

# Il team multiprofessionale: infermiere e fisioterapista a confronto



APPROCCI INTERDISCIPLINARI IN REUMATOLOGIA  
*9<sup>a</sup> edizione*

**RIABILITAZIONE E  
MALATTIE REUMATICHE**

**TORINO, 8-9 ottobre 2021**

Dott. Marco Trucco  
Coordinatore CdS  
In Fisioterapia

## **“IL CORE INTEGRATO”**

Integrazione del core curriculum e del core competence del tirocinio

### **AMBITO FORMAZIONE E AUTOFORMAZIONE**



## CORE INTEGRATO FISIOTERAPISTA

324	1	Reumatologia	Patologia sistematica integrata	Principi generali	Esporre i concetti generali, e la classificazione delle principali malattie reumatiche ed i cenni generali sul loro trattamento farmacologico	Generale	Mnemonica	Non richiesta	L
325	2	Reumatologia	Patologia sistematica integrata	Principi generali	Esporre le principali procedure medico-diagnostiche: esami di laboratorio, indagini radiologiche, utilizzati nella valutazione delle patologie reumatiche	Generale	Mnemonica	Non richiesta	L
326	3	Reumatologia	Patologia sistematica integrata	Principi generali	Definire le caratteristiche riparative dei tessuti molli nei vari stadi della flogosi e nelle condizioni post-traumatiche e post-chirurgiche	Particolareggiata	Mnemonica	Non richiesta	L
327	4	Reumatologia	Patologia sistematica integrata	Dolore articolare	Delineare il quadro clinico, l'eziopatogenesi e cenni di terapia nei problemi di dolore articolare, loco-regionale	Generale	Interpretativa	Non richiesta	L
328	5	Reumatologia	Patologia sistematica integrata	Artrite reumatoide	Delineare il quadro clinico, l'eziopatogenesi e cenni di terapia dell'artrite reumatoide e delle altre malattie sinoviali	Generale	Interpretativa	Non richiesta	L

## CORE INTEGRATO FISIOTERAPISTA

329	6	Reumatologia	Patologia sistemica integrata	Spondiloartriti	Delinare il quadro clinico, l'eziopatogenesi e cenni di terapia nelle spondiloartropatie e nelle artropatie infettive	Generale	Interpretativa	Non richiesta	L
330	7	Reumatologia	Patologia sistemica integrata	Connettiviti	Delinare il quadro clinico, l'eziopatogenesi e cenni di terapia nelle connettiviti	Generale	Interpretativa	Non richiesta	L
331	8	Reumatologia	Patologia sistemica integrata	Osteoartrosi, Malattie dell'osso	Delinare il quadro clinico, l'eziopatogenesi e cenni di terapia, nelle malattie di ossa, cartilagine e connettivo	Generale	Interpretativa	Non richiesta	L
332	1	Medicina fisica riabilitativa in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Valutazione clinica in reumatologia	Eseguire la valutazione delle patologie reumatiche: anamnesi, esame obiettivo generale e distrettuale, valutazione clinica	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
333	2	Medicina fisica riabilitativa in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Valutazione clinica in reumatologia	Analizzare i comportamenti riferibili ai fattori psicosociali associati, che talora limitano il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
334	3	Medicina fisica riabilitativa in reumatologia	Trattamento della persona	Indicazioni e controindicazioni in reumatologia	Analizzare i bisogni generali, le indicazioni e controindicazioni delle modalità di applicazione di terapia fisica, terapia termale e terapie non convenzionali in reumatologia	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
335	1	Fisioterapia in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Valutazione funzionale in reumatologia	Utilizzare le principali scale di valutazione adottate in ambito reumatologico riguardanti: lo stato psico-affettivo; la qualità della vita, l'attività della vita quotidiana; la disabilità funzionale	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
336	2	Fisioterapia in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Valutazione funzionale in reumatologia	Eseguire la valutazione differenziale del dolore reumatologico attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, utilizzando le opportune scale di misurazione.	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
337		Fisioterapia in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Trattamento fisioterapico in reumatologia	Applicare le tecniche per l'approccio ai diversi tipi di dolore nelle diverse fasi e stadi delle malattie reumatiche	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
338	3	Fisioterapia in reumatologia	Metodologie e tecniche diagnostiche	Valutazione funzionale in reumatologia	Applicare le procedure usate per la valutazione globale della persona con malattia reumatologica	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
339	4	Fisioterapia in reumatologia	Trattamento della persona	Trattamento fisioterapico in reumatologia	Individuare i principi della relazione fisioterapista-persona nella gestione delle malattie reumatiche; dell'educazione della persona, della sua autogestione e del coinvolgimento dei familiari	Particolareggiata	Interpretativa	Non richiesta	P

## CORE INTEGRATO FISIOTERAPISTA

340	5	Fisioterapia in reumatologia	Trattamento della persona	Trattamento fisioterapico in reumatologia	Realizzare un programma di economia gestuale e articolare e di prevenzione dei danni articolari nell' utilizzo di ausili e/o di applicazioni di splint/ortesi nelle malattie reumatiche	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P
341	6	Fisioterapia in reumatologia	Trattamento della persona	Trattamento fisioterapico in reumatologia	Realizzare un programma di fisioterapia di gruppo con Persone con diagnosi di patologia reumatica	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	P



# PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA' (2016)

## ARTRITE REUMATOIDE E ARTRITI CRONICHE IN ETÀ EVOLUTIVA

### MACRO ATTIVITA'

- Diagnosi precoce
- Terapia farmacologica nel rispetto delle linee guida
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale



MINISTERO DELLA  
SALUTE



AGENAS



REGIONE



AZIENDA SANITARIA



ASSOCIAZIONI

### OBIETTIVI GENERALI

- Identificare precocemente i soggetti affetti da artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- Migliorare l'aderenza al trattamento (farmacologico e non farmacologico)
- Implementare la gestione integrata fra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG e PLS

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire la diagnosi precoce
- Adottare percorsi clinici validati per migliorare il follow up delle persone con artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- Promuovere l'empowerment dei pazienti e dei professionisti per migliorare l'aderenza al trattamento
- Agevolare l'accesso ai servizi migliorando l'informazione
- Adottare protocolli per favorire la gestione integrata
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

### RISULTATI ATTESI

- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi)
- Aumento del numero di professionisti coinvolti in un PDTA

### INDICATORI

- % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida)
- % di professionisti coinvolti in un PDTA

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Migliorare la formazione dei MMG e PLS volta a favorire la identificazione della malattia precocemente
2. Diffondere fra i professionisti l'aderenza al PDTA per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone con artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva sia farmacologica che non farmacologica
3. Favorire l'implementazione e/o la creazione di registri di patologia
4. Promuovere l'applicazione di un PDTA nazionale che favorisca la standardizzazione dell'offerta di salute, riduca le differenze territoriali e consenta la diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi
5. Promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato e interdisciplinare, tenendo anche conto di un percorso agevolato per le «early arthritis».
6. Favorire la semplificazione della prescrizione e della dispensazione dei farmaci biotecnologici e dei farmaci «off-label» per l'artrite idiopatica giovanile
7. Promuovere la dispensazione dei farmaci prescritti dalle strutture reumatologiche autorizzate e inclusi in file F presso le farmacie territoriali o ospedaliere nell'area di residenza dell'assistito
8. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio psicosociale

# RECOMMENDATIONS EULAR 2018

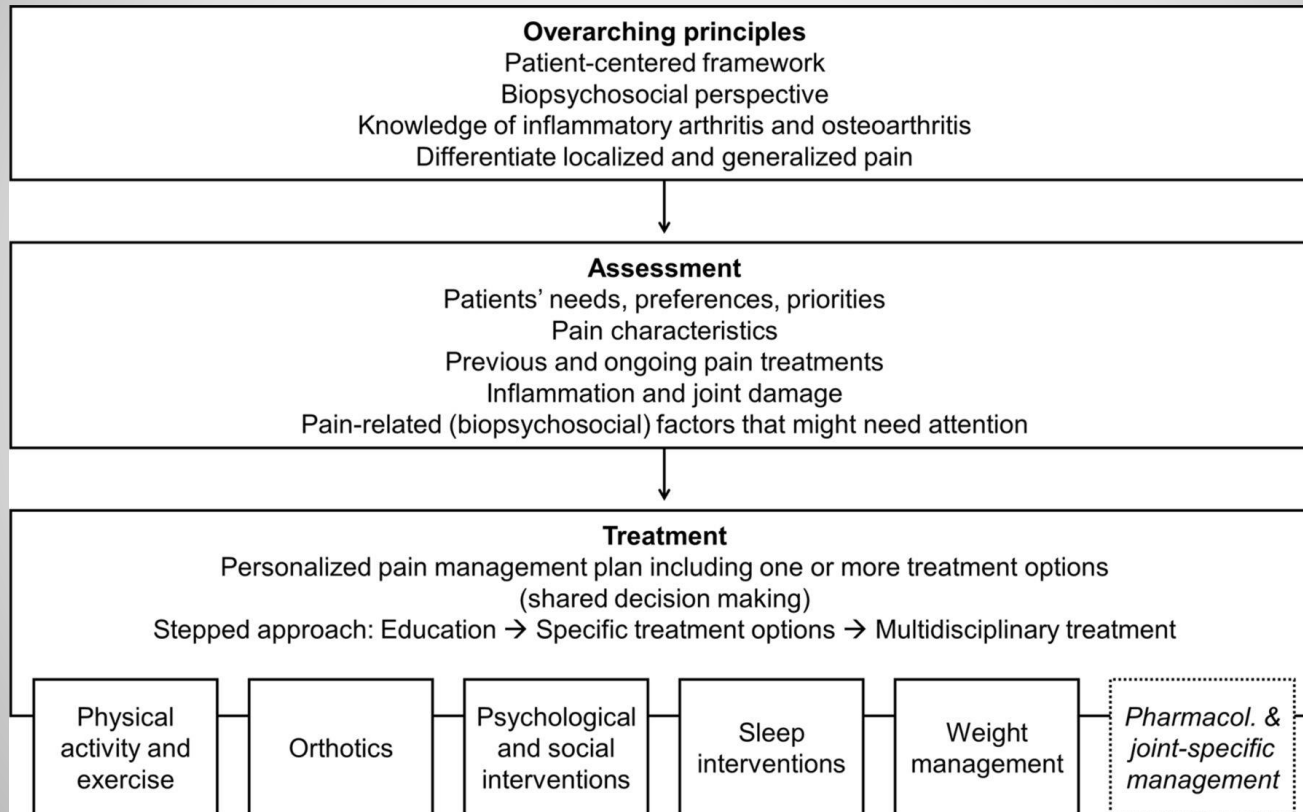
**Table 1** 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of hand OA

		LoE*	GoR†	LoA (0–10)
<b>Overarching principles</b>				
A.	The primary goal of managing hand OA is to control symptoms, such as pain and stiffness, and to optimise hand function, in order to maximise activity, participation and quality of life.			9.7 (0.7)
B.	All patients should be offered information on the nature and course of the disease, as well as education on self-management principles and treatment options.			9.8 (0.8)
C.	Management of hand OA should be individualised taking into account its localisation and severity, as well as comorbidities.			9.9 (0.2)
D.	Management of hand OA should be based on a shared decision between the patient and the health professional.			9.6 (1.1)
E.	Optimal management of hand OA usually requires a multidisciplinary approach. In addition to non-pharmacological modalities, pharmacological options and surgery should be considered.			9.3 (1.2)
<b>Recommendations</b>				
1.	Education and training in ergonomic principles, pacing of activity and use of assistive devices should be offered to every patient.	1b	A	9.3 (1.1)
2.	Exercises to improve function and muscle strength, as well as to reduce pain, should be considered for every patient.	1a	A	9.1 (1.6)
3.	Orthoses should be considered for symptom relief in patients with thumb base OA. Long-term use is advocated.	1b	A	9.3 (1.0)
4.	Topical treatments are preferred over systemic treatments because of safety reasons. Topical NSAIDs are the first pharmacological topical treatment of choice.	1b	A	8.6 (1.8)
5.	Oral analgesics, particularly NSAIDs, should be considered for a limited duration for relief of symptoms.	1a	A	9.4 (0.9)
6.	Chondroitin sulfate may be used in patients with hand OA for pain relief and improvement in functioning.	1b	A	7.3 (2.7)
7.	Intra-articular injections of glucocorticoids should not generally be used in patients with hand OA‡, but may be considered in patients with painful interphalangeal joints§.	1a†–1b§	A	7.9 (2.4)
8.	Patients with hand OA should not be treated with conventional or biological disease-modifying antirheumatic drugs	1a	A	8.8 (1.8)
9.	Surgery should be considered for patients with structural abnormalities when other treatment modalities have not been sufficiently effective in relieving pain. Trapeziectomy should be considered in patients with thumb base OA and arthrodesis or arthroplasty in patients with interphalangeal OA.	5	D	9.4 (1.4)
10.	Long-term follow-up of patients with hand OA should be adapted to the patient's individual needs.	5	D	9.5 (1.7)

\*1a: systematic review of RCTs; 1b: individual RCT; 2a: systematic review of cohort studies; 2b: individual cohort study (including low-quality RCT; eg, <80% follow-up); 3a: systematic review of case-control studies; 3b: individual case-control study; 4: case-series (and poor quality cohort and case-control studies); 5: expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or 'first principles'.<sup>17</sup>

†A: based on consistent level 1 evidence; B: based on consistent level 2 or 3 evidence or extrapolations from level 1 evidence; C: based on level 4 evidence or extrapolations from level 2 or 3 evidence; D: based on level 5 evidence or on troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level.<sup>17</sup>

# PAIN MANAGEMENT (EULAR)





**Grazie per l'attenzione!**