



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi*

TESI DI LAUREA

IL PAZIENTE CON ESITI DI ICTUS: BISOGNI E MODALITÀ DI GESTIONE NELLE
STRUTTURE RIABILITATIVE DI VENETO E LOMBARDIA.

(The patient with stroke: needs and management methods in rehabilitation facilities of Veneto and
Lombardia.)

RELATORE: Dott., Ft., Prof.ssa Alessia Pasin

LAUREANDO: Maestroni Gloria

INDICE

RIASSUNTO	III
ABSTRACT	IV
INTRODUZIONE	1
1. L'ICTUS	2
1.1. Definizione	2
1.2. Diagnosi e sintomi	2
1.3. Epidemiologia	3
1.4. Fattori di rischio e prevenzione	3
1.5. Quadro clinico e fasi	4
1.5.1. <i>Danno all'emisfero cerebrale destro o sinistro</i>	4
1.5.2. <i>Fase acuta</i>	5
1.5.3. <i>Fase subacuta</i>	5
1.5.4. <i>Fase degli esiti</i>	6
1.5.5. <i>Complicanze associate</i>	7
1.5.6. <i>Prognosi</i>	7
1.5.7. <i>Scale di valutazione fisioterapica</i>	8
1.6. Trattamento ospedaliero	10
1.7. Trattamento post ospedaliero	11
1.7.1. <i>Arto superiore</i>	11
1.7.2. <i>Arto inferiore</i>	11
1.7.3. <i>Equilibrio e rischio cadute</i>	12
1.7.4. <i>Attività aerobica</i>	13
1.7.5. <i>Prevenzione secondaria</i>	13
1.7.6. <i>Assistenza domiciliare integrata</i>	14
1.7.7. <i>Teleriabilitazione</i>	14
1.8. Continuità assistenziale	15
1.8.1. <i>Necessità di continuità</i>	15
1.8.2. <i>Famiglia e caregiver</i>	15
2. MATERIALI E METODI	16
2.1. La ricerca bibliografica	16
2.1.1. <i>Elaborazione del questionario</i>	16
2.2. Formulazione del questionario	18
2.2.1. <i>Contenuto</i>	19
2.2.2. <i>Divulgazione</i>	20
2.2.3. <i>Privacy e trattamento dati</i>	21

3. RISULTATI	22
3.1. Risultati del questionario d'indagine	22
3.1.1. <i>Sezione relativa ai dati del compilatore e alle caratteristiche della struttura</i>	22
3.1.2. <i>Sezione relativa al personale ed alle risorse disponibili</i>	23
3.1.3. <i>Sezione relativa alle influenze dettate dalla pandemia da SARS-Cov2</i>	24
3.1.4. <i>Sezione relativa alla presa in carico riabilitativa del paziente</i>	26
3.1.5. <i>Sezione relativa al dolore</i>	27
3.1.6. <i>Sezione relativa all'organizzazione delle sedute fisioterapiche</i>	29
4. DISCUSSIONE	35
4.1. Fondi e risorse a disposizione	35
4.2. Influenza della pandemia da SARS-CoV2	36
4.3. Trattamento	37
CONCLUSIONI	41
BIBLIOGRAFIA	42
ALLEGATI	V

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: Nonostante l'avanzamento della medicina ed una maggior attenzione ai fattori di rischio, l'ictus è, ancora oggi, la seconda causa di morte dopo le malattie ischemiche del cuore. Dei sopravvissuti a ictus, il 75% riporta una qualche forma di disabilità residua impattante sulla funzionalità e sull'autonomia nella vita quotidiana anche a distanza di anni, motivo per cui tale evento può essere considerato a tutti gli effetti una patologia cronica. Tuttavia, se esistono evidenze sulla necessità e sul beneficio di proseguire il trattamento riabilitativo anche nella fase successiva alla dimissione in seguito al primo ricovero, risulta invece difficile individuare una modalità univoca di gestione da parte dei diversi servizi di riabilitazione.

OBIETTIVO: Indagare in letteratura i bisogni e le relative modalità di gestione del paziente con esiti di ictus dopo la dimissione ospedaliera e approfondire le modalità di gestione messe in atto nelle strutture riabilitative delle regioni Veneto e Lombardia confrontandole con le evidenze emerse dalla revisione della letteratura.

MATERIALI E METODI: È stata condotta una ricerca nelle banche dati Pubmed, PEDro e Cochrane relativa ai bisogni e alle modalità di trattamento del paziente con esiti di ictus al fine di elaborare un questionario di 36 domande complessive. Quest'ultimo è stato successivamente distribuito attraverso posta elettronica alle strutture riabilitative di Lombardia e Veneto, raggiungendo un totale di 289 strutture i cui recapiti sono stati reperiti attraverso la consultazione dei siti istituzionali dedicati alla gestione del comparto salute delle due regioni. Il questionario è stato messo a disposizione tramite collegamento ipertestuale, risultando disponibile on-line dalle ore 8:00 del 25 Luglio 2022 alle ore 00:00 del 9 Settembre 2022.

RISULTATI: In totale sono state raccolte 37 risposte da cui sono emersi sia aspetti di sovrapposibilità sia di discordanza nelle modalità di gestione del paziente con esiti di ictus da parte delle strutture partecipanti all'indagine. In quasi tutti i quesiti riguardanti la gestione dei pazienti, le risposte sono risultate congruenti con le evidenze messe a disposizione dalla letteratura mentre sono emerse alcune criticità riguardanti, in particolar modo, la disponibilità e la gestione dei fondi, la tele-riabilitazione ed il tempo a disposizione per il trattamento riabilitativo.

CONCLUSIONI: Le risposte raccolte hanno messo in luce che i bisogni del paziente con esiti di ictus riscontrati dalle strutture che hanno partecipato all'indagine sono congruenti con quelli riconosciuti dalla letteratura. Per quanto riguarda, invece, la modalità di gestione dei medesimi, è stato possibile riscontrare alcune differenze tra le conclusioni della letteratura e l'applicazione all'interno della realtà clinica e organizzativa. In particolare, è stato possibile riscontrare una distribuzione e gestione disomogenea dei fondi anche tra strutture con il medesimo inquadramento aziendale, un utilizzo ridotto della tele-riabilitazione nonostante le attuali evidenze ne convalidino l'efficacia e difficoltà gestionali determinate dalla mancanza di tempo a disposizione per il trattamento riabilitativo. Ulteriori studi, comprendenti anche eventuali indagini di tipo qualitativo, sarebbero necessari per l'approfondimento delle motivazioni alla base delle discrepanze emerse tra letteratura e realtà operativa.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Despite medical advances and increased attention to risk factors, stroke is still the second leading cause of death after ischaemic heart disease. Of stroke survivors, 75% report some form of residual disability impacting on function and autonomy in daily life even years later, which is why this event can be considered a chronic condition to all intents and purposes. However, while there is evidence on the need and benefit of continuing rehabilitation treatment even in the post-discharge phase following initial hospitalisation, it is difficult to identify a univocal mode of management by the various rehabilitation services.

OBJECTIVE: To investigate in the literature the needs and the relative management modalities of patients with stroke after hospital discharge and to investigate the management modalities implemented in the rehabilitation facilities of the Veneto and Lombardy regions by comparing them with the evidence emerging from the literature review.

MATERIAL AND METHODS: A search was conducted in the Pubmed, PEDro and Cochrane databases on the needs and treatment modalities of patients with stroke outcomes to draw up a questionnaire with a total of 36 questions. The latter was subsequently distributed by e-mail to the rehabilitation facilities of Lombardy and Veneto, reaching a total of 289 facilities whose contact details were found by consulting the institutional websites dedicated to the management of the health sector of the two regions. The questionnaire was made available via hypertext link, being available on-line from 8:00 a.m. on July 25th, 2022, to 00:00 a.m. on September 9th, 2022.

RESULTS: A total of 37 answers were collected leading up to the standing out of aspects both of overlap and discordance in the way stroke patients are managed by the facilities participating in the survey. Regarding almost all the questions concerning the management of patients, answers were congruent with the evidence available in the literature, while some critical points emerged concerning the availability and management of funds, tele-rehabilitation, and the time available for rehabilitation treatment.

CONCLUSIONS: The collected answers showed that the needs of patients with stroke outcomes singled out by facilities participating in the survey are congruent with those recognised by the literature. Regarding, instead, the management of those needs, it was possible to find some differences between the conclusions of the literature and the application within the clinical and organizational reality. It was possible to find an uneven distribution and management of funds even among facilities with the same corporate framework, a reduced use of tele-rehabilitation despite the current evidence validates its efficacy, and management difficulties determined by the lack of time available for rehabilitation treatment. Further studies, including possible qualitative investigations, would be necessary to deepen the reasons underlying the discrepancies emerged between the literature and the operational reality.

INTRODUZIONE

L'ictus è ancor oggi, nonostante l'avanzamento della medicina ed una maggior attenzione ai fattori di rischio, la seconda causa di morte dopo le malattie ischemiche del cuore; il Ministero della Salute italiana dichiara esserci infatti circa 90000 ricoveri annui per ictus di cui il 20%, sono recidive. Questi dati suggeriscono già in maniera a sé stante il forte impatto che questa condizione ha sulla popolazione, ma ancora più incisiva è la percentuale, che si aggira attorno al 75%, di persone che, dopo essere sopravvissuta, residua con una qualche forma di disabilità impattante sulla funzionalità e sull'autonomia nella vita quotidiana anche a distanza di anni, tanto che, ad oggi, l'ictus viene considerata una patologia cronica¹. Proprio le persistenti restrizioni della partecipazione suggeriscono la necessità per i pazienti di proseguire il trattamento riabilitativo, sia nella fase post acuta, in cui la condizione clinica è stabilizzata ed il paziente viene dimesso, sia in quella cronica negli anni successivi all'evento ictale²⁻⁶. Se esistono evidenze condivise rispetto all'attuazione di un programma di prevenzione secondaria e di esercizi ed attività fisiche dopo la dimissione dal centro di riabilitazione post-acuzie, la letteratura riporta tuttavia che le difficoltà di questi soggetti sono diverse e con diversi gradi di complicazione^{3,5-7}, ragione per cui risulta difficile stilare una modalità univoca di gestione. Da questo ultimo aspetto nasce l'interesse di approfondimento di questo lavoro relativamente alle modalità di gestione individuate nei diversi presidi riabilitativi per far fronte ai bisogni espressi da questi individui. Lo studio si propone di indagare tali modalità attraverso la somministrazione di un questionario alle strutture riabilitative delle regioni Veneto e Lombardia con l'obiettivo di individuare, attraverso l'analisi dei risultati, se esistano eventuali modalità di gestione dei pazienti con esiti di ictus condivise o maggiormente rappresentate, valutandone successivamente efficacia ed efficienza sulla base delle evidenze messe a disposizione da parte della letteratura scientifica.

1. L'ICTUS

1.1. Definizione

Ictus, dal latino “colpo”, è un evento cerebrovascolare caratterizzato dalla comparsa improvvisa di segni o sintomi neurologici focali; esso viene distinto dal TIA, attacco ischemico transitorio, per la durata della sintomatologia che supera le 24 ore⁸.

Sebbene le manifestazioni siano diverse tra i vari pazienti il punto comune è, oltre alla durata dell'evento, l'interessamento cerebrale; il cervello è infatti in questo caso il bersaglio di emorragie o infarti che, a seconda del vaso sanguigno e delle sue diramazioni principalmente coinvolte, si associano ad una sindrome specifica⁹.

L'ictus cerebrale viene distinto in ictus ischemico e ictus emorragico: nel primo caso si tratta più frequentemente dell'occlusione di un vaso sanguigno a causa di un embolo con conseguente infarto della zona cerebrale irrorata dal medesimo vaso mentre nel secondo caso si verifica la fuoriuscita di sangue, che invade poi le aree cerebrali limitrofe, a causa della rottura di un vaso¹⁰.

Il tipo di embolo più frequente è il trombo, ma può essere costituito anche da masse lipidiche, da un blocco di cellule tumorali, da una bolla di gas; in generale si tratta di un ostacolo alla circolazione non adeso alle pareti, bensì fluttuante, che nel momento in cui arriva tramite il flusso sanguigno ad un vaso di diametro inferiore ostruisce il decorso del sangue. Comunemente il trombo origina a livello delle carotidi dove possono esserci placche arteriosclerotiche che, ulcerando la parete, determinano la deposizione di fibrina e piastrine che costituiscono il trombo¹¹.

Per quanto riguarda l'ictus emorragico, invece, l'emorragia più rappresentata è quella parenchimale ovvero quella che causa fuoriuscita di sangue all'interno del parenchima cerebrale con la formazione successiva di un ematoma intraparenchimale mentre meno comune è l'emorragia subaracnoidea in cui la fuoriuscita di sangue avviene a livello dello spazio subaracnoideo⁹.

1.2. Diagnosi e sintomi

Dal punto di vista diagnostico il goal standard è la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) che consente una rapida differenziazione tra infarto ed emorragia. L'esecuzione di una TAC è inoltre rapida e di facile accessibilità con la possibilità di evidenziare immediatamente, qualora dovesse esserci, l'ematoma intracerebrale grazie all'iperdensità del sangue stravasato. Grazie a questo esame è possibile anche individuare segni iniziali di infarto ischemico, quali la ipodensità precoce, espressione diretta dell'edema citotossico, e la iperdensità dell'arteria cerebrale media, segno di occlusione tromboembolica e quindi segno indiretto di lesione ischemica; la TAC permette così, di orientare fin da subito l'iter clinico e terapeutico^{12,13}.

Secondariamente possono rivelarsi utili l'esecuzione di una risonanza magnetica, per poter delineare in maniera precisa l'estensione del danno cerebrale e le sue caratteristiche, e uno studio dei vasi colpiti dall'evento; il sangue contenuto nei vasi, infatti, si muove e viene registrato come un'assenza di segnale disegnando così il circolo sanguigno^{14,15}.

Prima ancora dell'impiego di qualsiasi tecnica di neuroimaging è tuttavia possibile eseguire una diagnosi precoce attraverso l'osservazione clinica: segni e sintomi comuni sono infatti improvviso intorpidimento o debolezza di un emilato, difficoltà a parlare o a capire, senso di confusione, difficoltà visiva o cecità transitoria di un occhio, mal di testa fulmineo, improvvisa perdita di tono con caduta a terra (drop attack) e difficoltà a deambulare¹⁴.

Comunemente, all'accesso in pronto soccorso, vengono somministrati il FAST (Face Arm Speech Test) o la Cincinnati Prehospital Stroke Scale al fine di identificare in maniera tempestiva i sintomi principali dell'ictus^{9,16}.

1.3. Epidemiologia

Ogni anno l'ictus colpisce un elevato numero di persone, soprattutto di età maggiore ai 55 anni, sia a livello globale che nazionale: si parla, infatti, di 15 milioni di persone in tutto il mondo di cui 5 milioni vanno in contro a morte e 5 milioni a disabilità permanente. L'ictus rappresenta globalmente la seconda causa di morte e la terza di disabilità¹⁷⁻²⁰. La situazione in Italia non si discosta molto da quella mondiale; l'ictus, con circa 90000 ricoveri annui, è infatti la seconda causa di morte e la prima per invalidità. L'ictus ischemico rappresenta la maggior parte di tutti gli ictus (65-90%) seguito dalle emorragie intraparenchimali (10-25%) e dalle emorragie subaracnoidee (0,5-5%)²¹. Negli ultimi anni si è osservata in Italia una riduzione dell'incidenza e della mortalità degli eventi cerebrovascolari, con diminuzione del numero dei ricoveri da ictus e TIA, dovuta al miglioramento dell'efficacia delle misure preventive e terapeutico assistenziali¹.

1.4. Fattori di rischio e prevenzione

Proprio allo scopo di ridurre l'incidenza di questa patologia è bene conoscere quelli che sono i fattori di rischio e, correlatamente, le modalità di prevenzione possibili. Come per tutte le patologie i fattori di rischio possono essere divisi in modificabili, ovvero quelli su cui si può intervenire in termini di prevenzione, e non modificabili.

Tra i fattori di rischio non modificabili si trova l'età: l'incidenza dell'evento cerebrovascolare aumenta infatti con l'età e, a partire dai 55 anni, il rischio raddoppia per ogni decade. Altro fattore non modificabile è il sesso: il sesso maschile risulta di fatto maggiormente colpito così come coloro che hanno una predisposizione familiare.

Da ultimo vanno considerati coloro che già hanno sofferto di un evento cerebrovascolare in quanto la percentuale di recidive è elevata, si parla in Italia del 20%²².

Tra i fattori su cui è possibile attuare un intervento di prevenzione si possono citare l'ipertensione, il diabete, il sovrappeso, la sedentarietà, il fumo e la fibrillazione atriale. Per quanto riguarda l'ipertensione è suggeribile un controllo periodico della pressione arteriosa che non deve superare i 140/90mmhg; anche per la fibrillazione atriale risulta fondamentale un controllo periodico di polso e pressione in quanto molto spesso coloro che ne soffrono non ne sono consapevoli²³. Sovrappeso, diabete, sedentarietà e fumo possono essere invece riferiti allo stile di vita: mantenere uno stile di vita sano e attivo può contribuire in maniera importante alla prevenzione¹.

Risulta importante seguire una dieta equilibrata povera di grassi insaturi, eseguire attività fisica regolarmente e smettere di fumare²⁴⁻²⁶.

1.5. Quadro clinico e fasi

1.5.1. Danno all'emisfero cerebrale destro o sinistro

Dal punto di vista del quadro clinico in seguito ad un evento ictale è estremamente difficile, se non impossibile, individuare una modalità di manifestazione univoca tra i pazienti; questo perché i segni che si riscontrano nel paziente dipendono strettamente dall'area cerebrale colpita. Per capire quindi cosa aspettarsi è possibile fare una prima distinzione tra pazienti colpiti all'emisfero cerebrale destro e pazienti colpiti all'emisfero cerebrale sinistro nel caso di infarto all'arteria cerebrale media che risulta essere il più comune^{8,9,27}.

Se ad essere colpito è l'emisfero di destra, i segni più comuni sono: emiparesi/emiplegia controlaterale a livello dell'arto superiore e inferiore e della porzione inferiore del viso, emianopsia o quadrantopsia, deficit sensitivo controlaterale del volto, sia superiormente, che inferiormente. Segno caratteristico della lesione all'emisfero destro è l'agnosia in tutti gli ambiti ovvero l'incapacità da parte del soggetto di riconoscere oggetti, persone, spazio circostante e addirittura la propria condizione di salute²⁸⁻³¹.

Se ad essere colpito è invece l'emisfero di sinistra, quello dominante, si riscontrerà come nel caso dell'emisfero destro emiparesi o emiplegia dell'emilato controlaterale, emianopsia o quadrantopsia e deficit sensitivi alla parte destra del volto. In caso di coinvolgimento dell'emisfero destro possiamo poi parlare di afasia a causa della possibile compromissione delle aree di Broca e Wernicke deputate rispettivamente alla produzione e alla comprensione del linguaggio. Il soggetto potrà avere, quindi, difficoltà di espressione unitamente o meno a difficoltà di comprensione^{29,31,32}.

1.5.2. Fase acuta

Le primissime ore dopo la comparsa dei sintomi sono le più importanti al fine di ottenere la miglior prognosi possibile; non appena arrivano in pronto soccorso ai pazienti viene eseguita una TAC che permette sin da subito di delineare il quadro clinico e quindi anche il quadro di intervento sulla base della presenza o meno di emorragia^{12,13}. Nelle tre - quattro ore successive alla comparsa dei sintomi viene valutata secondo precisi criteri quali un valore della pressione sistolica < 185 mmHg, un valore della pressione diastolica < 110 mmHg e un valore della glicemia > 50 mg/dL, la possibilità di somministrare un attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante; esso può essere infatti somministrato solo grazie ad un intervento immediato e senza che vi sia il rischio di creare un'emorragia cerebrale, permettendo una maggiore probabilità di ottenere un recupero delle funzioni neurologiche^{14,15}.

Qualora non fosse possibile somministrare questo farmaco rimane aperta la possibilità di eseguire la trombolisi in situ (trombolisi intrarteriosa sotto guida angiografica) di un trombo o di un embolo a livello dell'arteria cerebrale media fino a sei ore dalla comparsa dei sintomi, o a livello dell'arteria basilare fino alle dodici ore; questa procedura rappresenta attualmente il trattamento standard impiegato all'interno delle grandi stroke unit^{15,33}. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti non è candidata alla terapia trombolitica³³; a questa, quindi, è necessaria la somministrazione di un farmaco antiaggregante³⁴.

Dopo la prima fase di stabilizzazione delle condizioni cliniche è opportuno valutare lo stato di coscienza, le competenze deglutitorie, l'efficienza cognitiva e comunicativa, lo stato nutrizionale, il rischio decubiti, il rischio caduta e le esigenze del paziente. Secondo le linee guida di Santilli et al del 2017 i deficit che residuano in seguito ad ictus cerebrale dovrebbero essere valutati attraverso un accurato esame obiettivo, test standardizzati e la somministrazione della National Institutes of Health Stroke Scale^{2,35}.

Durante la fase acuta è molto comune, salvo negli ictus lievi, che il paziente si trovi in una condizione di flaccidità di tutto l'emilato colpito a cui segue, nella maggior parte dei casi, l'insorgenza di spasticità con presenza di reazioni associate e sinergie flessorie o estensorie agli arti⁹.

1.5.3. Fase subacuta

La seconda fase, a seguito della stabilizzazione del quadro clinico - funzionale del paziente, è caratterizzata dall'inizio della riabilitazione globale all'interno del contesto ospedaliero; tutti i professionisti sanitari coinvolti intervengono interdisciplinariamente per valutare le condizioni iniziali e stilare di conseguenza un progetto riabilitativo.

Dal punto di vista fisioterapico la valutazione viene condotta in riferimento all'International Classification of Functioning (ICF) mentre le linee guida indicano le scale FIM (Functional Independence Measure) e Barthel Index come strumenti di valutazione oggettiva utili ai fini prognostici e alla stima della durata del ricovero^{2,35,36}. Durante questo periodo l'obiettivo principale è quello di ridurre il più possibile le menomazioni conseguenti all'evento sfruttando la neuroplasticità cerebrale e favorire, utilizzando la rete dei servizi territoriali, il miglior inserimento sociale possibile^{35,37}. È estremamente importante proprio a questo fine valutare se il danno sia esclusivamente motorio o se vi sia anche la presenza di componenti di compromissione cognitiva e percettiva; la percezione è infatti estremamente importante e spesso intaccata in un evento cerebrovascolare³⁸. Il periodo di ricovero è il tempo durante il quale il fisioterapista, insieme al medico fisiatra, assegna eventuali ausili e ortesi sulla base delle necessità prima della dimissione; le linee guida di Santilli et al del 2017 riportano come importante criticità il fatto che non esista una raccomandazione specifica relativamente ad un ausilio per la deambulazione², ma nella revisione "Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation" (EBRSR) viene citato uno studio che consiglia come più efficaci il quadripode e il deambulatore rispetto al bastone canadese^{37,38}.

1.5.4. Fase degli esiti

Dopo aver verificato le condizioni del domicilio e gli adattamenti necessari, formato opportunamente il caregiver, verificato i rischi, raggiunto una condizione clinica stabile, elaborato un opportuno piano di follow up, il paziente viene dimesso per il rientro al domicilio o in struttura residenziale con il successivo affidamento dell'assistenza al caregiver^{4,39}. Da questo momento in avanti, i pazienti continuano la terapia farmacologica anticoagulante al fine di evitare nuove formazioni di trombi; questa classe di farmaci interferisce con i fattori della coagulazione che, per essere attivi necessitano di vitamina K contenuta in diverse classi di alimenti. Quest'ultimo aspetto, unito alla necessità di tenere sotto controllo glicemia e colesterolo e, in alcuni casi, anche la presenza di disfagia, spiegano la necessità da parte dei pazienti di seguire un regime alimentare controllato^{26,40}.

Il rientro al domicilio o alle proprie attività è anche spesso caratterizzato dall'insorgenza di problematiche di carattere psicologico come la depressione⁴¹.

Dal punto di vista motorio i deficit possono essere molteplici, ma ad essere maggiormente interessato è l'arto superiore, caratterizzato da un recupero più lento e da condizioni dolorose come la sublussazione o la sindrome spalla mano; oltre a questo, vi è un significativo aumento del rischio cadute determinato dalla mancanza di equilibrio e da una riduzione della performance nel cammino qualora questo venga, almeno parzialmente, recuperato³⁹. In generale, i pazienti si ritrovano in uno stato di decondizionamento globale, dannoso ai fini della prevenzione secondaria⁴².

Proprio per questo le linee guida sono concordi nell'indicare di proseguire il trattamento riabilitativo dopo la dimissione dal centro di riabilitazione post-acuzie attraverso un programma di esercizi ed attività fisiche ed attuare prevenzione secondaria per nuovi eventi; l'ictus viene infatti ad oggi considerata una malattia cronico degenerativa^{2,39,42}.

1.5.5. Complicanze associate

Oltre alle condizioni cliniche appena descritte è possibile riscontrare nei pazienti anche diverse altre complicanze che incidono, quindi, sia sulla prognosi sia sul trattamento riabilitativo. Molto comune è la presenza di dolore alla spalla probabilmente imputabile alla perdita del ritmo scapolo - omerale, alla presenza di sublussazione omerale e allo scompenso muscolare conseguente all'emiparesi/plegia. Il dolore può essere determinato da diverse variabili come la spasticità e le posizioni articolari viziate ma, in alcuni casi, è possibile parlare di dolore centrale trattabile solo farmacologicamente^{14,15}. Anche l'incontinenza, sia urinaria che fecale, è presente nel 40-60% dei pazienti, ma secondo le linee guida di Santilli et al del 2017 non ci sono raccomandazioni specifiche per la riabilitazione². La densità di massa ossea (BMD) si riduce di più del 10% negli arti inferiori paretici nel primo anno post-ictus, inoltre c'è in generale nel post-stroke un aumento del rischio di fratture determinato anche dall'aumento del rischio cadute⁴².

Da non sottovalutare è anche lo stato generale di decondizionamento determinato da una riduzione della deambulazione e della capacità di svolgere attività funzionali; d'altro canto, però, la vita sedentaria espone questi pazienti ad un più elevato rischio di un nuovo evento per cui sarebbe necessaria l'associazione di un programma di esercizi per l'equilibrio a un programma di esercizi cardiovascolari⁴².

1.5.6. Prognosi

I due aspetti predittivi più significativi per il recupero funzionale e l'eventuale dimissione a domicilio sono, in ordine di importanza, la gravità iniziale dell'ictus e l'età del paziente; questi due fattori rivestono un ruolo determinante nella delineazione del triage riabilitativo^{9,17}.

Vi sono poi altri fattori prognostici positivi e negativi^{17,43} che vengono riportati nella Tabella 1.

Fattori prognostici positivi	Fattori prognostici negativi
<ul style="list-style-type: none"> ● Potenziali motori evocati ● Minor storia di ipertensione ● Bassa severità del deficit alla Canadian Stroke Scale ● Localizzazione corticale della lesione ● Lesioni piccole ● Lesioni emorragiche senza alterazioni dello stato di coscienza ● Movimenti volontari iniziali della spalla (per il recupero della mano) ● Recupero del controllo del tronco da seduto entro 2 settimane come predittore dell'abilità di cammino dopo 6 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> ● Età ● Comorbidità/stroke precedenti ● Scarsa motivazione ● Scarso supporto familiare ● Perdita di coscienza ● Gravità iniziale ● Scarso controllo del tronco ● Flaccidità persistente ● Deficit funzionale all'ingresso (FIM) ● Incontinenza sfinterica ● Deficit sensitivi ● Deficit campimetrici ● Disturbi cognitivi (neglect, afasia) ● Depressione

Tabella 1. *Fattori prognostici*

1.5.7. *Scale di valutazione fisioterapica*

In un primo momento le scale di valutazione si concentrano maggiormente sulla misurazione delle menomazioni a fini diagnostico - prognostici come ad esempio la severità dell'emiparesi, il grado di coscienza, la deviazione dello sguardo, il tono muscolare, la presenza di anomalie dei riflessi e della funzione intellettiva^{14,15}. Nelle fasi successive e, in particolare, in quella degli esiti l'attenzione si concentra maggiormente sulle prestazioni nei compiti funzionali. Per un paziente, l'aspetto più importante della sua malattia non è il livello specifico di menomazione, ad esempio il grado di emiparesi, ma la sua capacità di svolgere attività quotidiane e di ricoprire ruoli sociali. Le scale di valutazione funzionale vengono utilizzate per dare un valore numerico a concetti astratti come "disabilità", possono essere utilizzate per quantificare oggettivamente i deficit e tenere traccia dei cambiamenti nel tempo. Questo risulta essere particolarmente utile nel contesto riabilitativo.

Nella Tabella 2 vengono riportate alcune delle scale di valutazione funzionale e di esito più comunemente utilizzate nel trattamento e nella gestione dell'ictus con il relativo tempo di somministrazione^{44,45}.

Scala	Funzione	Tempo di somministrazione
NIH (National Institute of Health) Stroke Scale	Valutazione dei deficit in seguito a ictus	2 minuti
Barthel Index	Misura della disabilità nelle ADL	5-10 minuti
Functional Independence Measure (FIM)	Misura della disabilità nelle ADL	40 minuti
Mini-Mental State Examination	Screening dello stato mentale	10 minuti
Fugl-Meyer Assessment (FMA)	Valutazione della funzione motoria	30-40 minuti
Motor Assessment Scale (MAS)	Valutazione della funzione motoria	15 minuti
Motricity Index	Valutazione della funzione motoria	5 minuti
Berg Balance Scale (BBS)	Valutazione dell'equilibrio	10 minuti

Tabella 2. *Scale di valutazione*

1.6. Trattamento ospedaliero

L'approccio che si è visto essere più efficace per questi pazienti è un approccio globale basato sull'interdisciplinarietà. I pazienti colpiti da ictus e gli operatori sanitari sono partecipanti centrali nel processo di riabilitazione; l'obiettivo primario della riabilitazione è quello di lavorare sul recupero intrinseco e additivo cercando di strutturare *protocolli diagnostico terapeutici assistenziali* (PDTA) che prevedano una presa in carico precoce e ad alta intensità per ottenere il miglior recupero possibile^{2,36}.

Dal punto di vista fisioterapico la prima fase risulta essere fondamentale ai fini di un recupero nel lungo termine; i meccanismi di recupero della lesione si basano sui principi di neuroplasticità cerebrale secondo cui si può avere un recupero grazie allo sprouting assonale, allo sprouting compensatorio collaterale prossimale e allo smascheramento di sinapsi che fino a quel momento erano silenti, ma che diventano una via di compensazione funzionale; ecco, quindi, essere fondamentale il fornire stimoli qualitativamente e quantitativamente adeguati^{2,36}.

Gli obiettivi e le procedure terapeutiche saranno formulati in base ai deficit funzionali identificati in una prima fase di valutazione; in generale, tuttavia, uno degli obiettivi primari durante la prima fase post-ictale è la corretta igiene posturale durante le 24 ore³⁶ articolata su mobilitazioni precoci a letto, posizionamento adeguato del paziente e variabilità delle posture assunte. Altri obiettivi terapeutici saranno rappresentati da recupero precoce della stazione seduta, rieducazione ai passaggi posturali e recupero della capacità di mantenimento della stazione eretta.

In questa fase sarà necessario considerare la possibilità di affaticamento del SNC con conseguenze sia dal punto di vista cognitivo con riduzione dei tempi di attenzione sia dal punto di vista motorio con comparsa precoce di stanchezza; troppe stimolazioni possono risultare, infatti, più dannose che proficue⁴⁶ e risulterà fondamentale il bilanciamento dei vari interventi terapeutici. Il lavoro dal punto di vista fisioterapico si concentrerà sia sull'allineamento e la simmetria di carico, ma anche su un rinforzo globale, in particolare dei muscoli responsabili della stabilizzazione centrale, fondamentali per la riacquisizione delle posizioni seduta ed eretta e della capacità di deambulare. La rieducazione del cammino è, insieme alla gestione del carico in stazione eretta, uno dei più importanti tra gli obiettivi del recupero; il percorso di ripresa alla deambulazione è lungo e non sempre completamente efficace. È raccomandato attivare un programma di riabilitazione dell'arto paretico precoce entro i primi 30 giorni per favorire un miglior recupero ed evitare il fenomeno del learned non-use; il protocollo di allenamento suggerito sembra essere la CIMT, Constraint Induced Movement Therapy, che prevede il blocco forzato del movimento dell'arto sano ai fini di promuovere l'uso di quello paretico².

Il rientro a domicilio sarà gestito in collaborazione con i terapisti occupazionali, qualora presenti in struttura, prevedendo un lavoro sulle ADL primarie e secondarie e l'istruzione del caregiver nel caso in cui ci sia necessità di supporto nonché di prosecuzione della terapia⁴.

1.7. Trattamento post ospedaliero

Il trattamento successivo alla dimissione sarà articolato in riferimento agli obiettivi che siano stati raggiunti parzialmente o non raggiunti durante la fase del ricovero ospedaliero³⁹.

1.7.1. Arto superiore

Per la prosecuzione del recupero dell'attività dell'arto superiore le linee guida canadesi propongono i seguenti interventi^{39,47}:

- CIMT (Constraint Induced Movement Therapy): classica o modificata viene eseguita per pazienti che abbiano almeno 20 gradi di estensione attiva del polso e 10 gradi di estensione attiva del dito, con deficit sensoriali minimi e cognizione normale.
- FES (Stimolazione Elettrica Funzionale): indicata per ridurre la compromissione motoria e migliorare la funzione, viene utilizzata per i muscoli di avambraccio e polso.
- Mirror therapy: utilizzata nei casi più gravi in aggiunta alla terapia motoria.
- Stimolazione sensoriale.
- Realtà virtuale: in aggiunta ad altre attività, robot o dispositivi di gioco possono essere utilizzati come feedback.
- Allenamento della forza: per persone con deficit lieve o moderato.

Nel caso in cui il paziente non sia in grado di produrre alcuna attività muscolare volontaria è opportuno istruirlo, ed istruire il caregiver, a tecniche compensative per svolgere le ADL adattando anche, qualora fosse necessario, le attrezzature domestiche.

1.7.2. Arto inferiore

L'arto inferiore alla dimissione risulta spesso compromesso; le difficoltà principali riguardano l'ipostenia e l'assenza, o riduzione, di sensibilità a livello del piede che impediscono al paziente un'appropriata distribuzione di carico a entrambi gli arti. Questo è particolarmente evidente in attività come alzarsi e sedersi da una sedia e nel cammino; per coloro che lo hanno raggiunto, infatti, è spesso visibile un'andatura falciante con il mantenimento del ginocchio plegico flesso.

Le soluzioni proposte sono^{39,48}:

- Allenamento della forza: da prendere in considerazione in particolare in casi lievi e moderati, sia in fase subacuta, che cronica.
- Allenamenti orientati al compito: è importante ripetere e adattare progressivamente attività funzionali come sedersi, stare in piedi e camminare.
- Treadmill: può essere usato sia con prelievo di parte del peso corporeo per facilitare il compito, sia in condizioni di carico completo; esso è suggerito per migliorare la velocità di camminata e la distanza percorsa in aggiunta al cammino su terra.
- Robot per il cammino: nel caso in cui il paziente non abbia altra possibilità di sperimentare il cammino, l'assistenza robotica può essere di supporto, ma non come sostituto della terapia convenzionale.
- Biofeedback: può essere di aiuto in pazienti selezionati con funzioni cognitive integre per fornire un feedback di carico e sulle eventuali asimmetrie dei due semipassi.

Nel caso in cui il paziente sia già in possesso di un ausilio o un'ortesi, ne andrà valutata l'adeguatezza anche in funzione di eventuali miglioramenti del quadro motorio - funzionale. Allo stesso modo andrà valutata un'eventuale adozione di ausilio/ortesi nel caso in cui se ne riscontri la necessità in un momento diverso da quello della dimissione ospedaliera e, più in generale, durante tutto il proseguimento della fase degli esiti.

1.7.3. Equilibrio e rischio cadute

Un punto di criticità è rappresentato dalla possibile presenza di un residuo deficit di equilibrio a cui è possibile si associ un aumento del rischio di caduta; per questo motivo, a tutti i pazienti con esiti di ictus dovrebbero essere somministrate adeguate scale di valutazione per una stima del rischio caduta. Essere a conoscenza dell'incidenza di questo rischio permette al team interdisciplinare che ha in carico il paziente, di effettuare gli adattamenti preventivi necessari alla riduzione del rischio. L'allenamento dell'equilibrio è uno degli interventi che può incidere positivamente in termini di prevenzione delle cadute e si basa su³⁹:

- Allenamento del tronco/allenamento dell'equilibrio da seduti.
- Esercizi di sit to stand.
- Allenamento dell'equilibrio abbinato alla realtà virtuale (in fase avanzata).
- Uso di superfici instabili e balance board.
- Uso del treadmill con riduzione parziale del peso corporeo.

1.7.4. Attività aerobica

Una volta stabilizzata la condizione del paziente e, soprattutto nel caso di individui con una nota storia di malattie cardiovascolari e senza specifiche controindicazioni, è bene prendere in considerazione una valutazione della capacità aerobica. La letteratura, infatti, è in accordo nell'affermare che a seguito di ictus i pazienti hanno uno stato fisico e di allenamento basso che incrementa la disabilità e il rischio di nuovi eventi cerebrovascolari. Secondo le raccomandazioni della Canadian Best Stroke Practice per ottenere un effetto di allenamento, i pazienti devono partecipare a esercizi aerobici almeno 3 volte a settimana per un minimo di 8 settimane, progredendo come tollerato a 20 minuti o più per sessione, esclusi riscaldamento e defaticamento³⁹. Prima però di impostare un qualsiasi programma di allenamento personalizzato, è bene eseguire una valutazione con elettrocardiogramma e monitoraggio della pressione sanguigna e test funzionali come il 6 minute walking test (6MWT) o il Time Up and Go (TUG); i parametri di frequenza cardiaca e pressione sanguigna vanno poi costantemente monitorati per garantire la sicurezza del paziente e la specificità dell'allenamento. È importante anche assegnare al paziente un programma domiciliare per garantire il mantenimento a lungo termine dei benefici^{39,42}.

L'allenamento aerobico che viene maggiormente proposto è la camminata su treadmill, o in generale, la camminata che il paziente riesce facilmente a mantenere anche al di fuori del contesto riabilitativo con passeggiate fuori casa e cammino in casa. Anche la cyclette è un utile strumento per promuovere il benessere cardiovascolare così come l'attività in acqua che non solo risulta avere benefici a livello cardiorespiratorio, ma anche in termini di equilibrio, deambulazione, forza muscolare, propiocezione, indicatori psicologici e qualità di vita legata alla salute^{2,39}.

1.7.5. Prevenzione secondaria

In seguito ad un primo evento cerebrovascolare è fondamentale, tra le altre cose, applicare un approccio volto a ridurre il rischio di un ulteriore evento.

Anche in questo caso l'approccio è multidisciplinare e volto a ridurre tutti i fattori di rischio tramite interventi individuali finalizzati tra cui ^{25,26,40}:

- riabilitazione precoce post ictus;
- valutazione cardiovascolare post ictus/TIA;
- adozione di sani stili di vita;
- assunzione di terapie farmacologiche a lungo termine e all'effettuazione di altri eventuali trattamenti terapeutici;
- monitoraggio continuativo delle condizioni cliniche e attuazione di misure di supporto;
- educazione sanitaria del paziente, dei conviventi e dei familiari nella gestione della patologia⁴².

È importante quindi che vi sia un impegno in primis da parte del paziente come protagonista del trattamento e successivamente anche della famiglia e del caregiver che devono condividere e comprendere a pieno il progetto del team che ha in carico il paziente per garantire l'aderenza terapeutica.

1.7.6. Assistenza domiciliare integrata

Secondo il Ministero della Salute italiano, per favorire il monitoraggio continuativo, un controllo regolare e costante delle condizioni cliniche del paziente può essere promosso dall'attivazione di un'assistenza domiciliare programmata (ADP), laddove sia necessaria la presenza, oltre al medico, di altre figure professionali come ad esempio infermiere, fisioterapista, logopedista a causa della complessità del quadro clinico del paziente¹. Questa forma di assistenza domiciliare integrata (ADI) ha diversi livelli di intensità e viene erogata dopo una valutazione multidisciplinare svolta a domicilio del paziente finalizzata alla comprensione delle reali esigenze, tenuto conto del supporto familiare disponibile e del contesto abitativo. Se non effettuata già durante la degenza ospedaliera, l'attivazione dell'ADI è compito del medico di medicina generale (MMG), cui deve essere richiesta. Le modalità di attivazione e la tipologia dell'offerta differiscono ampiamente sul territorio nazionale¹.

1.7.7. Teleriabilitazione

A seguito della pandemia da SARS-CoV2 si è ampliato il ricorso alla riabilitazione digitale; questo approccio è nato sulla base dell'iniziale necessità di non interrompere i trattamenti durante la pandemia e viene ad oggi sfruttato per avere maggiori possibilità assistenziali. La riabilitazione virtuale dell'ictus (nota anche come teleriabilitazione), si riferisce dunque all'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per fornire servizi di riabilitazione a distanza.

I servizi possono includere prevenzione, valutazione, monitoraggio, intervento, supervisione, istruzione, consulenza e coaching somministrabili con tecnologie come videochiamate, telefonate, SMS o e-mail⁴⁹.

Tutte le discipline riabilitative dovrebbero prendere in considerazione l'integrazione di questo servizio che permette un facile monitoraggio del paziente e della terapia somministrata; indubbiamente, per quanto potente possa essere questo strumento, esso non può sostituire la presenza fisica del terapeuta, soprattutto in considerazione del fatto che si rende necessaria una valutazione preventiva della possibilità e disponibilità da parte del paziente e della famiglia a ricevere questo tipo di servizio⁵⁰.

1.8. Continuità assistenziale

1.8.1. Necessità di continuità

Le persone con esiti di ictus con obiettivi riabilitativi in corso, ovvero circa il 75%, secondo la Canadian Best Stroke Practice dovrebbero continuare ad avere accesso a servizi specializzati per l'ictus dopo aver lasciato l'ospedale; ciò dovrebbe includere, in base alle esigenze del paziente, i servizi ambulatoriali messi a disposizione dalle strutture e/o i servizi di riabilitazione a domicilio^{4,42}. La letteratura è in generale in accordo sull'effetto benefico della prosecuzione della presa in carico del paziente dopo la dimissione.

1.8.2. Famiglia e caregiver

Il *caregiver* familiare viene definito come colui che si prende cura di una persona cara in condizioni di disabilità e non autosufficienza, svolgendo una funzione di sostegno e accompagnamento³⁹. Il percorso di assistenza e cura non riguarda quindi solo il paziente, ma coinvolge l'intera famiglia, stravolgendo equilibri, abitudini quotidiane, relazioni sociali. È in questo contesto che il *caregiver* familiare svolge un ruolo chiave essendo innanzitutto una persona che per motivazioni affettive si prende cura del proprio caro, ma contemporaneamente il soggetto che deve farsi carico dell'organizzazione e della gestione dell'assistenza, con l'affiancamento di figure professionali formalmente deputate a tali compiti. Il caregiver familiare dovrà ricevere informazioni chiare ed esaustive sulla malattia, a iniziare dalla diagnosi e dal trattamento proposto, nonché una formazione specifica sulle mansioni che dovrà svolgere per tutta la durata del suo impegno, in modo da poter prendere decisioni consapevoli e consensuali sulla salute del proprio familiare, interfacciandosi con l'équipe medica e gli operatori specializzati³⁹. Sono, inoltre, fondamentali informazioni e orientamenti per beneficiare dei diritti e dei servizi accessibili e utili per l'assistenza, che rendano possibile la coordinazione e condivisione del percorso di cura con gli enti e i servizi territoriali.

2. MATERIALI E METODI

Con l'obiettivo di fare emergere quali siano i bisogni e le relative modalità di gestione del paziente con esiti di ictus dopo la dimissione ospedaliera nelle strutture riabilitative della regione Veneto e Lombardia, si è deciso di suddividere il progetto dello studio in due fasi: una prima fase ha riguardato la revisione della letteratura scientifica attraverso le principali banche dati, mentre nella seconda fase si è proceduto alla costruzione e distribuzione di un questionario rivolto alle strutture riabilitative delle due regioni elette.

2.1. La ricerca bibliografica

La fase della ricerca bibliografica è iniziata il 20 Marzo 2022 e si è conclusa il 25 Giugno 2022. Tramite la ricerca si è voluto indagare quali siano i suggerimenti di gestione riabilitativa presenti in letteratura relativamente agli individui con esiti di ictus dal momento successivo alla dimissione dalla struttura di ricovero ospedaliera.

Il quesito di ricerca prende spunto dalle linee guida di Santilli et al del 2017 (Santilli et al., n.d.) e dalla Canadian Best Stroke practice (Cameron et al., 2016) in cui viene affermata la necessità di prosecuzione della presa in carico anche dopo la dimissione dal primo ricovero ospedaliero. La ricerca è stata svolta utilizzando le banche dati Pubmed, PEDro e Cochrane.

2.1.1. Elaborazione del questionario

Con il fine ultimo di elaborare il questionario e mettere poi a confronto le risposte con la letteratura più recente, è stata svolta una ricerca mirata a comprendere quali siano le strategie riabilitative utilizzate in risposta ai bisogni dei pazienti e come questi ultimi vengano gestiti dopo la dimissione ospedaliera. I criteri di inclusione applicati sono stati:

- *Articoli in lingua inglese*
- *Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (2017-2022)*
- *Popolazione umana*
- *Tipologia di pubblicazione: revisioni sistematiche*

La ricerca è stata svolta utilizzando le parole chiave: *stroke, long term care, long term care rehabilitation, long term care methods, long term care facilities, rehabilitation, rehabilitation methods, health services needs and demand, health care facilities, manpower, and services*. Tali parole chiave, opportunamente combinate con gli operatori booleani AND e OR, hanno portato alla formulazione delle stringhe di ricerca riportate nella Tabella 3.

DATABASE	STRINGA DI RICERCA
Pubmed	<i>(stroke) AND (health services needs and demand)) OR (long term care methods)) OR (long term care rehabilitation)) AND (rehabilitation methods))) AND (Health Care Facilities, Manpower, and Services))</i>
Cochrane	<i>("stroke") AND ("long-term care") OR ("long term care facilities") OR (long term care methods) AND ("rehabilitation")</i>
PEDro	<i>Stroke, long term care rehabilitation Stroke, long term care methods Stroke, health services needs and demand</i>

Tabella 3. *Stringhe di ricerca*

Dalla ricerca sono risultati 247 articoli che sono stati successivamente scremati tramite la lettura di titolo e abstract, eliminando quelli non pertinenti per caratteristiche della popolazione oggetto di studio e/o tipologia di intervento.

La selezione ha portato ad un totale di 14 articoli; una sintesi del processo selettivo è riportata in *Figura 1*.

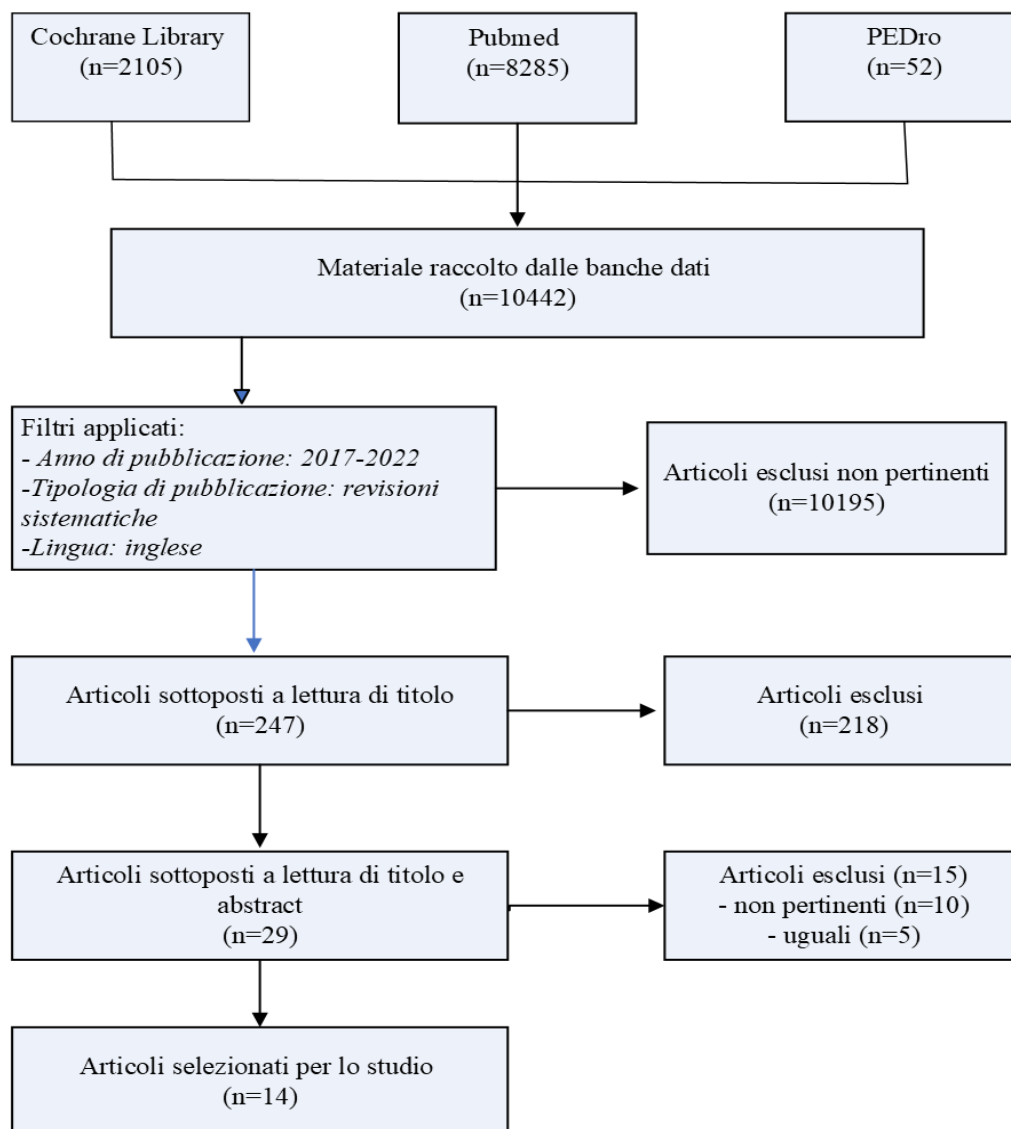


Figura 1 processo di ricerca

2.2. Formulazione del questionario

È stato scelto di stilare un questionario per mettere a confronto le modalità organizzative di strutture appartenenti a due regioni diverse, Veneto e Lombardia, che differiscono per i protocolli diagnostico terapeutici assistenziali impiegati oltre che per le risorse economiche a disposizione. Il Veneto è stato scelto in quanto sede del corso di laurea frequentato dall'autrice dello studio, mentre la Lombardia in quanto regione di residenza della stessa.

Il questionario è stato creato sulla base delle evidenze raccolte attraverso la ricerca bibliografica di cui al paragrafo precedente e impiegando criteri che lo rendessero di semplice comprensione e veloce compilazione (circa dieci minuti).

Per la realizzazione pratica del questionario è stata utilizzata la piattaforma Google Moduli. Sono state formulate 36 domande a risposta multipla, risposta dicotomica, risposta aperta breve e risposta a selezione multipla, suddivise in due macroaree: domande di carattere generale e domande di carattere fisioterapico. All'interno di queste aree sono state create due sezioni facoltative per indagare se e come le modalità di gestione fossero cambiate in seguito alla pandemia da SARS-CoV2 e se e come venga indagata la presenza di dolore.

2.2.1. Contenuto

Il questionario è stato così suddiviso:

- le prime 4 domande sono relative alla professione del compilatore e alla tipologia di struttura per cui avviene la compilazione;
- le domande 5, 6 e 7 indagano la presenza in struttura, oltre al fisioterapista, di altre categorie di personale sanitario e a quale dei servizi disponibili si registri il maggior numero di accessi;
- dalla domanda 8 alla domanda 11 vengono indagati i servizi a disposizione della struttura e la loro organizzazione;
- la domanda 12 richiede di specificare se la modalità di gestione sia stata influenzata dalla pandemia e, in base alla risposta, il compilatore viene inviato alle domande successive (13, 14, 15, 16) per specificare in che modo sia avvenuta tale influenza;
- con la domanda 17 inizia la sezione relativa ai quesiti di carattere fisioterapico e, in particolare, si richiede se e quali scale di valutazione vengano impiegate all'interno del servizio (domande 18,19, 20);
- alla domanda 21 al compilatore viene richiesto se viene indagato l'aspetto del dolore e, in caso di risposta affermativa, avviene l'invio alle domande successive (22 e 23) per la specificazione delle modalità di indagine;
- la domanda 24 indaga la presenza di macchinari innovativi all'interno della struttura;
- la domanda 25 è volta ad indagare la presenza o assenza del caregiver all'interno del progetto di trattamento;
- la domanda 26 vuole indagare la presenza in struttura di fisioterapisti con preparazione specifica in ambito neurologico e alla domanda successiva (27) viene richiesto di specificarne il numero rispetto al totale;

- i quesiti 28 e 29 riguardano il numero e la durata delle sedute;
- le ultime domande (dalla 30 alla 36) indagano quali difficoltà i fisioterapisti riscontrino maggiormente in relazione alla situazione dei pazienti e quali trattamenti vengano proposti.

2.2.2. *Divulgazione*

Il questionario è stato divulgato mediante l'utilizzo di posta elettronica attraverso un messaggio che permetteva il reindirizzamento alla piattaforma Google Moduli. La durata del periodo utile alla compilazione è stata fissata a partire dalle ore 8:00 del giorno 25 Luglio 2022 fino alle ore 00:00 del giorno 9 Settembre 2022. Il campione è stato selezionato attraverso il "judgmental sampling"; a partire dal 28 Dicembre 2021 è stata, infatti, avviata una ricerca preliminare degli indirizzi di posta elettronica relativi alle strutture della regione Veneto e Lombardia potenzialmente erogatrici di servizi destinati al paziente con esiti di ictus.

Per quanto riguarda la regione Veneto la selezione del campione è avvenuta mediante il Portale Sanità Regione del Veneto nel quale è stato possibile reperire i link di tutte le ASL regionali con indicazioni specifiche su strutture e servizi; sono state escluse tutte le strutture di cui non fossero disponibili recapiti raggiungibili telematicamente. La selezione delle strutture della regione Lombardia è invece avvenuta tramite il portale della regione Lombardia nel quale è presente, all'interno della sezione sanità, un elenco delle strutture di ricovero e cura del territorio aggiornato al 31 Dicembre 2021.

Complessivamente la ricerca ha prodotto un totale 289 indirizzi di posta elettronica.

Immediatamente dopo l'invio sono state ricevute alcune e-mail segnalanti la mancata consegna dovuta ad indirizzi inesistenti o impossibilità a contattare il destinatario. Per questo motivo, si è provveduto ad una seconda consultazione delle pagine web dedicate alle strutture in oggetto, che ha portato all'individuazione di indirizzi di posta elettronica alternativi a quelli selezionati in prima istanza, con il fine ultimo di condividere nuovamente il link per la compilazione del questionario.

Durante il periodo di distribuzione del questionario l'autrice dello studio è rimasta a disposizione delle strutture aderenti all'indagine per chiarimenti di ordine procedurale venendo contattata in due casi per chiarimenti in relazione alle modalità di gestione della privacy del compilatore. Infine, fornendo un proprio recapito e-mail, l'autrice si è resa disponibile alla condivisione dei risultati al termine del lavoro di tesi.

2.2.3. Privacy e trattamento dati

Durante tutta la durata dell'indagine e fino alla fine di questo studio i dati raccolti sono sempre stati trattati secondo le norme vigenti in materia di tutela della privacy; la compilazione del questionario è stata anonima e i dati sono stati trattati solo dall'autrice di questo testo in conformità alle norme relative alla protezione e al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, c.d. GDPR, e alla normativa italiana attualmente in vigore in materia di Privacy. La conservazione delle risposte al questionario è avvenuta inizialmente sulla piattaforma Google Drive e successivamente i dati sono stati eliminati da quest'ultima dopo essere stati trasferiti su un hard disk personale accessibile solo all'autrice dello studio.

3. RISULTATI

3.1. Risultati del questionario d'indagine

In questa sezione vengono presentati i risultati ottenuti dalle risposte delle strutture che hanno partecipato alla compilazione del questionario. In particolare, delle 289 strutture della Lombardia e del Veneto raggiunte tramite indirizzo di posta elettronica, sono state raccolte 37 risposte.

Il questionario è riportato nella sezione “Allegati”. (Allegato 1)

3.1.1. Sezione relativa ai dati del compilatore e alle caratteristiche della struttura

1) Chi sta compilando il questionario?

Il questionario è stato compilato per la maggior parte (25/37) da fisioterapisti mentre le restanti risposte provengono da coordinatori della struttura (5/37), medici (2/37) e altre figure amministrativo-dirigenziali (5/37).

2) Di che tipologia è la struttura in cui esercita la sua professione?

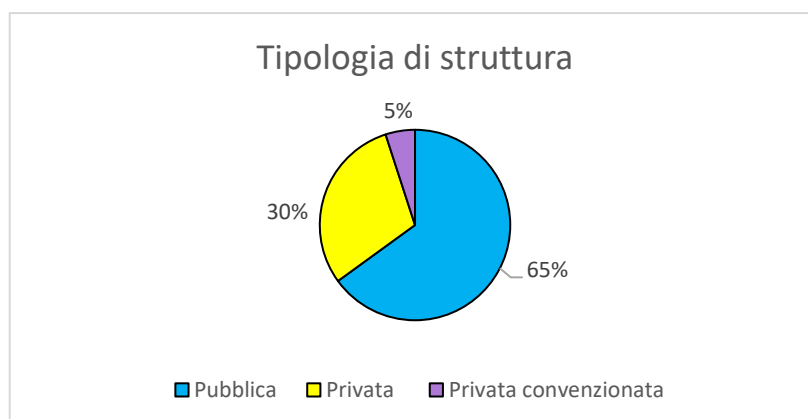


Grafico 1. Tipologia di struttura

Le strutture che più hanno partecipato al questionario tra le due regioni sono quelle pubbliche (~65%) seguite dalle private convenzionate (~30%) ed in minima parte dalle private (~5%).

3) Quanti pazienti in media all'anno con diagnosi di ictus si recano presso la sua struttura?

Il 57% delle strutture ha risposto a questa domanda scegliendo l'opzione “non so”. La restante parte dei partecipanti ha risposto distribuendosi in maniera non lineare con numeri che vanno dalle pochissime persone alle 1700 persone.

4) La sua struttura riceve fondi per la presa in carico di pazienti con diagnosi di ictus?

Le risposte ottenute a questa domanda hanno formato tre principali blocchi: strutture private convenzionate e private che non ricevono fondi, strutture pubbliche che non ricevono fondi e strutture pubbliche che ricevono fondi. Nel dettaglio:

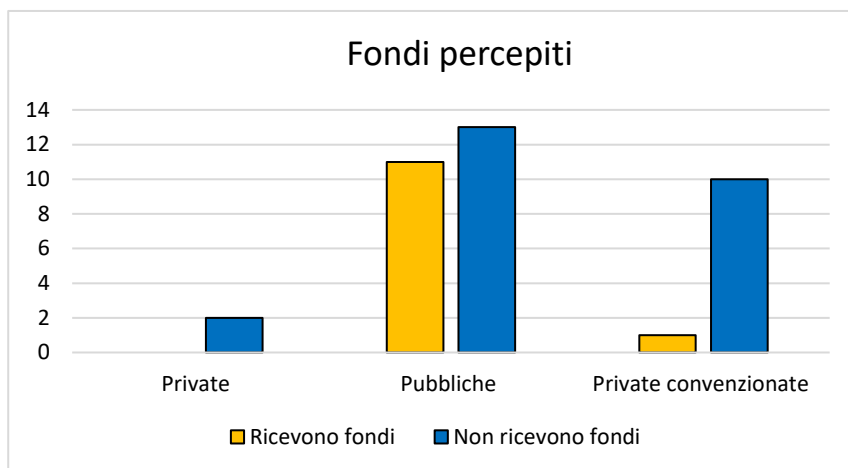


Grafico 2. Fondi percepiti

Del 35% (13/37) di strutture private e private convenzionate che hanno partecipato al questionario, solo una struttura ha risposto che riceve fondi, mentre le altre non ne ricevono. Tra le strutture pubbliche che hanno partecipato al questionario il 54% (13/24) ha risposto che non riceve fondi mentre il 46% ha risposto che ne riceve.

3.1.2. Sezione relativa al personale ed alle risorse disponibili

5) Presso la sua struttura, oltre al fisioterapista, sono presenti altre figure che compongono l'eventuale team riabilitativo?

Questa risposta ha ottenuto risposte positive quasi all'unanimità con una percentuale pari al 94,6%.

6) Quale/quali?

Nelle strutture in cui sono presenti altre figure oltre al fisioterapista le più rappresentate a livello generale sono il logopedista e il medico specialista presenti in tutte le strutture. A seguire, nel 50% dei casi, è presente anche un neuropsicologo con l'aggiunta, nel 30% dei casi, di un terapeuta occupazionale, un nutrizionista e uno psicologo. Sono stati citati anche il case manager infermieristico, l'ortottista e il terapeuta della riabilitazione cognitiva, ma solo da 1 struttura.

7) A quale servizio si registra il maggior numero di accessi?

Il servizio che in 32 (86,5%) strutture viene citato come servizio con maggior numero di accessi è la fisioterapia, seguita dalla logopedia (3 strutture).

8) La sua struttura dispone di personale sufficiente per rispondere alle richieste di tutti i pazienti?

Più della metà delle strutture ha risposto di non avere personale sufficiente a coprire le richieste di tutti i pazienti (56,8%); di queste 21 strutture, 8 sono private o private convenzionate mentre le restanti sono pubbliche.

9) Ritiene che la sua struttura disponga di materiale/spazi/risorse sufficienti per rispondere ai bisogni dei pazienti?

Le risposte possibili a questa domanda di carattere dicotomico erano: “sì” o “no, sarebbero necessari più fondi”. Come emerge dal grafico qui sotto riportato il 78,4% delle strutture afferma che avrebbe bisogno di più fondi per rispondere ai bisogni dei pazienti con materiali, spazi e risorse generali adeguati.

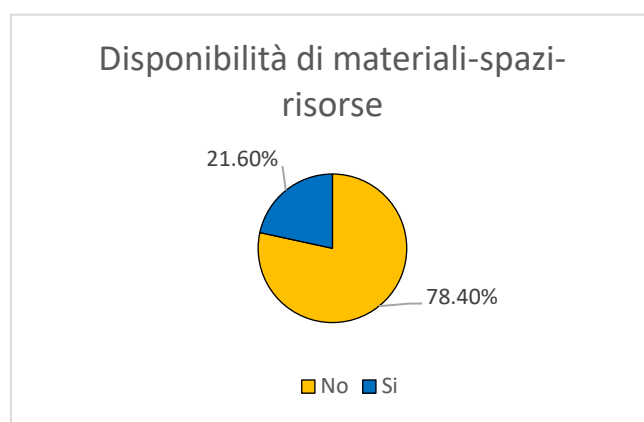


Grafico 3. Disponibilità di materiali-spazi-risorse

10) La sua struttura dispone di personale che si dedica all'assistenza domiciliare integrata?

L'ADI (assistenza domiciliare integrata) è resa disponibile dal 54,1% delle strutture aderenti al questionario mentre il 45,9% risponde negativamente.

11) La sua struttura dispone di un servizio di tele-riabilitazione?

Le risposte a questo quesito hanno riguardato maggiormente l'alternativa negativa, con il 78,4% delle strutture che dichiara di non avere a disposizione, ad oggi, un servizio di tele-riabilitazione.

3.1.3. Sezione relativa alle influenze dettate dalla pandemia da SARS-Cov2

12) Nella sua struttura la modalità di gestione delle sedute di trattamento è cambiata tra prima e dopo la pandemia da SARS-Cov2?

La pandemia da SARS-Cov2 ha colpito in generale tutto il settore sanitario causando diversi disagi alle strutture ed ai pazienti: dall'indagine effettuata risulta che delle strutture partecipanti il 73% ha risentito degli effetti della pandemia mentre il 27% è riuscito a non esserne influenzato.

Le domande successive della sezione corrente sono state compilate solo dalle 27 strutture che hanno risposto affermativamente al quesito 12.

13) La durata effettiva del trattamento ha subito variazioni a causa delle norme igieniche?

Il 48,1% delle strutture dichiara che la pandemia non ha modificato la durata del trattamento né in positivo né in negativo, il 40,7% delle strutture non è invece riuscita a gestire i tempi come prima della pandemia dovendo quindi diminuire la durata effettiva del trattamento. La restante parte delle strutture (11,1%) ha invece dichiarato di essere riuscita a incrementare i tempi di trattamento.

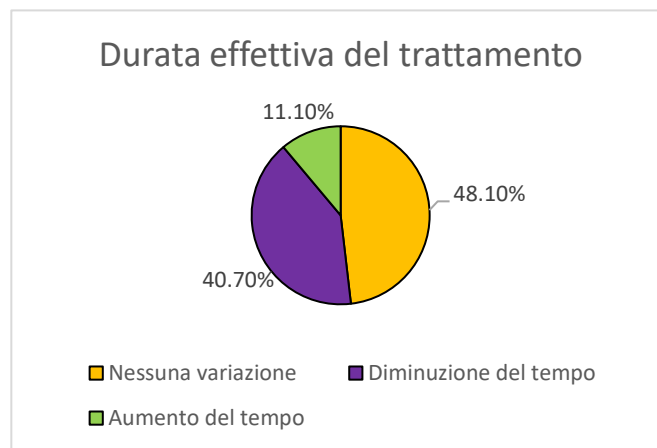


Grafico 4. Durata effettiva del trattamento

14) Il numero di sedute settimanali per paziente ha subito variazioni a causa delle norme igieniche?

Nell'81,5% dei casi non ci sono state variazioni rispetto al numero delle sedute per i pazienti, nel 14,8% sono diminuite ed in una sola struttura sono aumentate.

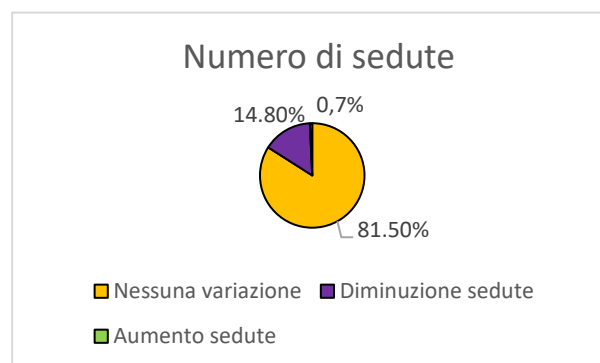


Grafico 5. Numero di sedute

15) Ci sono state difficoltà determinate dalla presenza di personale non vaccinato contro il SARS-Cov2?

Rispetto a questo quesito l'esito è che più della metà (~52%) delle strutture ha riscontrato problematiche gestionali determinate dalla presenza di personale non vaccinato.

16) Ci sono state difficoltà determinate da personale positivo a COVID-19?

Risulta che il 92,6% delle strutture abbia avuto difficoltà causate dalla presenza di personale positivo a SARS-Cov2. Nel grafico sottostante vengono affiancate le difficoltà avute dal personale a causa della pandemia da SARS-Cov2 per positività e vaccini.

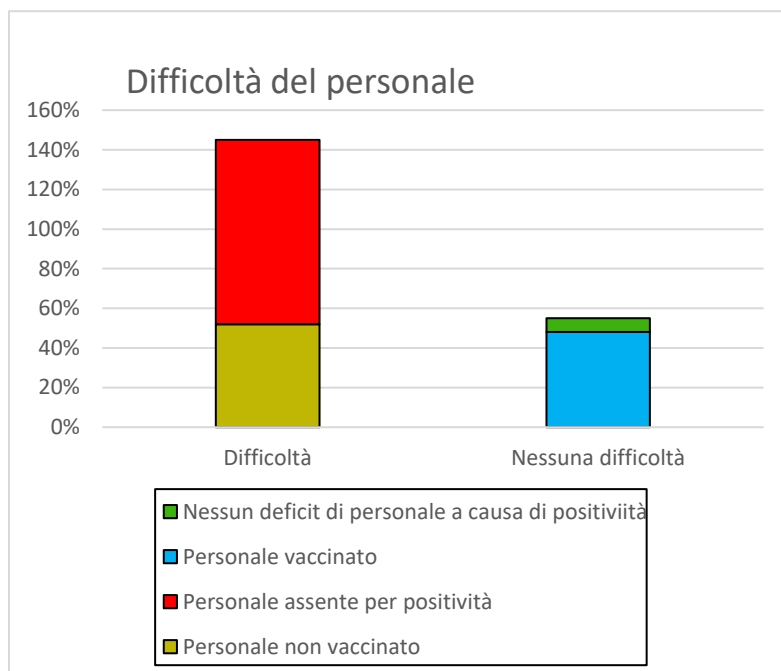


Grafico 6. Difficoltà del personale

3.1.4. Sezione relativa alla presa in carico riabilitativa del paziente

17) Nella sua struttura viene stilato un progetto riabilitativo individuale per ogni paziente?

Delle 37 strutture partecipanti al questionario 36 hanno risposto affermando che ad ogni paziente viene stilato un PRI (progetto riabilitativo individuale).

18) Nella sua struttura vengono utilizzate scale di valutazione?

Come nella domanda precedente 36 strutture delle 37 partecipanti ha risposto in maniera affermativa.

19) Quale/i?

La maggior parte delle strutture utilizza la Barthel Index e la FIM. Altre scale utilizzate, seppur in minoranza sono il 6 e 2 Minutes Walking Test, la Berg Balance Scale e la Stroke Impact Scale.

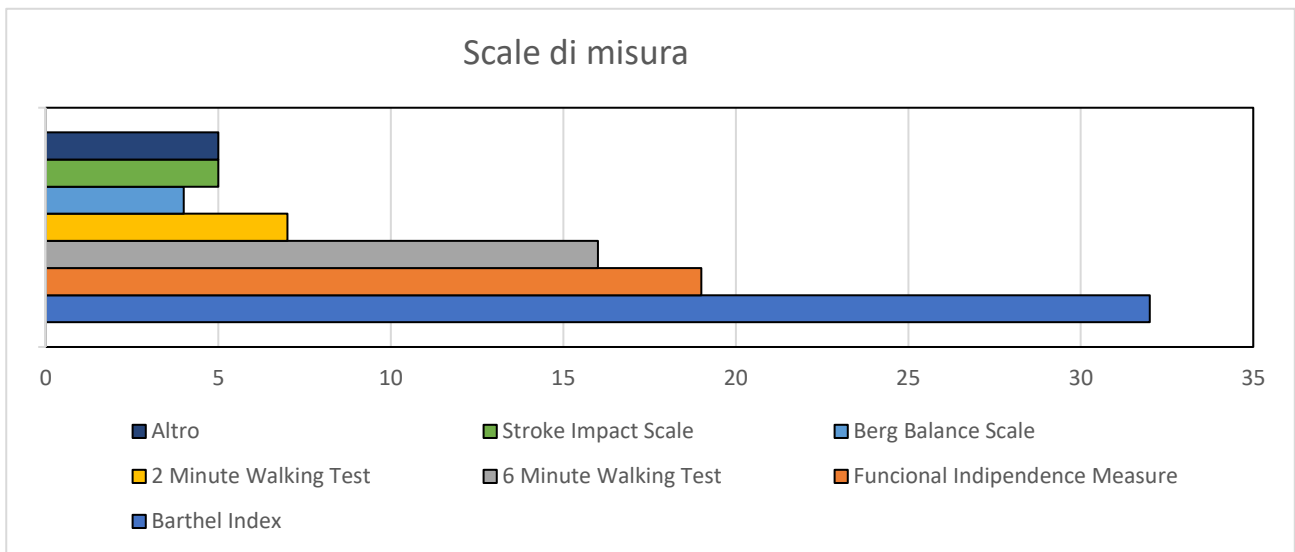


Grafico 7. Scale di misura

20) Nella sua struttura viene somministrato al paziente un questionario sulla qualità di vita come lo Stroke Specific Quality of Life?

L'86,5% delle strutture non indaga la qualità di vita del paziente non motivando la risposta mentre il 10,8% dichiara di non avere tempo sufficiente a somministrare il questionario. Solo una struttura ha risposto in maniera affermativa.

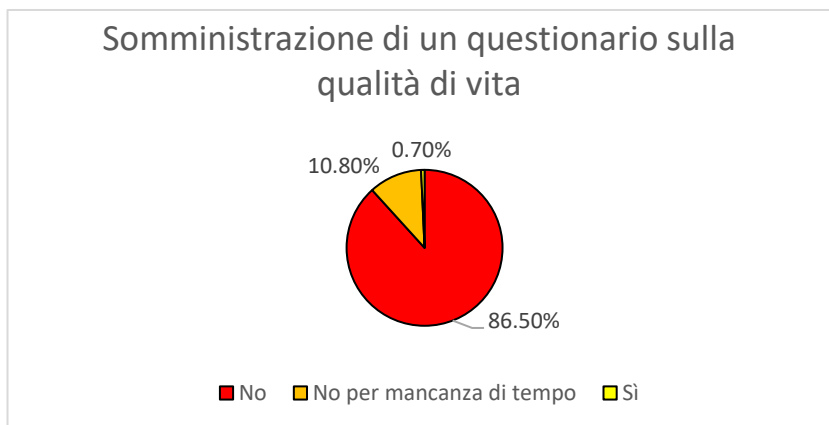


Grafico 8. Somministrazione di un questionario sulla qualità

3.1.5. Sezione relativa al dolore

21) Durante le sedute viene indagato l'aspetto del dolore?

Delle 37 strutture che hanno partecipato all'indagine 36 hanno risposto affermativamente.

Alle seguenti 2 domande hanno risposto solo le 36 strutture che hanno risposto in maniera affermativa alla domanda 21.

22) Quale/i aspetto/i del dolore viene/vengono valutati?

Per quanto riguarda quali aspetti del dolore vengono indagati, l'intensità risulta il parametro rilevante per tutte le strutture; a seguire, gli altri due aspetti che vengono indagati, nel 91,7% dei casi, sono la tipologia di dolore e la zona del corpo di riferimento. Frequenza e durata vengono invece indagate meno, ma comunque da più della metà delle strutture, e, rispettivamente, da 25 e 28 strutture.

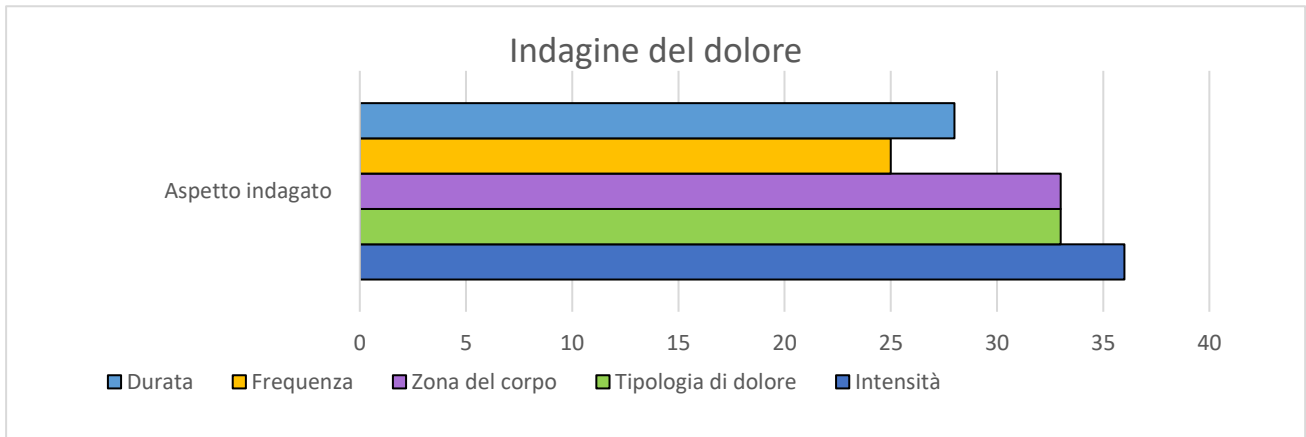


Grafico 9. Indagine del dolore

23) Con quale/i modalità di indagine?

La modalità con cui il dolore viene indagato è quella della scala di valutazione (NRS, VAS, Faces Pain Scale...) indicata dall'86,1% dei compilatori. Altrettanto comune (75%) è la scelta di richiedere verbalmente se vi sia o meno dolore, mentre una sola struttura sceglie la via del questionario.

3.1.6. Sezione relativa all'organizzazione delle sedute fisioterapiche

24) La sua struttura dispone di macchinari innovativi per la riabilitazione (ad esempio, robot per l'arto superiore, alterG, software di realtà virtuale)?

Da quanto emerge, il 37,8% delle strutture riesce a dare questa possibilità ai suoi pazienti e, di queste strutture, il 61,5% risulta essere privata o privata convenzionata. Delle strutture che hanno in programma l'acquisto di tali strumentazioni e che rappresentano il 5,4% del totale, la metà sono strutture private convenzionate. Infine, il 56,8% delle strutture non possiede questa risorsa.

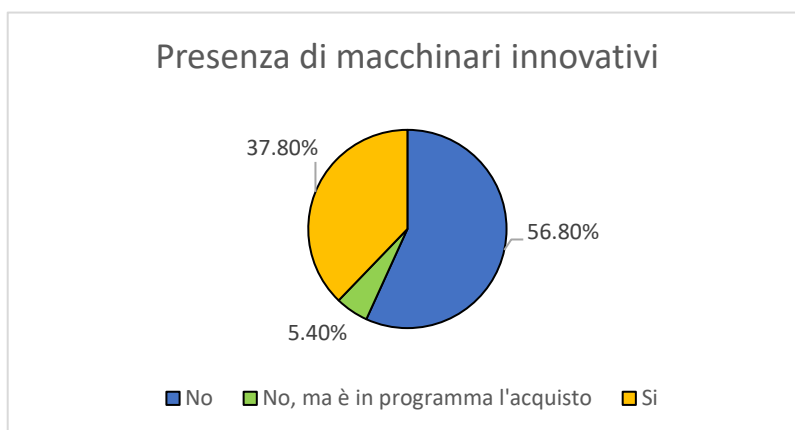


Grafico 10. Presenza di macchinari

25) Il caregiver, se presente, viene incluso all'interno del percorso di riabilitazione?

Il 78,4% delle strutture sceglie, qualora sia presente, di includere anche il caregiver nel percorso di riabilitazione.

26) Nella sua struttura lavorano fisioterapisti specializzati in neuroriabilitazione?

Tra le strutture che hanno risposto al questionario emerge che il 56,8% ha personale specializzato ed il 18,9% ha personale specializzato insieme a personale non specializzato, mentre nel 24,3% delle strutture non sono presenti esperti in neuroriabilitazione.

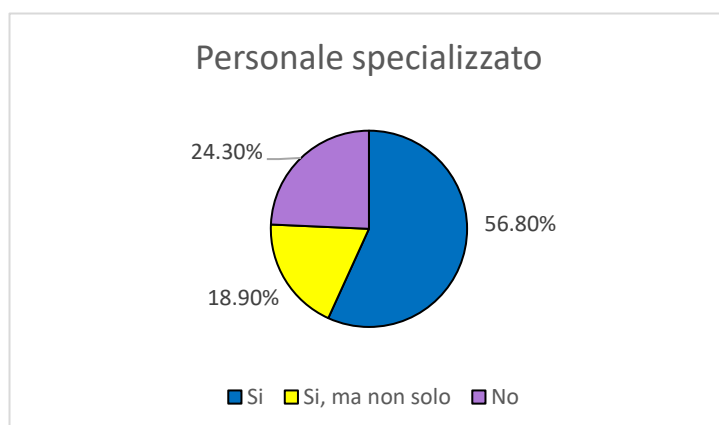


Grafico 11. Personale specializzato

27) Quanti sul totale?

La risposta a questo quesito è stata totalmente variabile in relazione ai diversi compilatori, senza possibilità di sovrapposibilità e conseguente aggregazione delle risposte.

28) Nella sua struttura quante sedute settimanali di fisioterapia effettua in media un paziente?

In tutte le strutture compilatrici le sedute settimanali non scendono al di sotto delle due sessioni di trattamento, in particolare l'89,2% delle strutture offrono tre sedute o più ogni settimana, mentre il 10,8% garantisce due sedute settimanali.

29) Quanto dura in media un trattamento?

Il 16,2% delle strutture propone sedute di trattamento della durata di 30 minuti; il 21,6% propone sedute della durata di un'ora o più; il 62,2% propone sedute della durata di 45 minuti.

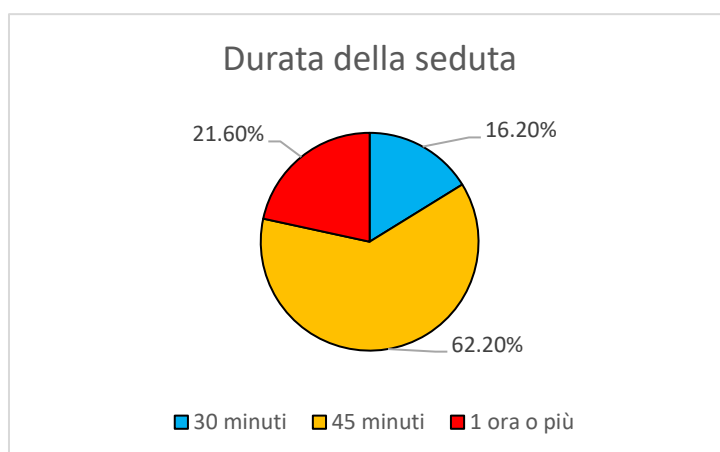


Grafico 12. Durata della seduta

30) Quale/i tipologia/e di lavoro viene/vengono maggiormente proposta/e ai pazienti?

La risposta a questa domanda è stata pressoché univoca: tutte le strutture ad eccezione di una (36/37) propongono sia esercizi di balance che esercizi selettivi per l'arto superiore e inferiore.

31) Vengono assegnati esercizi domiciliari al paziente?

Nel 78,4% delle strutture vengono assegnati al paziente esercizi domiciliari ad ogni seduta o all'interno delle sedute del ciclo di trattamento previsto, mentre nel 10,8% dei casi vengono consegnati esercizi solo tra un ciclo e l'altro di trattamento. La restante parte delle strutture compilatrici (10,8%), non assegna invece esercizi domiciliari ai pazienti.

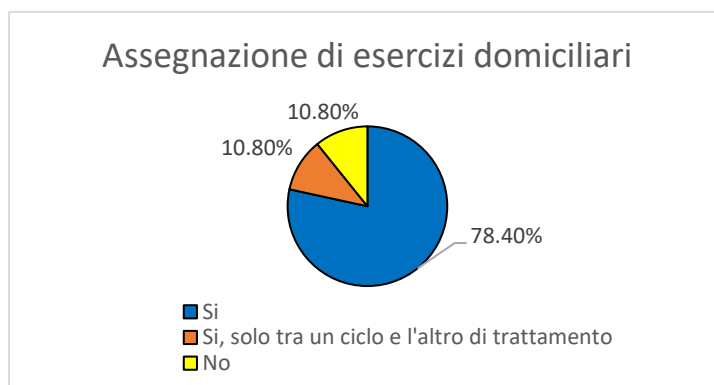


Grafico 13. Assegnazione di esercizi domiciliari

32) Durante le sedute viene affrontata l'educazione ad un miglior stile di vita ed alla prevenzione secondaria?

Dai risultati ottenuti in risposta a questo quesito emerge che la maggior parte delle strutture (83,8%) si applica su questo fronte, ma anche che, per mancanza di tempo, l'8,1% non può adempiere a questo compito e l'8,1% non affronta a prescindere il tema.

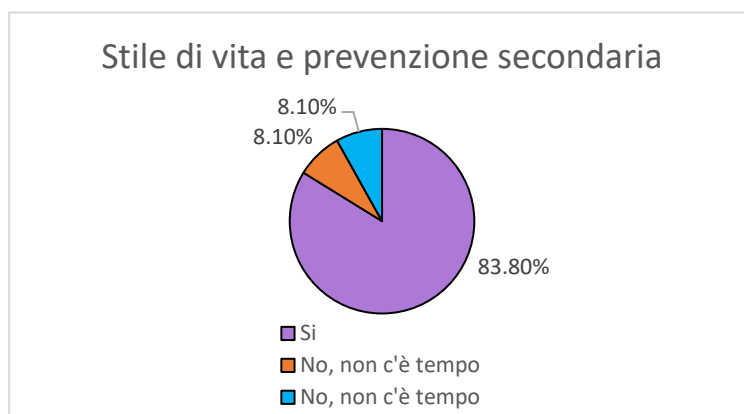


Grafico 14. Stile di vita e prevenzione secondaria

33) Quanta importanza viene data al training cardiovascolare durante la seduta di trattamento?

Tra le strutture che hanno partecipato al questionario il 59,5% dichiara di proporre il training cardiovascolare solo a determinati pazienti ed il 10,8% che lo propone a tutti i pazienti. Per quanto riguarda il restante 29,7% delle strutture, esse scelgono di non proporlo.

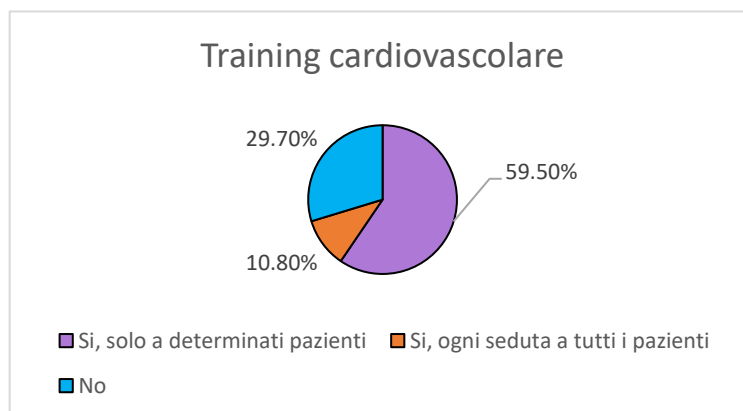


Grafico 15. Training cardiovascolare

34) In base alla tipologia di pazienti che accede alla sua struttura, ritiene l'auto-trattamento una strategia di utile supporto?

A questo quesito il 73% delle strutture risponde che ritiene l'auto-trattamento una strategia di utile supporto, mentre il restante 27% la ritiene, in relazione ai propri pazienti, non utile.

35) Specificare brevemente la motivazione della risposta precedente

In risposta a questo quesito sono state fornite diverse motivazioni: oltre a 3 "non so", le strutture si sono divise, sulla base della precedente risposta, in giustificarne l'utilità o far emergere le criticità. Le risposte raccolte vengono di seguito riportate all'interno della Tabella 4.

Favorevoli all'auto-trattamento

- *“Promozione di uno stile di vita attivo, maggior coinvolgimento del paziente nel processo di cura e miglioramento della self-efficacy”*
- *“Mantiene la performance motoria raggiunta”*
- *“Utile lo stimolo quotidiano per determinati esercizi”*
- *“Coinvolgere il pz. nel programma riabilitativo al fine di sfruttare al meglio le capacità residue”*
- *“Educazione al movimento e stop alla sedentarietà per mantenere i benefici avuti”*
- *“Intensifica la riabilitazione”*
- *“Per una migliore compliance del paziente e per consolidare gli obt raggiunti”*
- *“Miglioramento della compliance e dei risultati”*
- *“Per mantenere ciò che abbiamo raggiunto”*
- *“Per mantenere/incrementare i risultati ottenuti con la fisioterapia individuale”*
- *“Mantenere nel tempo i risultati ottenuti”*
- *“Impegna il paziente a prendersi cura di sé stesso”*
- *“Maggiore coscienza del proprio problema e condivisione del programma terapeutico”*
- *“Maggior percezione del proprio corpo”*
- *“Conoscere il proprio corpo (possibilità e limiti)”*
- *“L'autotrattamento è la continuazione del trattamento manuale del ft, permette una automatizzazione delle componenti riabilite mano mano che le si recuperano”*
- *“La riabilitazione non si limita al solo trattamento in presenza ma guidato dalle indicazioni del fisioterapista il pz avrà la possibilità di rendere la sua giornata un continuum di quanto acquisito”*
- *“Per dare uno strumento di mantenimento al pz e perché è un modo perché impari a volersi bene”*
- *“Rinforzo delle attività fisioterapiche”*
- *“È importante che il pz. si senta parte attiva del trattamento riabilitativo anche svolgendo in autonomia gli esercizi appresi”*
- *“L'auto-trattamento è necessario per consolidare i progressi ottenuti in seduta.”*
- *“Per poter mantenere e potenziare i miglioramenti ottenuti durante la seduta riabilitativa”*
- *“Intensità e ripetizione”*
- *“Adeguando la preposte riabilitative da effettuarsi in autonomia alle condizioni del pz, tutti ne possono beneficiare, migliorando l'empowerment e il tempo riabilitativo nella giornata.”*
- *“Essendo degenti hanno molto tempo in reparto da investire”*
- *“Aumentare il tempo di stimolazione, favorire il transfer di competenze apprese”*
- *“Per integrare il lavoro effettuato in seduta”*

Non favorevoli all'auto-trattamento
- <i>“I pazienti che accedono alla struttura arrivano nell'immediato post acuto e sono troppo gravi per poter effettuare l'autotrattamento”</i>
- <i>“Dipende dal grado di disabilità. Credo che il supporto dell'operatore sia fondamentale per fare un lavoro di qualità.”</i>
- <i>“Auto trattamento non proponibile per presenza di deficit cognitivi”</i>
- <i>“Difficoltà di riprodurre l'esercizio”</i>
- <i>“Difficoltà di gestione dei compensi”</i>
- <i>“Dipende dal pz e dalla famiglia”</i>
- <i>“Spesso sono gravi o anziani; se più giovani sì”</i>

Tabella 4. Risposte delle strutture

36) Quali tra questi ritiene i problemi maggiormente impattanti sui pazienti che accedono alla sua struttura?

Lo svolgimento di compiti funzionali risulta essere al primo posto tra i problemi ritenuti più impattanti (23/37), seguito da mobilità (21/37), funzione dell'arto superiore (21/37), concentrazione (21/37), tono dell'umore (20/37) e comunicazione (18/37). Altre categorie come fatica, decondizionamento, cadute, memoria e nutrizione sono state, seppur da meno strutture, ritenute impattanti.

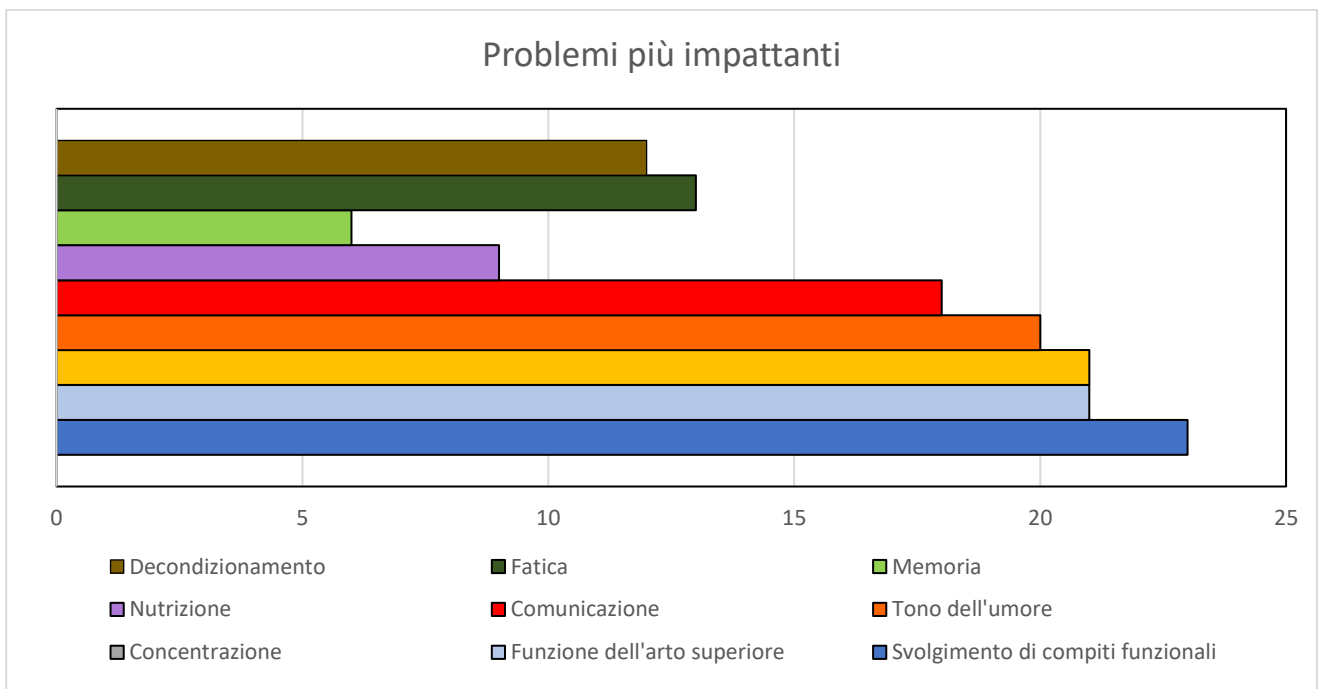


Grafico 16. Problemi più impattanti

4. DISCUSSIONE

In un ambito vasto ed in costante evoluzione come quello della neuroriabilitazione, esistono ad oggi in letteratura poche evidenze rispetto alla presa in carico e alla gestione del paziente con esiti di ictus una volta terminato il regime di ricovero. La letteratura mette in luce alcuni dei bisogni più comuni di questi pazienti e gli interventi che attualmente risultano essere più efficaci. Tuttavia, queste evidenze andrebbero messe in relazione anche con la disponibilità di risorse e fondi e con altre variabili maggiormente legate alla realtà operativa come, ad esempio, gli elementi organizzativi e di gestione delle strutture e dei servizi. Prendendo ad esempio la durata di una seduta di trattamento, a fronte di un'evidenza che proponga sessioni di una certa durata, le strutture potrebbero trovarsi di fronte ad una difficoltà di erogazione a causa di problemi legati alla gestione della programmazione oraria degli interventi da parte di più operatori.

A partire da queste riflessioni, si è deciso, attraverso la distribuzione di un questionario alle strutture riabilitative della regione Lombardia e della regione Veneto, di far emergere le diverse modalità di gestione del paziente con esiti di ictus, per poi confrontarle con le evidenze disponibili in letteratura e individuare elementi di criticità o efficacia.

4.1. Fondi e risorse a disposizione

Rispetto a quanto appena detto sembra opportuno fare una prima riflessione rispetto alla tipologia di strutture che hanno compilato il questionario: pubbliche, private e private convenzionate. Per i pazienti l'ambito pubblico, dal quale sono pervenute la maggior parte delle risposte (65%), è quello di più facile accesso, essendo le terapie gratuite o soggette solo ad un eventuale "ticket" grazie all'esistenza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Tuttavia, il confronto tra ambito pubblico e ambiti privato e privato convenzionato potrebbe risultare rilevante per comprendere se il diverso inquadramento "aziendale" possa determinare una diversa modalità di gestione del paziente.

Come è possibile notare attraverso il *Grafico 2* relativo alla domanda 4, una prima differenza tra le strutture, emerge nella possibilità di beneficiare di fondi per la presa in carico di pazienti con diagnosi di ictus: solo 1 struttura tra le private e le private convenzionate che hanno partecipato all'indagine e 11 strutture delle 24 pubbliche ricevono fondi. Pur essendo il dato raccolto influenzabile dalla mancata informazione del compilatore in materia amministrativa, sarebbe comunque interessante, soprattutto per quanto riguarda le strutture pubbliche che si presume vengano gestite in maniera equipollente dal SSN, indagare in maniera più approfondita le ragioni di tale differenza che potrebbe poi successivamente ripercuotersi in ambito di pratica clinica.

Nel concreto, infatti, come si vede dal *Grafico 3* relativo alla domanda 9, il 78,4% delle strutture dichiara di non disporre di materiali, spazi e risorse sufficienti a rispondere ai bisogni dei pazienti proprio a causa di una carenza di fondi. Interessante è che all'interno di questa percentuale vi siano tre strutture che, pur ricevendo fondi, li dichiarano insufficienti. Il confronto tra le risposte alle domande 4 e 9 potrebbe contribuire a far nascere alcuni interrogativi relativamente alle modalità di ripartizione delle risorse tra le varie strutture all'interno della stessa regione; ai criteri impiegati per un'eventuale assegnazione di fondi straordinari ad alcune strutture rispetto ad altre; alla modalità di gestione di tali fondi che potrebbero essere "vincolati" a determinate voci di spesa lasciando quindi l'eventuale spazio a carenze di mezzi a disposizione del personale, anche laddove siano presenti risorse aggiuntive a quelle ordinarie.

Dal punto di vista del personale che si dedica alla presa in carico ed alla cura dei pazienti in questione, nonostante nella maggior parte dei casi (56,8%) sia stato dichiarato essere insufficiente rispetto alle richieste dei pazienti, è presente nella quasi totalità delle strutture un team multidisciplinare. In accordo con quanto viene riportato in letteratura, il quadro clinico dei pazienti con esiti di ictus è complesso e ciascuna necessità richiede un trattamento specifico. I bisogni dei pazienti, infatti, riguardano sia l'ambito sanitario, che quello sociale, nonché altri ambiti a cui spesso non viene data sufficiente importanza secondo l'opinione dei pazienti stessi^{3,41}. Pur risultando il servizio, tra quelli in ambito sanitario, con il maggior numero di accessi, la fisioterapia non va considerata come l'unico intervento in grado di rispondere ai bisogni del paziente con esiti di ictus dal momento che in diversi casi vi è, ad esempio, la presentazione di problemi emotivi come l'ansia, la fatica e la depressione. Quest'ultima, in particolare, si stima possa svilupparsi nel 31% dei casi⁵¹. Infine, un terzo dei pazienti con esiti di ictus sperimenta difficoltà comunicative. Le suddette problematiche contribuiscono congiuntamente ad una riduzione delle interazioni sociali e, più in generale, della qualità di vita⁴¹ per cui sarebbe importante poter garantire a tutti i pazienti l'accesso ai servizi che si occupano delle singole componenti di disfunzione emergenti in seguito alla stabilizzazione del quadro clinico-funzionale del paziente.

4.2. Influenza della pandemia da SARS-CoV2

Considerando l'enorme impatto che la pandemia da SARS-Cov2 ha avuto sul Sistema Sanitario e sulla popolazione in generale, si è voluta inserire una sezione che indagasse l'opinione diretta delle strutture in indagine. I dati emersi confermano che nella maggior parte dei casi (73%) COVID-19 ha influenzato la gestione dell'intervento sui pazienti da parte delle strutture.

In merito agli aspetti indagati (durata del trattamento, numero di sedute, personale non vaccinato e personale positivo a SARS-Cov2), quello che è risultato maggiormente incisivo è stato la presenza di personale positivo all'infezione: il 92,6% delle strutture, infatti, ha avuto difficoltà determinate dall'assenza di personale che, seppur vaccinato, risultava positivo agli screening periodici; questo aspetto, unitamente alla presenza di personale non vaccinato, ha avuto un forte impatto sulle strutture in termini gestionali (*Grafico 6*).

Anche il numero delle sedute e la durata del trattamento, sebbene non in tutte le strutture, hanno subito delle variazioni in senso diminutivo: rilevante è sicuramente la percentuale delle strutture che, come si può osservare nel *Grafico 4*, non è riuscita a gestire i tempi come prima della pandemia dovendo quindi diminuire la durata effettiva del trattamento. Questo, unitamente alla riduzione del numero di sedute rilevata alla domanda 14, potrebbe aver rappresentato un fattore negativo per il recupero dei pazienti anche in considerazione del fatto che la variabile tempo risulta essere fondamentale in riabilitazione⁵⁰.

Una soluzione volta a ridurre tale impatto potrebbe arrivare dalla teleriabilitazione, risorsa ad oggi sfruttata solo da una minoranza delle strutture interessate dallo studio (21,6%). Questo strumento, le cui necessità e potenzialità si sono rese più evidenti proprio in occasione della pandemia da SARS-Cov2, sarebbe, in accordo con la letteratura, di forte supporto alla terapia convenzionale, abbassando i costi di accesso alle strumentazioni e accrescendo contemporaneamente la motivazione del paziente⁵⁰. Come affermato in precedenza, i pazienti che hanno avuto un ictus non sperimentano solo barriere di tipo fisico ma anche dipendenza dal caregiver, problemi economici e di trasporto nonché possibile mancanza di risorse regionali di sostegno; ecco, dunque, che tramite la teleriabilitazione, utilizzata a compendio della terapia convenzionale, risulterebbe possibile incrementare l'accessibilità alla terapia con un'eventuale concomitante riduzione dei costi⁵².

Sarebbe interessante capire, quindi, sia quali siano gli ostacoli che le strutture incontrano nell'attivare questo servizio, sia quali siano le modalità di gestione impiegate e i livelli di efficacia raggiunti dalle strutture che hanno a disposizione questa risorsa.

4.3. Trattamento

Per quanto riguarda la gestione vera e propria del trattamento, in tutte le strutture, ad eccezione di una, viene inizialmente stilato un progetto riabilitativo individuale e il paziente viene valutato attraverso scale di valutazione che permettono sia di oggettivare i dati che di comunicarli in maniera più efficace all'interno di eventuali team riabilitativi monitorando le modifiche della situazione del paziente in relazione al trattamento somministrato.

Le scale di valutazione maggiormente utilizzate sono il Barthel Index e la FIM che, in accordo con la letteratura, risultano essere la scelta migliore in termini di predizione dello stato funzionale^{2,35}; altre scale come il 6 Minute Walking Test e il 2 Minute Walking Test, la Berg Balance Scale e la Stroke Impact Scale vengono utilizzate, seppur in minoranza, con nessuna controindicazione assoluta da parte della letteratura.

Ambito indagato solo da una struttura (*Grafico 8*) ma che, in accordo con la letteratura, meriterebbe particolare importanza nella presa in carico globale del paziente con esiti di ictus è la qualità di vita, uno degli aspetti maggiormente interessati sia dal punto di vista del paziente, sia da quello del caregiver incaricato che, soprattutto nei casi più compromessi, potrebbe dover modificare il suo stesso stile di vita per prendersi a pieno carico il malato³⁹. Un'ipotesi è che le strutture in indagine non utilizzino un questionario oggettivo, ma che comunque prendano implicitamente in considerazione tale aspetto all'interno della formulazione del piano terapeutico individuale.

In relazione al sintomo dolore, dai risultati del questionario emerge che tutte le strutture, ad eccezione di una, ne indagano la presenza, come viene suggerito dalla letteratura⁵³: il dolore è, infatti, un problema spesso riscontrato tra la popolazione colpita da ictus, in particolare a livello della spalla o, nei casi più complessi, sotto forma di sindrome da dolore regionale complesso.

Rispetto, invece, alle modalità e agli aspetti indagati le strutture si discostano tra loro: l'intensità risulta essere l'aspetto indagato in modo più ricorrente (*Grafico 9*) e la scala di valutazione la modalità più utilizzata per la valutazione (domanda 23). Minore è invece il numero di strutture che, a completamento della valutazione del quadro algico del paziente, indaga anche la tipologia di dolore, la zona del corpo, la frequenza e la durata.

In relazione al numero di sedute settimanali, in tutte le strutture compilatrici viene indicato un minimo di due sedute ma l'89,2% delle strutture arriva ad offrire anche tre sedute o più ogni settimana; a variare maggiormente è invece il tempo della durata ogni seduta (*Grafico 12*). Una sola struttura ha risposto che effettua due sedute settimanali da 30 minuti mentre le altre che effettuano due sedute a settimana propongono trattamenti da 45 minuti o da 1 ora e più. In letteratura, ad oggi, non vi è un numero preciso di trattamenti suggerito o un tempo specifico raccomandato per ogni seduta, ma l'importanza del tempo e della ripetizione dei compiti è già stata discussa precedentemente^{35,50}.

Un limite di tempo andrà comunque delineato sia per questioni di distribuzione delle risorse che per aspetti legati all'affaticamento del paziente; nonostante la sua resistenza aumenti rispetto alla fase acuta, è fondamentale gestire al meglio i tempi di trattamento per evitare sovraccarichi di attività che potrebbero dimostrarsi controproducenti per il recupero funzionale.

Nella definizione della durata della seduta di trattamento andrebbe inoltre tenuto conto dell'importanza di dedicare parte della seduta alla prevenzione secondaria⁴² e al training cardiovascolare: uno dei principali problemi riportati all'interno delle revisioni sistematiche caratterizzanti il soggetto con esiti di ictus è il decondizionamento rispetto alla popolazione sana della stessa età che porta ad un aumento della sedentarietà e, in maniera direttamente proporzionale, anche ad un aumento del rischio di un secondo evento^{2,54,55}. Sebbene dosi e tempi del training siano ancora dibattuti all'interno della letteratura, l'accordo comune rimane sul beneficio di allenamenti cardiovascolari anche aspecifici con l'aggiunta anche di attività come lo yoga o il tai chi per migliorare non solo lo stato di benessere fisico, ma anche l'autoefficacia, l'equilibrio e il cammino^{2,51}. Da quanto emerge dal questionario, tra le strutture partecipanti, il 59,5% dichiara di proporre il training cardiovascolare solo a determinati pazienti, il 10,8% lo propone a tutti i pazienti mentre, più in generale, l'83,8% delle strutture si dedica all'educazione del paziente avendo come obiettivo la prevenzione secondaria. Potrebbe essere interessante indagare le motivazioni per cui il 29,7% delle strutture non proponga il training cardiovascolare e se sia eventualmente la mancanza di tempo il fattore determinante come accade all'8,1% delle strutture che non riesce ad affrontare il tema della prevenzione secondaria durante le sedute per insufficienza di tempo a disposizione.

Durante le sedute il 78,4% delle strutture sceglie, qualora sia presente, di includere anche il caregiver nel percorso di riabilitazione. Sebbene il progetto riabilitativo abbia come protagonista il paziente ed i suoi obiettivi, l'ICF sottolinea l'importanza dei fattori contestuali e, in particolare, dell'ambiente, compreso di facilitatori ed eventuali barriere. Per i pazienti il caregiver è una risorsa estremamente fondamentale poiché è colui che prende in carico la persona per la maggior parte del tempo in cui egli non sta svolgendo attività di riabilitazione. Pertanto, in accordo con la letteratura⁴, emerge che per sviluppare un percorso riabilitativo ottimale che renda il paziente il più autonomo possibile, sia fondamentale coinvolgere nelle scelte terapeutiche sia il paziente che il caregiver, al fine di evitare a quest'ultimo un sovraccarico di compiti e responsabilità.

In relazione alla creazione di continuità tra la seduta fisioterapica e la vita domiciliare, assume particolare rilevanza un eventuale programma di auto-trattamento che vada ad implementare e mantenere i risultati ottenuti con il trattamento vero e proprio oltre che a migliorare l'autoefficacia del paziente^{56,57}. Dal questionario emerge che il 78,4% delle strutture assegna esercizi domiciliari al paziente e che circa la stessa percentuale (73%) consideri tale assegnazione come una strategia di utile supporto.

Tuttavia, questi due dati, se analizzati nel dettaglio, mettono in luce che all'interno del 73% delle strutture che rispondono affermativamente alla domanda sull'utilità dell'auto-trattamento, l'11% non assegna esercizi domiciliari né ad ogni seduta, né tra un ciclo e l'altro motivando inoltre l'utilità dell'auto-trattamento (*Tabella 4*) così come riportato di seguito:

- *“Promozione di uno stile di vita attivo, maggior coinvolgimento del paziente nel processo di cura e miglioramento della self-efficacy”*
- *“Impegna il paziente a prendersi cura di sé stesso”*
- *“Adeguando la preposte riabilitative da effettuarsi in autonomia alle condizioni del pz, tutti ne possono beneficiare, migliorando l'empowerment e il tempo riabilitativo nella giornata”.*

Potrebbe quindi essere interessante indagare se e in che modo queste strutture propongano l'auto-trattamento ed eventuali motivazioni per le quali invece, pur ritenendolo di utile supporto, non lo facciano.

CONCLUSIONI

Nonostante la ridotta significatività statistica delle risposte raccolte mediante il questionario (37 risposte su 289 questionari inviati), attraverso questo studio è stato possibile mettere in luce le modalità di gestione di alcune strutture riabilitative delle regioni Veneto e Lombardia facendo emergere alcuni spunti interessanti di riflessione, anche nell'ottica di ulteriori approfondimenti futuri.

Come è stato possibile appurare attraverso questa ricerca non sembra esistere una modalità univoca di gestione del paziente con esiti di ictus da parte delle strutture che hanno partecipato al questionario di indagine, sia in relazione alla gravità del quadro clinico di pazienti presi in carico, sia in relazione alla disponibilità di fondi e risorse. Quest'ultimo aspetto è risultato, in particolare, un elemento di discrepanza nel confronto di risposte arrivate da strutture con lo stesso inquadramento "aziendale", cosa che porta a dedurre che non esista una gestione univoca dell'erogazione di fondi per le strutture siano esse pubbliche, private o private convenzionate.

Per aspetti riguardanti la gestione del progetto terapeutico, come ad esempio l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale e le caratteristiche dell'intervento terapeutico (numero di sedute, durata del trattamento e altro), è da sottolineare positivamente il fatto che tutte le strutture si allineino, nella loro proposta, alle evidenze disponibili in letteratura. Al contrario, sebbene quest'ultima la indichi come un valido compendio, la teleriabilitazione risulta ancora uno strumento poco considerato all'interno dell'offerta riabilitativa e potrebbe risultare interessante un approfondimento delle motivazioni che portano a non considerare, o addirittura escludere, questa possibilità di intervento.

Infine, l'esiguità del numero di strutture aderenti all'indagine alla base di questo lavoro di tesi, in combinazione con le differenze emerse dalle risposte in merito ad alcuni aspetti indagati, portano a riflettere sulla necessità, in futuro, di affiancare ad un'analisi quantitativa anche un'analisi qualitativa da condurre, ad esempio, attraverso un'intervista, al fine di approfondire al meglio con i singoli responsabili organizzativi delle diverse strutture aspetti di criticità o incongruenza emersi attraverso l'indagine quantitativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute Italiana. Le malattie cerebrovascolari. *Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari* (2022).
2. Santilli, V. et al. “Capitolo 4, linee guida ed evidenze scientifiche nella riabilitazione dell'ictus,” in Linee guida ed evidenze scientifiche in Medicina Fisica e Riabilitativa, Centro Stampa-Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 2017, pp. 59-92.
3. Chen, T. et al. Long-term unmet needs after stroke: systematic review of evidence from survey studies. *BMJ Open* **9**, e028137 (2019).
4. Cameron, J. I. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int. J. Stroke* **11**, 807–822 (2016).
5. Teasell, R. et al. Time to Rethink Long-Term Rehabilitation Management of Stroke Patients. *Top. Stroke Rehabil.* **19**, 457–462 (2012).
6. Wissel, J., Olver, J. & Sunnerhagen, K. S. Navigating the Poststroke Continuum of Care. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* **22**, 1–8 (2013).
7. Arntzen, C., Borg, T. & Hamran, T. Long-term recovery trajectory after stroke: an ongoing negotiation between body, participation, and self. *Disabil. Rehabil.* **37**, 1626–1634 (2015).
8. Coupland, A. P., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H. & Davies, A. H. The definition of stroke. *J. R. Soc. Med.* **110**, 9–12 (2017).
9. Hankey, G. J. Stroke. *The Lancet* **389**, 641–654 (2017).
10. Sacco, R. L. 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* **44**, 2064–2089 (2013).
11. Furie, B. & Furie, B. C. Mechanisms of Thrombus Formation. *N. Engl. J. Med.* **359**, 938–949 (2008).
12. El-Koussy, M., Schroth, G., Brekenfeld, C. & Arnold, M. Imaging of Acute Ischemic Stroke. *Eur. Neurol.* **72**, 309–316 (2014).
13. Yew, Kenneth S, and Eric M Cheng. “Diagnosis of acute stroke.” *American family physician* vol. 91,8 (2015): 528-36.
14. Boulanger, J. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int. J. Stroke* **13**, 949–984 (2018).
15. Powers, W. J. et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* **49**, (2018).
16. Stefano, M. et al. “Percorso di cura dell'ictus in Italia,” in Codice BLU: Percorso Ictus, Ministero della Salute, 2018, pp. 7-18.
17. Smajlovic, D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vasc. Health Risk Manag.* **157** (2015) doi:10.2147/VHRM.S53203.

18. Feigin, V. L. et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology* 45, 161–176 (2015).
19. Feigin, V. L. et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 20, 795–820 (2021).
20. Avan, A. 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.* 17, 191 (2019).
21. Virani, S. S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 141, (2020).
22. Kernan, W. N. et al. Pioglitazone after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *N. Engl. J. Med.* 374, 1321–1331 (2016).
23. Pistoia, F. et al. Hypertension and Stroke: Epidemiological Aspects and Clinical Evaluation. *High Blood Press. Cardiovasc. Prev.* 23, 9–18 (2016).
24. Pandian, J. D. et al. Prevention of stroke: a global perspective. *The Lancet* 392, 1269–1278 (2018).
25. Sarikaya, H., Ferro, J. & Arnold, M. Stroke Prevention - Medical and Lifestyle Measures. *Eur. Neurol.* 73, 150–157 (2015).
26. Caprio, F. Z. & Sorond, F. A. Cerebrovascular Disease. *Med. Clin. North Am.* 103, 295–308 (2019).
27. Chiang, T., Messing, R. O. & Chou, W.-H. Mouse Model of Middle Cerebral Artery Occlusion. *J. Vis. Exp.* 2761 (2011) doi:10.3791/2761.
28. Russell-Giller, S. et al. Impact of unilateral stroke on right hemisphere superiority in executive control. *Neuropsychologia* 150, 107693 (2021).
29. Di Legge, S., Fang, J., Saposnik, G. & Hachinski, V. The impact of lesion side on acute stroke treatment. *Neurology* 65, 81–86 (2005).
30. Palmerini, Francesco, and Julien Bogousslavsky. “Right hemisphere syndromes.” *Frontiers of neurology and neuroscience* vol. 30 (2012): 61-4. doi:10.1159/000333411
31. Robert. T. et al. “Clinical Consequences of Stroke,” in *Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR*, 2018, p. Capitolo 2.
32. Hartwigsen, G. & Saur, D. Neuroimaging of stroke recovery from aphasia – Insights into plasticity of the human language network. *NeuroImage* 190, 14–31 (2019).
33. Tsvigoulis, G. et al. Safety of Intravenous Thrombolysis in Stroke Mimics: Prospective 5-Year Study and Comprehensive Meta-Analysis. *Stroke* 46, 1281–1287 (2015).
34. Hao, Q. et al. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for acute minor ischaemic stroke or high risk transient ischaemic attack: systematic review and meta-analysis. *BMJ* k5108 (2018) doi:10.1136/bmj.k5108.
35. Winstein, C. J. et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 47, (2016).
36. ISO. spread, “Riabilitazione,” in *Linee Guida VII Edizione*, 2017, p. Capitolo 14.

37. Robert. T. et al. "Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process," in Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR, 2018, p. Capitolo 4.
38. Robert. T. et al. "The elements of stroke rehabilitation," in Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR, 2018, p. Capitolo 6.
39. Mountain, A. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *Int. J. Stroke* 15, 789–806 (2020).
40. Hankey, G. J. Secondary stroke prevention. *Lancet Neurol.* 13, 178–194 (2014).
41. Wray, F. & Clarke, D. Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 7, e017944 (2017).
42. Gladstone, D. J. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. *Can. J. Neurol. Sci. J. Can. Sci. Neurol.* 49, 315–337 (2022).
43. Stinear, C. M., Smith, M.-C. & Byblow, W. D. Prediction Tools for Stroke Rehabilitation. *Stroke* 50, 3314–3322 (2019).
44. Katherine. S. et al. "Outcome Measures in Stroke Rehabilitation," in Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR, 2013, p. Capitolo 20.
45. Quinn, T., Harrison, & McArthur. Assessment scales in stroke: clinimetric and clinical considerations. *Clin. Interv. Aging* 201 (2013) doi:10.2147/CIA.S32405.
46. Lanctôt, K. L. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int. J. Stroke* 15, 668–688 (2020).
47. Marcus. S. et al. "UPPER EXTREMITY MOTOR REHABILITATION INTERVENTIONS," in Evidence Based Stroke Rehabilitation, EBRSR, 2013, p. Capitolo 10.
48. Marcus. S. et al. "LOWER EXTREMITY MOTOR REHABILITATION INTERVENTIONS," in Evidence Based Stroke Rehabilitation, EBRSR, 2013, p. Capitolo 9.
49. Laver, K. E. et al. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020, (2020).
50. Schröder, J. et al. Combining the benefits of tele-rehabilitation and virtual reality-based balance training: a systematic review on feasibility and effectiveness. *Disabil. Rehabil. Assist. Technol.* 14, 2–11 (2019).
51. Thayabaranathan, T. et al. Determining the potential benefits of yoga in chronic stroke care: a systematic review and meta-analysis. *Top. Stroke Rehabil.* 24, 279–287 (2017).
52. Knepley, K. D. et al. Impact of Telerehabilitation for Stroke-Related Deficits. *Telemed. E-Health* 27, 239–246 (2021).
53. Teasell, R. 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* 15, 763–788 (2020).
54. Saunders, D. H. et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020, (2020).

55. Sammut, M. et al. Increasing time spent engaging in moderate-to-vigorous physical activity by community-dwelling adults following a transient ischemic attack or non-disabling stroke: a systematic review. *Disabil. Rehabil.* 44, 337–352 (2022).
56. Pogrebnoy, D. & Dennett, A. Exercise Programs Delivered According to Guidelines Improve Mobility in People With Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 101, 154–165 (2020).
57. Moore, S. A. et al. How should long-term free-living physical activity be targeted after stroke? A systematic review and narrative synthesis. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 15, 100 (2018).

ALLEGATI

Allegato 1 – Questionario di indagine con relativi grafici raffiguranti le risposte a ciascuna domanda

Bisogni e modalità di gestione dei pazienti con esiti di ictus

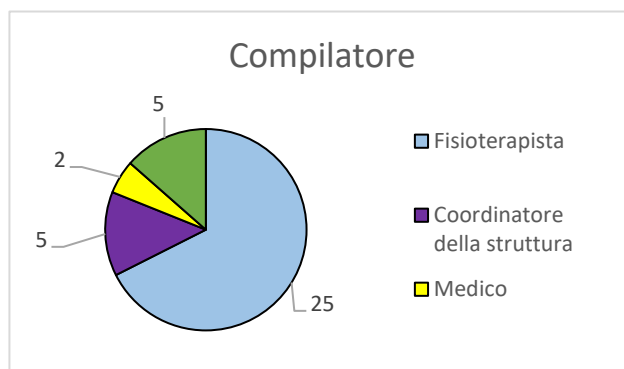
Benvenuto nel questionario “Bisogni e modalità di gestione dei pazienti con esiti di ictus”. Con questa indagine si vuole approfondire quali siano i bisogni del paziente con esiti di ictus nel proseguimento del trattamento fisioterapico una volta terminato il regime di ricovero e come le strutture gestiscano questa categoria di pazienti. Il questionario è composto da 30/36 domande a risposta chiusa o risposta aperta breve per un tempo di compilazione di circa 10 minuti. Il questionario è anonimo e verrà utilizzato solo ai fini dello sviluppo della tesi "Il paziente con esiti di ictus: bisogni e modalità di gestione nelle strutture riabilitative di Veneto e Lombardia". I dati raccolti saranno utilizzati in forma aggregata ed eliminati una volta terminato lo studio. Per chi fosse eventualmente interessato alla consultazione del lavoro definitivo, si resta a disposizione all'indirizzo: gloriamastroni@gmail.com

***campo obbligatorio**

Domande di carattere generale

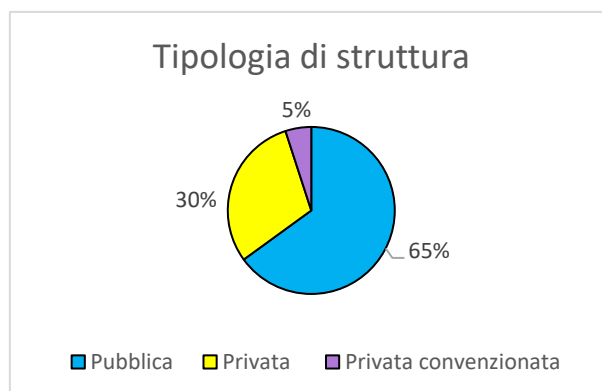
1. Chi sta compilando il questionario? *

Indicare cortesemente la qualifica professionale (coordinatore, fisioterapista, dirigente della struttura, medico referente...)

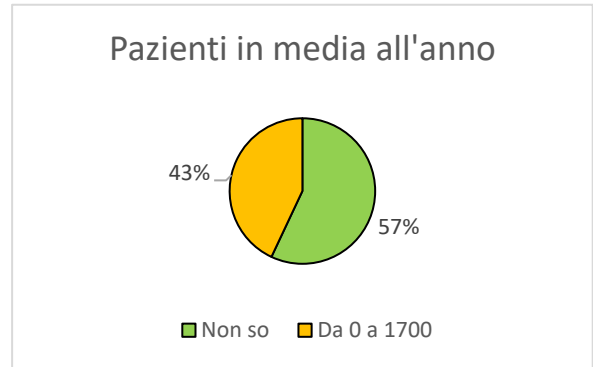


2. Che tipo di struttura è la vostra? *

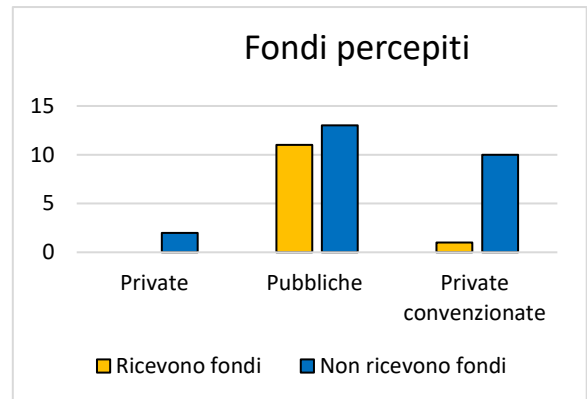
- Pubblica
- Privata
- Privata convenzionata
- Altro [indicare]



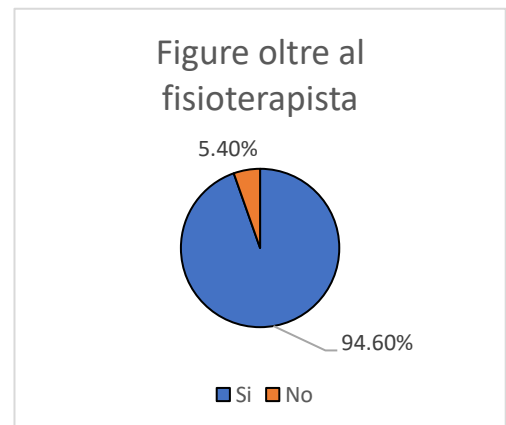
3. Quanti pazienti in media all'anno con diagnosi di ictus si recano presso la vostra struttura? *
Indicare un numero approssimativo o "Non so"



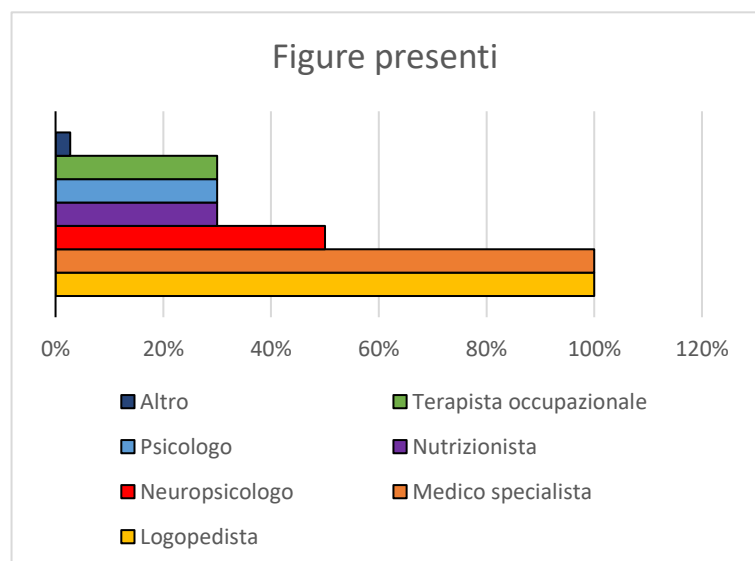
4. La vostra struttura riceve fondi per la presa in carico di pazienti con diagnosi di ictus? *
 Sì
 No



5. Presso la vostra struttura, oltre al fisioterapista, sono presenti altre figure che compongono l'eventuale team riabilitativo? *
 Sì
 No Passa alla domanda 8.

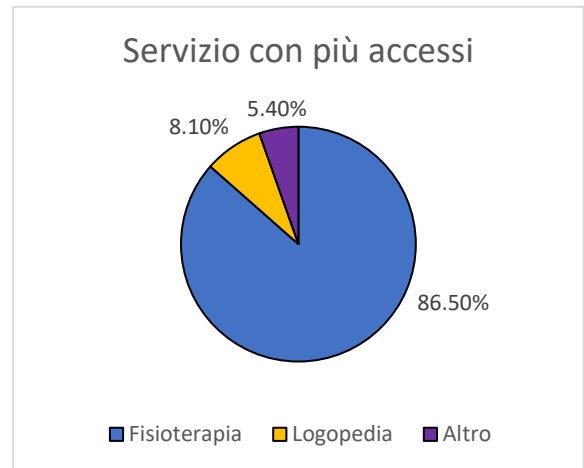


6. Se sì, quale/i?
 Logopedista
 Terapista occupazionale
 Neuropsicologo
 Medico specialista (fisiatra, neurologo, psichiatra...)
 Psicologo
 Nutrizionista
 Altro → indicare



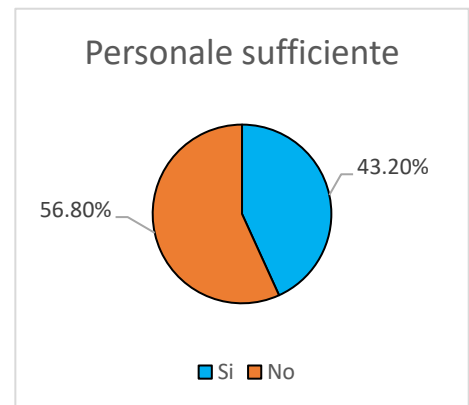
7. A quale servizio si registra il maggior numero di accessi? *

Indicare tra i servizi a disposizione nella struttura (logopedia, fisioterapia, psicologia...) quale/i risulta avere maggior affluenza per i pazienti con esiti di ictus



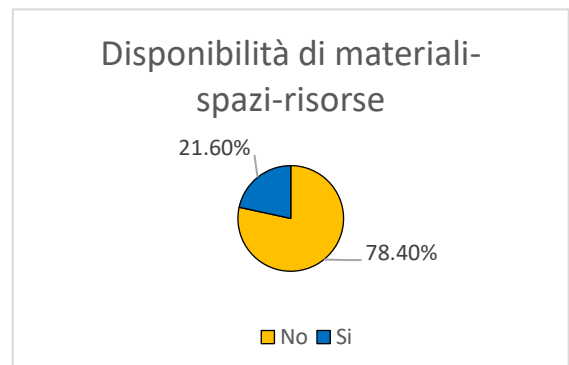
8. La vostra struttura dispone di personale sufficiente per rispondere alle richieste di tutti i pazienti? *

- Sì
- No



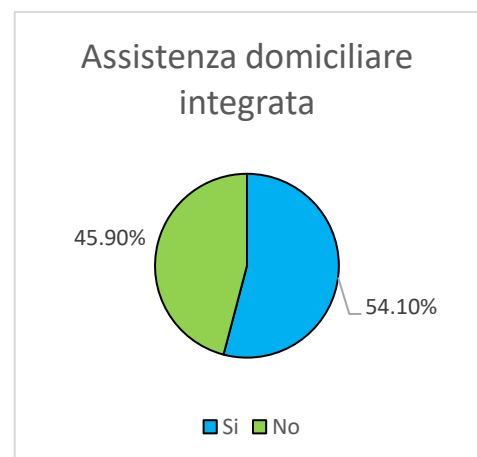
9. Ritenete di avere vostra disposizione materiale/spazi/risorse sufficienti per rispondere ai bisogni dei vostri pazienti? *

- Sì
- No, sarebbero necessari più fondi



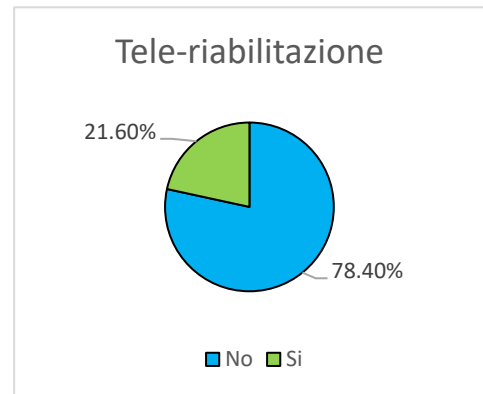
10. Disponete di personale che si dedica all'assistenza domiciliare integrata? *

- Sì
- No



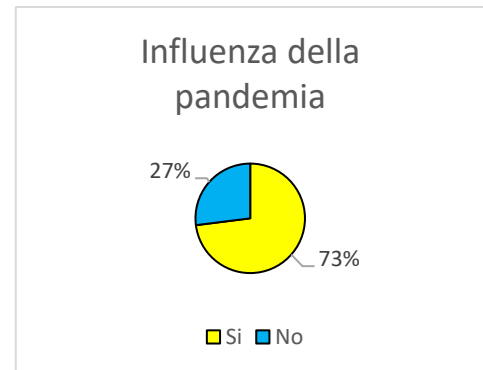
11. Disponete di un servizio di tele-riabilitazione? *

- Sì
- No



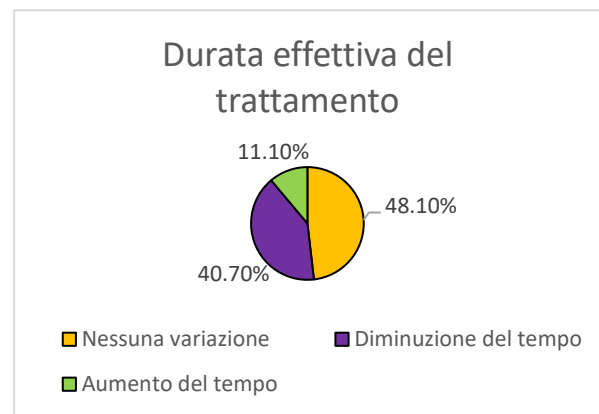
12. La vostra modalità di gestione è cambiata tra prima e dopo la pandemia da SARS-Cov2? *

- Sì Passa alla domanda 13.
- No Passa alla domanda 17



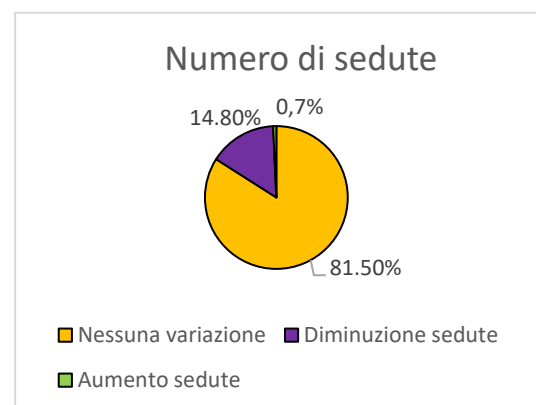
13. La durata effettiva del trattamento ha subito variazioni a causa delle norme igieniche? *

- Sì, è aumentata
- Sì, è diminuita
- No



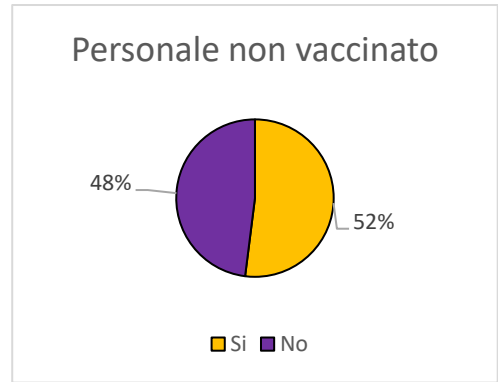
14. Il numero di sedute settimanali per paziente ha subito variazioni a causa delle norme igieniche? *

- Sì, sono aumentate
- Sì, sono diminuite
- No



15. Ci sono state difficoltà determinate dalla presenza di personale non vaccinato contro il SARS-Cov2? *

- Sì
- No



16. Ci sono state difficoltà determinate da personale positivo a COVID-19? *

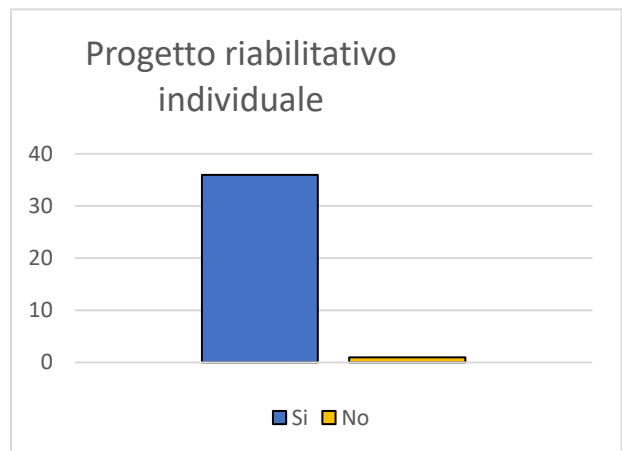
- Sì
- No



Domande di carattere fisioterapico

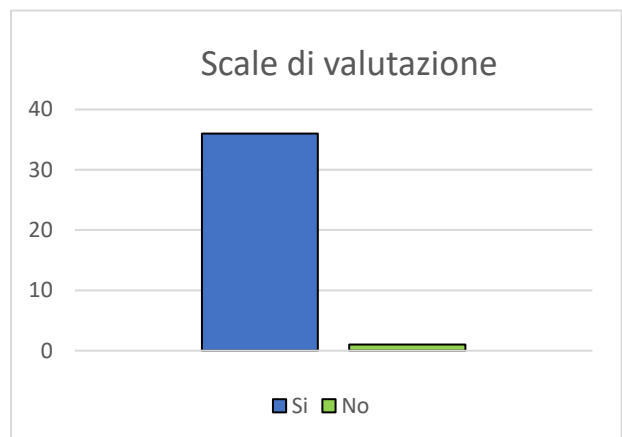
17. Nella sua struttura viene stilato un progetto riabilitativo individuale per ogni paziente? *

- Sì
- No



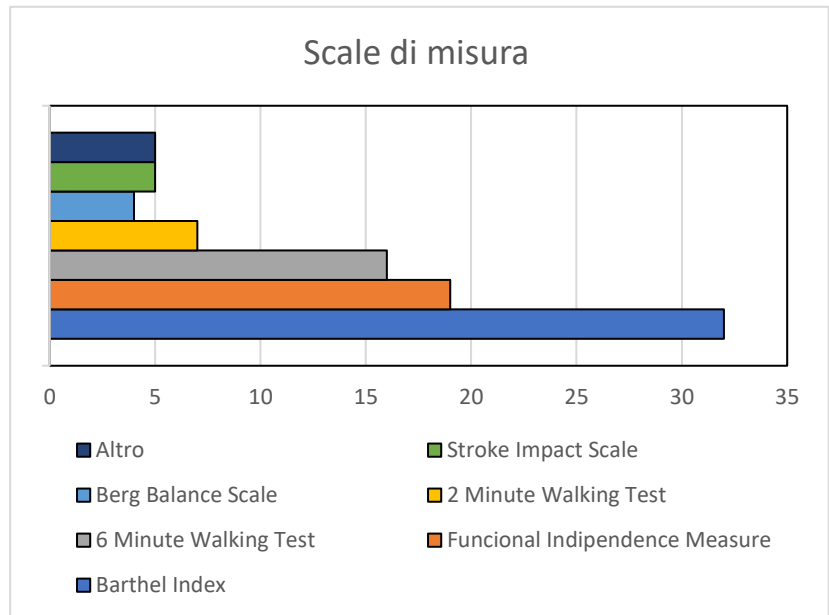
18. Nella sua struttura vengono utilizzate scale di valutazione? *

- Sì
- No



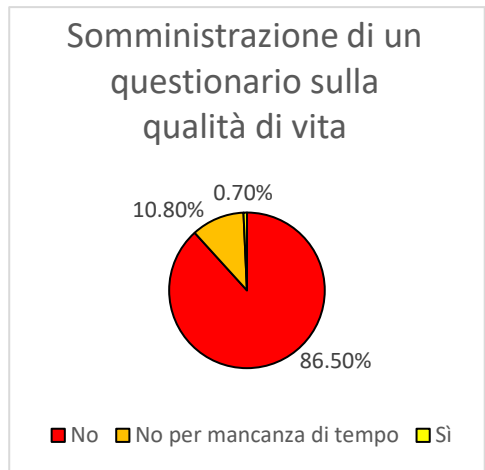
19. Se sì quale/i?

- Berg Balance Scale
- 6MWT
- 2MWT
- FIM
- Barthel Index
- Stroke Impact Scale
- Altro → indicare



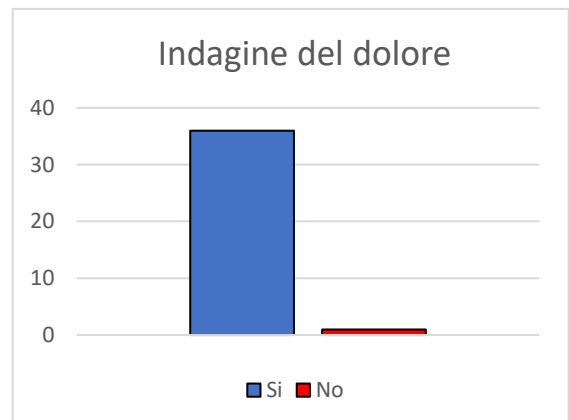
20. Viene somministrato al paziente un questionario sulla qualità di vita come lo Stroke Specific Quality of Life?*

- Sì
- No
- Non c'è tempo sufficiente



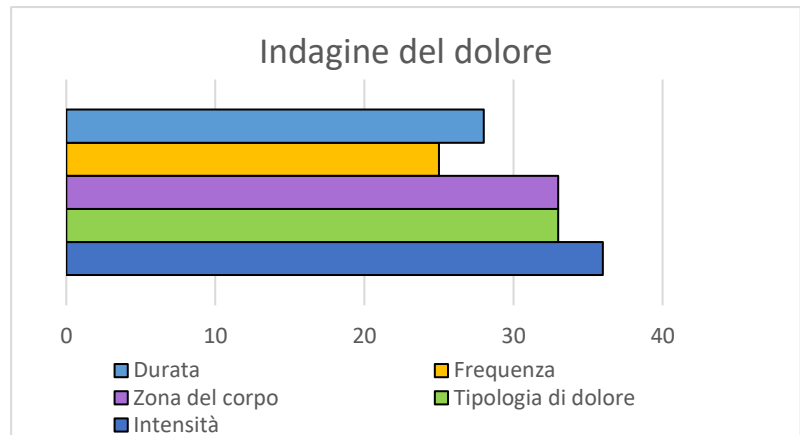
21. Durante le sedute viene indagato l'aspetto del dolore? *

- Sì Passa alla domanda 22.
- No Passa alla domanda 24.



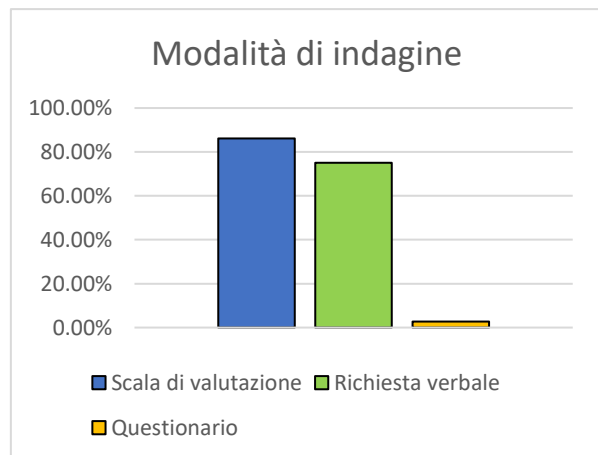
22. Quale/i aspetti del dolore vengono valutati? *

- Zona del corpo
- Intensità
- Durata
- Frequenza
- Tipologia di dolore



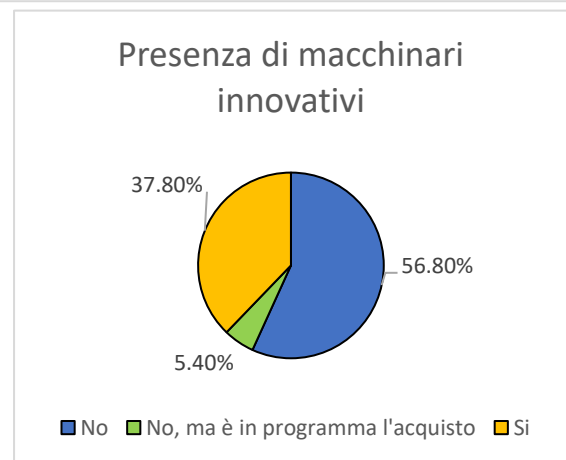
23. Con quale/i modalità di indagine? *

- Scale di valutazione (NRS, VAS, faces pain scale...)
- Questionari (McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory...)
- Richiesta verbale di presenza/assenza



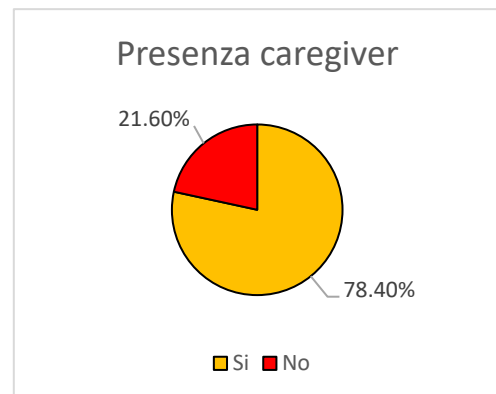
24. La sua struttura dispone di macchinari innovativi per la riabilitazione? (es: robot per l'arto superiore, alterG, software di realtà virtuale, ecc...)*

- Sì
- No
- No, ma abbiamo in programma l'acquisto



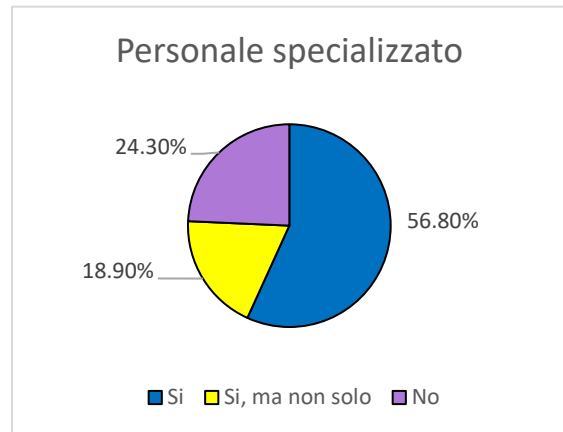
25. Il caregiver, se presente, viene incluso all'interno del percorso di riabilitazione? *

- Sì
- No



26. Nella sua struttura lavorano fisioterapisti specializzati in neuroriabilitazione? *

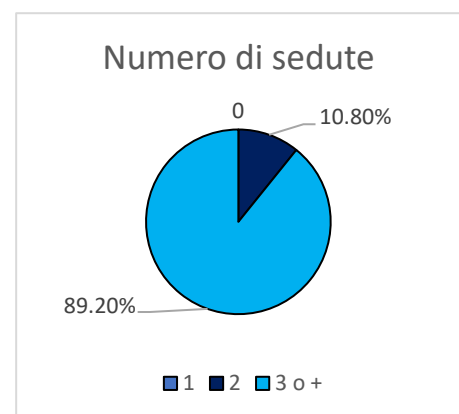
- Sì Passa alla domanda 28.
- No Passa alla domanda 28.
- Sì, ma non solo



27. Indicare quanti sul totale dei fisioterapisti *

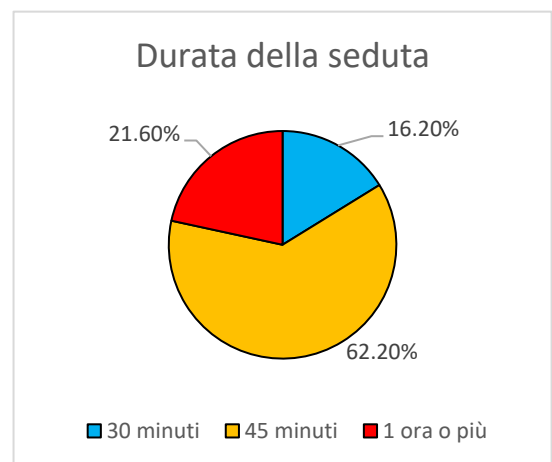
28. Nella sua struttura quante sedute settimanali di fisioterapia effettua in media un paziente? *

- 1
- 2
- 3 o +



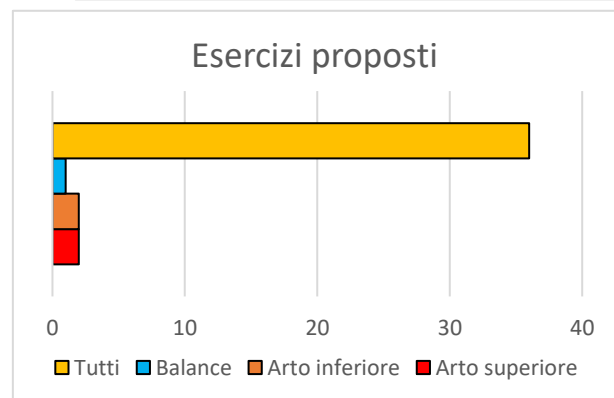
29. Quanto dura un trattamento? *

- 30 min
- 45 min
- 1h o +



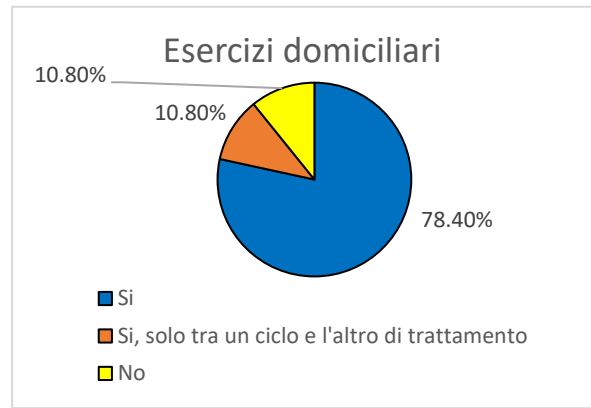
30. Quale/i tipologia di lavoro viene maggiormente proposta ai pazienti? *

- Lavoro selettivo sull'arto superiore
- Lavoro selettivo sull'arto inferiore
- Esercizi di balance
- Tutti



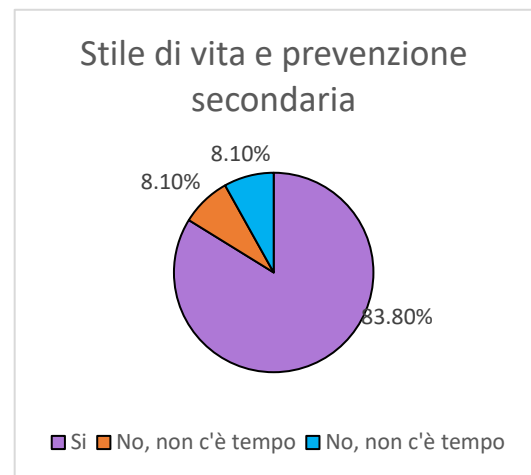
31. Vengono assegnati esercizi domiciliari al paziente? *

- Sì
- No
- Solo tra un ciclo di trattamento e l'altro



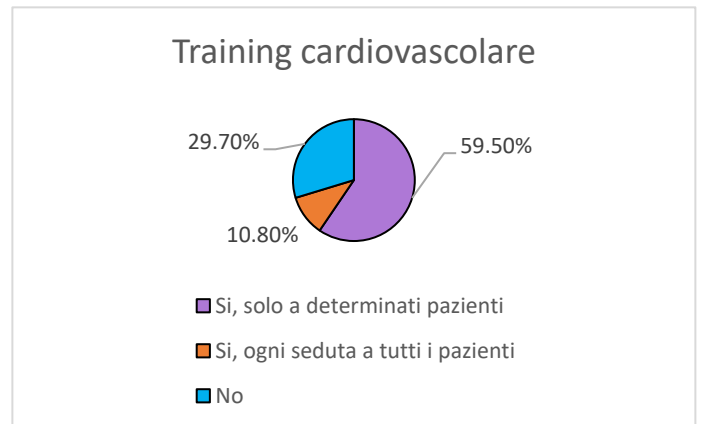
32. Durante le sedute viene affrontata l'educazione ad un miglior stile di vita ed alla prevenzione secondaria?*

- Sì
- No
- Non c'è tempo sufficiente



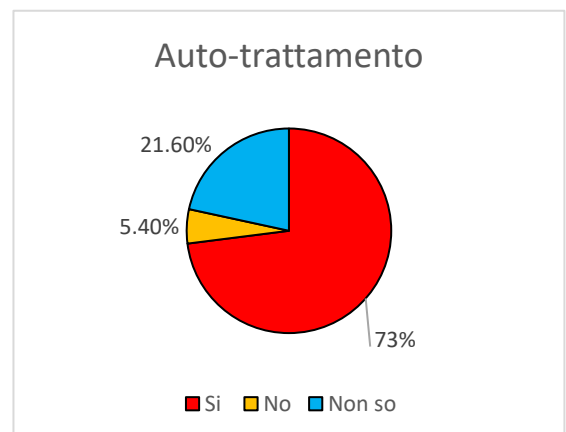
33. Quanta importanza viene data al training cardiovascolare durante la seduta di trattamento? *

- Il training cardiovascolare non entra a far parte della seduta di trattamento
- Il training cardiovascolare viene proposto solo a determinati pazienti
- Il training cardiovascolare entra a far parte di ogni seduta di trattamento e viene proposto a tutti i pazienti



34. In base alla tipologia di pazienti che accede alla sua struttura, ritiene l'auto-trattamento una strategia di utile supporto? *

- Sì
- No
- Non so



35. Specificare brevemente la motivazione della risposta precedente *

Favorevoli all'auto-trattamento
<ul style="list-style-type: none">- <i>“Promozione di uno stile di vita attivo, maggior coinvolgimento del paziente nel processo di cura e miglioramento della self-efficacy”</i>- <i>“Mantiene la performance motoria raggiunta”</i>- <i>“Utile lo stimolo quotidiano per determinati esercizi”</i>- <i>“Coinvolgere il pz. nel programma riabilitativo al fine di sfruttare al meglio le capacità residue”</i>- <i>“Educazione al movimento e stop alla sedentarietà per mantenere i benefici avuti”</i>- <i>“Intensifica la riabilitazione”</i>- <i>“Per una migliore compliance del paziente e per consolidare gli obt raggiunti”</i>- <i>“Miglioramento della compliance e dei risultati”</i>- <i>“Per mantenere ciò che abbiamo raggiunto”</i>- <i>“Per mantenere/incrementare i risultati ottenuti con la fisioterapia individuale”</i>- <i>“Mantenere nel tempo i risultati ottenuti”</i>- <i>“Impegna il paziente a prendersi cura di sé stesso”</i>- <i>“Maggiore coscienza del proprio problema e condivisione del programma terapeutico”</i>- <i>“Maggior percezione del proprio corpo”</i>- <i>“Conoscere il proprio corpo (possibilità e limiti)”</i>- <i>“L'autotrattamento è la continuazione del trattamento manuale del ft, permette una automatizzazione delle componenti riabilite mano mano che le si recuperano”</i>- <i>“La riabilitazione non si limita al solo trattamento in presenza ma guidato dalle indicazioni del fisioterapista il pz avrà la possibilità di rendere la sua giornata un continuum di quanto acquisito”</i>- <i>“Per dare uno strumento di mantenimento al pz e perché è un modo perché impari a volersi bene”</i>- <i>“Rinforzo delle attività fisioterapiche”</i>- <i>“È importante che il pz. si senta parte attiva del trattamento riabilitativo anche svolgendo in autonomia gli esercizi appresi”</i>- <i>“L'auto-trattamento è necessario per consolidare i progressi ottenuti in seduta.”</i>- <i>“Per poter mantenere e potenziare i miglioramenti ottenuti durante la seduta riabilitativa”</i>- <i>“Intensità e ripetizione”</i>- <i>“Adeguando la preposte riabilitative da effettuarsi in autonomia alle condizioni del pz, tutti ne possono beneficiare, migliorando l'empowerment e il tempo riabilitativo nella giornata.”</i>- <i>“Essendo degenti hanno molto tempo in reparto da investire”</i>- <i>“Aumentare il tempo di stimolazione, favorire il transfer di competenze apprese”</i>- <i>“Per integrare il lavoro effettuato in seduta”</i>

Non favorevoli all'auto-trattamento

- *“I pazienti che accedono alla struttura arrivano nell'immediato post acuto e sono troppo gravi per poter effettuare l'autotrattamento”*
- *“Dipende dal grado di disabilità. Credo che il supporto dell'operatore sia fondamentale per fare un lavoro di qualità.”*
- *“Auto trattamento non proponibile per presenza di deficit cognitivi”*
- *“Difficoltà di riprodurre l'esercizio”*
- *“Difficoltà di gestione dei compensi”*
- *“Dipende dal pz e dalla famiglia”*
- *“Spesso sono gravi o anziani; se più giovani sì”*

36. Quali tra questi ritiene i problemi maggiormente impattanti sui pazienti che accedono alla sua struttura? *

- Fatica
- Funzione dell'arto superiore
- Dolore
- Mobilità
- Svolgimento di compiti funzionali
- Comunicazione
- Memoria
- Concentrazione
- Cadute
- Tono dell'umore
- Nutrizione
- Decondizionamento
- Altro:

