**VANELLA LUCA**

**FISIOTERAPIA**

 **VALUTAZIONE FISIOTERAPICA DEL PAZIENTE EMIPLEGICO CRONICO**

**POST-STROKE: STUDIO OSSERVAZIONALE ORIENTATO ALL’INDIVIDUAZIONE DI PRINCIPI UTILI AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

**Physiotherapeutic Assessment in Chronic Hemiplegic Patients Post Stroke: an Observational Study useful to guide the RehabilitationTherapy**

**SOMMARIO**

L'ictus cerebrale è attualmente al terzo posto tra le principali cause di disabilità a livello mondiale e, nei paesi industrializzati, rappresenta la seconda causa di morte.

In seguito all’evento ictale, si verifica una riorganizzazione di diverse aree cerebrali, andando oltre il danno focalizzato. Tale riorganizzazione coinvolge non soltanto le funzioni che sono regolate dall’area colpita, ma si estende anche alla funzionalità motoria complessiva.

Le alterazioni che ne derivano, nella maggior parte degli individui sopravvissuti, comportano una notevole limitazione delle attività quotidiane anche in fase cronica, creando un forte impatto sulla qualità di vita. Circa l’80% dei pazienti emiparetici riesce a riacquistare la capacità di deambulare, ma molto spesso tale attività è caratterizzata da alterazione dei parametri spazio-temporali e cinematici, una diminuzione della velocità e della cadenza, una durata prolungata della fase oscillante dell'arto paretico e della fase di appoggio dell’arto sano, nonché asimmetria posturale e rischio di caduta. Sebbene i deficit riguardanti il cammino e l’equilibrio siano ben documentati, la sovrapposizione e l'influenza delle alterazioni delle strutture corporee e delle funzioni motorie in generale rende difficile stabilire le priorità degli interventi.

In questo contesto la neuroriabilitazione ricopre un ruolo fondamentale nell’individuare quali strategie siano necessarie al miglioramento del quadro funzionale, coadiuvando il paziente al raggiungimento di adeguati livelli di partecipazione.

Il quesito clinico da cui siamo partiti è stato: *possono esistere dei pattern clinici caratteristici che aiutino il fisioterapista ad orientare le scelte terapeutiche, al fine di migliorare la funzionalità del paziente a livello globale?*

Il presente studio, ispirandosi alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), nasce dalla volontà di individuare un profilo funzionale del paziente colpito da ictus in fase cronica, attraverso la valutazione di quelle funzioni corporee che sono maggiormente d’interesse fisioterapico (funzioni sensoriali, dolorifiche, di balance e neuro-muscoloscheletriche) cercando, poi, di capire come tali funzioni vadano ad influire sull’attività e la partecipazione del paziente, in particolar modo sull’attività di cammino.

Si è così elaborato un protocollo di valutazione che è stato applicato ad un gruppo di 20 pazienti emiparetici cronici presso l’IRCCS E. Medea “La Nostra Famiglia” di Pieve di Soligo., rispondenti a precisi criteri d’inclusione. È stato costruito e somministrato un protocollo di valutazione costituito da: esame clinico della sensibilità, NRS (dolore), esame goniometrico (Range Of Movement), test isocinetico (forza muscolare: picco di coppia, lavoro, potenza), MAS (tono muscolare) e scala di Berg (equilibrio). Per l’analisi del cammino sono applicati: 6MWT, 10mWT, TUG. Per la valutazione della sensazione di fatica e di dispnea è stata utilizzata la scala di Borg.

I dati ottenuti sono stati analizzati ricercando possibili correlazioni tra la performance deambulatoria e le funzioni valutate, ed eventuali caratteristiche peculiari dei quadri di emiparesi destra e sinistra. L’analisi statistica è stata condotta mediante il test di correlazione di Pearson ed il test di confronto della t di Student. È stata considerata significativa una p< 0,05.

Si è così potuto osservare comei maggiori deficit riscontrati sono stati relativi a: tono muscolare (90%), forza muscolare (80%) ed equilibrio (75%). I gruppi muscolari più interessati dall’ipertono sono stati i flessori plantari, quelli maggiormente deficitari sono risultati essere i flessori plantari ed i flessori di ginocchio. L’attività di cammino, valutata con 6MWT, è risultata strettamente correlata negativamente con il 10mWT (ρ= -0,857, p< 0,005) e con il TUG (ρ= -0,808; p< 0,005) e strettamente correlata positivamente con la scala di Berg (ρ= 0,669; p< 0,005). Forte correlazione negativa è risultata tra il cammino (6MWT) ed il deficit di forza muscolare dei flessori e degli estensori di ginocchio. Una relazione statisticamente significativa è risultata, inoltre, tra ipertono medio grave e deficit di forza dei mm. flessori plantari. Nel nostro campione si è riscontrato tendenzialmente un maggior deficit motorio globale (equilibrio, forza e cammino) dei pazienti emiparetici sinistri.

Sulla base dei risultati si è cercato, infine, d’individuare suggerimenti utili al fisioterapista per poter pianificare al meglio un adeguato piano di trattamento.