

# O.R.I.A.

Osservatorio Ricerca e Innovazione Aziendale  
Seduta del 7.4.2010

**“L'Attività fisica adattata e l'educazione terapeutica come strategia di intervento nei soggetti con ictus cerebrale dopo la riabilitazione. Lo studio EFG-ET”**

Dott.ssa Stefania Fugazzaro

DIPARTIMENTO NEUROMOTORIO  
UNITA' OPERATIVA DI MED. FISICA E RIABILITAZIONE

---

**Un grazie speciale al Dott. Francesco Benvenuti e alla Dott.ssa Mariangela Taricco  
per il materiale messo a disposizione**

# O.R.I.A.

 **Più della metà dei soggetti colpiti da ictus presenta esiti neuromotori con necessità di riabilitazione e costi elevati**

Il 50 % ha difficoltà nella deambulazione, il 45% raggiunge una autonomia nel cammino e nelle Attività di Vita Quotidiane (ADL) che “potrebbe” essere mantenuta e forse migliorata nel tempo

 **Ad 1 anno dall'ictus i pz riportano una bassa Qualità di Vita con livelli di insoddisfazione correlati alle menomazioni e al livello di attività**

 **Il percorso riabilitativo spesso si interrompe con la dimissione dall'ospedale**

 **Il soggetto non prosegue l'esercizio perché :**

- ◆ Cambiamento dello stile di vita dovuto alle limitazioni fisiche
- ◆ Scarsa sensibilizzazione/educazione all'importanza dell'esercizio continuativo
- ◆ Problemi psico-sociali (isolamento, depressione)
- ◆ Investimento principale nelle strutture sanitarie
- ◆ Scarsa/assente offerta di programmi accessibili sul territorio

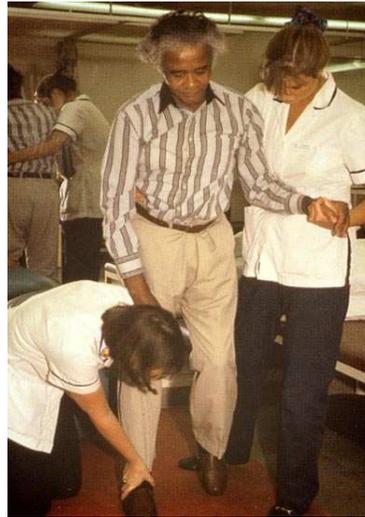
**Insorgenza più “rapida” e più “grave” degli effetti della sedentarietà**

**→ declino funzionale**

# Effetto della sedentarietà nell'ictus

## Riduzione movimento

(menomazioni fisiche: emiparesi, perdita massa muscolare, alterata flessibilità articolare, ecc.)



↑ **Disabilità** (limitazioni nelle ADL)  
**Isolamento** (perdita relazioni sociali)  
**Depressione**

## Sviluppo ulteriori menomazioni

(ulteriore riduzione resistenza allo sforzo, osteoporosi, cammino difficoltoso, alterata destrezza manuale, ecc.)

## Decondizionamento cardiorespiratorio

↑ **Rischio cardiovascolare** → recidive  
(4 volte maggiore)  
**Rischio cadute x disturbi equilibrio**  
(10 volte maggiore rischio fratture)

# IMPATTO DELL'ESERCIZIO FISICO

*..anche anni dopo l'insorgenza dell'ictus.....*

- ❖ Migliora il controllo motorio e la funzionalità (cammino e AVQ)
- ❖ Migliora la funzione cardiovascolare (- rischio di eventi)
- ❖ Migliora la sensibilità all'insulina (- rischio metabolico)
- ❖ Riduce l'insorgenza di osteoporosi (- rischio fratture)
- ❖ Riduce la depressione e il senso di isolamento sociale

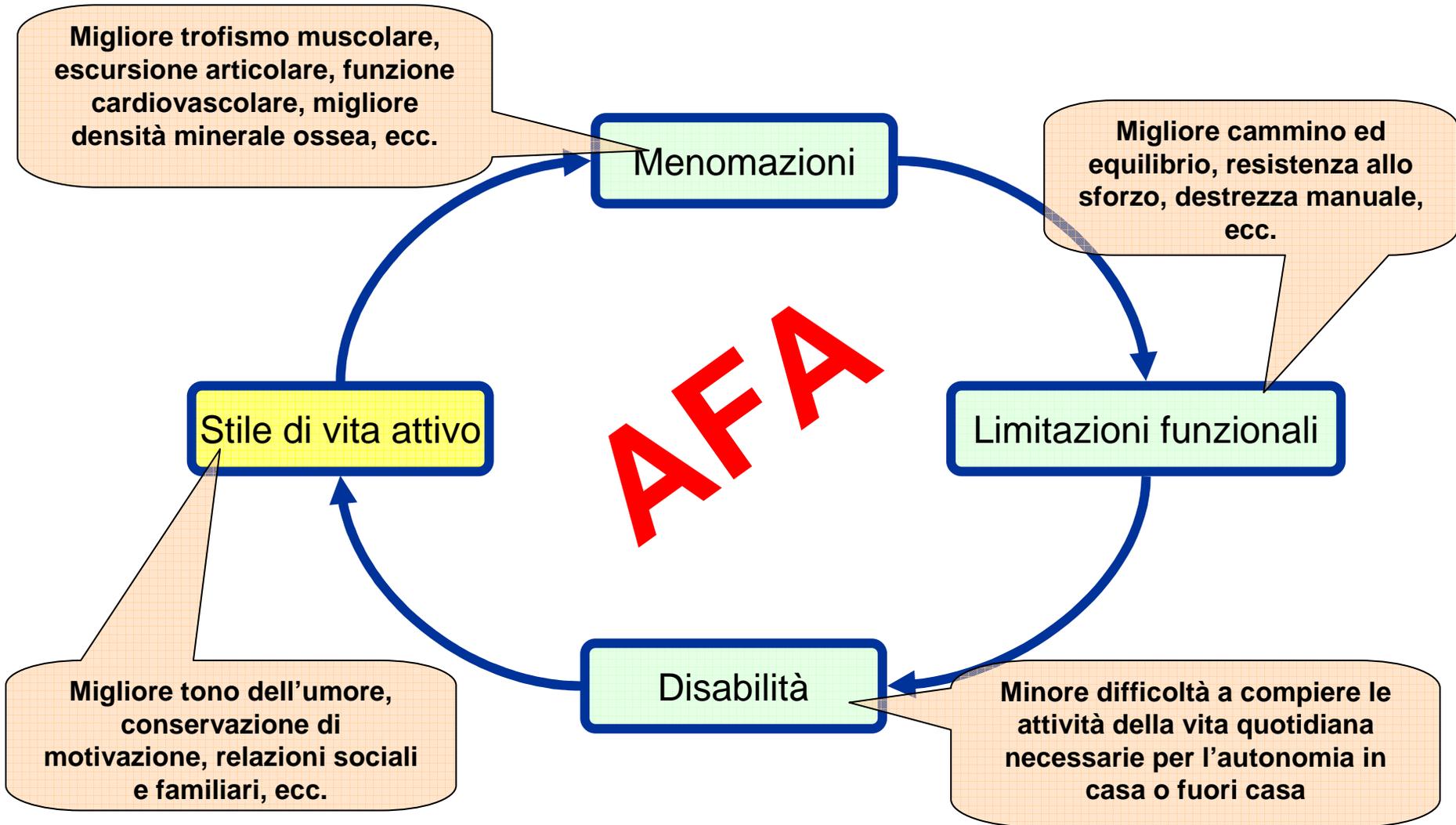


**MAGGIORE ASPETTATIVA DI VITA ATTIVA**

Potenziale riduzione di utilizzazione dei servizi sanitari e costi (ospedalizzazione, riabilitazione, lungodegenze, supporti ecc.)

*Stuart M et al Exercise for chronic stroke survivors : a policy perspective 2008*

*Gordon NF et al Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors 2004*



# Il progetto EFG : obiettivi

---

- ❖ Valutare l'impatto di un intervento *strutturato di gruppo*, comprendente sessioni di esercizio fisico - Esercizio Fisico di Gruppo (EFG) e sedute di Educazione Terapeutica (ET) - finalizzate all'apprendimento della prevenzione e autogestione degli esiti disabilitanti a lungo termine
  - confermare su campione più ampio l'efficacia del modello italiano (Empoli – Dr. Benvenuti)
  - enfatizzare l'ambito dell'EDUCAZIONE TERAPEUTICA (vista la responsabilità della riabilitazione nell'educare e sensibilizzare i pazienti all'autogestione della disabilità a lungo termine)
- ❖ Verificare la fattibilità della creazione di una rete di servizi socio-sanitari esperti (palestre, ecc.) *diffusi sul territorio* in grado di assicurare attività EFG a lungo termine con costi sostenibili
  - mettere a regime un modello di integrazione ospedale-territorio (gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di S.Orsola-Malpighi e AUSL Bo)

# Centri coinvolti

- ❖ A.O. Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna
- ❖ AUSL di Bologna
- ❖ A.O. Santa Maria Nuova Reggio Emilia

## Programma di incentivazione alla modernizzazione Regione Emilia-Romagna Anno 2008

studio pilota per la valutazione di una strategia di intervento basata sulla rieducazione funzionale "Esercizio fisico di gruppo (EFG) ed Educazione Terapeutica (ET) per migliorare gli esiti a lungo termine nei pz con ictus"

# Il progetto EFG : il metodo

---

Studio prospettico di coorte su 2 gruppi di pz

Il *primo* riceve l'intervento attivo e prevede l'arruolamento di circa 150 soggetti in 2 anni  
(Bologna)

Il *secondo*, che funge da *controllo concorrente*, con analoghe caratteristiche cliniche riceve un intervento riabilitativo standard  
(Reggio Emilia)

# Protocollo EFG : intervento

- ❖ 2 sedute settimanali di EFG + ET di gruppo della durata di un'ora per 8 settimane (12 sedute di EFG + 4 sedute di ET, queste ultime svolte all'inizio, metà e al termine del corso)
- ❖ sedute coordinate da un fisioterapista; gruppo 10-11 pz
- ❖ la compliance dei pazienti alla seduta è monitorata attraverso la compilazione di un diario
- ❖ raccomandata la ripetizione degli esercizi almeno 1 volta/settimana



# Protocollo EFG :

## critéri di inclusione e di esclusione

- ❖ età >18 anni, con esiti di ictus, con emiparesi AI di media gravità (chiara o visibile asimmetria del cammino sia nella fase di appoggio che nella fase di avanzamento), con capacità di deambulare per almeno 10 metri, anche con ausili se necessari
- ❖ ictus ischemico o emorragico, con distanza dall'evento acuto > 90 giorni e < = 18 mesi
- ❖ pz informati dal fisiatra e che abbiano firmato il consenso

### **ESCLUSI**

- ❖ demenza grave (MMSE<20/30)
- ❖ scompenso cardiaco
- ❖ menomazioni psicosensoriali (es. cecità) che impediscano l'esercizio in gruppo
- ❖ altre condizioni mediche che precludano la partecipazione ad esercizi di *bassa intensità*

# Il progetto EFG : outcome

---

- ❖ Funzione motoria (Motricity Index)
- ❖ Equilibrio e velocità cammino (Berg Balance Scale e 6MWT)
- ❖ Livello di autonomia nelle ADL (Barthel Index Modificato)
- ❖ Qualità della vita e partecipazione sociale (SF12 e scala visuoanalogica di percezione del recupero)
- ❖ Carico dei familiari/care givers (Care-giver Strain Index)
- ❖ Ricorso ai servizi sanitari e sociali e valutazione del rapporto costo/efficacia
  - ❖ Episodi di ospedalizzazione
  - ❖ Complicanze
  - ❖ Richiesta di interventi riabilitativi/assistenziali
  - ❖ Costi per l'assistenza a carico della famiglia
  - ❖ Istituzionalizzazione

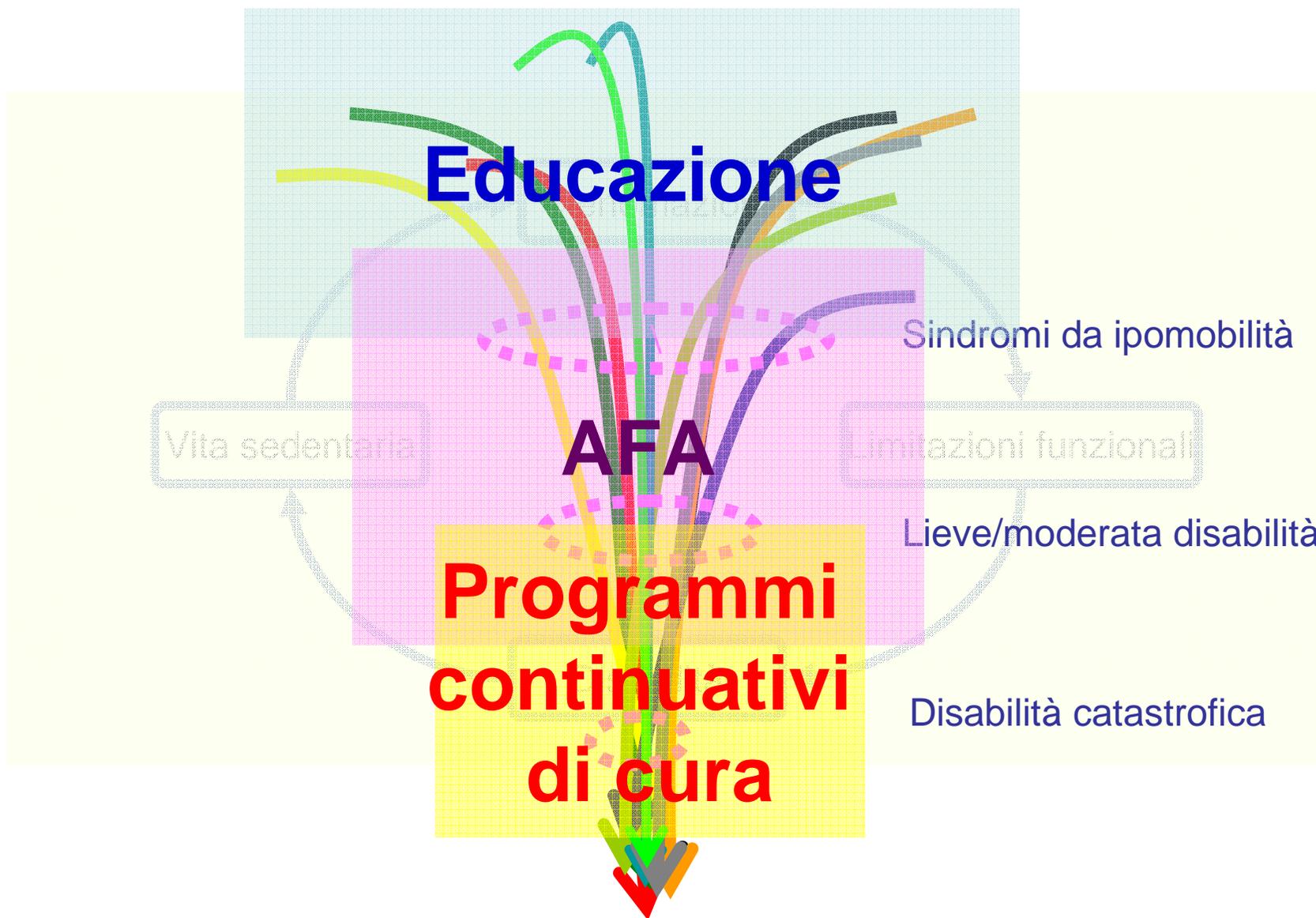
# Il progetto EFG : risultati attesi

---

- ❖ Prevenire i danni secondari e ridurre le complicanze da ipomobilità
- ❖ Migliorare la continuità e soprattutto la integrazione con la comunità per la gestione degli esiti disabilitanti
- ❖ Standardizzare i criteri di inclusione, gli interventi educativi e i criteri di sicurezza della EFG (trasferibilità EFG e ET sia in setting riabilitativi che sul territorio e anche ad altre patologie neurologiche)
- ❖ Aumentare la capacità degli utenti disabili all'autogestione degli esiti dell'ictus (empowerment)
- ❖ Favorire la conoscenza e la pratica dell'esercizio fisico continuativo come

**elemento fondamentale di uno stile di vita sano**

# Le malattie croniche convergono verso percorsi comuni!!!



# O.R.I.A.

 Progetto di Attività Fisica Adattata per pazienti artrosici, coordinato dal Dott. Claudio Tedeschi

 Stiamo valutando le risorse disponibili sul territorio e la fattibilità del progetto nella provincia di Reggio Emilia



# GRAZIE