



[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

## **Ruolo del Fisioterapista nella fase acuta**

➤ **2005 – IV Edizione;**

➤ **Tiene conto non solo del risultato degli RCT, ma anche della qualità metodologica e della trasferibilità nei diversi contesti delle evidenze;**

➤ **La forza delle raccomandazioni è legata alla qualità delle evidenze in letteratura.**

**3500 riferimenti  
bibliografici**

**358  
raccomandazioni**

**84  
raccomandazioni**

**33  
sintesi**

**232 sintesi**

# GLASGOW COMA SCALE

Letton°	Nome	Cognome	Data ricovero		
			Date di rilevazione		
Funzione studiata	Risposta	Punteggio			
<b>Apertura degli occhi</b>	- spontanea	4			
	- in risposta a comando verbale	3			
	- in risposta a stimolazione dolorosa	2			
	- nessuna risposta	1			
<b>Risposta motoria</b>	- ai comandi verbali	6			
	- agli stimoli dolorosi:				
	• localizzazione dello stimolo	5			
	• flessione retrazione	4			
	• atteggiamento in flessione	3	---	---	---
	• atteggiamento in estensione	2			
	- nessuna risposta	1			
<b>Risposta verbale</b>	- orientato e capace di parlare				
	- non orientato e capace di parlare				
	- adopera termini inappropriati				
	- emette suoni incomprensibili				
	- nessuna risposta				
<b>Totale punteggio</b>					
<b>Firma dell'infermiere</b>					
Risposta: somma i 3 punteggi Pt. 15 (max) = nella norma Pt. da 12 a 15 = lieve deficit Pt. da 9 a 12 = medio deficit Pt. da 4 a 9 = grave deficit Pt. 3 (min) = paziente in coma		NOTA: Se il paziente è <i>afasico</i> , non sarà in grado di comunicare verbalmente. Nell' <i>afasia espressiva</i> il paziente capisce ma non è in grado di rispondere, o risponde in maniera inappropriata. Nell' <i>afasia recettiva</i> il paziente sente le parole ma non è capace di comprendere.			

- Rapida e semplice
  - Tre funzioni
- Punteggio fra 3 e 15
- A 7 il paziente può essere considerato in coma

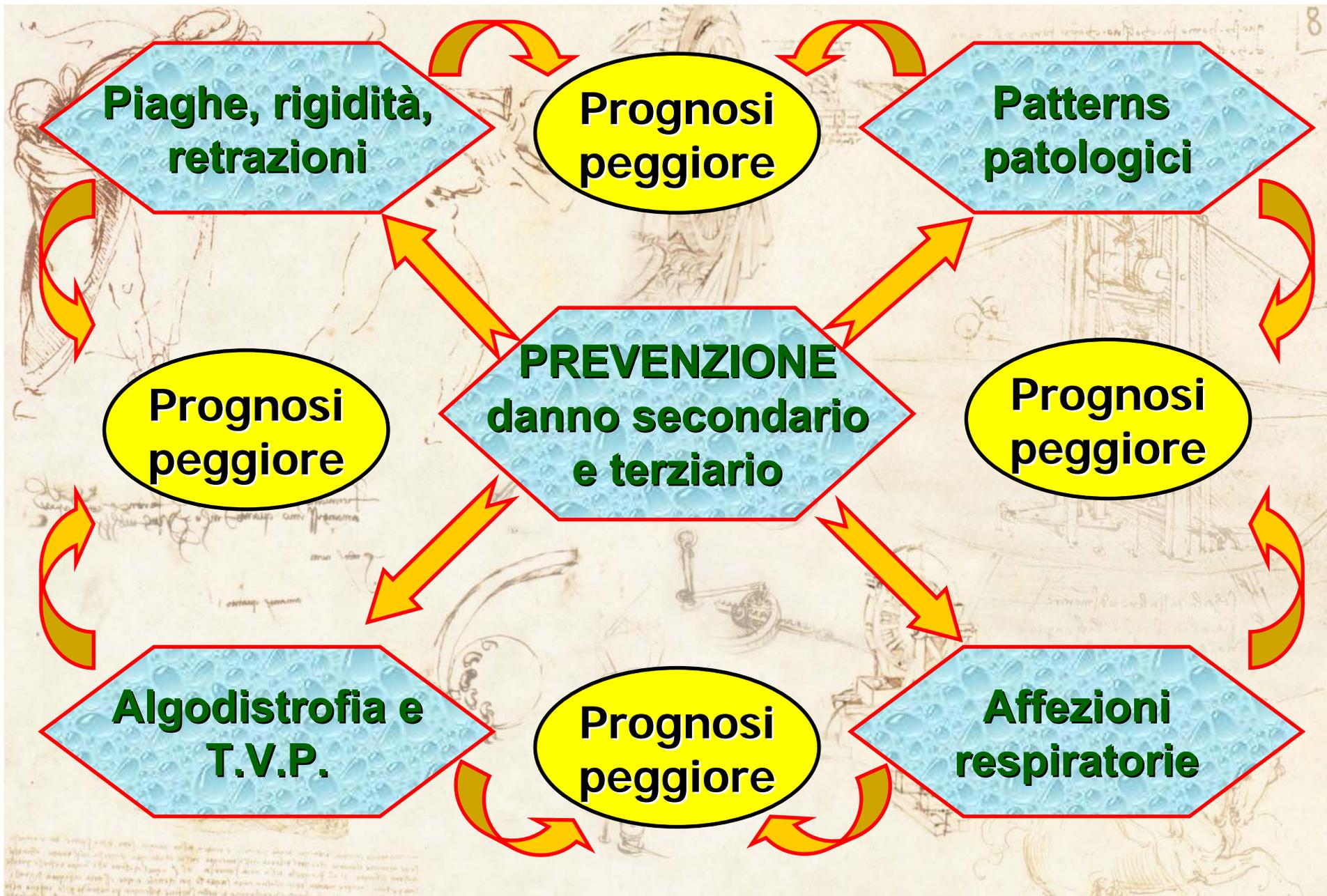
**Racc. 11.1 (D) – Nelle prime 48 ore dall'esordio di un ictus è indicato il monitoraggio delle funzioni vitali e dello stato neurologico; in caso di instabilità clinica va proseguito.**

Letto n°	Nome	Cognome	Data ricovero			
Funzione studiata		Date e ora di rilevazione				
<b>Stato di Coscienza</b> 6 = cosciente 4 = sonnolento, può essere completamente risvegliato con il comando verbale. 2 = reagisce al comando verbale ma non è pienamente cosciente.						
<b>Orientamento</b> 6 = corretto: tempo, spazio e persone 4 = due di questi 2 = uno di questi 0 = completamente disorientato						
<b>Movimenti oculari</b> 4 = normali 2 = paralisi-deficit di coniugazione 0 = deviazione fissa						
<b>Paralisi facciali</b> 2 = normale-dubbia 0 = paralisi evidente						
<b>Braccio: forza e sollevamento</b> 6 = solleva il braccio con forza normale 5 = solleva il braccio con forza ridotta 4 = solleva il braccio con gomito flesso 2 = può muovere il braccio ma non lo solleva 0 = paralisi						
<b>Mano: forza e movimento</b> 6 = forza normale 4 = forza ridotta ma tutti i movimenti possibili 2 = alcuni movimenti, ma non stringe le dita 0 = paralisi						
<b>Gamba: forza e movimento</b> 6 = forza normale 5 = solleva la gamba con forza ridotta 4 = solleva la gamba con il ginocchio flesso 2 = può muovere la gamba ma non sollevarla 0 = paralisi						
<b>Marcia</b> 12 = cammina 5 metri senza ausili 9 = cammina con ausili 6 = cammina con l'aiuto di una persona 3 = siede senza appoggio 0 = costretto a letto o su sedia a rotelle						
<b>Linguaggio</b> 10 = normale 6 = vocaboli limitati o linguaggio incoerente 3 = risponde a monosillabi e con brevi frasi 0 = solo sì e no o meno						
<b>Totale punteggio</b>						

## SCALA SCANDINAVA

- Raccolta in acuto e a medio termine
- Stratifica i pazienti per sopravvivenza e recupero spontaneo
- 58 pti = normalità
- 40 pti = border-line

**Racc. 11.1 (D) – Nelle prime 48 ore dall'esordio di un ictus è indicato il monitoraggio delle funzioni vitali e dello stato neurologico; in caso di instabilità clinica va proseguito.**



**Racc. 11.35 (A)**

**Racc. 14.25 (A)**

**Racc. 14.30 (B)**

**Racc. 14.31 (B)**

# POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE A LETTO

La posizione del soggetto va cambiata ogni 2 o 4 ore circa, secondo il protocollo in uso nella Stroke Unit o nell'unità di terapia intensiva.

## OBIETTIVI

```
graph TD; A{{OBIETTIVI}} --> B[Prevenzione dei decubiti]; A --> C[Prevenzione degli edemi]; A --> D[Evitare le retrazioni]; A --> E[Evitare schemi patologici]; A --> F[Informazioni propriocettive];
```

Prevenzione dei decubiti

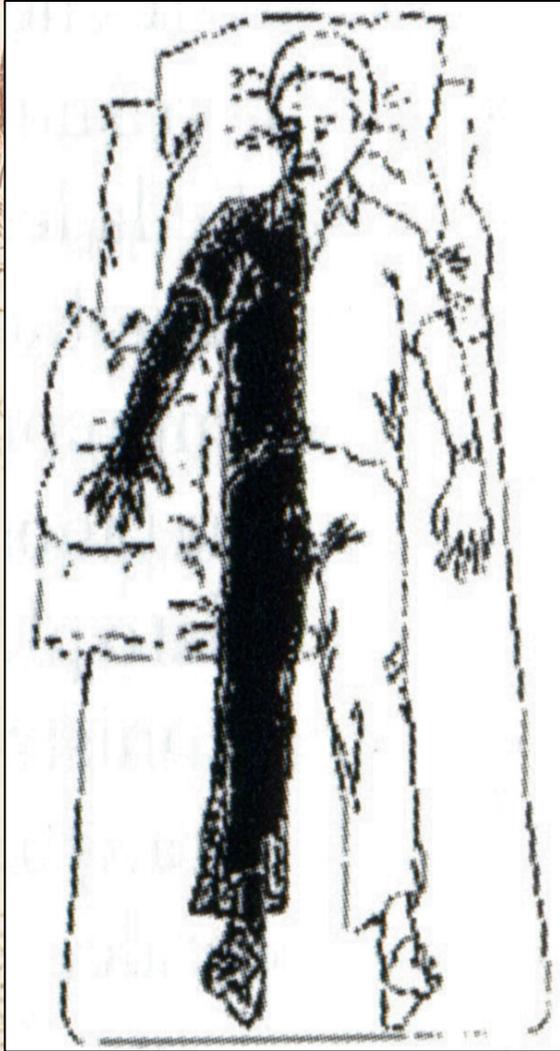
Prevenzione degli edemi

Evitare le retrazioni

Evitare schemi patologici

Informazioni propriocettive

# DECUBITO SUPINO



- **Asse testa-tronco;**
- **Ritorno linfatico-venoso dell'A.S. plegico.**
- **Tenuta della scapolo-omerale;**
- **Tendenza all'extrarotazione per l'A.I. plegico → cuscino a funzione intrarotante;**
- **Caviglia a 90°, archetto contro i decubiti "da coperta";**
- **In caso di edema agli AA.II. rialzare il fondo del letto;**
- **Negli anziani può predisporre a piaghe sacrali e calcaneari. Stimola i riflessi tonici del collo ed è pertanto una posizione da usare per tempi relativamente brevi.**

# DECUBITO SUL LATO SANO

- **Asse testa-tronco;**
- **Sostegno all'A.S. plegico con cuscino (mano aperta, più in alto del tronco), discarico della spalla plegica;**
- **Cuscino sotto i cavi poplitei, per ottenere una modica flessione delle anche;**
- **Cuscino “a cuneo” sotto l'emitronco plegico (ritorno inerziale al decubito supino);**
- **Postura gradita al soggetto, ma lo priva di molta della sua autonomia residua, lasciando la sola possibilità di controllare le linee di forza del carico gravitario sul lato sano.**



# DECUBITO SUL LATO PLEGICO

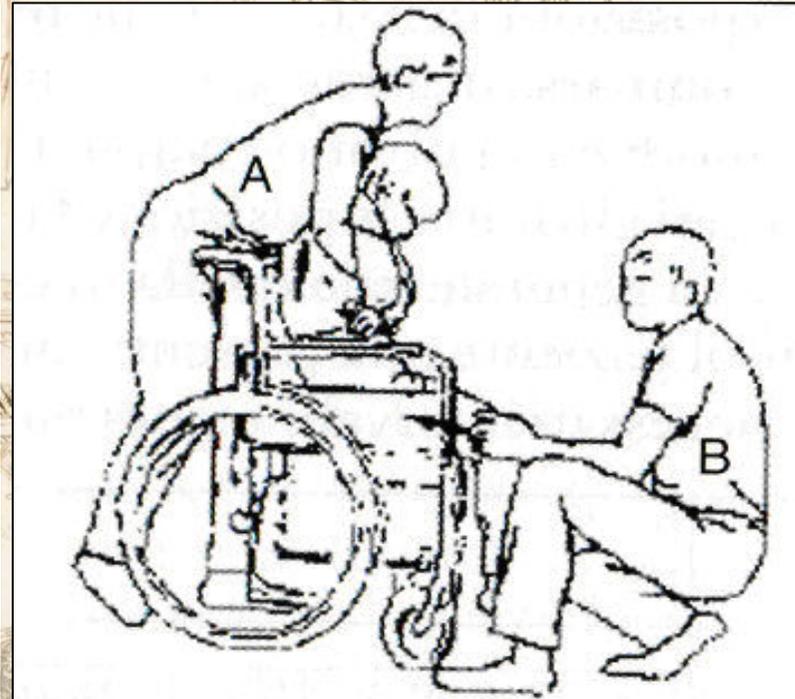


## >>>> POSTURA MOLTO DISCUSSA <<<<<

- Per alcuni Autori essa stimolerebbe la propriocezione del lato plegico, diminuendo l'incidenza della spasticità e lasciando il lato sano libero di muoversi;
- Per altri questa postura, gravando in modo eccessivo su articolazioni prive di percezione, rischierebbe di portare edema e traumi articolari se non attuata correttamente e modificata spesso;

# POSTURA SEDUTA

- **Stimola i sistemi cardiocircolatorio e respiratorio, consente al paziente di alimentarsi, stimola il controllo del capo e del tronco e la partecipazione a metodiche riabilitative più complesse.**
- **Il soggetto deve avere il tronco ben sostenuto fino alle scapole.**



- **Il sedile deve lasciare: 10 cm ca. dal cavo popliteo, angolo tronco-anca di 90° e coscia-gamba di 90°-110°, piedi poggiati alle pedane con la tibio-tarsica a riposo.**
- **Realizzata con l'aiuto di un altro operatore (B) che allinea gli arti inferiori mentre il terapeuta (A) provvede al cingolo scapolare e al tronco.**

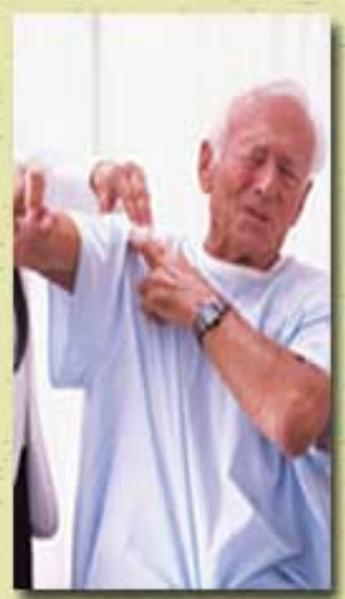
# FUNZIONE DELLA VERTICALIZZAZIONE



- Suggestita da alcuni clinici già nelle prime 24 ore;
- Altri sconsigliano di alzare la testa del paziente dal letto prima della V giornata, per la potenziale riduzione del flusso cerebrale;
  - Nei fatti mobilizzazione precoce e verticalizzazione risultano caratterizzare l'attività di molte stroke unit (Langhorne e Pollock, 2002).
- La verticalizzazione precoce va intesa come funzionale al raggiungimento della carrozzina, da cui espletare le ADL e la terapia riabilitativa più adatta al paziente.

# PREVENZIONE DELLA SPALLA DOLOROSA

- Colpisce il 16% - 72% dei pazienti emiplegici
  - Benefici dalla TENS {*SPREAD 14.42 (C)*}
  - Gestione difficile
- PREVENZIONE!**



Racc. 14.43 (C)

Racc. 14.54a (GPP)



# PREVENZIONE DELLA SPALLA DOLOROSA

**Supporto  
a bracciolo**



**Non corregge la sublussazione, tiene la spalla in intrarotazione ed adduzione, limitandola nel tempo.**

**Rotolo  
Ascellare  
Bobath**



**Non riduce la sublussazione, la spalla è spinta lateralmente. Se l'arto è flaccido non evita la lussazione inferiore.**

**Sostegno  
Tipo  
Harris**



**Non corregge l'intrarotazione della spalla e induce la posizione della sinergia flessoria.**

## PREVENZIONE DELLE T.V.P.

- ✓ 5% degli emiplegici, 55% emiplegici a rischio senza profilassi, 1-2% embolia polmonare;
- ✓ **FATTORI DI RISCHIO:** plegia, torpore, coma, età > 70 anni, obesità, insufficienza venosa, allettamento > 3gg scompenso cardiaco;
- ✓ **Score di Wells:** identifica i pazienti ad alta ( $\geq 3$ ), intermedia (1-2) e bassa possibilità di sviluppare TVP

Cancro	1
Paralisi, paresi, ingessatura arto inferiore	1
Allettamento >3 gg, chirurgia entro 3 settimane	1
Dolorabilità lungo il decorso venoso	1
Edema di un intero arto inferiore	1
Edema del polpaccio >3 cm rispetto al controlaterale	1
Edema improntabile	1
Presenza di vene superficiali dilatate non varicose	1
Diagnosi alternativa	-2

# PREVENZIONE DELLE T.V.P.

**Calza  
elastica**

- + Efficace se assoc. con eparina**
- Frequente controllo**
- Uso subordinato a tollerabilità (buona)**

**Com. Pneumatica  
intermittente**

- + Efficace quanto l'eparina nei trial**
- Metodica costosa**
- Non ben tollerata**

**Mobilizzazione  
precoce**

*Ruolo non chiaro, si usa comunque anche per altri fini dove ne è provata l'efficacia.*

COSCIA  
COMPRESSIONE  
MINIMA

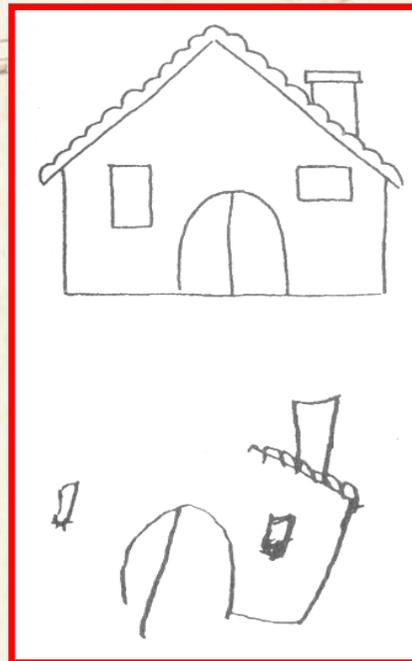
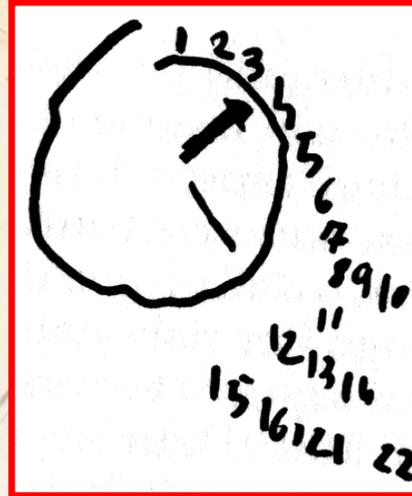
GINOCCHIO E  
POLPACCIO  
COMPRESSIONE  
MEDIA

CAVIGLIA  
COMPRESSIONE  
MASSIMA



# IL PROBLEMA NEGLECT

- ✓ Corteccia temporo-parietale dx
- ✓ Emisomatoagnosia
- ✓ Anosognosia
- ✓ Negligenza Spaziale Unilaterale
- ✓ Carattere "fisso" del disturbo



Il neglect

Una mattina mi sono svegliato ed ho fatto un  
risveglio normale; nel mio letto c'era un altro letto.  
Io, perfettamente ignaro di cosa, discesi con me  
che per allora non sapevo più della  
mancanza di letto, ed ho fatto la  
visita per me con la mia  
un solo e due letti al mio  
il più vicino con me e il quarto  
più vicino. Ho visto veramente anche  
ancora con me un letto e spostando un  
mio letto. Guardo, di fianco al quale  
molto più bello. Invece, l'altro  
della inferno più grande che lo paragono  
vic al cambio letto e lo spostato  
mi sono accorto improvvisamente  
inutile che lo paragono e non è  
l'occasione nel momento. Ad un certo  
punto, rimasi del letto con me e l'altro.  
che è più lungo, e possibile  
che l'altro. Arrivai al letto ed era  
ancora più bello con me e non  
sapevo di niente del letto  
e dopo un po' in un letto  
l'altro. Invece di cambiare letto  
il letto del mio e che ho fatto  
arrivato e in presenza

# IL PROBLEMA NEGLECT



# RIABILITAZIONE MOTORIA PRECOCE

## ARTO INFERIORE

Lobulo paracentrale,  
a. cerebrale anteriore;

Può essere, anche  
parzialmente, risparmiato.

**LAVORARE FUORI DAL  
PATTERN PATOLOGICO**

**Contrazioni isometriche  
glutei (Ponte)**

**Es. dorsiflessione piede  
(caviglia)**

**Es. flessione gamba  
sulla coscia (ginocchio)**

**Es. flessione coscia  
sul bacino (anca)**

# RIABILITAZIONE MOTORIA PRECOCE

## ARTO SUPERIORE

Dal 30% al 65% dei pazienti non riacquista l'uso dell'arto superiore (Van der Lee et al., 1999)

Evitare trazioni alla spalla plegica

LAVORARE FUORI DAL PATTERN PATOLOGICO

Esercizi in estensione globale

Recupero Prossimale → Distale

Esercizi simmetrici biartuali

Automobilizzazione del cingolo scapolare

# RIABILITAZIONE MOTORIA PRECOCE

## TRONCO

Fondamentale per  
l'equilibrio

Fissazione per gli arti  
superiori, consente  
l'esplorazione e  
interazione con gli oggetti.

Cambio  
decubito laterale

Messo in pos. seduta,  
valutazione controllo

Stabilizzazione ritmica

CONTROLLO LINEA  
MEDIANA

PREPARAZIONE ALLA  
VERTICALIZZAZIONE

**Quando un training riabilitativo promuove la guarigione è intervenuta una riparazione strutturale o un compenso da parte delle strutture non danneggiate del cervello?**

### **REC. ESTRINSECO**

**Compensatorio, adattativo**

**La funzione è compensata,  
non viene sostituita ex-novo**

**L'emisfero sano subisce  
modificazioni morfologiche  
sovente in senso ipertrofico**

### **REC. INTRINSECO**

**Possibilità di riottenere un  
controllo nervoso sugli arti  
paralizzati in grado di  
permettere il ripristino di una  
motricità funzionale  
Ipertrofia delle zone  
perilesionali**

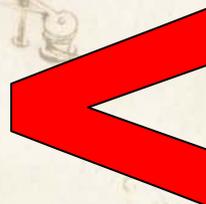
**APPRENDIMENTO**

**L'ictus è la prima causa di disabilità in Occidente.  
L'80% dei pazienti sopravvive alla fase acuta, ma dal  
30% al 65% non riacquista l'uso dell'arto superiore.**

**Racc. 14.32 (C) – E' sempre indicato attivare un programma di riabilitazione dell'arto superiore entro i primi 3 mesi.**

**Sintesi 14-19 – [...] vantaggi in pazienti selezionati possono derivare da approcci di “uso forzato indotto da immobilizzazione dell'arto sano”.**

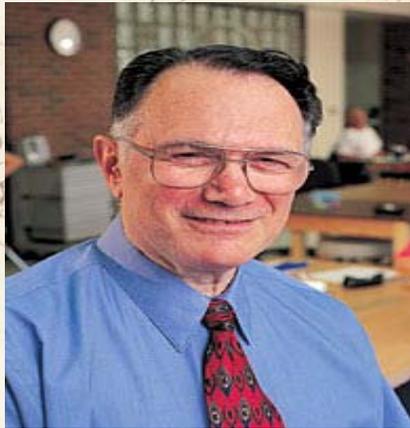
**Uso nelle ADL  
dell'arto affetto**



**Potenzialità latenti  
del paziente**

# LA CONSTRAINT-INDUCED MOVEMENT THERAPY

Ipotesi della *soppressione* dell'arto per tentativi reiterati e falliti di uso (*learned helplessness*)



↑ Velocità, Forza, Destrezza

Momento Costrittivo

“Non-uso appreso”

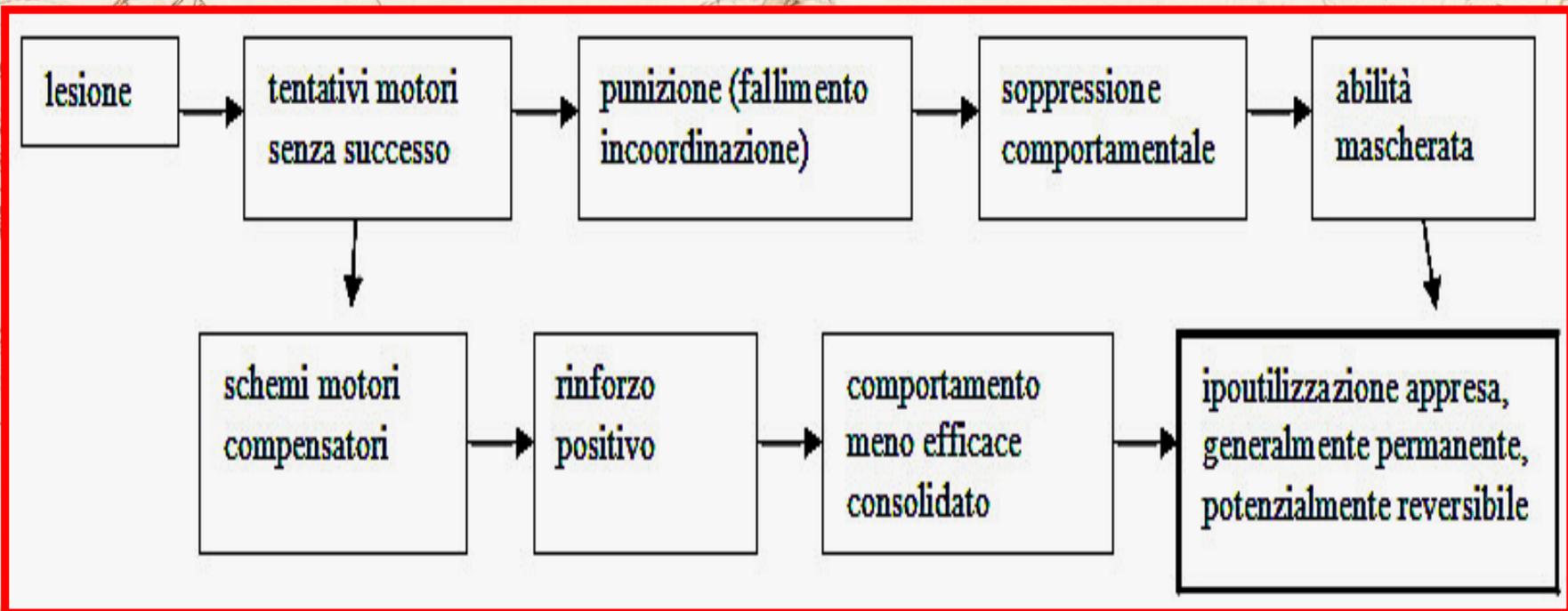
Deafferentazione su primati

“*Learned non Use*” come fenomeno pregiudicante il recupero post-ictale, lì dove il danno risparmi una quota di movimento

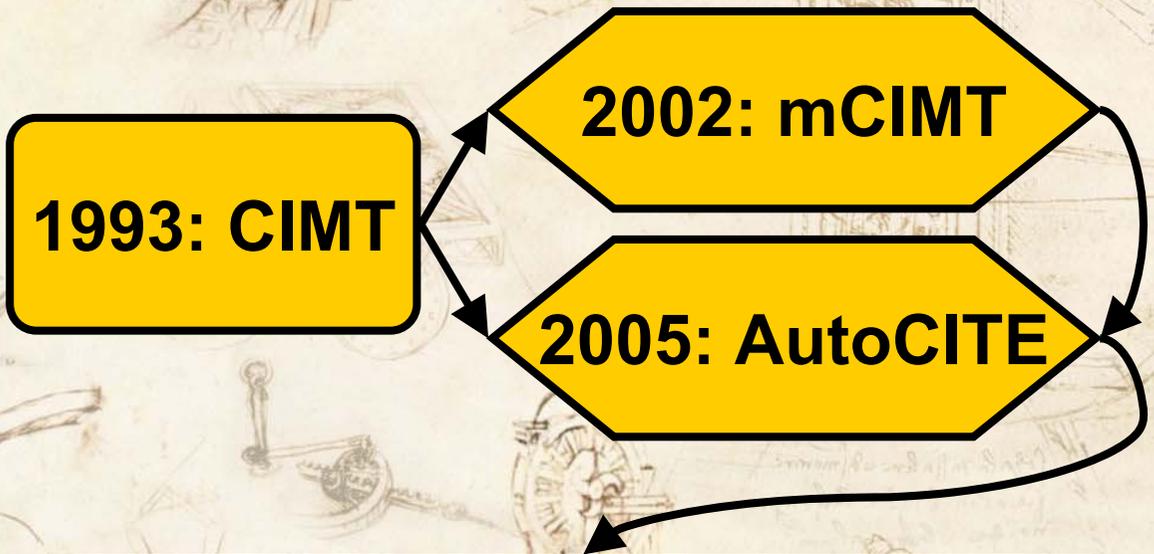
Inattività durante diaschisi

*Use-dependant Plasticity*

*Plasticity Driving*



**Nel 1993 Taub et al. pubblicano “*Technique to improve chronic motor deficit after stroke*”, tecnica intensiva volta alla rimozione del “*learned non use*”, per cui viene rapidamente coniato l’acronimo C.I.M.T.**



**↓ il carico psicologico sui pazienti  
↑ la compliance dei pazienti  
↓ costi in termini di risorse umane  
Preservare il superamento del *L.n.U.***

# LA CIMT NELL'APPROCCIO RIABILITATIVO PRECOCE AL PAZIENTE OSPEDALIZZATO CON ICTUS

1993: TAUB

2002: PAGE

2003: RO

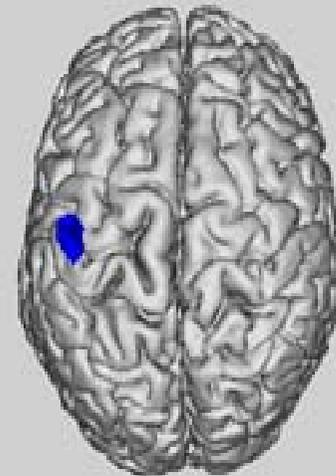
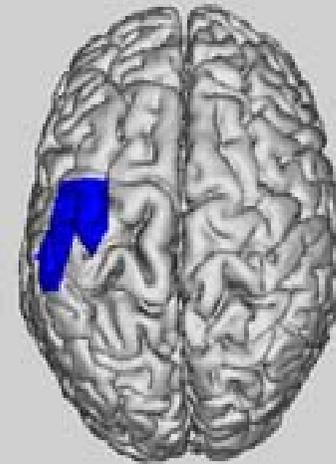
La costrizione viene imposta per 5 ore al giorno per 5 giorni alla settimana con sedute di terapia mirata alla motricità fine di 2 ore a cadenza trisettimanale.

Il ciclo di terapia inizia *già in ospedale come riabilitazione intensiva* e si completa in **10 settimane**.

TMS

f-MRI

PET



## CRITERI DI AMMISSIONE ALLA METODICA IN ACUTO

- ✓ **Abilità ad estendere le dita di 10° ca. (*predittivo*)**
- ✓ **Abilità ad estendere il polso di 20° ca (*predittivo*)**
- ✓ **Score => 24 al Mini Mental Status Examination Test**
- ✓ **Punteggio inferiore a 2.5 punti al Motor Activity Log**
- ✓ **Limitazione nell'estensione di gomito di 30° max**

## CRITERI ASSOLUTI DI ESCLUSIONE

- ✗ **Score < 24 al Mini Mental Status Examination Test**
- ✗ **Sublussazione di spalla**
- ✗ **Dolore tale da limitare la partecipazione alla terapia**
- ✗ **Rigidità che impediscano la motilità passiva**

# ESECUZIONE DELLA CIMT: CATEGORIE DI ESERCIZI



# ESECUZIONE DELLA CIMT: CATEGORIE DI ESERCIZI



# LA PROPOSTA TERAPEUTICA DI AutoCITE



## W.M.F.T.

### Misura 17 ADL

**Quantifica l'abilità di movimento dell'arto superiore attraverso movimenti cronometrati e compiti funzionali.**

**Facilmente somministrabile**

*Racc. 14.8 (D) – E' indicato valutare la disabilità del paziente prima e dopo il trattamento riabilitativo, mediante scale validate e di uso comune [...]*

WOLF MOTOR FUNCTION TEST		Time	ABILITÀ FUNZIONALE
1	Avambraccio sul tavolo (di lato)		0. nessun tentativo con l'arto affetto 1. l'arto affetto non partecipa attivamente; comunque è presente tentativo di usare l'arto. 2. paziente utilizza l'arto affetto, ma richiede assistenza da parte dell'arto sano. 3. il paziente utilizza l'arto affetto, ma il movimento è in parte influenzato da sinergia o è svolto lentamente e/o con fatica. 4. paziente utilizza arto affetto ed esegue movimento simile al normale, 5. uso normale dell'arto affetto
2	Avambraccio sulla scatola (di lato)		
3	Estendere il gomito (di lato)		
4	Estendere il gomito sulla superficie del tavolo contro 0,45 kg (di lato)		
5	Mano sul tavolo (di fronte)		
6	Mano sulla scatola (di fronte)		
7	Raggiungere la scatola con un peso		
8	Raggiungere e lasciare		
9	Alzare un barattolo		
10	Alzare una matita		
11	Alzare una graffetta		
12	Accatastare le pedine della dama		
13	Girare le carte		
14	Impugnare con forza		
15	Girare la chiave nella serratura		
16	Piegare un asciugamano		
17	Solleverare un cestino		
TOTALE			

		SEZIONE A		SEZIONE B
1	Accendere la luce con l'interruttore	SI <input type="checkbox"/>	Quanto — Come —	NO <input type="checkbox"/>
<i>Perchè non ha svolto l'azione o utilizzato l'arto affetto nel svolgerla dall'ultima volta?</i> ___ Ho usato l'arto sano durante tutta l'azione ___ Qualcun'altro ha fatto l'azione per me ___ Non ho mai fatto quell'azione con o senza l'aiuto di qualcuno ___ Qualche volta faccio quell'azione, ma non ho mai avuto occasione dall'ultima volta che ho risposto Altro				

#### Attività presenti nel Motor Activity Log

- |  |  |
|--|--|
| 1. Accendere la luce con l'interruttore                | 17. Spostare una sedia dal tavolo prima di sedersi         |
| 2. Aprire un cassetto                                  | 18. Spostare una sedia verso il tavolo dopo essersi seduti |
| 3. Prendere un capo di abbigliamento da un cassetto    | 19. Prendere un bicchiere                                  |
| 4. Alzare la cornetta del telefono                     | 20. Lavarsi i denti  |
| 5. Pulire il tavolo della cucina o un'altra superficie | 21. Truccarsi/Radersi                                      |
| 6. Salire o scendere dall'automobile                   | 22. Usare una chiave per aprire una porta                  |
| 7. Aprire il frigorifero                               | 23. Scrivere su un foglio                                  |
| 8. Aprire una porta girando la maniglia                | 24. Stare in equilibrio in stazione eretta                 |
| 9. Utilizzare il telecomando                           | 25. Portare un oggetto da un posto all'altro               |
| 10. Lavarsi le mani                                    | 26. Utilizzare forchetta o cucchiaio per mangiare          |
| 11. Asciugarsi le mani                                 | 27. Pettinarsi   |
| 12. Indossare i calzini                                | 28. Prendere una tazza per il manico                       |
| 13. Togliere i calzini                                 | 29. Abbottonarsi la camicia                                |
| 14. Indossare le scarpe                                | 30. Mangiare metà panino                                   |
| 15. Togliere le scarpe                                 |  |
| 16. Alzarsi da una sedia con i braccioli               |  |

**M.A.L.**

### Misura 30 ADL

**Intervista di tipo semi-strutturato in cui il paziente gradua l'uso dell'arto paretico durante le ADL. Alle attività vengono assegnati 2 punteggi, quantitativo (AoU, *Amount of Use*) e qualitativo (QoM, *Quality of Movement*).**

**Validato da Van der Lee (2004), Uswatte, Taub et coll. (2005)**

**BARTHEL'S INDEX: misura 11 ADL misurando la dipendenza nella loro esecuzione e il peso sulla Q.o.L.**

**Ha utilità clinica, è veloce e facile da usare (5m per la raccolta dati); il punteggio che fornisce è chiaro e i risultati possono essere comunicati ad altri anche successivamente.**

Funzione o compito	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è insicuro	Richiesta aiuto moderato	Richiesta aiuto minimo	Totalmente indipendente
Igiene personale	0	1	3	4	5
Fare il bagno	0	1	3	4	5
Nutrirsi	0	2	5	8	10
Uso del bagno	0	2	5	8	10
Salire le scale	0	2	5	8	10
Vestirsi	0	2	5	8	10
Controllo dell'intestino	0	2	5	8	10
Controllo della vescica	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Sedia a rotelle*	0	1	3	4	5
Trasferimento sedia/letto	0	3	8	12	15
<b>Totale</b>					

\* Assegnare punti solo se il paziente è incapace di deambulare ed usa la sedia a rotelle

ACTION RESEARCH ARM TEST	Paziente	
	Terapista	
	Data	
ATTIVITA'	Score (0-3)	
<b>Presia</b>		
Cubo di legno di 10 cm di lato		
Cubo di legno di 2,5 cm di lato		
Cubo di legno di 5 cm di lato		
Cubo di legno di 7,5cm di lato		
Palla da cricket di 7,5 cm di diametro		
Pietra ruvida 10 x 2,5 x 1 cm di dimensioni		
<b>Impugnatura fine</b>		
Versare acqua da un bicchiere all'altro		
Oggetto cilindrico da 2,25 cm di diametro		
Tubo di alluminio di 1 ø x 16 cm		
Doccia da 3,5 cm ø all'altezza dell'aggancio a muro		
<b>Manipolazione di precisione</b>		
Sfera d'acciaio, ø 6 mm, fra anulare e pollice		
Biglia di vetro, ø 15mm, fra indice e pollice		
Sfera d'acciaio, ø 6 mm, fra medio e pollice		
Sfera d'acciaio, ø 6 mm, fra indice e pollice		
Biglia di vetro, ø 15mm, fra anulare e pollice		
Biglia di vetro, ø 15mm, fra medio e pollice		
<b>Movimenti globali</b>		
Mettersi la mano dietro la testa *		
* vale anche come secondo esercizio		
Mettersi la mano in testa		
Portare la mano alla bocca		

## A.R.A. TEST

**19 elementi  
5 categorie**

**Se un paziente riesce  
a svolgere un  
determinato esercizio  
lungo il percorso del  
test è predetto il suo  
successo in tutti gli  
esercizi di difficoltà  
inferiore e viceversa.**

**Max 3-5m per la  
raccolta dei dati.**



The background of the slide is a collage of Leonardo da Vinci's sketches, including anatomical drawings of the human body, mechanical designs of various machines, and architectural plans. The sketches are rendered in a classic brown ink on aged paper.

# RISULTATI IN LETTERATURA

- **Capacità di alzare e/o spostare pesi** **+808,9%**
- **Forza della presa** **+275,0%**
- **Velocità dei movimenti (WMFT)** **+230,0%**
- **Numero di attività eseguibili (a 30gg)** **+ 97,1%**
- **Score al MAL-AoU** **+3,08pti**
- **Score al MAL-QoM** **+1,85pti**
- **Score all'Action Research Arm** **+143,0%**

# CONCLUSIONI

- ***I fisioterapisti hanno la possibilità di usufruire di linee guida nazionali validate e di metodiche coerenti coi principi dell' E.B.R. per l'approccio riabilitativo precoce al paziente con ictus, contribuendo a dare dignità scientifica alla loro professione.***
- ***L'approccio scientifico alla riabilitazione rappresenta l'offerta di un'opportunità che nessun professionista della riabilitazione dovrebbe permettersi, oggi, il lusso di perdere.***