

Criteria di inclusione ed esclusione per l'AFA ictus

Criteria di Inclusione

- Et  =>18 anni
- Diagnosi di stroke secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanit , evento verificatosi da almeno 6 mesi, con emiparesi lieve moderata.
- Capacit  di camminare in modo indipendente per 10 metri anche con intervalli di riposo con o senza ausilio
- Dimissione al domicilio da una U.O. di Riabilitazione senza necessit  di trattamenti riabilitativi

Criteria di esclusione

- Severo deficit cognitivo (MMSE < 15/30)
- Scempenso cardiaco sintomatico o condizioni mediche che impediscono la partecipazione a un esercizio a bassa intensit 
- Comorbidit  (Cumulative Illness Rating Scale: CIRIS. Indice di comorbidit  > 3)
- Severi deficit sensoriali (cecit  o sordit )
- afasia con incapacit  di eseguire un ordine a 2 fasi

Chi tiene i corsi

Chinesiologo AMPA nelle Palestre della Salute (PPS-AMA), come nei protocolli di AFA per altre patologie.

Chi invia alle attivit  di AFA ictus

Il MMG o lo specialista. Qualora sia richiesta una valutazione di secondo livello, questa   svolta da uno specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

E' consigliabile periodicamente una valutazione funzionale con scale standardizzate e validate.

Frequenza dell'AFA ictus e composizione dei gruppi

Non c'  un limite prestabilito alla durata dei corsi AFA, le persone li possono frequentare anche per 9 mesi / anno (come indicato nel Piano di indirizzo della Riabilitazione del 2011).

E' consigliabile una frequenza di 2-3 volte alla settimana con sedute di un'ora. Il numero di partecipanti consigliato per ogni gruppo   di 8-10 persone.

E' comunque necessario consegnare alle persone, al termine del periodo di AFA, brochure o materiale illustrato con un programma di esercizi a domicilio che va incentivato, insieme alla necessit  di tenere un diario strutturato di tale attivit .

Esercizi per persone affette da esiti di ictus cerebrale

Esercizi proposti

Es.num	Descrizione esercizio base	Ripetizioni / durata	Materiale	Obiettivo	Progressione
1	Cammino in palestra	6 - 9 -12 minuti con aumento progressivo nelle prime 3 settimane	Spazio ampio. Parallele o punti di appoggio	Aumento della capacità aerobica, dell'endurance e della resistenza all'affaticamento	Progressione di durata e di difficoltà, richiedendo cambi di direzione e minor sostegno
2	Trasferimenti di carico in senso antero-posteriore e laterale	5 - 8 -10 per arto con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio anteriore (spalliera, parallele, corrimano)	Aumento dell'equilibrio e migliore distribuzione del carico sugli arti inferiori durante il cammino e in stazione eretta. Miglioramento del trofismo degli arti inferiori.	Progressione di ripetizioni e della difficoltà, con minor supporto concesso durante la prova.
3	Mezzo squat	5 - 8 -10 per arto con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio anteriore (spalliera, parallele, corrimano)	Aumento dell'equilibrio in stazione eretta, della simmetria di distribuzione del carico tra i 2 arti inferiori, miglioramento del trofismo muscolare	Progressione in ripetizione e nella difficoltà. Nella seconda fase si propone di eseguire l'esercizio con la schiena appoggiata al muro (solo per i soggetti che hanno una sufficiente stabilità nell'appoggio anteriore).

4	Circonduzione del bacino con ginocchia semiflesse.	5 - 8 -10 per direzione con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio anteriore (spalliera, parallele, corrimano).	Aumento dell'equilibrio in stazione eretta e dissociazione del movimento tra i cingoli.	Progressione in ripetizione e nella difficoltà. Nella seconda fase si riduce l'appoggio.
5	Con le mani alla spalliera movimenti dell'anca in abduzione, flesso estensione, extrarotazione.	5 - 8 -10 per direzione con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio anteriore (spalliera, parallele, corrimano)	Miglioramento dell'escursione articolare delle anche e allungamento della catena posteriore.	Progressione in ripetizione
6	Movimenti alternati dei due arti di flessione anca e ginocchio, simulando il salire le scale.	10 - 15 per lato con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio anteriore (spalliera, parallele, corrimano)	Mobilizzazione in catena delle articolazioni dell'arto inferiore e coordinamento del gesto. Rinforzo della muscolatura degli arti inferiori.	Progressione in ripetizione
7	Seduto su una panca, busto eretto, mani incrociate e braccia in avanti a 90° rispetto al tronco: andare a toccare per terra strisciando lungo la gamba ds. e poi sn.	5 - 8 -10 per lato con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Panca o sedia comoda ad un'altezza di cm. 45 dal suolo	Allungamento dei muscoli paravertebrali e miglioramento del controllo del tronco.	Progressione in ripetizione e nella difficoltà richiedendo un maggior allungamento del tronco. Nei soggetti che hanno maggiori difficoltà nel controllo del tronco in posizione seduta si può concedere il sostegno di un appoggio posteriore (p.e. alla parete o allo schienale)
8	Passaggio dalla posizione seduta alla posizione eretta in sequenza. Nella fase iniziale è	5 - 8 -10 con aumento progressivo	Panca o sedia comoda ad	Miglioramento della coordinazione del gesto	Progressione in ripetizione e in difficoltà proponendo una sedia più bassa.

	concesso di aiutarsi con gli arti superiori.	del numero nelle prime 3 settimane	un'altezza di cm. 45 dal suolo		
9	Seduto con mani giunte e braccia estese in avanti. Protrazione e retrazione delle spalle, flesso estensione delle spalle, prono supinazione degli arti superiori con braccia in avanti.	5 - 8 -10 con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Panca o sedia comoda ad un'altezza di cm. 45 dal suolo	Miglioramento del range di escursione articolare degli arti superiori.	Progressione in ripetizione
10	Seduto con mani giunte e braccia flesse a 90 °, rotazioni del cingolo scapolare	5 - 8 -10 per lato con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Panca o sedia comoda ad un'altezza di cm. 45 dal suolo	Miglioramento del range di escursione articolare del cingolo scapolare e facilitazione della dissociazione del movimento dei due cingoli	Progressione in ripetizione
11	Da seduti portare le braccia in appoggio lateralmente al bacino.	5 - 8 -10 per lato con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Panca o sedia comoda ad un'altezza di cm. 45 dal suolo	Mobilizzazione del tronco e dissociazione dei movimenti dei cingoli scapolare e pelvico.	Progressione in ripetizione
12	Ripetere l'esercizio n° 10 di rotazione del cingolo scapolare in stazione eretta	5 - 8 -10 per lato con aumento progressivo del numero nelle prime 3 settimane	Appoggio sicuro nelle vicinanze per la sicurezza del soggetto	Miglioramento dell'escursione articolare del rachide, dell'equilibrio in stazione eretta e della dissociazione del movimento dei 2 cingoli.	Progressione in difficoltà: all'inizio il rachide è appoggiato al muro, poi si richiede la stazione eretta senza supporto.
13	Seduti con la mano plegica appoggiata lateralmente su una panca e dita mantenute in	5 - 8 -10 per lato con aumento	Panca o sedia comoda ad	Miglioramento del trofismo e dell'elasticità della muscolatura degli	Si consiglia di iniziare il trasferimento di carico sul lato sano per far

	estensione. Si trasferisce il peso sul braccio. L'arto inferiore sano è accavallato sull'arto plegico sollevando l'emibacino sano dal piano. Ripetere dall'altro lato.	progressivo del numero nelle prime 3 settimane	un'altezza di cm. 45 dal suolo	arti superiori e del cingolo pelvico.	comprendere meglio l'esecuzione dell'esercizio.
14	Cammino in percorso variabile. L'insegnante cammina a fianco di ciascun partecipante per evitare cadute.	5 - 8 ripetizioni del percorso. Aumento di 1 o 2 per seduta.	Parallele o appoggi stabili lungo il percorso, disegnato con coni, sacchetti di sabbia, nastro adesivo, cerchi.	Miglioramento dell'equilibrio dinamico durante la deambulazione.	Aumento di 1 o 2 percorsi per seduta

Riferimenti:

- 1) Community based Adaptive Physical Therapy program for chronic stroke: feasibility, safety, and efficacy of the Empoli model.
Mary Stuart, Francesco Benvenuti, Richard Macko, Antonio Taviani, Luciana Segenni, Federico Mayer, John Sorkin, Steven Stanhope, Velio Macellari and Michael Weinrich
Neurorehabilitation and Neural Repair, 2009 september ... 23 (7) 726 – 734

- 2) Impact of Adapted Physical Activity and Therapeutic Education on functioning and quality of life in patients with post acute strokes
Mariangela Taricco, Laura Dall'Olio, Simona Calugi, Paola Rucci, Stefania Fugazzaro, Mary Stuart, Paolo Pillastrini, Maria Pia Fantini and the EFG (esercizio fisico di gruppo) 2009 investigators
Neurorehabilitation and Neural Repair, 2014, vol. 28 (8) 719 – 728

- 3) Effectiveness of adaptive physical activity combined with therapeutic patient education in stroke survivors at twelve months: a non randomized parallel group study
Simona Calugi, Mariangela Taricco, Paola Rucci, Stefania Fugazzaro, Mary Stuart, Laura Dall'Olio, Paolo Pillastrini, Maria Pia Fantini, EFG 2009 investigators