revisioni sanitarie per testare e discutere il rigore metodologico, la credibilità e la rilevanza delle evidenze prodotte.

Il questionario proposto da *CASP* è composto da 10 items. Ai primi 9 può essere assegnato un valore *Y*: *yes*, ossia ben espresso nell'articolo; *N*:*no*, ossia completamente non descritto; *CT*: *cannot tell*, ossia poco chiaro nell'articolo oppure privo di dettagli. L'item 10 corrisponde ad una domanda aperta relativa all'importanza dello studio per la comunità clinica.

I 10 items proposti sono:

1. obiettivi dello studio;
2. appropriatezza della qualità metodologica);
3. design dello studio;
4. strategie di reclutamento;
5. raccolta dati;
6. relazione tra ricercatore e partecipante;
7. etica della ricerca;
8. analisi dei dati;
9. risultati;

10. contributo alla nuova conoscenza.

Non essendo disponibile alcun sistema formale per interpretare i risultati, ai fini di questa revisione, è stato utilizzato un sistema di rating basato su quello precedentemente utilizzato in altri studi (17). Se più del 60% dei criteri della checklist erano soddisfatti, lo studio veniva valutato di “forte qualità”; se i criteri soddisfatti rientravano tra il 40% e il 60% veniva valutato di “moderata qualità” ed infine, se erano inferiori al 40% veniva valutato di “scarsa qualità”.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Descrizione degli studi

Dall'aggiornamento delle stringhe di ricerca, sono stati trovati 4.032 articoli; di questi ne sono stati esclusi 4.003, leggendone il titolo e l'abstract, in quanto non rispettavano i criteri di inclusione definiti.

Infine dalla meta-sintesi riguardante le opinioni dei pazienti in ambito neurologico, sono stati analizzati 19 articoli di cui 12 sono stati esclusi, in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione. Sono rimasti quindi 36 articoli, di cui 2 erano doppi. Dei 35 articoli rimasti sono stati letti i *full text*. Di questi si è scelto di escluderne altri 11, per cui la revisione è stata condotta su 24 articoli. Questo processo di selezione è stato riportato nel PRISMA *flow diagram* (Fig. 1), un diagramma di flusso che consente di rappresentare in modo facilmente comprensibile le diverse fasi di una revisione sistematica.

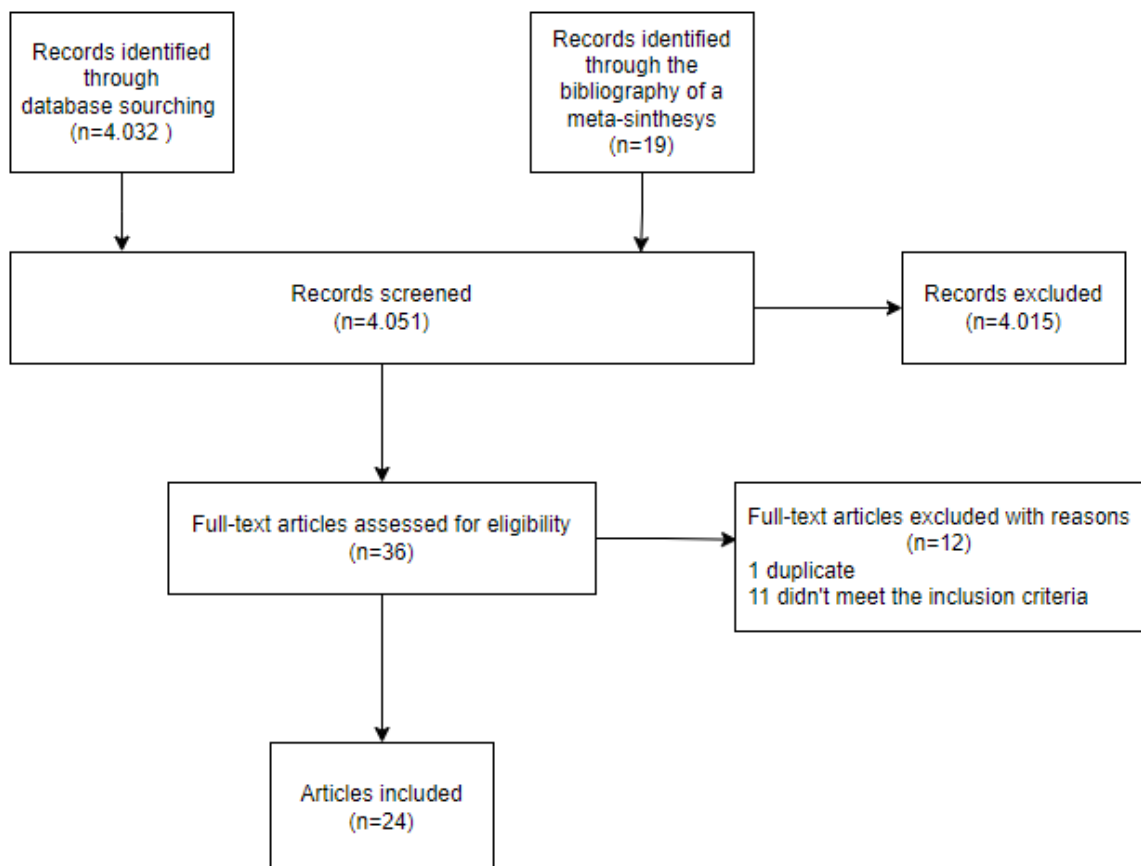


Figura:1 PRISMA flow diagram

I 24 articoli inclusi sono tutti studi qualitativi, che riguardano pazienti colpiti da ictus ed in particolare la loro esperienza riabilitativa dopo l'evento ischemico, dal punto di vista sia dei pazienti, che dei fisioterapisti e dei *caregivers*. La raccolta dei dati nella maggior parte dei casi è avvenuta tramite delle interviste semi-strutturate oppure tramite *focus group* e il numero di partecipanti variava da un minimo di 5 ad un massimo di 50 pazienti.

3.1.1 Studi inclusi:

Gli studi sono stati condotti prevalentemente nel Nord Europa. Sette studi sono stati condotti in Inghilterra (18–24); tre in Svezia (25–27); due in Scozia (28,29) e due in Finlandia (30,31); uno in Irlanda (32) e uno in Norvegia (33). Solo uno studio è stato condotto in Portogallo (34). Altri continenti coinvolti sono stati: Nord America con 4 studi svolti in Canada (35–38) e 3 studi svolti in Oceania (39–41). Non abbiamo individuato studi svolti in Asia, Africa e Sud America.

In totale sono stati intervistati 378 pazienti con un'età media di 64 anni (compresa tra i 33 e i 92 anni). All'interno degli studi solo 9 pazienti soffrivano di un disturbo grave di comunicazione (30,31,34), per cui sono stati coinvolti degli esperti del settore per rendere l'analisi dati più affidabile.

La mediana del numero di popolazione degli studi era di 13 partecipanti, all'interno di un range che andava da 5-40 partecipanti per studio.

Dieci articoli parlavano di ictus in fase cronica (> 6 mesi) (19,23,26,28,29,35–38,40), dieci articoli di ictus in fase sub acuta (ca. 2-6 mesi) (18,21,22,25,27,30,32–34,41) e tre articoli di ictus in fase acuta (< 30gg) (20,24,39). In un articolo non veniva specificato il tempo trascorso dall'ictus (31).

La maggior parte degli studi hanno focalizzato la loro ricerca sull'esperienza e il parere dei pazienti, dei *caregiver* e degli operatori sanitari utilizzando interviste semi-strutturate. Inoltre, due studi hanno esplorato le opinioni dei pazienti tramite *focus group* (35,36,39). In quattro studi, è stata effettuata un'analisi della dinamica delle sessioni di fisioterapia utilizzando registrazioni video (18,20,30,31).

I diversi studi erano concentrati principalmente sulla comunicazione e sulla relazione tra il terapeuta e il paziente, sulla relazione e l'importanza dei familiari e dei pari, sulla definizione condivisa degli obiettivi.

3.1.2 Studi esclusi:

Dalla lettura dei *full text* sono stati esclusi 11 articoli. Un articolo presentava il testo in lingua tedesca, non rispettando quindi i nostri criteri di selezione che permettevano di includere solo articoli in lingua italiana o inglese (42). Un articolo presentava argomentazioni interessanti, ma era incentrato sull'educazione/istruzione del fisioterapista invece che sulle opinioni del paziente (43). Uno studio è stato escluso, dopo la lettura del testo, perché quantitativo e non qualitativo (44). Un altro studio è stato escluso in quanto trattava di esercizio generale dopo la dimissione, senza però parlare di fisioterapia (45). Altri studi sono stati esclusi in quanto non parlavano di fisioterapia ma di trattamento assistenziale in generale (46–49). Due articoli sono stati esclusi in quanto i pazienti non davano un'opinione riguardo alla fisioterapia/riabilitazione in generale, ma commentavano una specifica tecnica fisioterapica (50,51).

In uno studio la popolazione indagata era quella dei pazienti con esiti di ictus, bensì quella dei loro terapisti e dei loro *caregiver* (52).

3.2 Risk of Bias degli studi inclusi

La revisione effettuata utilizzando il CASP ha rilevato i seguenti risultati sulla qualità degli articoli inclusi:

- 20 studi sono stati valutati di elevata qualità (18,20–25,28–34,36,37,39–41,53).
- 4 studi sono stati valutati di moderata qualità (19,26,27,35).

La valutazione dettagliata e il punteggio CASP sono stati riportati in Tabella 2.

	Bendz; (2003)	Rosewill iam et al; (2016)	Pereira e t al; (2020)	Vincent et al; (2007)	Brown et al; (2013)	Cott; (2004)	Merali Et al; (2020)	Salisbury et al; (2010)	Reed et al; (2009)	Morris et al ; (2014)	Signal et al; (2016)	Eng et al; (2014)
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Y	CT	Y	CT	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	Y	Y	Y	Y	CT
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	N	N	N	N	N	Y	Y	N	CT	CT	Y	CT
7. Have ethical issues been taken into consideration?	Y	N	Y	N	CT	N	Y	Y	Y	N	CT	Y
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	CT	Y	Y	Y	Y
9. Is there a clear statement of findings?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	Y	Y	Y
10. How valuable is the research?	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val
Punteggio	90%	70%	90%	60%	80%	70%	90%	80%	90%	70%	90%	80%

	Galvin et al; (2014)	Janssen et al; (2020)	Röding et al; (2003)	Wiles et al; (2002)	Wotrich et al; (2004)	Reunen et al; (2016)	Sivertsen et al; (2022)	Wiles et al; (2004)	Parry; (2004)	Pound et al; (1994)	Talvite et al; (2002)	Parry; (2005)
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Y	CT	CT	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Y	Y	N	CT	N	CT	Y	N	CT	N	N	CT
7. Have ethical issues been taken into consideration?	CT	Y	N	Y	CT	Y	Y	Y	Y	N	N	CT
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Y	Y	N	Y	CT	Y	Y	Y	CT	N	CT	N
9. Is there a clear statement of findings?	Y	Y	Y	Y	CT	Y	Y	CT	Y	N	Y	Y
10. How valuable is the research?	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val	Val
Punteggio	90%	90%	60%	90%	60%	90%	100%	80%	80%	60%	70%	70%

Tabella 2: Elaborazione dei dati mediante Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CT = cannot tell; N = no; Val = valuable; Y = yes

3.3 Analisi dei risultati

La tabella 3 riporta i dati generali degli articoli: autore e data, paese in cui è stato svolto lo studio, la diagnosi, l'obiettivo dello studio, i partecipanti allo studio, la modalità di raccolta dei dati e dell'analisi dei dati ed in fine i temi affrontati all'interno degli articoli.

Autore, data	Stato	Diagnosi	Obiettivo	Partecipanti	Raccolta dati	Analisi dati	Temi affrontati nell'articolo
Mona Bendz; (2003) (25)	Svezia	Ictus	Evidenziare i modi divergenti in cui un gruppo di persone colpite da ictus e i loro operatori sanitari comprendono le implicazioni di un ictus	N°PZ= 15 (5pz più di un ictus) ETA' = < 65 M/F=9/6 TT= 3-6-12 mesi	Interviste a domande aperte	Analisi fenomenologica dei dati	Tema I: "Un ictus colpisce le persone senza alcun preavviso"; Tema II: "Le persone che hanno avuto un ictus perdono le loro funzioni normali"; Tema III: "L'allenamento fisico è un mezzo per recuperare."
Sheeba Rosewilliam et al;	Inghilterra	Ictus	Esplorare se la definizione degli obiettivi per la	N°PZ=7; ETA' = (42-84),	Interviste semi-strutturate a	Analisi tematica	Tema 1: "Adozione limitata della centratura del paziente nella definizione degli obiettivi"

(2016) (24)			riabilitazione dei sopravvissuti all'ictus acuto è centrata sul paziente e identificare i fattori che influenzano l'adozione del paziente-centrismo nella pratica della definizione degli obiettivi.	3pz <65aa; M/F=5/2; TT= ca. 1 mese (4-34gg); (operatori corrispondenti)	pz e professionisti corrispondenti		nella pratica locale.”; Tema 2: “Fattori legati al paziente e al sistema che hanno influenzato la centratura del paziente nella definizione degli obiettivi.”; Tema 3: “Fattori legati alla professione che hanno influenzato la centratura del paziente nella definizione degli obiettivi.”
Carla Mendes Pereira et al; (2021) (34)	Portogallo	Ictus	Comprendere come le persone colpite dall'ictus e i loro caregiver si adattano nel tempo e come gli operatori sanitari supportano la transizione a casa.	N°PZ= 8; AFASIA=3; ETA'= (43-79), 3pz < 65 aa; M/F=6/2; TT =2-8 mesi; CG=10; N°OS=6;	Interviste semi-strutturate	Approcci o multiprospettico e longitudinale	Tema 1: “Importanza del coinvolgimento del team”; Tema 2: “Differenze nella percezione dei ruoli all'interno del trio.”; Tema 3: “Differenze nelle aspettative e nella collaborazione all'interno del trio.”; Tema 4: “Pianificazione di un futuro diverso.”
Claude Vincent et al; (2007) (35)	Canada	Ictus	Esplorare i bisogni parzialmente soddisfatti e non soddisfatti degli adulti di età pari o superiore a 65 anni che hanno subito un ictus e che vivono nella comunità, con o senza servizi.	N°PZ= 17; ETA'= (65-85); M/F=10/7; TT= <3 anni 9pz, 4-8 aa 7pz, >9aa 1pz; CG= 12; OS= 25; DS= 18	Focus group e interviste individuali	Analisi tematica	Tema 1: “Necessità parzialmente soddisfatte e necessità non soddisfatte riguardo alle capacità personali.”; Tema 2: “Necessità parzialmente soddisfatte e necessità non soddisfatte in relazione ai fattori ambientali.”; Tema 3: “Sistema socio-sanitario.”; Tema 4: “Fattori socioculturali”; Tema 5: “Fattori fisici.”; Tema 6: “Necessità legate alle abitudini di vita”.
Melanie Brown et al; (2014) (41)	Nuova Zelanda	Ictus	Esplorare le esperienze dei pazienti nell'ambito dell'impostazione degli obiettivi nella riabilitazione post-ictus per approfondire la comprensione della sua applicazione nella pratica.	N°PZ=10; M/F=7/3; ETA'= (33-85), 7pz< 65aa; TT= 16-30 settimane	Interviste semi-strutturate	Analisi tematica	Tema 1: “Uno slancio giorno per giorno”; Tema 2: “Battaglia contro l'alleanza”; Tema 3: “Le cose speciali”.
Cheryl A. Cott; (2004) (36)	Canada	Artrite, sostituzione totale dell'articolazione	Comprendere gli elementi importanti della riabilitazione centrata sul paziente	N° PZ= 33 (7 con ictus); Non specificato in	Focus group	Analisi tematica	Tema 1: “Individualizzazione”; Tema 2: “Partecipazione alla definizione degli obiettivi e al processo decisionale”;

		olazione, lesione cerebrale acquisita, malattie respiratorie croniche, lesione al midollo spinale e ictus	dal punto di vista dei pazienti adulti con disabilità fisiche a lungo termine.	modo chiaro M/F e ETA'; TT= 1-35 anni			Tema 3: "Educazione centrata sul cliente"; Tema 4: "Preparazione alla vita nel mondo reale"; Tema 5: "Supporto emotivo da parte di familiari, coetanei, e staff"; Tema 6: "Isolati e abbandonati"; Tema 7: "Contatto continuo dopo la dimissione"
Saira Merali et al; (2020) (37)	Canada	Ictus e SM	Esplorare le percezioni delle persone affette da condizioni neurologiche e dei loro caregiver sui benefici per la salute di un programma di esercizio di gruppo orientato agli obiettivi e basato sulla comunità che incorpora una partnership tra assistenza sanitaria e attività ricreative.	N°PZ=13 (9 ictus; 4 SM), ETA' = mediana 53 aa; M/F= 75% donne; TT = mediano 4 aa; CG=12 (un caregiver di un pz con SM si è ritirato)	Interviste semi-strutturate faccia a faccia o via telefono	Analisi tematica	Tema 1: "Il programma TIME promuove diversi benefici per la salute interconnessi tra i partecipanti"; Tema 2: "I caregiver affrontano sfide e diversi benefici associati al programma di esercizi"
L. Salisbury et al; (2010) (28)	Scozia	Ictus	Esplora le percezioni e le opinioni dell'individuo sulle esperienze vissute di un fenomeno specifico, vale a dire il sistema sanitario e i servizi ricevuti dopo l'ictus.	N°PZ=13; ETA'=(43-79 aa), 7pz<65aa; TT=2-9 anni; CG=9	Interviste semi-strutturate faccia a faccia	Analisi fenomenologica interpretativa	Tema 1: "Cosa c'è che non va?"; Tema 2: "L'aiuto è arrivato rapidamente"; Tema 3: "C'è ancora qualcosa che non va"; Tema 4: "In ospedale"; Tema 5: "Li porto a casa"; Tema 6: "A casa"
Mary Reed et al; (2010) (23)	Inghilterra	Ictus	Esplorare le necessità dei sopravvissuti all'ictus e capire se ritenevano che il programma comunitario per l'ictus soddisfacesse tali necessità.	N°PZ=12; M/F=5/7; ETA'=(49-84), 1<60aa, 11>60aa; TT=15-40 mesi	Interviste semi-strutturate faccia a faccia	Analisi fenomenologica dei dati	Tema 1: "Creare un sé sociale"; Tema 2: "Fornitura di "servizi reattivi" nella comunità"; Tema 3: "Rete di supporto informale"
Jacqui H. Morris et al; (2015) (29)	Scozia	Ictus	Esplorare e confrontare le opinioni dei sopravvissuti all'ictus, dei caregiver e dei fisioterapisti sull'AF dopo la riabilitazione per esaminare i fattori contestuali che	N°PZ=38; M/F=19/19; ETA'=(44-83), <60 8pz, >60 30 pz; TT=> 6 mesi;	Interviste semi-strutturate con pazienti Gruppi di discussione con caregiver e	Framework tematico	Tema 1: "Risultati preventivi"; Tema 2: "Risultati riparativi"; Tema 3: "Risultati partecipativi".

			sono percepiti come influenti sulla partecipazione all'AF dei sopravvissuti; esplorare e confrontare come i fisioterapisti e i caregiver sostengono l'AF dopo la riabilitazione e di esaminare se le loro strategie di supporto facilitano o ostacolano la partecipazione all'AF dei sopravvissuti.	FKT= 15; CG =12	fisioterapist i		
Nada Signal et al; (2016) (40)	Nuova Zelanda	Ictus	Esplorare i fattori che influenzano l'accettabilità e l'interesse per un programma di esercizio di gruppo ad alta intensità per le persone colpite da ictus.	N°PZ= 14; M/F=8/6; ETA'= (50-92); TT=5-132 mesi	Interviste semi-strutturate	Analisi dei contenuti	Tema 1: "Facendo progressi"; Tema 2: "Cercare motivazione"; Tema 3: "Lavorare intensamente"; Tema 4: "Le persone"; Tema 5: "In sintonia con me"; Tema 6: "In sintonia con il mio stile di vita"
Xue Wen Eng et al; (2014) (39)	Australia	Ictus	Esplorare i fattori che influenzano la capacità del sopravvissuto all'ictus di guidare il proprio recupero al di fuori della terapia durante la riabilitazione ospedaliera.	N°PZ= 7; M/F=4/3; ETA' = media 59,18; TT = media 28,37gg; CG=6; N°OS=20	Interviste approfondite e con pazienti e accompagnatori; Focus group con operatori sanitari	Analisi tematica	Tema 1: "Prospettive dei sopravvissuti all'ictus"; Tema 2: "Prospettive dei caregiver"; Tema 3: "Prospettive degli operatori sanitari".
Rose Galvin et al; (2014) (32)	Irlanda	Ictus	Migliorare la comprensione dei ricercatori dell'esperienza "vissuta" del programma FAME dal punto di vista della persona colpita da ictus e del membro della famiglia e di esaminare anche se il programma aveva influenzato le loro percezioni dell'esercizio e della fornitura di esercizi dopo l'ictus.	N°PZ=20; M/F=13/7; ETA'= media 63; TT= 10 settimane.; CG=15	Interviste semi-strutturate	Analisi Framework	Tema 1: "Natura personalizzata dei benefici riportati"; Tema 2: "Valore terapeutico del programma"; Tema 3: "Ruolo della famiglia nella riabilitazione"; Tema 4: "Carico aggiuntivo".

Jessie Janssen et al; (2020) (38)	Canada	Ictus	Esplorare i fattori che influenzano l'implementazione di un intervento ad alta intensità dal punto di vista del paziente; confrontare i fattori riscontrati tra i pazienti e le prospettive precedentemente pubblicate dei terapisti della riabilitazione che erogavano la terapia.	N°PZ=10; M/F=5/5; ETA'= (44-64); TT= 3-18 mesi	Intervista semi-strutturata	Analisi utilizzando quadri di implementazione	Tema 1: "Caratteristiche dell'individuo"; Tema 2: "Caratteristiche dell'intervento"; Tema 3: "Ambito interno"; Tema 4: "Ambito esterno"
Jenny Röding et al; (2003) (26)	Svezia	Ictus	Acquisire conoscenze dal punto di vista dei pazienti più giovani colpiti da ictus e descrivere come essi vivono il processo di riabilitazione; sviluppare ipotesi sulla relazione tra i pazienti giovani colpiti da ictus e il processo di riabilitazione.	N°PZ=5; M/F= 3/2; ETA'= (37-54); TT= 12-18 mesi	Interviste approfondite e tematizzate	Metodo della Grounded Theory del confronto costante	Tema 1: "Il quotidiano paralizzato"; Tema 2: "Fuori ed invisibili".
R. Wiles et al; (2002) (22)	Inghilterra	Ictus	Esplorare i fattori associati alla fornitura di informazioni da parte dei fisioterapisti che potrebbero contribuire alle alte aspettative dei pazienti riguardo alla fisioterapia.	N°PZ =16; M/F = 6/10; ETA'= (41-79), 6pz <65aa TT= 4-18 settimane	Interviste semi-strutturate	Approcci Grounded Theory	Tema 1: "Informazioni sulla riabilitazione fornite dai fisioterapisti"; Tema 2: "Comprensione dei pazienti riguardante le informazioni sulla ripresa"; Tema 3: "Tempi di ripresa"; Tema 4: "Il passaggio alla fisioterapia ambulatoriale: informazioni e aspettative dei pazienti"; Tema 5: "Studio di un caso"
Annica Wohlin Wottrich et al; (2004) (27)	Svezia	Ictus	Esplorare, descrivere e confrontare le caratteristiche delle sessioni di fisioterapia quotidiana con pazienti colpiti da ictus da due diverse prospettive, quella del paziente e quella del fisioterapista, in relazione al comportamento osservato.	N°PZ=9; M/F=6/3; ETA'= (45-88); TT= 0,5-48 (3,5) mesi; FKT=10	Interviste semi-strutturate e osservazioni e del trattamento riabilitativo	Analisi tematica	Tema 1: "stabilire e raggiungere obiettivi"; Tema 2: "concentrarsi sull'attività motoria"; Tema 3: "trovare la strategia di allenamento ottimale"; Tema 4: "facilitare il coinvolgimento attivo del paziente"; Tema 5: "utilizzare i fattori ambientali"; Tema 6: "adattarsi alla riorganizzazione strutturale del servizio di riabilitazione".

Merja Aino Tuulikki Reunanen et al; (2016) (30)	Finlandia	Ictus (1 pz con tumore cerebrale ma che seguiva il trattamento uguale a ictus)	Investigare l'interazione tra i pazienti e i fisioterapisti nella fisioterapia per l'ictus dopo l'intervento educativo. Il principale interesse era rivolto al ruolo del paziente e alla sua partecipazione negli incontri terapeutici, nonché al ruolo del fisioterapista come promotore della partecipazione del paziente attraverso il linguaggio e l'azione.	N°PZ=8; AFASIA= 3; M/F=3/5; ETA'= (41-86); TT= 1,3,8 mesi; una sessione dopo 3 anni dall'ictus; FKT=8	Registrazione su video di una seduta di trattamento	Analisi del discorso	Tema 1: "Adottare il discorso esperto del terapeuta e la conformità del cliente"; Tema 2: "Invitare il cliente a partecipare alla pianificazione autonoma"; Tema 3: "Trascurare il discorso emotivo del cliente"; Tema 4: "Sostenere la riflessione del cliente"
Marianne Sivertsen et al; (2022) (33)	Norvegia	Ictus	Identificare le esperienze degli utenti con I-CoreDIST e con la cura abituale nella fisioterapia post-ictus affrontando la seguente domanda di ricerca: Come vivono le persone colpite da ictus l'andamento fisico e interattivo della fisioterapia durante il loro percorso di recupero?	N°PZ=19; M/F=11/8; ETA'= (39-82), 4pz<65 anni; TT= 7-38 settimane	Interviste tematiche con domande a risposta aperta	Analisi tematica	Tema 1: "Esplicito o incorporato: diversità di approcci"; Tema 2: "Interventi e cambiamenti corporei percepiti: funzione e forma fisica"; Tema 3: "Esaurimento significativo"; Tema 4: "Interazione: solidale ed esigente"; Tema 5: "Coinvolgimento, presenza e feedback".
Rose Wiles et al; (2004) (21)	Inghilterra	Ictus	Esplorare come il processo di dimissione viene gestito e vissuto da pazienti e fisioterapisti	N°PZ=13; M/F=5/8; ETA'= (41-79); TT= 4-18 settimane; FKT=21	Interviste semi-strutturate e registrazioni e audio e osservazioni e delle sessioni di fisioterapia	Approcci o basato sulla teoria fondata	Tema 1: "dimissione dalla fisioterapia"; Tema 2: "comprensione della fisioterapia e del recupero da parte dei pazienti".
R H Parry; (2004) (20)	Inghilterra	Ictus	Analizzare dettagliatamente le pratiche comunicative dei terapisti e dei pazienti durante la definizione degli obiettivi nella fisioterapia nella riabilitazione post-ictus, dedurre spiegazioni per le	N°PZ=21; M/F=10/11; ETA'= (52-86); TT= >5gg; FKT=10	Registrazione video di sessioni di trattamento	Analisi della conversazione	Tema 1: "Analisi dettagliata di un episodio di definizione degli obiettivi"; Tema 2: "Strategie che il terapeuta utilizza per gestire le sfide interazionali"

			pratiche osservate, contribuire alla comprensione delle sfide comunicative coinvolte nella definizione degli obiettivi.				
P Pound et al; (1994) (19)	Inghilterra	Ictus	Descrivere le componenti della fisioterapia apprezzate dai sopravvissuti ad un ictus.	N°PZ=40 (24 hanno ricevuto la fisioterapia); M/F=21/19; ETA'= (40-87); TT= 10 mesi	Interviste approfondite	Analisi dei contenuti	Tema 1: "Attitudine positiva"; Tema 2: "Attitudine negativa"; Tema 3: "Attitudine indifferente"; Tema 4: "Pazienti senza esperienza di fisioterapia"
U Talvitie et al; (2002) (31)	Finlandia	Ictus	Investigare come, attraverso la conversazione, i fisioterapisti e i pazienti costruivano la loro interazione durante il trattamento fisioterapico per l'ictus.	N°PZ=9; AFASIA=3; M/F=3/6; ETA'= (42-85); FKT=10	Registrazione video del trattamento	Analisi del discorso	Tema 1: "Svolgimento del trattamento e interazione"; Tema 2: "Discorso dei terapisti"; Tema 3: "Discorso dei pazienti"
Ruth Parry; (2005) (18)	Inghilterra	Ictus	Descrivere e chiarire le pratiche qualificate con cui i fisioterapisti comunicano con i pazienti sui problemi di esecuzione in corso o recente delle attività di trattamento fisico; offrire una prospettiva sociologica su quest'area di pratica; esaminare le relazioni tra la pratica comunicativa effettiva e le raccomandazioni ufficiali; esplorare i problemi associati alla formulazione di standard relativi alla comunicazione e suggerire come questi potrebbero essere affrontati.	N°PZ=21; M/F=10/11; ETA'= (52-86); TT=3-105gg; FKT=10	Registrazione video del trattamento	Analisi della conversazione	Tema 1: "Comunicazione riguardo all'esecuzione di successo di un'attività di trattamento"; Tema 2: "Indicazioni dirette e correzione dei problemi"; Tema 3: "Modi meno diretti per gestire problemi recenti o in corso di esecuzione"; Tema 4: "Gestione prospettica dei problemi attraverso il formato delle istruzioni."

Tabella 3: Analisi dati

Nella tabella 4 vengono invece riportate le categorie e sottocategorie dei fattori di contesto estratte nei diversi articoli:

Caratteristiche del paziente	Mancanza di informazioni riguardo alla natura e al recupero dell'ictus (23,25,26,29,41)
	Recupero come processo naturale (21,29,41)
	Storia del trattamento (34)
	Aspettative sul trattamento (23,41)
	Obiettivi (23,25,35,41)
	Esperienze precedenti (33)
	Emozioni (23,28,31,39)
	Età (26,29,40)
	Dimissioni (21)
	Cambiamenti dovuti a malattia (23,25–27,41)
Caratteristiche del fisioterapista e supporto sociale	Supporto del team (19,30,33,34,39–41)
	Aspetti umani del team (19,27,33,34,40,41)
	Competenze del team (27,33,40)
	Il gruppo (23,40)
Caratteristiche della relazione	Relazione nella definizione di obiettivi (20,24,27,31,33,34,41)
	Alleanza tra terapisti e pazienti (20,27–29,34,38,41)
	Supporto del terapeuta (28,29,31,38,39)
	Coinvolgimento dei pz e delle sue caratteristiche da parte dei terapisti (26,30,31,34,36)
	La Famiglia e la rete sociale (27,29,32,34–36,38,40,41)
	Relazione tra pari (23,26,29,36,39,40)
	Feedback da parte del terapeuta (30,31,33)
	Espressione verbale/non verbale del paziente (20,30)
Caratteristiche del trattamento	Organizzazione della routine (32,38,40,41)
	Dimissioni e follow up (21,24,28,41)
	L'allenamento fisico (19,23,25,28,29,33,37)
	Presenza del caregiver (32,34,36)
	Impatto psicologico (28)
	Livello di intensità (26,27,33,38,40)
	Natura ripetitiva del trattamento (33,40)
	Trattamento personalizzato (32,33,40)

Caratteristiche del contesto sanitario	Ambiente sicuro e calmo (23,31)
	Tempi ristretti con familiari (34)
	Informazioni e accesso ai servizi (29,35)
	Trasporto (29,40)
	Posizione e caratteristiche del Luogo della terapia (27,40)
	Parcheggio (40)
	Sostegno Famiglia (40)
	Ristoro (40)
	Attività e materiale in camera (39)

Tabella 4: I fattori di contesto

3.3.1 Caratteristiche del paziente:

I temi più affrontati sono stati: la mancanza di informazioni riguardo alla natura e all'evoluzione dell'ictus, gli obiettivi, l'emozioni e i cambiamenti dovuti alla malattia. La mancanza di informazioni riguardo alla natura e all'evoluzione dell'ictus è stata discussa spesso e vista come un fattore che creava incertezza (23,25,26,29,41). Avere degli obiettivi era molto importante per i partecipanti. Gli obiettivi che venivano discussi riguardavano spesso le menomazioni fisiche e la capacità di ritornare alla propria quotidianità (23,25,35,41). La sensazione di sentirsi giudicati ed essere estranei alla società era un aspetto che influiva molto sull'umore dei pazienti (23,28,31,39,39). I pazienti ritenevano che la loro vita era stata sconvolta dopo l'ictus. Ritenevano di non aver più il controllo della loro vita (25) e di non avere più un ruolo all'interno della società (23). Fattori come la stanchezza condizionavano molto il loro umore e la loro determinazione (26,41).

3.3.2 Caratteristiche del fisioterapista e delle persone attorno al paziente:

Il supporto, gli aspetti umani, le competenze del team e le caratteristiche del gruppo sono stati discussi all'interno degli articoli. La motivazione, il supporto, l'aiuto a mantenere la concentrazione, gli atteggiamenti positivi del personale sono stati identificati come essenziali durante il percorso riabilitativo (19,31,33,34,39,41). I fisioterapisti e gli operatori sanitari venivano spesso descritti e apprezzati come persone sensibili, allegre, disponibili, solidali, attenti, "un po' psicologi" e che portavano fiducia (19,27,33,34,40,41). Questo però non rendeva meno importanti le competenze dei terapisti che sono stata anch'esse giudicate come positive (27,33,40). Un tema importante non presente in ambito muscolo-scheletrico, che invece è apparso più volte all'interno dei ventiquattro articoli, è stato il concetto di "gruppo", ovvero la possibilità di condivisione del percorso riabilitativo

con gli altri pazienti. Il gruppo è stato descritto come una famiglia, come un potente promotore di impegno e di crescita (23,40).

3.3.3 La relazione:

Nei 24 articoli la relazione risulta essere l'ambito più discusso e in linea con i domini esplorati in ambito muscolo-scheletrico è stata identificata la relazione terapeuta-paziente. La definizione degli obiettivi è stato un tema molto discusso. Essa infatti risulta essere un aspetto fondamentale per i pazienti anche se spesso viene trascurato dai terapeuti, che tendono a stabilire gli obiettivi autonomamente e solo successivamente a condividerli con i pazienti (20,24,27,31,33,34,41). Un altro aspetto che riguarda la relazione-terapeuta paziente è stata l'alleanza terapeutica e il supporto da parte del terapeuta. Il supporto e l'alleanza con il terapeuta sono stati considerati nella maggior parte dei casi, aspetti fondamentali nella riabilitazione (18,27–29,31,34,38,39,41). Il coinvolgimento del paziente e le sue caratteristiche è stato un tema molto trattato: i pazienti avevano il desiderio che le loro emozioni e i loro bisogni venissero presi in considerazione, cosa che spesso veniva trascurata (26,30,31,34,36).

Due temi non indagati in ambito muscolo-scheletrico sono stati frequentemente discussi all'interno dei ventiquattro articoli: La famiglia e la rete sociale e la relazione tra pari. La famiglia veniva vista spesso come fornitrice di supporto emotivo ed incoraggiamento (23,27,32,34–36,38,40,41). Solo in tre casi il rapporto sociale e la famiglia sono stati descritti come soffocanti e fonte di tensione (29,34,41). La relazione tra pari è stata descritta, nella maggior parte dei casi, come un'importante fonte di supporto e determinazione che faceva sentire i partecipanti parte di un gruppo (23,26,29,39,40). Inoltre, sono stati indagati anche i temi del *feedback* verbale/non verbale del terapeuta (30,31,33) e dell'espressione verbale/non verbale del paziente (20,30).

3.3.4 Caratteristiche del trattamento:

Diversi temi sono stati trattati riguardo alle caratteristiche del trattamento: organizzazione della routine, dimissione e follow up, allenamento fisico, presenza del *caregiver*, impatto psicologico, livello di intensità, natura ripetitiva del trattamento, trattamento personalizzato. Era importante per i partecipanti stabilire una routine giornaliera e settimanale. In alcuni casi è stato difficile inserire il trattamento all'interno della routine (40), in altri il trattamento permetteva ai partecipanti di programmare una routine e quindi di dare uno scopo alle loro giornate (32,38–40). La percezione dei partecipanti era quella che la dimissione avveniva in maniera affrettata senza una corretta gestione della stessa. Inoltre, è stata lamentata dai pazienti una carenza di *follow up*, che causava in loro un

aumento della paura di essere abbandonati a loro stessi una volta terminato il ciclo di fisioterapia (21,24,28,41). L'allenamento fisico era percepito come l'unico modo di guarire dall'ictus. Il programma di esercizi aumentava la fiducia e la motivazione nei pazienti (19,23,25,28,29,33,37). La presenza dei *caregiver* durante le sessioni di riabilitazione e le decisioni riguardo al trattamento, è stata descritta come importante e favorente la partecipazione (32,34,36). Il lavoro/programma ad alta intensità era visto come un successo, in quanto costringeva i pazienti ad impegnarsi duramente, raggiungere dei miglioramenti e di conseguenza migliorare la loro motivazione (33,38,40). Alcuni pazienti hanno ritenuto la terapia insufficiente e questo è stato visto come un aspetto negativo (26,27,38). Gli unici due articoli che hanno trattato la natura ripetitiva del trattamento, hanno riportato due opinioni diverse. In un caso la natura ripetitiva del trattamento è stata vista come fattore positivo, poiché favoriva il riconoscimento dei progressi (40), nell'altro ha diminuito l'impegno dei pazienti (33). La personalizzazione individuale del trattamento è stata molto apprezzata dai pazienti in quanto quest'ultimo veniva adattato alle esigenze della persona (32,33,40).

3.3.5 Caratteristiche del contesto sanitario:

Le caratteristiche del contesto sanitario non sono state molto discusse all'interno dei ventiquattro articoli. La mancanza di informazioni adeguate sull'accesso ai servizi è stato il tema maggiormente trattato riguardo alle caratteristiche del contesto sanitario (24,29,35). Altri temi presi in esame sono stati: l'importanza di un ambiente sicuro e calmo (23,31); la mancanza di supporto alla famiglia (40); l'importanza dei trasporti per l'accesso alla riabilitazione (29,40); la posizione e le caratteristiche del luogo della terapia (27,40); la disponibilità di parcheggio (40); i tempi ristretti con la famiglia (34); la presenza del ristoro per i familiari in sala d'attesa (40); il materiale per la riabilitazione nelle camere (39).

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

4.1 Sintesi dei dati estratti

L'obiettivo di questa meta-sintesi era quello di capire se e quali fattori di contesto influivano nella riabilitazione dei pazienti con ictus, attraverso l'analisi di studi qualitativi. Dopo aver escluso diversi studi, che non rientravano nei criteri di inclusione, sono stati analizzati ventiquattro studi qualitativi. L'analisi è stata fatta in base alla classificazione dei fattori di contesto individuata in ambito muscolo-scheletrico nel 2016 da Rossetini et al. (11). L'obiettivo, infatti, è quello di iniziare a porre delle basi riguardo all'identificazione di una tassonomia anche in ambito neurologico, iniziando dall'ictus. Grazie a questa tassonomia il professionista sanitario dovrebbe essere agevolato ad identificare le procedure terapeutiche più appropriate per il paziente, promuovendo un ambiente terapeutico positivo in grado di generare un effetto placebo e contribuendo quindi al miglioramento dell'esito del trattamento.

Dall'analisi di questi ventiquattro studi qualitativi, sono stati identificati diversi fattori che influiscono in modo positivo o negativo sul trattamento e sul recupero dei pazienti che sono stati colpiti dall'ictus.

Dall'analisi approfondita degli articoli esaminati, emerge un quadro in cui i pazienti, alle prese con le sfide della loro condizione, spesso si sentono smarriti e abbandonati. Per loro, la fisioterapia e gli esperti del settore rappresentano una sorta di faro nella tempesta, una speranza di recupero delle abilità perdute. Tuttavia, sorge un ostacolo significativo, ovvero la mancanza di comunicazione, sia tra i vari professionisti coinvolti, sia tra terapisti e pazienti stessi.

Le aspettative dei pazienti, in molti casi, si rivelano distanti dalla realtà. La loro mancanza di comprensione riguardo all'evoluzione del processo di recupero li porta a sperare in un ritorno completo alla loro vita precedente. Inoltre, i terapisti evitano spesso di condividere informazioni, essendo incerti sull'esatto percorso della patologia e sull'andamento del recupero, alimentando le aspettative di pieno recupero. Questo deficit di comunicazione e di condivisione di obiettivi ha conseguenze negative sulla riuscita dei trattamenti, generando nei pazienti un crescente senso di frustrazione ed impotenza riguardo al proprio recupero. Emerge così la necessità urgente di colmare questo divario comunicativo, promuovendo una comprensione reciproca tra i professionisti coinvolti ed i pazienti, contribuendo così a migliorare la qualità complessiva delle cure ed a rafforzare la fiducia nel percorso di guarigione. Oltre alle sfide legate alla condivisione degli obiettivi, emerge un ulteriore ostacolo nell'approccio dei terapisti: la difficoltà nel coinvolgere attivamente i pazienti nel processo

terapeutico. Questo elemento critico può ostacolare il progresso e la motivazione dei pazienti nel loro percorso di recupero.

La questione della comunicazione assume un ruolo centrale anche nel contesto delle dimissioni. Questo momento delicato nel percorso di recupero è spesso caratterizzato da un'assenza di preavviso e dalla mancata realizzazione degli obiettivi desiderati da parte dei pazienti. Di conseguenza, diventa essenziale adottare una comunicazione aperta, trasparente ed efficace durante l'intero periodo di trattamento. Una comunicazione chiara ed efficace durante il trattamento è cruciale per evitare che la dimissione diventi un momento di sorpresa e delusione per i pazienti. Il coinvolgimento attivo dei pazienti nella condivisione degli obiettivi, può contribuire a rendere infatti il momento della dimissione meno traumatico ed a garantire una transizione più fluida verso la fase successiva del loro percorso di recupero. In ultima analisi, la comunicazione empatica e collaborativa è fondamentale per il benessere dei pazienti e per il successo complessivo delle terapie.

Oltre a ciò, è da notare che in numerose pubblicazioni scientifiche è stata evidenziata la rilevanza della figura del *caregiver*. È emerso come sia cruciale per i terapisti stabilire collaborazione con queste figure, soprattutto nei casi di persone/pazienti con limitata autonomia. La stretta collaborazione tra i professionisti della salute ed i caregiver è stata enfatizzata in diversi studi come un elemento fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e il benessere dei pazienti con limitazioni nell'autonomia. Particolarmente degno di nota è il fatto che numerosi studi abbiano messo in luce il ruolo cruciale dell'atteggiamento e del coinvolgimento dei familiari nel condizionare l'aspetto psicologico del paziente. Questo fattore può avere un impatto significativo sull'esito complessivo di un trattamento. Pertanto, emerge la grande importanza di instaurare una collaborazione effettiva con i familiari dei pazienti, specialmente nei momenti più critici del percorso di cura. L'obiettivo di questa collaborazione è di consentire ai familiari di diventare un punto di riferimento fondamentale per il paziente, fornendo loro le risorse e le informazioni necessarie per offrire un sostegno adeguato. In situazioni complesse o durante fasi difficili del trattamento, l'assistenza di un caregiver informato ed empatico, che conosce a fondo la storia e le esigenze personali del paziente, può dimostrarsi estremamente preziosa.

È altrettanto importante sottolineare l'importanza delle persone che, avendo anch'esse subito un ictus, possono fornire un supporto significativo ai pazienti durante il percorso di recupero. Il sostegno emotivo, la motivazione e il dialogo con i propri pari, o persone che hanno condiviso esperienze simili, possono avere un impatto notevole sulla capacità dei pazienti di affrontare con serenità questo periodo di difficoltà. I programmi di riabilitazione in gruppo e i colloqui con individui affetti dalla stessa patologia rappresentano un'opportunità preziosa. Questi incontri possono contribuire a creare

un senso di comunità, ridurre l'isolamento e offrire ai pazienti un ambiente sicuro per condividere le proprie sfide, progressi e strategie di coping. La condivisione di esperienze tra pari può essere estremamente motivante e può generare una maggiore comprensione reciproca, favorendo un senso di appartenenza e fornendo supporto emotivo. Nel complesso, queste iniziative di gruppo e le opportunità di connessione con persone che hanno affrontato situazioni simili possono avere un impatto positivo sull'esito finale del trattamento. Fornire una rete di supporto sociale e l'opportunità di apprendere dagli altri può contribuire in modo significativo al benessere generale dei pazienti che stanno affrontando le sfide post-ictus.

4.2 Limiti

La ricerca è stata limitata ad articoli di lingua inglese e italiana, pertanto eventuali articoli in altre lingue sono stati persi. Inoltre sono stati inclusi solamente articoli qualitativi. Gli articoli che sono stati analizzati, erano svolti principalmente in Nord Europa, qualcuno in America del Nord e Oceania. Abbiamo pochi dati dal resto dell'Europa e dal resto della popolazione mondiale dove la cultura, i sistemi sanitari e le condizioni socio-economiche risultano essere differenti. In letteratura abbiamo trovato solamente tre studi che includessero pazienti con deficit di comunicazione. Questo potrebbe risultare un limite della ricerca in quanto le persone colpite da ictus che presentano deficit di comunicazione risultano essere un numero cospicuo. Infine solo undici articoli su ventiquattro sono stati pubblicati negli ultimi dieci anni, di cui quattro negli ultimi tre.

4.3 Qualità delle evidenze e rischio di bias

Gli studi inclusi all'interno della meta-sintesi sono tutti studi di tipo qualitativo, di conseguenza è complicato valutare il risk of bias. Inoltre, tale valutazione avrebbe una rilevanza limitata.

4.4 Potenziali bias nel processo di revisione

Nonostante il tentativo della ricerca fosse quello di includere tutti gli articoli qualitativi, e di impostare le stringhe di ricerca ponendo il *focus* su di essi, non mettendo limiti temporali, è possibile che qualche studio sia stato involontariamente tralasciato.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

I risultati ottenuti mettono in evidenza l'importante ruolo svolto dai fattori di contesto nella gestione dei pazienti colpiti da ictus. È importante quindi, considerare come fisioterapisti, l'importanza dei fattori di contesto durante la riabilitazione di questa tipologia di pazienti, al fine di migliorare l'efficacia dei trattamenti. Questo studio offre preziose indicazioni per sviluppare una classificazione dei fattori di contesto, che oltre ai temi evidenziati in ambito muscolo-scheletrico, dovrebbe includere nei sottotemi, la relazione con la famiglia e le caratteristiche della relazione tra pari.

5.1 Implicazioni per la pratica clinica

I risultati di questa meta-sintesi, sebbene ancora insufficienti per orientare la pratica clinica, mettono in evidenza l'importanza di considerare i fattori di contesto nella gestione dei pazienti affetti da ictus. Ogni trattamento riabilitativo è complesso e può essere influenzato in modo positivo o negativo da vari elementi. Pertanto, è cruciale saper modulare l'uso dei fattori di contesto, intrinsecamente neutri, ma che possono innescare un effetto placebo e avere un impatto positivo sull'esito di trattamento.

In generale, è consigliabile seguire, in termini di ragionamento clinico, la classificazione introdotta da Rossettini et al. colleghi nel contesto muscolo-scheletrico (11).

Tuttavia, questa meta-sintesi evidenzia l'importanza per i terapeuti di adottare un approccio globale e multidisciplinare, considerando le caratteristiche individuali di ciascun paziente. È fondamentale includere nell'anamnesi un'indagine sulle aspettative e le credenze del paziente, favorire una comunicazione chiara ed agevolare la condivisione degli obiettivi terapeutici, promuovendo al contempo un coinvolgimento attivo del paziente. Sarebbe opportuno andare a creare una relazione con il paziente fin dall'inizio del ricovero, in modo tale da rendere chiara e comprensibili l'evoluzione della patologia e della riabilitazione. Il problema principale, sta però nel fatto che anche i terapeuti spesso non conoscono l'evoluzione della patologia ed in relazione ad essa anche l'esito della riabilitazione, in quanto vi è una grande eterogeneità nell'evoluzione della malattia nei vari pazienti.

Inoltre, è essenziale prestare particolare attenzione al momento della dimissione, in quanto in questa fase delicata i pazienti potrebbero sperimentare ansia per il futuro ed una sensazione di abbandono, nel caso in cui i risultati attesi non siano stati raggiunti.

Dovremmo anche considerare attentamente l'interazione con il *caregiver*, poiché le sue credenze ed il modo in cui si relaziona con il paziente possono influenzare significativamente la mentalità del paziente stesso e, di conseguenza, l'esito del trattamento. Le soluzioni a questa tipologia di problema

potrebbero essere: garantire una maggiore presenza in reparto durante la degenza, il coinvolgimento da parte del fisioterapista del *caregiver* durante le sedute di terapia, il coinvolgimento dei *caregiver* nel processo di auto trattamento e durante la definizione degli obiettivi.

Un altro aspetto emerso molte volte all'interno della ricerca è sicuramente la relazione tra pari. Nella maggior parte dei casi la relazione con persone che stanno o hanno vissuto la stessa esperienza risultava essere motivante. La fisioterapia in gruppo potrebbe essere inserita nei programmi di riabilitazione dell'ictus, soprattutto per quanto riguarda gli stadi cronici della malattia. Attività di gruppo o colloqui tra pari potrebbero migliorare la motivazione dei pazienti. Inoltre, in questo modo i pazienti si sentirebbero maggiormente sostenuti e compresi, aspetti che spesso sono stati definiti come mancanti.

Come evidenziato dai risultati emersi, è essenziale, proprio come nel contesto muscolo-scheletrico, indagare le aspettative del paziente e le sue conoscenze relative alla patologia, anche in ambito neurologico. Dagli studi analizzati, emerge che questi fattori possono avere un impatto significativo sul pensiero del paziente, influenzando di conseguenza il suo processo di recupero. Una comunicazione chiara e comprensibile, arricchita da consigli pratici, può svolgere un ruolo fondamentale nel ridurre le possibili incomprensioni durante le sessioni terapeutiche. Questo approccio mirato non solo migliora la comunicazione tra terapeuta e paziente, ma può anche contribuire a ridurre i sentimenti negativi associati alla frustrazione derivante da eventuali insuccessi nel percorso di riabilitazione.

In sostanza, mettere il paziente al centro della comunicazione e fornire informazioni chiare e rilevanti può essere un elemento cruciale per il successo della terapia in ambito neurologico, aiutando i pazienti a comprendere meglio la loro condizione, le aspettative realistiche e le sfide del processo di recupero.

5.2 Implicazioni per la ricerca

Lo scopo dello studio era quello di raccogliere le opinioni dei pazienti colpiti da ictus, per andare a verificare se e quali fattori contestuali avessero influenzato il trattamento nella riabilitazione in seguito ad ictus. Il progetto futuro è quello di allargare la metodologia per studiare quali siano i fattori che influenzano tutta la riabilitazione nelle varie popolazioni neurologiche, andando a creare in questo modo delle tassonomie singole per ogni popolazione neurologica (e.g., Ictus, Parkinson, Sclerosi Multipla). In questo senso, verranno create delle stringhe di ricerca secondo lo standard SPIDER (*Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type*) (54) in modo tale da omettere meno articoli qualitativi possibili. Le stringhe di ricerca verranno successivamente lanciate nei vari *database* e gli articoli trovati verranno inseriti in "Rayyan". Da qui due revisori, in cieco, svolgeranno

il lavoro di inclusione ed esclusione degli articoli, che verrà successivamente revisionato da un terzo revisore.

Particolare attenzione dovrà essere prestata alla figura del *caregiver*, che in questa analisi si è rivelata come un fattore di contesto importante, ma anche al concetto di gruppo, che in questa analisi si è dimostrato un fattore di rilievo, fino ad ora mai preso in considerazione. Ovviamente non dovrà essere dimenticata l'interazione con il terapeuta, che come in ambito muscolo-scheletrico, anche nella riabilitazione dopo ictus è emerso come uno dei fattori del contesto più discussi dalla popolazione. Un altro aspetto importante sul quale va mantenuta l'attenzione è sicuramente il concetto di dimissione. Risulterà sicuramente importante in futuro anche lo svolgimento di studi quantitativi, tenendo però in considerazione la difficoltà nell'esecuzione di quest'ultimi in quanto il fenomeno risulta molto complesso da indagare. L'obiettivo futuro sarà quindi quello di andare a creare un vocabolario univoco che possa consentire ai fisioterapisti di ridurre la componente dell'errore durante il trattamento e creare un contesto favorevole alla buona riuscita di un trattamento di fisioterapia neurologica.

APPENDICE

STRINGHE DI RICERCA

- PUBMED

#1: ("Physical Therapy Specialty"[MeSH Terms]) OR ("Physical Therapy Modalities"[MeSH Terms]) OR ("Physical Therapists"[MeSH Terms])

#2: ("Ictus"[MeSH Terms]) OR ("Brain Ischemia"[MeSH Terms]) OR ("Intracranial Embolism and Thrombosis"[MeSH Terms]) OR ("Multiple Sclerosis"[MeSH Terms]) OR ("Parkinsonian Disorders"[MeSH Terms])

#3: ("Professional Competence"[MeSH Terms]) OR ("Education, Public Health Professional"[MeSH Terms]) OR ("Professional Practice"[MeSH Terms]) OR ("Behavior and Behavior Mechanisms"[MeSH Terms]) OR ("Comprehension"[MeSH Terms]) OR ("Aptitude"[MeSH Terms]) OR ("Formative Feedback"[MeSH Terms]) OR ("Professional Autonomy"[MeSH Terms]) OR ("Clinical Decision-Making"[MeSH Terms]) OR ("Attitude to Health"[MeSH Terms]) OR ("Emotions"[MeSH Terms]) OR ("Memory"[MeSH Terms]) OR ("Empathy"[MeSH Terms]) OR ("Nonverbal Communication"[MeSH Terms]) OR ("Therapeutic Touch"[MeSH Terms]) OR ("Interpersonal Relations"[MeSH Terms]) OR ("Comprehension"[MeSH Terms]) OR ("Health Communication"[MeSH Terms]) OR ("Patient-Centered Care"[MeSH Terms]) OR ("Health Promotion"[MeSH Terms]) OR ("Motivational Interviewing"[MeSH Terms]) OR ("Patient Outcome Assessment"[MeSH Terms]) OR ("Noise"[MeSH Terms]) OR ("Light"[MeSH Terms]) OR ("Music"[MeSH Terms]) OR ("Odorants"[MeSH Terms]) OR ("Temperature"[MeSH Terms]) OR ("Privacy"[MeSH Terms]) OR ("Plants"[MeSH Terms]) OR ("Architecture"[MeSH Terms]) OR ("Facility Design and Construction"[MeSH Terms])

TOT: #1 AND #2 AND #3

- EBSCO

#1: (MH "Physical Therapy Specialty") OR (MH "Physical Therapy Modalities") OR (MH "Physical Therapists")

#2: (MH "Ictus") OR (MH "Cerebrovascular Disorders") OR (MH "Brain Ischemia") OR (MH "Intracranial Embolism and Thrombosis") OR (MH "Multiple Sclerosis") OR (MH "Parkinsonian Disorders")

#3: (MH "Professional Competence") OR (MH " Education, Public Health Professional") OR (MH "Professional Practice") OR (MH "Behavior and Behavior Mechanisms") OR (MH "Comprehension") OR (MH "Aptitude") OR (MH "Formative Feedback") OR (MH "Professional Autonomy") OR (MH "Clinical Decision-Making") OR (MH "Clinical Reasoning") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Emotions") OR (MH "Memory") OR (MH "Empathy") OR (MH "Nonverbal Communication") OR (MH "Therapeutic Touch") OR (MH "Interpersonal Relations") OR (MH "Comprehension") OR (MH "Health Communication")OR (MH "Patient-Centered Care") OR (MH "Health Promotion") OR (MH "Motivational Interviewing") OR (MH "Patient Outcome Assessment") OR (MH "Noise")OR (MH "Light") OR (MH "Music") OR (MH "Odorants") OR (MH "Temperature")OR (MH "Privacy") OR (MH "Plants") OR (MH "Architecture") OR (MH "Facility Design and Construction")

TOT: #1 AND #2 AND #3

- COCHRANE

#1: (mh "Physical Therapy Specialty") OR (mh "Physical Therapy Modalities") OR (mh "Physical Therapists")

#2: (mh "Ictus") OR (mh "Brain Ischemia") OR (mh "Intracranial Embolism and Thrombosis") OR (mh "Multiple Sclerosis") OR (mh "Parkinsonian Disorders")

#3: (mh "Professional Competence") OR (mh "Education, Public Health Professional") OR (mh "Professional Practice") OR (mh "Behavior and Behavior Mechanisms") OR (mh "Comprehension") OR (mh "Aptitude") OR (mh "Formative Feedback") OR (mh "Professional Autonomy") OR (mh "Clinical Decision-Making") OR (mh "Attitude to Health") OR (mh "Emotions") OR (mh "Memory") OR (mh "Empathy") OR (mh "Nonverbal Communication") OR (mh "Therapeutic Touch") OR (mh "Interpersonal Relations") OR (mh "Comprehension") OR (mh "Health Communication") OR (mh "Patient-Centered Care") OR (mh "Health Promotion") OR (mh "Motivational Interviewing") OR (mh "Patient Outcome Assessment") OR (mh "Noise") OR (mh "Music") OR (mh "Odorants") OR (mh "Temperature")OR (mh "Privacy") OR (mh "Plants") OR (mh "Architecture") OR (mh "Facility Design and Construction")

TOT: #1 AND #2 AND #3

- WEB OF SCIENCE E SCOPUS

#1: ("Physical Therapy Specialty") OR ("Physical Therapy Modalities") OR ("Physical Therapists")

#2: ("Ictus") OR ("Brain Ischemia") OR ("Intracranial Embolism and Thrombosis") OR ("Multiple Sclerosis") OR ("Parkinsonian Disorders")

#3: ("Professional Competence") OR ("Education, Public Health Professional") OR ("Professional Practice") OR ("Behavior and Behavior Mechanisms") OR ("Comprehension") OR ("Aptitude") OR ("Formative Feedback") OR ("Professional Autonomy") OR ("Clinical Decision-Making") OR ("Attitude to Health") OR ("Emotions") OR ("Memory") OR ("Empathy") OR ("Nonverbal Communication") OR ("Therapeutic Touch") OR ("Interpersonal Relations") OR ("Comprehension") OR ("Health Communication") OR ("Patient-Centered Care") OR ("Health Promotion") OR ("Motivational Interviewing") OR ("Patient Outcome Assessment") OR ("Noise") OR ("Light") OR ("Music") OR ("Odorants") OR ("Temperature") OR ("Privacy") OR ("Plants") OR ("Architecture") OR ("Facility Design and Construction")

TOT: #1 AND #2 AND #3

NUOVA STRINGA

- PUBMED:

((("Physical Therapy Specialty"[MeSH Terms]) OR ("Physical Therapy Modalities"[MeSH Terms]) OR ("Physical Therapists"[MeSH Terms])) AND (("Stroke"[MeSH Terms]) OR ("Brain Ischemia"[MeSH Terms]) OR ("Intracranial Embolism and Thrombosis"[MeSH Terms]) OR ("Multiple Sclerosis"[MeSH Terms]) OR ("Parkinsonian Disorders"[MeSH Terms]))) AND (("Professional Competence"[MeSH Terms]) OR ("Education, Public Health Professional"[MeSH Terms]) OR ("Professional Practice"[MeSH Terms]) OR ("Behavior and Behavior Mechanisms"[MeSH Terms]) OR ("Comprehension"[MeSH Terms]) OR ("Aptitude"[MeSH Terms]) OR ("Formative Feedback"[MeSH Terms]) OR ("Professional Autonomy"[MeSH Terms]) OR ("Clinical Decision-Making"[MeSH Terms]) OR ("Attitude to Health"[MeSH Terms]) OR ("Emotions"[MeSH Terms]) OR ("Memory"[MeSH Terms]) OR ("Empathy"[MeSH Terms]) OR ("Nonverbal Communication"[MeSH Terms]) OR

("Therapeutic Touch"[MeSH Terms]) OR ("Interpersonal Relations"[MeSH Terms]) OR ("Comprehension"[MeSH Terms]) OR ("Health Communication"[MeSH Terms]) OR ("Patient-Centered Care"[MeSH Terms]) OR ("Health Promotion"[MeSH Terms]) OR ("Motivational Interviewing"[MeSH Terms]) OR ("Patient Outcome Assessment"[MeSH Terms]) OR ("Noise"[MeSH Terms]) OR ("Light"[MeSH Terms]) OR ("Music"[MeSH Terms]) OR ("Odorants"[MeSH Terms]) OR ("Temperature"[MeSH Terms]) OR ("Privacy"[MeSH Terms]) OR ("Plants"[MeSH Terms]) OR ("Architecture"[MeSH Terms]) OR ("Facility Design and Construction"[MeSH Terms])) AND ("Surveys and Questionnaires"[MeSH Terms] OR "Interview"[Publication Type] OR "Focus Groups"[MeSH Terms] OR "Observation"[MeSH Terms] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH Terms] OR "Hermeneutics"[MeSH Terms] OR "Patient Acuity"[MeSH Terms] OR "grounded theory"[MeSH Terms] OR "Narration"[MeSH Terms] OR "Questionnaire"[All Fields] OR "Interview"[All Fields] OR "Focus group"[All Fields] OR "case stud*"[All Fields] OR "observ*"[All Fields] OR "Qualitative method"[All Fields] OR "Hermeneutics"[All Fields] OR "Phenomenology"[All Fields] OR "grounded theory"[All Fields] OR "Narration"[All Fields] OR "story telling"[All Fields] OR "Storytelling"[All Fields] OR "story telling"[All Fields] OR "Thematic Analysis"[All Fields] OR "Content analysis"[All Fields])

INCLUSION/EXCLUSION CRITERIA

	INCLUSION	EXCLUSION
POPULATION	<ul style="list-style-type: none"> • Ictus • >18 years 	
EXPOSURE	<ul style="list-style-type: none"> • Contextual factors (main 5 topic of muscle-skeletal system) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sham exposure • Character changes due to pathology
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • 5 contextual topics 	
STUDY DESIGN	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative studies (focus group, interview, observation) • Unlimited year of publication • English and Italian language • Abstract available 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative studies (randomise control tial, prospettivi, retrospettivi) • Other languagese from Italian end English • Abstract not available

BIBLIOGRAFIA

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJB, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. luglio 2013;44 (7):2064–89.
2. Ictus [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie>
3. Avan A, Digaleh H, Di Napoli M, Stranges S, Behrouz R, Shojaeianbabaei G, et al. Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Med*. 24 ottobre 2019;17 (1):191.
4. Ministero della Salute Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio 8. 2019.
5. Hankey GJ. *Stroke*. *Lancet Lond Engl*. 11 febbraio 2017;389(10069):641–54.
6. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. luglio 2021;52 (7):e364–467.
7. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 4 luglio 2015;386(9988):46–55.
8. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A de, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc*. ottobre 2020;15 (7):763–88.
9. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 aprile 2014;2014 (4):CD001920.

10. Rossettini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 22 gennaio 2018;19 (1):27.
11. Testa M, Rossettini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther.* agosto 2016;24:65–74.
12. Carlino E, Benedetti F. Different contexts, different pains, different experiences. *Neuroscience.* 3 dicembre 2016;338:19–26.
13. Rossettini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch Physiother.* 2020;10:11.
14. Rossettini G, Palese A, Geri T, Fiorio M, Colloca L, Testa M. Physical therapists' perspectives on using contextual factors in clinical practice: Findings from an Italian national survey. *PLoS One.* 2018;13 (11):e0208159.
15. Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther.* aprile 2013;18 (2):96–102.
16. Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehabil.* settembre 2016;30 (9):921–30.
17. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother.* luglio 2017;63 (3):132–43.
18. Parry R. A video analysis of how physiotherapists communicate with patients about errors of performance: insights for practice and policy. *Physiotherapy.* 1 dicembre 2005;91 (4):204–14.
19. Pound P, Bury M, Gompertz P, Ebrahim S. Views of survivors of stroke on benefits of physiotherapy. *Qual Health Care QHC.* giugno 1994;3 (2):69–74.
20. Parry RH. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil.* settembre 2004;18 (6):668–82.

21. Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C. Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Soc Sci Med* 1982. settembre 2004;59 (6):1263–73.
22. Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C. Patients' expectations of recovery following stroke: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 10 novembre 2002;24 (16):841–50.
23. Reed M, Harrington R, Duggan A, Wood VA. Meeting stroke survivors' perceived needs: a qualitative study of a community-based exercise and education scheme. *Clin Rehabil.* gennaio 2010;24 (1):16–25.
24. Rosewilliam S, Sintler C, Pandyan AD, Skelton J, Roskell CA. Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? A qualitative study. *Clin Rehabil.* maggio 2016;30 (5):508–19.
25. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke - from two perspectives. *Scand J Caring Sci.* settembre 2003;17 (3):215–22.
26. Röding J, Lindström B, Malm J, Ohman A. Frustrated and invisible--younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disabil Rehabil.* 5 agosto 2003;25 (15):867–74.
27. Wohlin Wottrich A, Stenström CH, Engardt M, Tham K, von Koch L. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disabil Rehabil.* 21 ottobre 2004;26 (20):1198–205.
28. Salisbury L, Wilkie K, Bulley C, Shiels J. «After the stroke»: patients' and carers' experiences of healthcare after stroke in Scotland. *Health Soc Care Community.* luglio 2010;18 (4):424–32.
29. Morris JH, Oliver T, Kroll T, Joice S, Williams B. From physical and functional to continuity with pre-stroke self and participation in valued activities: a qualitative exploration of stroke survivors', carers' and physiotherapists' perceptions of physical activity after stroke. *Disabil Rehabil.* 2015;37 (1):64–77.
30. Reunanen MAT, Talvitie U, Järvikoski A, Pyöriä O, Härkäpää K. Client's role and participation in stroke physiotherapy encounters: an observational study. *Eur J Physiother.* 1 ottobre 2016;18 (4):210–7.
31. Talvitie U, Reunanen M. Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment. *Physiotherapy.* 1 febbraio 2002;88 (2):77–88.

32. Galvin R, Stokes E, Cusack T. Family-Mediated Exercises (FAME): an exploration of participant's involvement in a novel form of exercise delivery after stroke. *Top Stroke Rehabil.* febbraio 2014;21 (1):63–74.
33. Sivertsen M, De Jaegher H, Arntzen EC, Alstadhaug KB, Normann B. Embodiment, tailoring, and trust are important for co-construction of meaning in physiotherapy after stroke: A qualitative study. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther.* luglio 2022;27 (3):e1948.
34. Pereira CM, Greenwood N, Jones F. From recovery to regaining control of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals. *Disabil Rehabil.* ottobre 2021;43 (20):2897–908.
35. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot LR, et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC Geriatr.* 13 agosto 2007;7:20.
36. Cott CA. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disabil Rehabil.* 16 dicembre 2004;26 (24):1411–22.
37. Merali S, Cameron JI, Barclay R, Salbach NM. Experiences of people with stroke and multiple sclerosis and caregivers of a community exercise programme involving a healthcare-recreation partnership. *Disabil Rehabil.* maggio 2020;42 (9):1220–6.
38. Janssen J, Klassen TD, Connell LA, Eng JJ. Factors Influencing the Delivery of Intensive Rehabilitation in Stroke: Patient Perceptions Versus Rehabilitation Therapist Perceptions. *Phys Ther.* 7 febbraio 2020;100 (2):307–16.
39. Eng XW, Brauer SG, Kuys SS, Lord M, Hayward KS. Factors Affecting the Ability of the Stroke Survivor to Drive Their Own Recovery outside of Therapy during Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke Res Treat.* 2014;2014:626538.
40. Signal N, McPherson K, Lewis G, Kayes N, Saywell N, Mudge S, et al. What influences acceptability and engagement with a high intensity exercise programme for people with stroke? A qualitative descriptive study. *NeuroRehabilitation.* 14 ottobre 2016;39 (4):507–17.
41. Brown M, Levack W, McPherson KM, Dean SG, Reed K, Weatherall M, et al. Survival, momentum, and things that make me «me»: patients' perceptions of goal setting after stroke. *Disabil Rehabil.* 2014;36 (12):1020–6.

42. Clark MS. Patient and spouse perceptions of stroke and its rehabilitation. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation*. marzo 2000;23 (1):19–29.
43. Blickem C, Priyadharshini E. Patient narratives: the potential for «patient-centred» interprofessional learning? *J Interprof Care*. dicembre 2007;21 (6):619–32.
44. Olaleye OA, Hamzat TK, Akinrinsade MA. Satisfaction of Nigerian stroke survivors with outpatient physiotherapy care. *Physiother Theory Pract*. gennaio 2017;33 (1):41–51.
45. Damush TM, Plue L, Bakas T, Schmid A, Williams LS. Barriers and facilitators to exercise among stroke survivors. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. dicembre 2007;32 (6):253–60, 262.
46. Pohl P, Carlsson G, Bunketorp Käll L, Nilsson M, Blomstrand C. Experiences from a multimodal rhythm and music-based rehabilitation program in late phase of stroke recovery - A qualitative study. *PloS One*. 2018;13 (9):e0204215.
47. Hillsdon KM, Kersten P, Kirk HJS. A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack. *Clin Rehabil*. settembre 2013;27 (9):845–53.
48. Kendall M, Cowey E, Murray SA, Barber M, Borthwick S, Boyd K, et al. 162Experiences And Multi-Dimensional Needs of People With Major Stroke And Their Family Carers. *Age Ageing*. 1 maggio 2017;46(suppl_1):i46.
49. Conneeley AL. Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: A Qualitative Study. *Br J Occup Ther*. giugno 2004;67 (6):248–55.
50. Aguiar LT, Nadeau S, Teixeira-Salmela LF, Reis MTF, Peniche P da C, Faria CDC de M. Perspectives, satisfaction, self-efficacy, and barriers to aerobic exercise reported by individuals with chronic stroke in a developing country. *Disabil Rehabil*. giugno 2022;44 (13):3089–94.
51. Seiger Cronfalk B, Åkesson E, Nygren J, Nyström A, Strandell AM, Ruas J, et al. A qualitative study-Patient experience of tactile massage after stroke. *Nurs Open*. settembre 2020;7 (5):1446–52.

52. Paryono P, Ar Rochmah M, Setyopranoto I, Trisnantoro L. Postacute-Stroke Management Problems in Home Care Service: A Qualitative Single-Centered Study in Yogyakarta, Indonesia. *J Neurosci Rural Pract.* gennaio 2022;13 (1):50–9.
53. Göttgens I, Modderkolk L, Jansen C, Darweesh SKL, Bloem BR, Oertelt-Prigione S. The salience of gender in the illness experiences and care preferences of people with Parkinson's disease. *Soc Sci Med* 1982. marzo 2023;320:115757.
54. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res.* ottobre 2012;22 (10):1435–43.