



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

A.A. 2018/2019

Campus Universitario di Savona

**Physiotherapists' adherence to osteoarthritis
clinical practice guidelines**

Candidato:

Serena Millotti

Relatore:

Andrea Dell'Isola

INDICE

ABSTRACT	pag. 3
1 INTRODUZIONE	pag. 4
1.2 CARATTERISTICHE DELL'OA	pag. 5
1.3 TRATTAMENTO DELL'OA SECONDO LE LINEE GUIDA	pag. 6
2 MATERIALI E METODI	pag. 10
3 ANALISI DEI RISULTATI	pag. 12
4 RISULTATI	pag. 13
5 DISCUSSIONI	pag. 16
6 CONCLUSIONI	pag. 19
7 BIBLIOGRAFIA	pag. 21
8 ALLEGATI	pag. 24

ABSTRACT

Background: l'osteoartrosi (OA) di anca e ginocchio è tra le maggiori cause di disabilità, in Italia e negli altri paesi del Mondo. Il trattamento raccomandato per questa patologia, secondo la medicina basata sull'evidenza, è costituito da esercizio ed educazione. Il ruolo del fisioterapista dovrebbe essere determinante in questo tipo di trattamento. Tuttavia recenti studi condotti in Inghilterra, in altri Paesi Europei ed Extraeuropei dimostrano un utilizzo non ottimale delle Linee Guida (LG) da parte dei fisioterapisti.

Obiettivo: con questo lavoro si vuole comprendere la conoscenza delle LG per il trattamento dell'OA da parte dei fisioterapisti italiani e la loro applicazione.

Materiali e Metodi: attraverso la consultazione delle LG sull'argomento presenti in letteratura è stato preparato un questionario conoscitivo, sottoposto via web a fisioterapisti che lavorano in Italia.

Risultati: i risultati ottenuti dicono che in Italia la conoscenza delle LG non è ottimale e ancora meno il loro uso nella pratica clinica.

Conclusioni: si può affermare che in Italia la conoscenza e l'uso delle LG non è ottimale e che il loro uso dovrebbe essere implementato.

1. INTRODUZIONE

L'osteoartrite (OA) è la più comune forma di disturbo articolare e occupa l'undicesima posizione per anni vissuti con disabilità tra le 291 condizioni di disabilità descritte dal Global Burden Disease 2010 (1). Il ginocchio e l'anca sono le articolazioni colpite più di frequente e rappresentano la maggior parte delle situazioni di disabilità da OA (2). L'invecchiamento della popolazione mondiale combinato all'aumento di obesità e sedentarietà fanno sì che la prevalenza dell'OA sia in continua crescita con un conseguente aumento di carico sui sistemi sanitari(2,3). Nonostante l'elevata prevalenza, non esiste cura per l'OA e i trattamenti disponibili si limitano alla gestione della sintomatologia. La sostituzione chirurgica dell'articolazione rappresenta attualmente il trattamento più efficace per ridurre il dolore e la disabilità nei pazienti con OA (1,2), anche se per il 20% dei pazienti i risultati ottenuti con il trattamento chirurgico non sono soddisfacenti (1,2). Il ricorso alla chirurgia protesica, sempre più diffuso, costringe i sistemi sanitari ad affrontare costi molto elevati e la popolazione che subisce trattamenti chirurgici al rischio di complicanze cardiache e tromboemboliche nel periodo peri e post chirurgico, che possono portare anche alla morte (4). Numerosi studi randomizzati e controllati (RCT) hanno prodotto una grande quantità di evidenze riguardo all'efficacia di educazione ed esercizio terapeutico nel ridurre il dolore e la disabilità causati dall'OA, indipendentemente dalla severità dei sintomi. Queste evidenze hanno fatto sì che esercizio ed educazione siano stati inclusi come trattamenti primari in numerose Linee Guida (LG) nazionali ed internazionali (5–10). L'esercizio, in virtù dei bassi costi di applicazione e degli effetti collaterali che presenta, pressoché nulli se comparati a quelli per trattamenti farmacologici e chirurgici, ad oggi è la migliore scelta di trattamento (5,11). Le LG indicano esercizio ed educazione verso la malattia come intervento raccomandato per ridurre il dolore, migliorare la funzionalità e promuovere l'autogestione della patologia, e per procrastinare la loro progressione. Il trattamento primario non viene messo in pratica in modo ottimale e solo il 36% dei pazienti che cercano cure riceve i trattamenti raccomandati (12). Trattamenti farmacologici e chirurgici dovrebbero essere utilizzati solo dopo il fallimento dei trattamenti primari, o in aggiunta a questi. Inoltre molte persone ricorrono al medico o al fisioterapista dopo tentativi di autogestione, anche farmacologica (13). Questo scenario porta a favorire il ricorso a

farmaci e chirurgia con aumento di costi per i sistemi sanitari, rischi per gli individui e riduzione degli effetti benefici che avrebbero se preceduti da un intervento riabilitativo corretto (12).

L'Italia è un paese in cui la popolazione è anziana, >22% delle persone è al di sopra dei 65 anni. Le proiezioni Istat prevedono che questa percentuale raggiunga il 33,5% entro il 2045 (14). In Italia l'OA è la seconda condizione cronica più diffusa (15,9% della popolazione), dopo l'ipertensione, e non ci sono dati certi su come venga effettivamente gestita(15). Sebbene esistano numerose LG a livello internazionale, purtroppo non esistono LG nazionali e per l'Italia, insieme agli altri paesi dell'area mediterranea, viene registrato un divario educativo rispetto agli altri paesi del nordeuropa in cui la lingua inglese sembra più fruibile (16). Con questo lavoro si vuole comprendere se in Italia le LG per il trattamento dell'OA di anca e ginocchio sono conosciute ed utilizzate dai fisioterapisti e come si esprime questo sapere nel trattamento dei pazienti(16). Gli obiettivi di questa tesi sono misurare la conoscenza delle LG e indagare se le LG siano utilizzate in modo ottimale da parte dei fisioterapisti in Italia, ovvero se la popolazione intervistata conosce ed offre trattamenti di prima e seconda linea coerenti con le indicazioni delle LG. Lo strumento per sondare questa realtà è stato individuato in un questionario, sviluppato in occasione di questo studio per includere tutti gli ambiti ritenuti importanti per la rappresentazione dello stato attuale dell'uso delle LG in Italia. Il questionario, che verrà sottoposto a fisioterapisti, è stato sviluppato secondo linee guida internazionali per somministrazione via web o mail (17) (18).

1.2 CARATTERISTICHE DELL'OA

L'OA si manifesta come un danno che interessa tutti i tessuti articolari, si sviluppa su più distretti ma affligge più di frequente il ginocchio, l'anca e la mano. Si presenta di solito dopo i 50 anni. Nella variabilità dei sintomi il più comune è il dolore, che porta a restrizione di movimento, sonno disturbato e diminuzione della qualità della vita. L'OA è una malattia che coinvolge l'articolazione nel suo complesso. Le alterazioni strutturali avvengono a carico della cartilagine articolare, dell'osso subcondrale, dei legamenti, della capsula, della membrana sinoviale e dei muscoli periarticolari. Il dolore, che è il sintomo principale, guida il ragionamento clinico del trattamento. Il sito articolare colpito più di frequente è il ginocchio, con un peso che ammonta a circa l'85% a livello mondiale. Mano e anca sono i siti più colpiti dopo il ginocchio. I dati raccolti dai registri di Svezia, Spagna e Inghilterra descrivono un picco di incidenza tra i 50 ed i 75 anni, con correlazione maggiore con età avanzata e sesso femminile. Nei paesi ad alto reddito la spesa sanitaria per il trattamento dell'OA è stimata tra l'1% ed il 2,5% del prodotto interno lordo, e gran parte è dovuta ai costi correlati alla sostituzione protesica. Il profilo genetico incide maggiormente su OA di mano ed anca, con un contributo che va dal 40% all'80%. Ai cambiamenti biologici che avvengono a livello articolare con

l'età, si aggiungono alcuni fattori di rischio. Sesso femminile e obesità sono stati individuati come forti fattori di rischio per OA di ginocchio e anca. Per il ginocchio vengono considerati anche traumi avvenuti in precedenza, malallineamento, e debolezza muscolare. Le deformità articolari a livello dell'anca come il CAM o la displasia acetabolare vengono considerati come fattori con moderata forza. Attività lavorative pesanti e sport ad alto impatto vengono considerati fattori di rischio sia per ginocchio che per anca. La diagnosi clinica di OA si basa sui sintomi, dolore, rigidità al mattino minore di trenta minuti e limitazioni funzionali. L'esame fisico fornisce informazioni sulla presenza di crepitii, riduzioni di movimento, dolore alla rima articolare. A questi si possono associare indagini strumentali per descrivere le modificazioni ossee o escludere la patologia osteoartrosica(19) .

1.3 TRATTAMENTO DELL'OA SECONDO LE LINEE GUIDA

In questo lavoro è stata prodotta una tabella (TABELLA nr.1, ALLEGATO nr.1) che deriva dalla consultazione e raffronto delle LG stilate dal National Institute of Health and Care Excellence (NICE) (10), dalla The European League Against Rheumatism (EULAR) (5) e dall' Osteoarthritis Research Society International (OARSI)(9) (20). Nella tabella è stato utilizzato un grading a tre punti per gli interventi, considerandoli raccomandati, da considerare e non raccomandati, come nella modalità proposta dalle LG NICE. Nei casi di disaccordo tra queste tre fonti è stato utilizzato il seguente criterio:

1. In caso di diversi livelli di forza di una raccomandazione tra le LG, si sceglie la raccomandazione derivante da studi primari più recenti
2. A parità di studi primari, vengono utilizzate le LG OARSI(20).

Le LG NICE, dal 2009, correlano il livello di evidenza degli studi dai quali provengono le raccomandazioni con gli interventi descritti attraverso termini contenuti nel testo delle stesse. Sono raccomandazioni che derivano da RCT e RS, declinate rispetto agli interventi di trattamento. Ad esempio, una raccomandazione forte ha nel testo termini come "offrire", "deve contenere", e si riferisce ad un intervento o trattamento raccomandato, oppure "non offrire", "non deve contenere" per interventi fortemente non raccomandati, mentre termini come "considerare", "può contenere", "può prevedere" si riferiscono ad interventi consigliati o da valutare nelle specifiche circostanze. Le LG EULAR propongono 11 raccomandazioni, stilate in base a evidenza delle fonti e consenso di esperti ottenuto attraverso cinque fasi Delphy. Le LG OARSI propongono evidenza e forza delle raccomandazioni tramite le espressioni "a favore" o "contro" e "forte" o "condizionata"; utilizzano studi di pari evidenza e l'opinione di esperti, fornendo un unico valore finale. Riassumendo i dati raccolti si possono descrivere tre tipologie di intervento:

- intervento raccomandato, quello di prima linea, in cui compaiono educazione, esercizio, perdita di peso se sovrappeso;
- intervento di seconda linea, da considerare a seconda delle specifiche circostanze ma che non è necessario includere nel trattamento;
- intervento non raccomandato, dove compaiono interventi non raccomandati o sconsigliati.

Tra i trattamenti di prima linea c'è accordo in tutte le LG nell'inserire esercizio, educazione e perdita di peso se sovrappeso. Il rinforzo muscolare locale sull'articolazione deve essere considerato indipendentemente dall'età, dalle comorbidità, dall'entità del dolore e dal livello di disabilità. Attività fisica generica ed esercizio aerobico vengono considerati come benefici, anche se è necessario individuare, caso per caso, il modo migliore per effettuarli, in base alle preferenze e possibilità del soggetto, alla motivazione ed alle politiche sociali presenti. L'intervento educativo dovrebbe essere fornito sia in forma verbale che scritta, per tutti i pazienti con OA, per migliorare la comprensione della patologia e delle sue caratteristiche. Alla parte informativa deve essere associato anche un intervento educativo volto ad aumentare le strategie di autotrattamento e dei cambiamenti comportamentali. Educazione ed informazione devono essere presenti per tutta la durata del trattamento.

In aggiunta al trattamento di prima linea vengono consigliati, a seconda dei casi, altri interventi dedicati al contenimento del dolore, all'aumento della mobilità globale e dell'articolarietà del distretto interessato. Tra le terapie non farmacologiche sono incluse terapia manuale, massaggio, elettroterapia antalgica (TENS), ausili per il cammino o tutori ed è possibile considerare l'invio al medico per valutare una terapia farmacologica. Le terapie farmacologiche includono farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) ad uso topico, paracetamolo e FANS ad uso sistemico, infiltrazioni di acido ialuronico o corticosteroidi.

Le LG offrono possibili categorie di interventi cui deve seguire un utilizzo agile da parte del professionista. In particolare è necessario comprendere le credenze e le aspettative del paziente per capire se sono di ostacolo al trattamento multimodale che tale patologia richiede.

Non è mai raccomandato ridurre l'attività, utilizzare terapie fisiche come LASER, ultrasuono o TECAR, consigliare l'assunzione di integratori come glucosammina e condroitina.

La scelta di sostituzione articolare non può essere considerata come trattamento vero e proprio, in quanto sostituzione del distretto corporeo. Nelle LG è contemplato l'invio al medico per valutazione di trattamento chirurgico nei casi di insuccesso del trattamento di prima e seconda linea e dolore elevato (VAS $\geq 6/10$) o incapacità funzionale. La sostituzione articolare espone a rischio di complicanze come infezioni e fratture periprotetiche e, se effettuata in persone tra 50 e 60 anni anche ad un maggior numero di ri protesizzazioni(21).

TAB.1: AFFERMAZIONI PROPOSTE AI COMPILATORI DEL QUESTIONARIO.

LEGENDA:

AFFERMAZIONE nr: in ordine progressivo sono riportate tutte le affermazioni della seconda parte del questionario.

LG: linea guida considerata

D: distretto corporeo considerato: **G**= ginocchio, **A**= anca

FR: forza della raccomandazione, **F**= forte, **M**= media

ER: livello di evidenza della raccomandazione, **IA, IB, -**= non dichiarato

I: intervento, **R**= raccomandato, **C**=consigliato, **NR**= non raccomandato

AFFERMAZIONE	LG	D	FR	ER	I
1) L'esercizio può essere efficace su tutti i pazienti, indipendentemente da quanto dolore abbiano	NICE 1.4.1 - 1.2.5	A G	F	1A	R
	EULAR 3-6-7	AG	F	1A	R
	OARSI tab 2 OARSI tab 3	G A	F F	1A 1A	R R
2) In uno stadio avanzato della patologia l'esercizio può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)	NICE 1.4.1 - 1.2.5	A G	F	1A	R
	EULAR 2-3-6-7	AG	F	1A	R
	OARSI tab 2 OARSI tab 3	G A	F F	1A 1A	R R
3) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di educazione sulla patofisiologia dell'osteoartrosi su come gestire i sintomi autonomamente	NICE 1.3.1 - 1.3.2 - 1.3.3	A G	F	1A	R
	EULAR 3-5	AG	F	1A	R
	OARSI tab 2- tab 3 educazione autotrattamento	G A G A	F M	1A 1B	R R
4) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di mobilizzazione manuale	NICE 1.4.2	A G	M	-	C
	EULAR (-) OARSI (-)	-	-	-	-
5) L'esercizio deve essere intrapreso solo in seguito alla prescrizione di un trattamento farmacologico per controllare il dolore (affermazione invertita)	NICE 1.2.5 - 1.4.1	A G	F	1A	R
	EULAR 3-6-7	AG	F	1A	R
	OARSI tab 2 OARSI tab 3	G A	F F	1A 1A	R R
6) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi di ginocchio	NICE 1.5.3	A G	M	-	C
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI tab 2	G	F	1A	C
7) I reperti radiografici sono necessari per esprimere una diagnosi funzionale di osteoartrosi (affermazione invertita)	NICE 1.1.1	A G	F	-	R
	EULAR 1	A G	M	-	R
	OARSI(-)	-	-	-	-
8) I reperti radiografici sono necessari per pianificare il trattamento fisioterapico (affermazione invertita)	NICE 1.1.1	A G	F	-	R
	EULAR 1	A G	M	-	R
	OARSI(-)	-	-	-	-
9) L'attività fisica é da evitare perché può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)	NICE 1.2.5 - 1.4.1	A G	F	1A	R
	EULAR 3-6-7	A G	F	1A	R
	OARSI tab 2 OARSI tab 3	G A	F F	1A 1A	R R

10) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi d'anca	NICE (-)	-	-	-	-
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
11) In caso di degenerazione articolare severa é necessario consigliare riposo da attività fisica (affermazione invertita)	NICE 1.2.5-1.4.1	A G	F	1A	R
	EULAR 2-3-6-7	A G	F	1A	R
	OARSI tab 2	G	F	1A	R
	OARSI tab 3	A	F	1A	R
12) In casi di dolore severo (VAS ≥ 6/10) l'intervento di artroprotesi dovrebbe essere preferito alla riabilitazione (affermazione invertita)	NICE 1.6	A G	M	-	C
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
13) L'uso di TENS é da considerare	NICE 1.4.4	A G	M	-	C
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
14) L'uso di terapie fisiche come laser, TECAR e ultrasuoni sono da considerare (affermazione invertita)	NICE 1.4.4	A G	M	-	C
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
15) In aggiunta al trattamento riabilitativo, é utile consigliare attività fisica (esempio: yoga, nuoto, nordic walking)	NICE 1.2.5 -1.3.2 - 1.4.1	A G	F	1A	R
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI tab 2	G	F	1B	R
	OARSI tab 3	A	F	1B	C
16) É importante consigliare di perdere peso ai pazienti in sovrappeso o obesi	NICE 1.2.5-1.4.3	A G	F	1A	R
	EULAR 3-8	A G	F	-	R
	OARSI tab 2	G	F	1A	R
	OARSI tab 3	A	BPC	-	C
17) In persone con età >45 anni; dolore e assenza di rigidità articolare (< 30 min al mattino) sono sufficienti per diagnosticare l'osteoartrosi	NICE 1.1.1	A G	F	-	R
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
18) L'uso di calzature comode, tutori o ausili deve essere considerato	NICE 1.3.2-1.4.7 1.4.8 - 1.4.9	A G	F	-	C
	EULAR 3- 9-10	A G	M	-	R
	OARSI tab 2	G	M	1B	C
	OARSI tab 3	A	M	1B	C
19) É consigliabile riferire il paziente per un intervento di artroscopia per ridurre i sintomi e iniziare/proseguire il trattamento (affermazione invertita)	NICE 1.4.10	G	F	-	NR
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
20) È necessario valutare l'impatto dell'osteoartrosi sulla funzione, qualità della vita e disabilità	NICE 1.2.1	A G	F	-	R
	EULAR 1	A G	M	-	R
	OARSI (-)	-	-	-	-
21) Sono necessarie almeno 10-12 sedute per garantire un corretto trattamento per osteoartrosi	NICE 1.4.1	A G	F	-	C
	EULAR 6	A G	M	-	C
	OARSI (-)	-	-	-	-
22) Nel trattamento per osteoartrosi occorre motivare l'aderenza del paziente al trattamento	NICE 1.3.2 - 1.4.1 - 1.7.1	A G	F	-	C
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI (-)	-	-	-	-
23) Sono da considerare infiltrazioni articolari di acido ialuronico e/o corticosteroidi	NICE 1.5.12	A G	M	-	C
	NICE 1.5.13	A G	F	-	NR
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI tab 2 Corticosteroidi Acido ialuronico	G G	M M	1B 2	C C
24) È da considerare l'assunzione di integratori come condroitina e glucosammina (affermazione invertita)	NICE 1.4.5	A G	F	-	NR
	EULAR (-)	-	-	-	-
	OARSI(-)	-	-	-	-

Il modello biopsicosociale porta ad un approccio globale verso la persona affetta da OA, nel quale valutazione della condizione clinica e trattamento personalizzato assumono un ruolo primario. Nella valutazione della persona e dei risultati ottenuti con i vari interventi proponibili è necessario monitorare gli outcome del trattamento con scale valutative il cui costrutto sia specifico per ogni outcome considerato. Dolore, funzionalità, disabilità, impairment anatomico, qualità della vita possono essere misurati con strumenti quali Visual Analogic Scale (VAS), Timed Up and Go Test (TUG), Six Minute Walk Test (6MWT), 30-second Chair Stand Test (30s-CST), Stair Climb Test, 40m (4x10m) Fast Paced Walk Test, SF36, Kellgren Lawrence Scale, The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Hip Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) (ALLEGATO NR.2) (22,23). Sebbene non sia chiaro quali strumenti utilizzare, la misura dei cambiamenti rilevabili nelle attività funzionali dovrebbe essere complementare alla misura della qualità della vita e della funzionalità percepita(23).

2. MATERIALI E METODI

Per questo studio è stato sviluppato un questionario. Questo strumento permette di ottenere informazioni misurabili su uno specifico argomento. In altri paesi sono stati condotti studi simili, su categorie di professionisti sanitari, chiamati a rispondere su argomenti circoscritti relativi alla loro professione. Una scoping review preliminare ha avvalorato la scelta di questo strumento. La stessa ricerca ha mostrato come l'uso di vignette permette di evidenziare l'eventuale discostamento tra le conoscenze teoriche e le scelte cliniche di intervento, dato uno scenario definito. Questa metodica si può affiancare ai questionari ed è stata utilizzata per varie professioni sanitarie (16,24–27). Il questionario è stato ideato per testare la conoscenza e l'uso delle raccomandazioni offerte dalle LG per il trattamento dell'OA da parte di un campione di fisioterapisti che operano in Italia (ALLEGATO NR.3).

Si compone di quattro sezioni. La prima è dedicata alla raccolta di dati sulla demografia dei rispondenti al questionario: età, sesso, livello di formazione accademica, anzianità lavorativa, campo di intervento lavorativo. Il campo di intervento è stato considerato come accettabile per la restante compilazione del questionario se il professionista aveva trattato negli ultimi sei mesi almeno un paziente con problematiche di OA, altrimenti l'intervistato è stato congedato con un messaggio di ringraziamento e la chiusura del questionario.

La seconda è costituita da un blocco di 24 affermazioni sull'OA di cui viene chiesto il grado di accordo, da parte del fisioterapista, da esprimere con scala Likert a 5 punti. Ogni affermazione deriva dalla

lettura sinottica delle tre LG e si può affermare che ognuna è inclusa in almeno una delle LG consultate; nei casi di discordanza tra LG è stata utilizzata la più recente.

La scala Likert, in generale, permette di sondare un argomento sotteso alle affermazioni presentate al rispondente. I risultati ottenuti possono essere raccolti in un dato unico, che per questo studio è l'accordo/disaccordo con le LG per il trattamento dell'OA. Esistono scale con diverse quantità di punti: in questo caso è stata utilizzata a 5 punti perché la classificazione delle risposte è stata ritenuta valida per l'intento dello studio.

La terza propone una vignetta (TABELLA 2), di cui vengono chiesti gli interventi da adottare, a scelta da una lista prestabilita. In specifico, viene presentata la situazione di una persona con OA di ginocchio. Nella costruzione della vignetta sono stati inseriti elementi clinici che potessero coprire tutte le possibili scelte di intervento, dalla valutazione, al trattamento, al referral medico.

TAB.2: testo della vignetta proposta nel questionario.

Maria, casalinga di 72 anni, vive con il marito che gode di buona salute. Coltiva l'hobby del giardinaggio. Da circa 10 anni soffre di dolore alle ginocchia che, in certi periodi, la obbliga ad assumere FANS e a limitare per alcuni giorni le attività quotidiane. Negli ultimi due anni i periodi di malessere sono diventati sempre più frequenti (VAS 5/10), tanto che ha deciso di trovare un aiuto per i lavori domestici e fa fatica a prendersi cura del giardino. Soffre inoltre di diabete ed è in sovrappeso (BMI 28). Decide di consultare il suo medico che le consiglia una visita dal fisioterapista. Cosa faresti se fossi tu quel fisioterapista?

Le scelte di valutazione coprono gli ambiti di dolore, funzionalità, partecipazione e disabilità: queste possono essere utilizzate anche come outcome del trattamento, come suggerito da OARSI. Tra i trattamenti sono stati inseriti tutti quelli raccomandati, consigliati e alcuni non consigliati. Tra i non consigliati sono stati scelti quelli che sono stati oggetto di studio negli ultimi anni e che possono essere proposti nei setting clinici italiani. E' stata inserita anche la possibilità di invio al medico per terapia farmacologica o chirurgica. Questa possibile scelta di gestione dell'intervento riabilitativo è importante perché permette di comprendere quanto spesso il trattamento di prima linea viene posposto o non offerto, rispetto alla situazione presentata. Nella compilazione del questionario, il rispondente che non sceglie l'opzione di valutazione e pianificazione del trattamento giunge immediatamente al termine del questionario, mentre quello che sceglie valutazione o trattamento viene inviato alla parte successiva per la scelta tra quelli proposti.

Viene chiesto anche il numero di sedute ritenute utili per esprimere l'intervento.

La prima versione del questionario è stata scritta da un gruppo di tre fisioterapisti, con un lavoro di autorevisione tra pari, poi sottoposta, in forma cartacea, a quattro fisioterapisti operanti nel settore pubblico, senza specifica formazione sul trattamento delle problematiche osteoartrosiche, ma che lavorano per un terzo del loro tempo settimanale con questa tipologia di pazienti. E' stato chiesto loro di indicare le parti che ritenevano poco chiare, porre domande aggiuntive su qualunque sezione del questionario, sottolineare le domande che non comprendevano bene. Da questa prima revisione è stata sviluppata la versione finale del questionario.

Il sondaggio, quantitativo, cross-sectional, è stato stilato in accordo con le linee guida sviluppate da CHERRIES (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys) (17) e diffuso via web attraverso le newsletter di AIFi (Associazione Italiana Fisioterapisti) e dell'Università di Genova tra Novembre 2019 e Febbraio 2020. Il questionario, erogato solo in modalità web, è stato accompagnato da una lettera informativa sulle modalità di raccolta e gestione dei dati (17), con autocompilazione volontaria e inviti alla compilazione proposti tre volte. L'intento è quello di suddividere i rispondenti in professionisti che conoscono o meno le raccomandazioni delle LG e in professionisti che adottano o meno queste stesse raccomandazioni.

3. ANALISI DEI RISULTATI

L'analisi statistica dei dati raccolti avviene con le modalità di seguito descritte:

- a. punto di vista del totale dei professionisti sul singolo item. Questo dato si ricava dalla seconda parte del questionario.

L'analisi della sezione del questionario che testa il grado di accordo con le LG per OA è stata letta per singolo item: i punteggi 4 e 5 vengono considerati come accordo con l'affermazione proposta, i punteggi 1 e 2 in disaccordo, quindi non è stato ritenuto necessario valutare gradazioni di accordo utilizzando, ad esempio, una scala a 7 punti. Alcune affermazioni sono state volte in forma negativa per testare appieno il livello di accordo e, in questi casi, l'accordo si ha con i punteggi 1 e 2. Il campione viene considerato in accordo se ha raggiunto l'accordo per almeno il 70% del totale dei rispondenti, per ogni singola affermazione proposta. La soglia del 70% è stata scelta perché già utilizzata in altri lavori presenti in letteratura, per la stessa patologia(27).

b. punto di vista dei professionisti sul trattamento. Questo dato si ricava dalla terza parte del questionario e rappresenta la scelta clinica adottata per la vignetta proposta. Per questo sezione in particolare i professionisti sono stati suddivisi in:

1. professionisti che offrono solo trattamenti di prima linea, raccomandati, e nessun trattamento non raccomandato;
2. professionisti che offrono alcuni trattamenti di prima linea ma non includono trattamenti non raccomandati;
3. professionisti che scelgono almeno un trattamento non raccomandato.

L'analisi della sezione del questionario che testa le scelte di trattamento per la vignetta proposta va effettuata prima per la parte valutativa, in cui la scelta di (Valutazione e pianificazione del trattamento riabilitativo) permette di proseguire nella compilazione del questionario per la scelta degli interventi da attuare: non effettuare questa scelta è stato equiparato a non offrire il trattamento.

La parte restante del campione è stata suddivisa tra le tre categorie di professionisti in base alle scelte terapeutiche adottate, tra quelle proposte nel questionario. I professionisti "offrenti" sono quelli che tutti gli interventi raccomandati, i "parzialmente offrenti" non includono trattamenti non raccomandati, i "non offrenti" includono almeno un trattamento non raccomandato.

Per il numero sedute, non trovando chiare e specifiche indicazioni all'interno delle LG, si è adottato arbitrariamente che un numero inferiore a 5 non sia raccomandato, mentre un numero tra 6 e 10 o più di 10 è da considerare, adattandolo al caso specifico.

c. demografia dei partecipanti. Questo dato si ricava dalla prima parte del questionario. E' un dato che permette di comprendere quale fascia della popolazione totale dei fisioterapisti si può raggiungere, come è composta e quale livello di formazione ha.

4. RISULTATI

Il numero totale di fisioterapisti che hanno eseguito l'accesso al questionario è stato di 1062. Di questi 228 non hanno completato il questionario in ogni parte e 40 non avevano trattato persone affette da OA negli ultimi sei mesi. Tuttavia, 822 fisioterapisti hanno compilato e terminato il questionario.

La demografia di questo gruppo di rispondenti è costituita da 387 donne e 435 uomini (47% e 53%), con un'età media di 36±13,30 anni. Di questi, 87(11%) praticano l'attività professionale da meno di 1 anno, 319 (39%) da 1 a 5 anni, 149 (18%) da 6 a 10 anni e 267 (33%) da più di 10 anni.

Del totale, 315 (38%) partecipanti non hanno formazione post laurea, mentre il restante (62%) possiede titoli accademici ulteriori.

L'accordo con le affermazioni della seconda parte del questionario è stato letto sul totale dei partecipanti ed è visibile in TABELLA 3. Il campione ha raggiunto l'accordo per 13 affermazioni su 24. Di seguito vengono riportate le affermazioni presentate per come sono state proposte nel questionario, in ordine decrescente di accordo. Nei casi in cui le affermazioni delle LG sono state invertite viene riportato, in percentuale, l'accordo del campione con l'affermazione originaria.

TAB.3: la tabella mostra le affermazioni proposte al campione intervistato e sono segnalate le affermazioni invertite rispetto all'enunciato delle LG. Sono riportate in ordine decrescente di accordo.

Affermazioni della seconda parte del questionario	
20) È necessario valutare l'impatto dell'osteoartrosi sulla funzione, qualità della vita e disabilità	99%
16) È importante consigliare di perdere peso ai pazienti in sovrappeso o obesi	98%
9) L'attività fisica é da evitare perché può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)	97%
22) Nel trattamento per osteoartrosi occorre motivare l'aderenza del paziente al trattamento	97%
3) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di educazione sulla patofisiologia dell'osteoartrosi su come gestire i sintomi autonomamente	96%
5) L'esercizio deve essere intrapreso solo in seguito alla prescrizione di un trattamento farmacologico per controllare il dolore (affermazione invertita)	89%
19) È consigliabile riferire il paziente per un intervento di artroscopia per ridurre i sintomi e iniziare/proseguire il trattamento (affermazione invertita)	88%
15) In aggiunta al trattamento riabilitativo, é utile consigliare attività fisica (esempio: yoga, nuoto, nordic walking)	84%
2) In uno stadio avanzato della patologia l'esercizio può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)	80%
8) I reperti radiografici sono necessari per pianificare il trattamento fisioterapico (affermazione invertita)	79%
12) In casi di dolore severo (VAS ≥ 6/10) l'intervento di artroprotesi dovrebbe essere preferito alla riabilitazione (affermazione invertita)	78%
1) L'esercizio può essere efficace su tutti i pazienti, indipendentemente da quanto dolore abbiano	75%

14) L'uso di terapie fisiche come laser, TECAR e ultrasuoni sono da considerare (affermazione invertita)	72%
24) È da considerare l'assunzione di integratori come condroitina e glucosammina (affermazione invertita)	68%
18) L'uso di calzature comode, tutori o ausili deve essere considerato	64%
11) In caso di degenerazione articolare severa è necessario consigliare riposo da attività fisica (affermazione invertita)	57%
4) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di mobilizzazione manuale	56%
23) Sono da considerare infiltrazioni articolari di acido ialuronico e/o corticosteroidi	45%
7) I reperti radiografici sono necessari per esprimere una diagnosi funzionale di osteoartrosi (affermazione invertita)	41%
21) Sono necessarie almeno 10-12 sedute per garantire un corretto trattamento per osteoartrosi	40%
13) L'uso di TENS è da considerare	27%
6) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi di ginocchio	24%
10) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi d'anca	23%
17) In persone con età >45 anni; dolore e assenza di rigidità articolare (< 30 min al mattino) sono sufficienti per diagnosticare l'osteoartrosi	10%

Le scelte di intervento per il caso clinico rappresentato nella vignetta sono state suddivise in gestione del caso, valutazione e trattamento, e sono raccolte in (TABELLA 4), in ordine decrescente di scelta. Per la parte di gestione il 3% del campione, pari a 28 unità, che non ha scelto (1- Valutazione e pianificazione del trattamento riabilitativo) viene direttamente inserito nel gruppo dei fisioterapisti "non offenti". La parte restante del campione si è espressa in merito alle scelte di valutazione, decidendo cosa inserire tra valutazione della funzione, della quantità e qualità del dolore, della partecipazione e disabilità. Quindi si è espressa sulle scelte di trattamento.

TAB 4: la tabella mostra le opzioni di gestione, valutazione e trattamento presentate agli intervistati e le relative percentuali di scelta.

Opzioni di gestione del caso clinico presentato, espresse in ordine decrescente di scelta	
1a) Valutazione e pianificazione del trattamento riabilitativo	97%
5a) Consiglio calo ponderale	78%
2a) Invio al medico per terapia farmacologica	19%
4a) Invio al medico per intervento di protesi	3%
3a) Invio al medico per intervento artroscopico (pulizia dell'articolazione)	2%
Opzioni di valutazione del caso clinico presentato, espresse in ordine decrescente di scelta	
2b) Valutazione della funzione	95%
1b) Valutazione della quantità e qualità del dolore	91%
3b) Valutazione della partecipazione e disabilità	91%
Opzioni di trattamento del caso clinico presentato, espresse in ordine decrescente di scelta	
3c) Esercizio specifico sull'articolazione (rinforzo muscolare)	88%
5c) Educazione sulla patofisiologia dell'osteoartrosi e gestione autonoma dei sintomi	88%
2c) Terapia manuale (mobilizzazione e/o massaggio)	77%
4c) Esercizio generico (esercizio aerobico o attività fisica generica)	66%
9c) Consiglio di assumere integratori come glucosammina e condroitina	38%
1c) Riposo da attività (ridurre il carico sull'articolazione)	31%
8c) Prescrizione di ausili per il cammino e/o tutori	23%
7c) Laser, ultrasuono, TECAR	17%
6c) Elettroterapia antalgica (TENS)	14%
10c) Consiglio iniezioni di acido ialuronico/corticosteroidi	14%

In considerazione dei dati raccolti, 226 fisioterapisti (27%), offrono il trattamento raccomandato, 220 (27%) un trattamento solo in parte raccomandato e 376 (46%) un trattamento non raccomandato dalle LG considerate.

5. DISCUSSIONI

Il campione degli intervistati è rappresentativo di entrambi i sessi, con un totale di 347 donne e 435 uomini intervistati. L'età media di $36 \pm 13,30$ anni suggerisce che abbia risposto una fascia di persone ben distribuita fino alla soglia dei 50 anni. L'anzianità lavorativa descrive un campione distribuito con due picchi rappresentativi di professionisti che lavorano da 1 a 5 anni (39%) e da più di 10 anni (33%),

lasciando il restante diviso tra l'11% di chi lavora da meno di 1 anno il 18% di chi lavora da 6 a 10 anni. Il campione è distribuito tra chi non ha formazione post laurea (38%) e chi possiede titoli accademici.

La professione di fisioterapista è sanitaria, ed in Italia esiste un obbligo legale di formazione permanente, al di là della formazione accademica. Si deve presupporre che il campione della popolazione che non ha titoli accademici ulteriori rispetto a quello abilitante abbia comunque avuto, nel tempo, momenti di formazione professionale. Non è obiettivo di questo lavoro stabilire la qualità e quantità di questa formazione. Questa distribuzione ci permette di affermare che il campione è vario e distribuito e che le risposte ottenute provengono da professionisti con diversità di esperienze, legate alla quantità di anni di professione praticata e alla diversità di percorsi formativi.

Nella seconda parte del questionario l'accordo è stato raggiunto per 13 affermazioni su 24, quindi per meno di metà di quelle proposte. Si deve considerare che non esistono, al momento, LG in italiano, fatto che può far presupporre una scarsa o cattiva consultazione di quelle in lingua inglese. Le LG non sempre coprono tutti gli ambiti del trattamento e possono essere, a volte, poco raffrontabili o in parziale accordo. Questa realtà può generare discrepanze nella pratica clinica.

Per il trattamento di prima linea c'è stato accordo quasi unanime per la valutazione (99%), il controllo del peso (98%), la componente educativa (96%), di autoefficacia (97%), e motoria. La componente motoria del trattamento di prima linea è intesa come elemento da includere per tutte le persone, perché non determina progressione della patologia (97%), è ritenuta utile nel contrastare il dolore (75%) e si può affiancare all'attività riabilitativa con attività motorie generiche (84%). L'accordo quasi unanime sul trattamento di prima linea mal si associa alla scelta ampia di altre opzioni terapeutiche, consigliate dalle LG ma da utilizzare in considerazione del caso particolare, come la mobilizzazione manuale (56%), il riposo (57%) e gli ausili per il cammino (64%). Si può affermare che i due gruppi di intervento sono contrapposti in merito al modo di gestire la patologia, che da promozione della condizione fisica e dell'autoefficacia sul lungo tempo passa ad interventi di "sollievo" dai sintomi prodotti dalla patologia stessa. Questo non è corroborato dalla letteratura attuale.

Non c'è chiarezza sui trattamenti farmacologici, chirurgici o di terapia fisica: questi vengono consigliati o associati al trattamento di prima linea, senza particolari distinzioni tra quelli consigliati e non o tra le diverse sedi anatomiche. Si deve sottolineare che questi interventi vengono ritenuti utili per il 20%-30% del campione.

I reperti radiografici non sono ritenuti necessari per intraprendere un trattamento (79%), ma la loro utilità viene percepita maggiormente nella fase diagnostica (41%), mentre la presentazione clinica e i dati raccolti nel momento valutativo dovrebbero essere sufficienti ad inquadrare una problematica di OA, (17- In persone con età >45 anni, dolore e assenza di rigidità articolare (< 30 min al mattino) sono sufficienti per diagnosticare l'osteoartrosi 10%), ma questo trova un minimo accordo del campione con le LG. Da questi dati sembra che il professionista abbia necessità di conoscere la componente anatomica per organizzare il trattamento, mentre la letteratura ci mostra come i reperti

radiografici non sono direttamente correlabili a dolore e funzionalità: hanno grande valore nella stadiazione prechirurgica, mentre il loro valore non è chiaro nell'esprimere il trattamento riabilitativo(19). L'unanimità di accordo con la fase valutativa non trova riscontro con l'uso dei criteri diagnostici per OA. Questo aspetto è di notevole importanza, poiché per come appare determina che a gran parte delle persone vengono offerti trattamenti per patologia di OA nelle situazioni di deficit funzionale o dolore importante, o che comunque determina richiesta di cure, non più giovani, e con scarso potere lasciato alla componente educativa e di prevenzione primaria.

Il criterio clinico di diagnosi pone un'età che indica la possibilità di incontrare un paziente con prospettiva di vita di molti decenni. La componente educativa dovrebbe volgere al recupero della funzione ed alla successiva trasformazione del trattamento riabilitativo in una modifica dello stile di vita, quindi educare ad un cambio culturale del concetto di qualità di vita e gestione della patologia. Stando ai dati ottenuti, questo obbliga un ripensamento del trattamento e della gestione di questa patologia da parte dei professionisti e ad un auspicabile cambiamento culturale delle persone. Le scelte non possono concludersi in cicli riabilitativi senza improntare strategie a lungo termine e le persone devono farsi carico di scelte coscienti per il loro benessere.

Il campione si divide sulla quantità del numero di sedute necessarie per impostare un trattamento tipico (21- Sono necessarie almeno 10-12 sedute per garantire un corretto trattamento per osteoartrosi 40%). In Italia esiste una grande differenza tra i professionisti che lavorano presso il Servizio Pubblico o convenzionato e la Libera Professione. I primi sono tenuti all'obbligo di erogazione di dieci sedute, da erogare di solito nell'arco di due settimane, in base ad una prescrizione medica. I secondi non hanno obbligo di numero e cadenza di sedute e molto spesso accolgono pazienti in accesso diretto. Si è ritenuto opportuno pensare che, indipendentemente dal regime lavorativo, il professionista abbia comunque un'opinione a riguardo. Le LG non specificano il numero delle sedute ma sottendono necessità di tempi lunghi e rivalutazioni dei pazienti. Questo ambito potrebbe essere oggetto di ulteriori ricerche.

Rispetto al caso clinico presentato l'applicazione delle LG si mostra peggiore della loro conoscenza. In questa parte le scelte di intervento sono state suddivise tra gestione, valutazione e trattamento.

Per la gestione viene scelta in modo quasi unanime la necessità valutativa (97%), meno la considerazione dell'indice di massa corporea (78%). Al di là della patologia trattare, tuttavia, c'è da considerare che il 3% di scelta alla non valutazione potrebbe essere considerato un punto da sottolineare poiché dalla valutazione deriva la scelta terapeutica e la cognizione dei risultati riabilitativi che si vorrebbero ottenere, ma soprattutto la diagnosi differenziale fisioterapica. Si potrebbe ipotizzare un rischio potenziale correlato alla diagnosi differenziale non effettuata, anche se, per la strutturazione del questionario, non si può sapere se non sia stata scelta poiché non ritenuta utile per questa patologia in particolare o se perché quei professionisti non la effettuano nella loro pratica clinica, indipendentemente dalla patologia considerata. A questo può corrispondere il dato di invio diretto al medico per sostituzione articolare (3%) o intervento artroscopico (2 %).

Per la valutazione della condizione nel suo complesso il campione sceglie in modo quasi unanime la valutazione della funzione (95%), e poco sotto quella del dolore (91%) e della partecipazione e disabilità (91%). Questo dato è in linea con le affermazioni delle LG, che pongono l'atto valutativo come base per impostare il trattamento e per renderlo adeguato ad ogni paziente in un'ottica bio-psico-sociale. La valutazione garantisce un dato oggettivo da utilizzare nel tempo, per controllare la progressione delle condizioni funzionali e cliniche ma anche per facilitare ed accompagnare il processo di educazione del paziente, che si deve snodare nel tempo fino alla conclusione del trattamento.

Le scelte di trattamento per il caso clinico presentato sono però a favore di interventi segmentali (88%), con minore attenzione alla componente educativa (88%), ed esercizio generico (66%), mentre vengono spesso associati trattamenti manuali (77%).

Nel caso presentato l'attività generica poteva essere inclusa per il ricondizionamento globale, la riduzione del peso corporeo e l'implementazione di strategie di autoefficacia per il trattamento conservativo.

Circa un terzo offre trattamenti che sembrano volti alla riduzione del danno articolare per riduzione del carico o aiuto diretto al tessuto, come riposo da attività (31%), ausili per il cammino e/o tutori (23%). Una parte minore del campione sfrutta terapie consigliate per raggiungere la riduzione del dolore, farmacologiche (14%) e non (14%), includendo però anche le non consigliate (integratori come glucosammina e condroitina 38%) (Laser, ultrasuono, TECAR 17%). Questo dato si può leggere in linea con la parte di campione che aveva scelto il trattamento farmacologico anche nella parte valutativa.

Si può affermare che, nonostante la conoscenza di parte delle direttive offerte dalle LG, queste non sono state applicate correttamente.

6. CONCLUSIONI

I risultati di questo lavoro mostrano che la conoscenza delle LG per il trattamento dell'OA non è ottimale e solo in un caso su quattro è stato offerto il trattamento raccomandato. L'esperienza lavorativa e la carriera accademica da sole non bastano a garantire che il professionista sia preparato nella gestione della patologia osteoartrosica.

Il trattamento di prima linea per OA è costituito da competenze primarie del fisioterapista. L'educazione sulla patofisiologia della malattia, sulle strategie di carico, sulla componente del dolore e sulla gestione del sovrappeso sono il trattamento di prima linea e tendono a favorire l'autoefficacia nella gestione della problematica di OA.

Si può concludere che, in considerazione della diffusione della patologia osteoartrosica, ad una grande parte della popolazione venga offerto un trattamento non in linea con le attuali evidenze della letteratura, anche se i dati mostrano che viene assegnata grande importanza alla componente di valutazione e pianificazione del trattamento.

I criteri clinici di diagnosi, in considerazione dell'età di esordio della patologia, impongono una modifica del trattamento, in particolare per la parte riguardante l'educazione a stili di vita preventivi e di potenziamento della condizione fisica. I dati indicano la necessità di implementare la conoscenza e la diffusione delle LG in ambito clinico.

Si può ipotizzare la necessità di diffusione della conoscenza e consultazione dei network specializzati che si occupano delle patologie articolari, compresa l'OA, e che possono essere fonte di formazione sull'argomento, ma anche di materiale informativo in lingua italiana dedicato ai professionisti ed ai pazienti. Sembra auspicabile la creazione di Linee Guida in Italiano che possano essere strumento di lavoro per i professionisti e documento integrante per il Sistema Nazionale Linee Guida.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 2014;73(7). Available at: <http://ard.bmj.com/content/73/7/1323.full.pdf>
2. Turkiewicz A, Petersson IF, Björk J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2014;22(11):1826–1832.
3. Salmon J, Rat A, Sellam J, Michel M, Eschard J, Guillemin F, et al. Economic Impact of Lower-Limb Osteoarthritis Worldwide: A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 2016;75(s2). Available at: <http://search.proquest.com/docview/1901841773/>
4. Singh JA, Jensen MR, Harmsen WS, Gabriel SE, Lewallen DG. Cardiac and thromboembolic complications and mortality in patients undergoing total hip and total knee arthroplasty. *Ann Rheum Dis*. dicembre 2011;70(12):2082–8.
5. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 2013;72(7). Available at: <http://ard.bmj.com/content/72/7/1125.full.pdf>
6. Dzedzic K, Healey E, Porchert M, Afolabi E, Lewis M, Morden A, et al. Implementing core nice guidelines for osteoarthritis in primary care with a model consultation (MOSAICS): A cluster randomised controlled trial. 2018;43–53. ISSN 1063-4584.
7. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2008;16(2):137–162.
8. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009: Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(4):476–499.
9. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*. marzo 2014;22(3):363–88.
10. 1 Recommendations | Osteoarthritis: care and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citato 12 marzo 2020]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177/chapter/1-Recommendations>
11. Teo PL, Hinman RS, Egerton T, Dzedzic KS, Bennell KL. Identifying and Prioritizing Clinical Guideline Recommendations Most Relevant to Physical Therapy Practice for Hip and/or Knee Osteoarthritis. *J Orthop Sports Phys Ther*. luglio 2019;49(7):501–12.

12. Basedow M, Esterman A. Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2015;21(5):782–9.
13. DeHaan MN, Guzman J, Bayley MT, Bell MJ. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines -- how are we doing? *J Rheumatol*. ottobre 2007;34(10):2099–105.
14. Il futuro demografico del paese [Internet]. ISTAT; 2018 [citato 13 agosto 2018]. Available at: www.istat.it/it/files//2018/05/previsioni_demografiche.pdf
15. Istat.it Popolazione e famiglie [Internet]. [citato 13 agosto 2019]. Available at: <https://www.istat.it/it/popolazione-e-famiglie>
16. Vliet Vlieland TPM, van Den Ende CHM, Alliot-Launois F, Beauvais C, Gobbo M, Iagnocco A, et al. Educational needs of health professionals working in rheumatology in Europe. *RMD Open* [Internet]. 2016;2(2). Available at: <http://rmdopen.bmj.com/content/2/2/e000337.full.pdf>
17. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res* [Internet]. 29 settembre 2004 [citato 21 marzo 2020];6(3). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550605/>
18. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care*. giugno 2003;15(3):261–6.
19. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *The Lancet*. 27 aprile 2019;393(10182):1745–59.
20. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 1 novembre 2019;27(11):1578–89.
21. Weinstein AM, Rome BN, Reichmann WM, Collins JE, Burbine SA, Thornhill TS, et al. Estimating the burden of total knee replacement in the United States. *J Bone Joint Surg Am*. 6 marzo 2013;95(5):385–92.
22. Smith TO, Hawker GA, Hunter DJ, March LM, Boers M, Shea BJ, et al. The OMERACT-OARSI Core Domain Set for Measurement in Clinical Trials of Hip and/or Knee Osteoarthritis. *J Rheumatol*. 1 agosto 2019;46(8):981.
23. Dobson F, Hinman RS, Hall M, Marshall CJ, Sayer T, Anderson C, et al. Reliability and measurement error of the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) recommended performance-based tests of physical function in people with hip and knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 1 novembre 2017;25(11):1792–6.
24. Rutten GMJ, Harting J, Rutten STJ, Bekkering GE, Kremers SPJ. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study. *J Eval Clin Pract*. ottobre 2006;12(5):491–500.
25. Egerton T, Diamond LE, Buchbinder R, Bennell KL, Slade SC. A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*. 2017;25(5):625–38.
26. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA*. 5 aprile 2000;283(13):1715–22.

27. Holden MA, Nicholls EE, Young J, Hay EM, Foster NE. UK-based physical therapists' attitudes and beliefs regarding exercise and knee osteoarthritis: findings from a mixed-methods study. *Arthritis Rheum.* 15 novembre 2009;61(11):1511–21.
28. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain.* 1 giugno 1976;2(2):175–84.
29. Dobson F, Hinman RS, Roos EM, Abbott JH, Stratford P, Davis AM et al. OARSI recommended performance-based tests to assess physical function in people diagnosed with hip or knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage.* 2013;21(8):1042–52.
30. Kohn MD, Sassoon AA, Fernando ND. Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res.* agosto 2016;474(8):1886–93.
31. Monticone M, Ferrante S, Salvaderi S, Rocca B, Totti V, Foti C, et al. Development of the Italian version of the knee injury and osteoarthritis outcome score for patients with knee injuries: cross-cultural adaptation, dimensionality, reliability, and validity. *Osteoarthr Cartil.* aprile 2012;20(4):330–5.
32. Torre M, Luzi I, Mirabella F, Del Manso M, Zanolli G, Tucci G, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Italian version of the Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS). *Health Qual Life Outcomes [Internet].* 4 giugno 2018;16. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5987663/>

ALLEGATO NR. 1

Tabella sinottica delle raccomandazioni delle Linee Guida considerate nello studio, il cui estratto è nel testo, TABELLA 1.

LEGENDA TAB.1 AFFERMAZIONI PROPOSTE AI COMPILATORI DEL QUESTIONARIO:

AFFERMAZIONE nr: in ordine progressivo sono riportate tutte le affermazioni della seconda parte del questionario.

LG: linea guida considerata

D: distretto corporeo considerato: **G**= ginocchio, **A**= anca

FR: forza della raccomandazione, **F**= forte, **M**= media

ER: livello di evidenza della raccomandazione, **1A**, **1B**, **--** non dichiarato

I: intervento, **R**= raccomandato, **C**=consigliato, **NR**= non raccomandato

AFFERMAZIONE 1) L'esercizio può essere efficace su tutti i pazienti, indipendentemente da quanto dolore abbiano				
RACCOMANDAZIONE	D	FR	ER	I
<p>NICE 1.4.1: Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 6), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ local muscle strengthening and ○ general aerobic fitness. <p>It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities. [2008]</p>	A G	F	1A	R
<p>NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1). Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline on Obesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology.</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont</p>	A G	F	1A	R

<p>EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes</p> <p>a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected)</p> <p>b aerobic activity and exercise</p> <p>c adjunctive range of movement/stretching exercises.</p> <p>(Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).</p>	A G	F	1A	R
<p>OARSI tab 2 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise O R type 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management</p>	G	F	1A	R
<p>OARSI tab 3 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)</p>	A	F	1A	R
<p>AFFERMAZIONE 2) In uno stadio avanzato della patologia l'esercizio può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)</p>				
<p>NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis.</p> <p>Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1).</p> <p>Activity and exercise (see recommendation 1.4.1).</p> <p>Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline on Obesity). [2008, amended 2014] [2008, amended 2014]</p> <p>NICE 1.4.1: Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 6), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ local muscle strengthening and ○ general aerobic fitness. <p>It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities. [2008]</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 2 Treatment of hip and/or knee OA should be individualised according to the wishes and expectations of the individual, localisation of OA, risk factors (such as age, sex, comorbidity, obesity and adverse mechanical factors), presence of inflammation, severity of structural change, level of pain and restriction of daily activities, societal participation and quality of life</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically:</p> <p>a information and education regarding OA</p> <p>b addressing maintenance and pacing of activity</p> <p>c addressing a regular individualised exercise regimen</p> <p>d addressing weight loss if overweight or obese</p> <p>e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology.</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include:</p> <p>a 'small amounts often' (pacing, as with other activities)</p> <p>b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events</p>	A G	F	1A	R

c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont				
EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).	AG	F	1A	R
OARSI tab 2 Arthritis Education;Structured Land-Based Exercise Program s(Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise O Rtype 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management	G	F	1A	R
OARSI tab 3 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)	A	F	1A	R
AFFERMAZIONE 3) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di educazione sulla patofisiologia dell'osteoartrosi su come gestire i sintomi autonomamente				
NICE 1.3.1 Offer accurate verbal and written information to all people with osteoarthritis to enhance understanding of the condition and its management, and to counter misconceptions, such as that it inevitably progresses and cannot be treated. Ensure that information sharing is an ongoing, integral part of the management plan rather than a single event at time of presentation.[2008]	A G	F	1A	R
NICE 1.3.2 Agree individualised self-management strategies with the person with osteoarthritis. Ensure that positive behavioural changes, such as exercise, weight loss, use of suitable footwear and pacing, are appropriately targeted. [2008] [2008]	AG	F	1A	R
NICE 1.3.3 Ensure that self-management programmes for people with osteoarthritis, either individually or in groups, emphasise the recommended core treatments (see recommendation 1.2.5), especially exercise.[2008]	AG	F	1A	R
EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology	AG	F	1A	R
EULAR 5 To be effective, information and education for the person with hip or knee OA should: a be individualised according to the person's illness perceptions and educational capability b be included in every aspect of management c specifically address the nature of OA (a repair process triggered by a range of insults), its causes (especially those pertaining to the individual), its consequences and prognosis d be reinforced and developed at subsequent clinical encounters; e be supported by written and/or other types of information (eg, DVD, website, group meeting) selected by the individual f include partners or carers of the individual, if appropriate	AG	F	1A	R
OARSI tab 2 Arthritis Education;Structured Land-Based Exercise Program s(Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise O Rtype 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management	G	F	1A	R
Aquatic Exercise,Gait Aids, Self-Management Programs	G	F	1B	R
Cognitive Behavioral Therapy with Exercise	G	M	2	R

OARSI tab 3 Arthritis Education Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1-strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)	A	F	1A	R
Mind-body Exercise, Self-Management Programs, Gait Aids	A	F	1B	R
AFFERMAZIONE 4) Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di mobilizzazione manuale				
NICE 1.4.2 Manipulation and stretching should be considered as an adjunct to core treatments, particularly for osteoarthritis of the hip.[2008]	A G	M	-	C
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 5) L'esercizio deve essere intrapreso solo in seguito alla prescrizione di un trattamento farmacologico per controllare il dolore (affermaazione invertita)				
NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1). Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline on Obesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014] NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness. It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]	A G	F	1A	R
EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).	AG	F	1A	R
EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).	A G	F	1A	R
EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).	A G	F	1A	R

OARSI tab 2 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise or Type 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management	G	F	1A	R
OARSI tab 3 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)	A	F	1A	R
AFFERMAZIONE 6) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi di ginocchio				
NICE 1.5.3 Consider topical NSAIDs for pain relief in addition to core treatments (see recommendation 1.2.5) for people with knee or hand osteoarthritis. Consider topical NSAIDs and/or paracetamol ahead of oral NSAIDs, COX-2 inhibitors or opioids.[2008] [2008]	A G	M	-	C
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI tab 2 Non-selective NSAIDs, Non-selective NSAID+PPI, COX-2 inhibitors, IACS	G	F	1A	C
AFFERMAZIONE 7) I reperti radiografici sono necessari per esprimere una diagnosi funzionale di osteoartrosi (affermazione invertita)				
NICE 1.1.1 Diagnose osteoarthritis clinically without investigations if a person: is 45 or over and has activity-related joint pain and has either no morning joint-related stiffness or morning stiffness that lasts no longer than 30 minutes.[new 2014]	A G	F	-	R
EULAR 1 In people with hip or knee OA, initial assessments should use a biopsychosocial approach including: a physical status (including pain; fatigue; sleep quality; lower limb joint status (foot, knee, hip); mobility; strength; joint alignment; proprioception and posture; comorbidities; weight) b activities of daily living c participation (work/education, leisure, social roles) d mood e health education needs, health beliefs and motivation to self-manage.	A G	M	-	R
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 8) I reperti radiografici sono necessari per pianificare il trattamento fisioterapico (affermazione invertita)				
NICE 1.1.1 Diagnose osteoarthritis clinically without investigations if a person: is 45 or over and has activity-related joint pain and has either no morning joint-related stiffness or morning stiffness that lasts no longer than 30 minutes.[new 2014]	A G	F	-	R
EULAR 1 In people with hip or knee OA, initial assessments should use a biopsychosocial approach including: a physical status (including pain; fatigue; sleep quality; lower limb joint status (foot, knee, hip); mobility; strength; joint alignment; proprioception and posture; comorbidities; weight) b activities of daily living c participation (work/education, leisure, social roles) d mood e health education needs, health beliefs and motivation to self-manage.	A G	M	-	R
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 9) L'attività fisica è da evitare perché può danneggiare l'articolazione (affermazione invertita)				
NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1). Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline on Obesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]	A G	F	1A	R

<p>NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness. It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology</p> <p>EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont</p> <p>EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment).</p>	A G	F	1A	R
<p>OARSI tab 2 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Program s(Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise O Rtype 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management</p> <p>OARSI tab 3 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)</p>	G A	F F	1A 1A	R R
AFFERMAZIONE 10) L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteartrosi d'anca				
NICE (-)	-	-	-	-
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 11) In caso di degenerazione articolare severa é necessario consigliare riposo da attività fisica (affermazione invertita)				
<p>NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1). Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline on Obesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]</p>	A G	F	1A	R

<p>NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness.</p> <p>It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]</p>	A G	F	1A	R
<p>EULAR 2 Treatment of hip and/or knee OA should be individualised according to the wishes and expectations of the individual, localisation of OA, risk factors (such as age, sex, comorbidity, obesity and adverse mechanical factors), presence of inflammation, severity of structural change, level of pain and restriction of daily activities, societal participation and quality of life</p> <p>EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology</p> <p>EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several months</p> <p>EULAR 7 People with hip and/or knee OA should be taught a regular individualised (daily) exercise regimen that includes a strengthening (sustained isometric) exercise for both legs, including the quadriceps and proximal hip girdle muscles (irrespective of site or number of large joints affected) b aerobic activity and exercise c adjunctive range of movement/stretching exercises. (Although initial instruction is required, the aim is for people with hip or knee OA to learn to undertake these regularly on their own in their own environment)</p>	A G	F	1A	R
<p>OARSI tab 2 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise or Type 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management</p> <p>OARSI tab 3 Arthritis Education; Structured Land-Based Exercise Programs (Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular)</p>	G	F	1A	R
	A	F	1A	R
AFFERMAZIONE 12) In casi di dolore severo (VAS ≥ 6/10) l'intervento di artroprotesi dovrebbe essere preferito alla riabilitazione (affermazione invertita)				
NICE 1.6 Referral for consideration of joint surgery	A G	M	-	C
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 13) L'uso di TENS é da considerare				
NICE 1.4.4 Healthcare professionals should consider the use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)[2] as an adjunct to core treatments for pain relief. [2008]	A G	M	-	C

EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 14) L'uso di terapie fisiche come laser, TECAR e ultrasuoni sono da considerare (affermazione invertita)				
NICE 1.4.4 Healthcare professionals should consider the use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)[2] as an adjunct to core treatments for pain relief. [2008	A G	M	-	C
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 15) In aggiunta al trattamento riabilitativo, é utile consigliare attività fisica (esempio: yoga, nuoto, nordic walking)				
NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1). Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline onObesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]	A G	F	1A	R
NICE 1.3.2 Agree individualised self-management strategies with the person with osteoarthritis. Ensure that positive behavioural changes, such as exercise, weight loss, use of suitable footwear and pacing, are appropriately targeted. [2008]	A G	F	1A	R
NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness. It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]	A G	F	1A	R
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI tab 2 AquaticExercise,Gait Aids, Self-Management Programs	G	F	1B	R
OARSI tab 3 Mind-body Exercise, Self-Management Programs	A	M	1B	C
AFFERMAZIONE 16) É importante consigliare di perdere peso ai pazienti in sovrappeso o obesi				
NICE 1.2.5 Offer advice on the following core treatments to all people with clinical osteoarthritis. Access to appropriate information (see recommendation 1.3.1). Activity and exercise (see recommendation 1.4.1).Interventions to achieve weight loss if the person is overweight or obese (see recommendation 1.4.3 and the NICE guideline onObesity).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]	A G	F	1A	R
NICE 1.4.3 Offer interventions to achieve weight loss[1] as a core treatment (see recommendation 1.2.5) for people who are obese or overweight.[2008]	A G	F	1A	R
EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology	A G	F	-	R

<p>EULAR 8 Education on weight loss should incorporate individualised strategies that are recognised to effect successful weight loss and maintenance*—for example: a regular self-monitoring, recording monthly weight b regular support meetings to review/discuss progress c increase physical activity d follow a structured meal plan that starts with breakfast e reduce fat (especially saturated) intake; reduce sugar; limit salt; increase intake of fruit and vegetables (at least '5 portions' a day) limit portion size; g addressing eating behaviours and triggers to eating (eg, stress) h nutrition education i relapse prediction and management (eg, with alternative coping strategies).</p>	A G	F	-	R
<p>OARSI tab 2 Arthritis Education;Structured Land-Based Exercise Program s(Type 1- strengthening and/or cardio and/or balance training/neuromuscular exercise O Rtype 2- Mind-body Exercise including Tai Chi or Yoga) with or without Dietary Weight Management</p>	G	F	1A	R
<p>OARSI tab 3 Weight management</p>	A	BPC	-	C
<p>AFFERMAZIONE 17) In persone con età >45 anni; dolore e assenza di rigidità articolare (< 30 min al mattino) sono sufficienti per diagnosticare l'osteoartrosi</p>				
<p>NICE 1.1.1 Diagnose osteoarthritis clinically without investigations if a person: is 45 or over and has activity-related joint pain and has either no morning joint-related stiffness or morning stiffness that lasts no longer than 30minutes.[new 2014]</p>	A G	F	-	R
<p>EULAR (-)</p>	-	-	-	-
<p>OARSI (-)</p>	-	-	-	-
<p>AFFERMAZIONE 18) L'uso di calzature comode, tutori o ausili deve essere considerato</p>				
<p>NICE 1.3.2 Agree individualised self-management strategies with the person with osteoarthritis. Ensure that positive behavioural changes, such as exercise, weight loss, use of suitable footwear and pacing, are appropriately targeted. [2008]</p>	A G	F	-	C
<p>NICE 1.4.7 Offer advice on appropriate footwear (including shock-absorbing properties) as part of core treatments (see recommendation 1.2.5) for people with lower limb osteoarthritis.[2008]</p>	A G	F	-	C
<p>NICE 1.4.8 People with osteoarthritis who have biomechanical joint pain or instability should be considered for assessment for bracing/joint supports/insoles as an adjunct to their core treatments.[2008]</p>	A G	F	-	C
<p>NICE 1.4.9 Assistive devices (for example, walking sticks and tap turners) should be considered as adjuncts to core treatments for people with osteoarthritis who have specific problems with activities of daily living. If needed, seek expert advice in this context (for example, from occupational therapists or Disability Equipment Assessment Centres).[2008]</p>	A G	F	-	C
<p>EULAR 3 All people with knee/hip OA should receive an individualised management plan (a package of care) that includes the core non-pharmacological approaches, specifically: a information and education regarding OA b addressing maintenance and pacing of activity c addressing a regular individualised exercise regimen d addressing weight loss if overweight or obese e reduction of adverse mechanical factors (eg, appropriate footwear) f* consideration of walking aids and assistive technology</p>	A G	M	-	C
<p>EULAR 9 a The use of appropriate and comfortable shoes is recommended. b Recommendation rejected: a lateral-wedged insole could reduce symptoms in medial knee pain.</p>	A G	M	-	C
<p>EULAR 10 Walking aids, assistive technology and adaptations at home and/or at work should be considered, to reduce pain and increase participation—for example: a a walking stick used on the contralateral side, walking frames and wheeled 'walkers' b increasing the height of chairs, beds and toilet seats c hand-rails for stairs</p>				

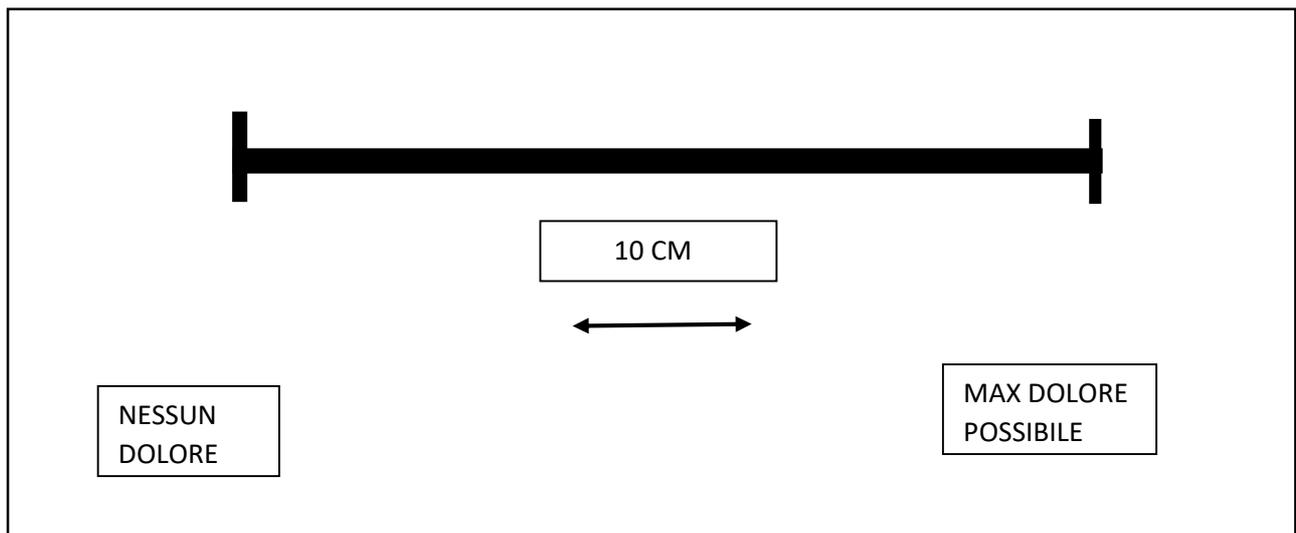
d replacement of a bath with a walk-in shower e change to car with high seat level, easy access and automatic gear change.	A G	M	-	C
OARSI tab 2 Aquatic Exercise,Gait Aids, Self-Management Programs	G	M	1B	C
OARSI tab 3 Mind-body Exercise, Self-Management Programs,Gait Aids	A	M	1B	C
AFFERMAZIONE 19) É consigliabile riferire il paziente per un intervento di artroscopia per ridurre i sintomi e iniziare/proseguire il trattamento (affermazione invertita)				
NICE 1.4.10 Do not refer for arthroscopic lavage and debridement[3] as part of treatment for osteoarthritis, unless the person has knee osteoarthritis with a clear history of mechanical locking (as opposed to morning joint stiffness, 'giving way' or X-ray evidence of loose bodies).[2008, amended 2014] [2008, amended 2014]	G	F	-	NR
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 20) È necessario valutare l'impatto dell'osteoartrosi sulla funzione, qualità della vita e disabilità				
NICE 1.2.1 Assess the effect of osteoarthritis on the person's function, quality of life, occupation, mood, relationships and leisure activities. Use figure1 as an aid to prompt questions that should be asked as part of the holistic assessment of a person with osteoarthritis.[2008] [2008]	A G	F	-	R
EULAR 1 In people with hip or knee OA, initial assessments should use a biopsychosocial approach including: a physical status (including pain; fatigue; sleep quality; lower limb joint status (foot, knee, hip); mobility; strength; joint alignment; proprioception and posture; comorbidities; weight) b activities of daily living c participation (work/education, leisure, social roles) d mood e health education needs, health beliefs and motivation to self-manage.	A G	M	-	R
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 21) Sono necessarie almeno 10-12 sedute per garantire un corretto trattamento per osteoartrosi				
NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness. It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]	A G	F	-	C
EULAR 6 The mode of delivery of exercise education (eg, individual 1:1 sessions, group classes, etc) and use of pools or other facilities should be selected according both to the preference of the person with hip or knee OA and local availability. Important principles of all exercise include: a 'small amounts often' (pacing, as with other activities) b linking exercise regimens to other daily activities (eg, just before morning shower or meals) so they become part of lifestyle rather than additional events c starting with levels of exercise that are within the individual's capability, but building up the 'dose' sensibly over several mont	A G	M	-	C

OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 22) Nel trattamento per osteoartrosi occorre motivare l'aderenza del paziente al trattamento				
NICE 1.3.2 Agree individualised self-management strategies with the person with osteoarthritis. Ensure that positive behavioural changes, such as exercise, weight loss, use of suitable footwear and pacing, are appropriately targeted. [2008]	A G	F	-	C
NICE 1.4.1 Advise people with osteoarthritis to exercise as a core treatment (see recommendation 1.2.5), irrespective of age, comorbidity, pain severity or disability. Exercise should include: local muscle strengthening and general aerobic fitness. It has not been specified whether exercise should be provided by the NHS or whether the healthcare professional should provide advice and encouragement to the person to obtain and carry out the intervention themselves. Exercise has been found to be beneficial but the clinician needs to make a judgement in each case on how to effectively ensure participation. This will depend upon the person's individual needs, circumstances and self-motivation, and the availability of local facilities.[2008]	A G	F	-	C
NICE 1.7.1 Offer regular reviews to all people with symptomatic osteoarthritis. Agree the timing of the reviews with the person (see also recommendation 1.7.2). Reviews should include: monitoring the person's symptoms and the ongoing impact of the condition on their everyday activities and quality of life monitoring the long-term course of the condition discussing the person's knowledge of the condition, any concerns they have, their personal preferences and their ability to access services reviewing the effectiveness and tolerability of all treatments support for self-management.[new 2014]	A G	F	-	C
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-
AFFERMAZIONE 23) Sono da considerare infiltrazioni articolari di acido ialuronico e/o corticosteroidi				
NICE 1.5.12 Intra-articular corticosteroid injections should be considered as an adjunct to core treatments for the relief of moderate to severe pain in people with osteoarthritis.[2008]	A G	M	-	C
NICE 1.5.13 Do not offer intra-articular hyaluronan injections for the management of osteoarthritis.[2014] [2014]	A G	F	-	NR
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI tab 2 Non-selective NSAIDs, Non-selective NSAID+PPI, COX-2Inhibitors , IACS	G G	M M	1B 2	C C
AFFERMAZIONE 24) È da considerare l'assunzione di integratori come condroitina e glucosammina (affermazione invertita)				
NICE 1.4.5 Do not offer glucosamine or chondroitin products for the management of osteoarthritis.[2014]	A G	F	-	NR
EULAR (-)	-	-	-	-
OARSI (-)	-	-	-	-

ALLEGATO nr.2

1. Visual Analogic Scale (VAS)

La VAS rappresenta graficamente la presenza e l'entità di dolore sofferto da una persona, nel momento in cui viene intervistata a riguardo. E' costituita da una linea di 10 cm, i cui estremi rappresentano la situazione di assenza di dolore e di massimo dolore. Il paziente è invitato a segnare dove si trova il suo dolore tra i due estremi, contestualizzandolo ad un'attività(28).



2. Timed Up and Go Test (TUG)

Questo test include l'attività di alzarsi-sedersi, il cammino su distanza corta, i cambi di direzione nel cammino e le transizioni tra attività. Esamina anche forza, agilità ed equilibrio dinamico. Viene calcolato il tempo impiegato per: alzarsi da una sedia, camminare in linea per 3 metri, girare, tornare indietro e sedersi. E' possibile usare l'ausilio per il cammino abitualmente utilizzato (annotare).

Si può rendere l'esame standard utilizzando una sedia con seduta di altezza di 44 cm e braccioli di 65. E' opportuno segnare la linea dei tre metri a terra, lasciando sufficiente spazio per girare. Il paziente dovrebbe indossare scarpe comode, sedere con la schiena a contatto con lo schienale della sedia e appoggiare le braccia sui braccioli. Il paziente non deve essere aiutato, ma l'esaminatore, se necessita una condizione di sicurezza, resta a lato della sedia e successivamente segue il paziente, altrimenti rimane a lato della sedia.

Al paziente viene verbalmente chiesto di: al "VIA", camminare con passo regolare, partendo dalla posizione seduta con schiena a braccia appoggiate, alzarsi, camminare fino al segno, girare e e tornare, sedendosi di nuovo con la schiena appoggiata allo schienale. Il punteggio viene calcolato prendendo il tempo migliore tra due prove(29).

3. Six Minute Walk Test (6MWT)

Questo test esamina la capacità aerobica e il cammino su lunga distanza, la resistenza e l'equilibrio dinamico nei cambi di direzione durante il cammino. Viene registrata la massima distanza coperta in 6 minuti.

Occorre una superficie piana, preferibilmente più lunga di 20 metri, con distanze intervallate a 3 o 5 metri, segnate. Coni o nastro colorato possono essere utilizzati per segnare il percorso o le estremità (percorso rettangolare di metri 20x5x20x5). E' opportuno predisporre una sedia per il riposo, se necessario, ad ogni estremità del percorso. La zona deve essere tranquilla. Il paziente deve indossare scarpe comode. Il paziente non deve essere aiutato, ma l'esaminatore, se necessita una condizione di sicurezza, segue il paziente stando dietro o di fianco, altrimenti resta vicino tanto da osservare eventuali disturbi durante il test.

Viene consigliato di attendere un'ora prima di ripetere la seconda volta il test. Viene registrata la distanza più grande coperta tra i due test.

Viene chiesto al paziente di camminare il più veloce possibile per sei minuti, per coprire la maggior superficie possibile. Durante i 6 minuti sono concessi periodi di riposo, in cui non viene fermato il tempo. Ad ogni minuto il soggetto viene incoraggiato ("continua così, stai andando bene").

Al paziente viene verbalmente chiesto di: al "VIA", con entrambi i piedi sulla linea di partenza, cammina più veloce che puoi, senza andare oltre a ciò che pensi sia possibile e sicuro per te. Se possibile cammina di continuo, ma se hai necessità puoi rallentare o fermarti e riposare. Il tuo obiettivo, alla fine del test, è sentirti come se non avessi potuto camminare di più. Puoi anche sederti a riposare, se necessario.

Il punteggio viene calcolato registrando la distanza coperta, in metri. Annotare se è stato utilizzato un ausilio per il cammino e se è quello abituale(29).

4. 30-second Chair Stand Test (30s-CST)

Questo test esamina l'attività di alzarsi in piedi, la forza della parte inferiore del corpo e l'equilibrio dinamico. Si registra il numero di volte che viene effettuata l'attività, in un tempo di 30 secondi. Si utilizza una sedia ben salda, con altezza della seduta di 44 cm dal suolo. Il paziente dovrebbe indossare scarpe comode, seduto in una posizione tale da avere i piedi appoggiati sul pavimento, le ginocchia flesse più di 90° e le spalle aperte, con le braccia incrociate sul petto. L'esaminatore resta a lato della sedia, controllando che avvenga una completa distensione e una completa posizione seduta.

Si raccomanda una prova di due ripetizioni lente prima del test, per verificare la performance e la comprensione da parte del paziente. Se è necessario, il paziente può appoggiare le mani sulle sue

gambe o utilizzare un ausilio; questo viene annotato per un successivo test. Il paziente può utilizzare gli ausili normalmente utilizzati (annotare).

Al paziente viene verbalmente chiesto di: “incrocia le braccia sul petto, appoggia i piedi a terra, tieni le spalle aperte, al VIA, dalla posizione seduta, alzarti fino ad avere anche e ginocchia estese, poi siediti con il sedere che poggia completamente sulla sedia”. Ripetere per 30 secondi.

Alzarsi e sedersi corrisponde ad un'alzata. Contare il numero totale di alzate compiute in 30 secondi. Il paziente può fermarsi o riposarsi, il tempo non viene fermato. Se una persona non riesce a stare in piedi, il punteggio è considerato zero. Si ripete il test con le mani appoggiate alle gambe, annotandolo, e contando il numero delle alzate(29).

5. Stair Climb Test

Valuta la capacità di salire e scendere le scale, oltre alla forza della parte inferiore del corpo e l'equilibrio. Viene misurato il tempo impiegato per salire e scendere un piano di scale. Il numero degli scalini varia in relazione alle diverse situazioni ambientali; se possibile utilizzare una rampa con 9 scalini di 20 cm di altezza e corrimano.

Il paziente dovrebbe indossare calzature comode, l'ambiente dovrebbe essere illuminato e libero da traffico. Se necessario per ragioni di sicurezza il paziente viene seguito lungo la rampa. E' consigliata una prova del test. Se vengono utilizzati ausili questo deve essere annotato.

Al paziente viene chiesto di: al “via”, salire e scendere le scale, più velocemente possibile, in sicurezza. Si può usare corrimano o ausili, questo viene annotato. La stessa rampa dovrebbe essere usata per effettuare nuovamente il test.

Il tempo viene conteggiato dal segnale di via fino a quando il paziente raggiunge il terreno con entrambi i piedi, dopo l'ultimo scalino. Se necessario, il paziente può fermarsi e riposarsi, ma il tempo viene conteggiato(29).

6. 40m (4x10m) Fast Paced Walk Test (40m FPWT)

Valuta la capacità di cammino e l'abilità nel cambio di direzione su distanze corte. La prova consiste nel coprire uno spazio di 10 metri delimitato da un nastro colorato, in linea retta, con due coni posti a due metri dalle estremità, con spazio per girare in modo sicuro ad ogni estremità.

Il paziente dovrebbe indossare calzature comode. Se necessario per sicurezza, l'esaminatore può seguire il paziente da dietro o di lato, senza occupargli lo spazio. E' raccomandata una prova prima di compiere il test per capire se il compito è stato compreso.

Al paziente viene chiesto: al “via” cammina in modo sicuro, più veloce che puoi, senza correre, in modo che per te sia comunque sicuro. Parti con entrambi i piedi sulla linea di partenza, cammina fino

al cono, gira e torna indietro, ruota di nuovo intorno al primo cono, poi gira di nuovo una volta intorno al cono e torna indietro al primo fino alla linea di partenza.

Viene considerato il tempo impiegato per compiere il percorso dall'inizio, quando il paziente ha entrambi i piedi sulla linea di partenza, fino a quando non torna sulla linea di partenza, dopo aver percorso 40 metri. Quando il paziente giunge alla linea dei 10 metri, il tempo viene fermato mentre il soggetto gira attorno al cono e viene ripreso quando torna sulla linea dei 10 metri. Lo stesso viene fatto per le volte successive. Il tempo di ogni prova viene registrato in secondi ed espresso in velocità metri/secondo, dividendo la distanza (40 metri) per il tempo.

Se vengono utilizzati ausili per il cammino questo deve essere annotato(29).

7. Kellgren Lawrence Scale

Descrive la degenerazione del complesso articolare visibile all'esame radiografico. Si compone di quattro stadi: 1) incerto restringimento dello spazio articolare con possibile presenza di osteofiti; 2) possibile restringimento dello spazio articolare associato a presenza di osteofiti; 3) osteofiti multipli, restringimento articolare, sclerosi, possibile deformità ossea; 4) larghi osteofiti, severo restringimento della rima articolare, sclerosi severa, deformità ossea definitiva(30).

8. Questionario di valutazione della qualità della vita (SF-36)

**SF 36 QUESTIONNAIRE
QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE**

Codice del paziente _____

1. In generale, direbbe che la sua salute è:

(indichi una casella)

Eccellente Molto buona Buona Passabile Scadente

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora la sua salute in generale?

(indichi una casella)

- Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa
 Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa
 Più o meno uguale rispetto ad un anno fa
 Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa
 Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

Se Sì, fino a che punto?

(indichi per ogni domanda il numero 1,2 o 3)

	Si , mi limita parecchio	Si, mi limita parzialmente	No, non mi limita per nulla
a) Attività fisicamente impegnative, come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
b) Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta.	1	2	3
c) Sollevare o portare le borse della spesa.	1	2	3
d) Salire qualche piano di scale.	1	2	3
e) Salire un piano di scale.	1	2	3
f) Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi.	1	2	3
g) Camminare per un chilometro.	1	2	3
h) Camminare per qualche centinaia di metri.	1	2	3
i) Camminare per circa cento metri.	1	2	3
j) Farsi il bagno o vestirsi da soli.	1	2	3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa della Sua salute fisica?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda.

(indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	Si	No
a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività'.	1	2
b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto.	1	2
c. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività'	1	2
d. Ha avuto difficoltà' nell'eseguire il lavoro o altre attività' (ad esempio ha fatto più fatica)	1	2

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale sentirsi depresso o ansioso) ?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda.

(indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	Si	No
Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività'	1	2
Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	1	2
Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività	1	2

6. Nelle ultime 4 settimane in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte ?

(indichi una casella)

Per nulla Leggermente Un po' Molto Moltissimo

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?

(indichi una casella)

Per nulla Molto lieve Lieve Moderato Forte Molto forte

8. Nelle ultime 4 settimane in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

(indichi una casella)

Per nulla Molto poco Un po' Molto Moltissimo

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane ...

(indichi un numero per ogni domanda)

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
a. Vivace brillante?	1	2	3	4	5	6
b. Molto agitato?	1	2	3	4	5	6
b. Così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?	1	2	3	4	5	6
c. Calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
d. Pieno di energie?	1	2	3	4	5	6
e. Scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
g. Sfinito?	1	2	3	4	5	6
e. Felice?	1	2	3	4	5	6
f. Stanco?	1	2	3	4	5	6

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

(indichi una casella)

Sempre Quasi sempre Una parte del tempo Quasi mai Mai

11. Scegli la risposta che meglio descrive quanto siano VERE o FALSE le seguenti affermazioni.

(indichi un numero per ogni affermazione)

	Certamente Vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente Falso
a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	1	2	3	4	5
b. La mia salute e' come quella degli altri	1	2	3	4	5
c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	1	2	3	4	5
d. Godo di ottima salute	1	2	3	4	5

9. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (31)

Nome _____ Cognome _____

Data _____ Diagnosi _____ Lato _____

A cura del paziente

Barrare la casella che meglio rappresenta la risposta ad ogni domanda

Dolore

D1	Con quale frequenza ha dolore al ginocchio?	Mai	Mensile	Settimanale	Giornaliera	Sempre
	Che grado di dolore ha avvertito la scorsa settimana mentre...					
D2	Ruotava facendo perno sul ginocchio	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D3	Estendeva completamente il ginocchio	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D4	Piegava completamente il ginocchio	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D5	Camminava su una superficie piana	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D6	Saliva e scendeva le scale	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D7	Durante la notte a letto	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D8	Era seduto o disteso	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo
D9	Era in piedi	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave	Gravissimo

Sintomi

Si1	Quale rigidità del ginocchio avverte al mattino appena alzato.	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
Si2	Quale rigidità del ginocchio avverte dopo esser stato seduto, disteso o a riposo durante il giorno	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
Si3	Si è mai gonfiato il ginocchio?	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre
Si4	Quando piega il ginocchio, avverte crepitio, click, o altri rumori?	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre
Si5	Si blocca il ginocchio quando lo muove?	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre
Si6	E' capace di stendere completamente il ginocchio?	Sempre	Spesso	Occasionalmente	Raramente	Mai
Si7	E' capace di flettere completamente il ginocchio?	Sempre	Spesso	Occasionalmente	Raramente	Mai

Attività quotidiane

La settimana scorsa ha avuto difficoltà a...?						
A1	Scendere le scale	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A2	Salire le scale	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A3	Alzarsi dalla sedia	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A4	Stare in piedi	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A5	Piegarsi a raccogliere un oggetto da terra	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A6	Camminare in piano	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A7	Salire o scendere dall'automobile	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A8	Fare la spesa	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A9	Mettersi le calze o le scarpe	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A10	Alzarsi dal letto	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A11	Togliersi le calze o le scarpe	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A12	Stare disteso a letto (girarsi, mantenere la posizione del ginocchio)	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A13	Entrare o uscire dalla vasca da bagno	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A14	Sedersi	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A15	Sedersi o alzarsi dal water	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A16	Svolgere faccende domestiche pesanti (lavare i pavimenti ecc.)	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
A17	Svolgere faccende domestiche leggere (cucinare, spolverare ecc.)	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima

Attività sportiva e ricreativa

La settimana scorsa ha avuto difficoltà a...?						
Sp1	Accovacciarsi	Nessuna	Lieve	Moderata	Intensa	Grave
Sp2	Correre	Nessuna	Lieve	Moderata	Intensa	Grave
Sp3	Saltare	Nessuna	Lieve	Moderata	Intensa	Grave
Sp4	Ruotare o fare perno sul ginocchio malato/operato	Nessuna	Lieve	Moderata	Intensa	Grave
Sp5	Inginocchiarsi	Nessuna	Lieve	Moderata	Intensa	Grave

Qualità della vita in relazione al ginocchio

Q1	Quanto spesso avverte problemi al ginocchio?	Mai	Mensilmente	Settimanalmente	Giornalmente	Sempre
Q2	Ha modificato il suo stile di vita per evitare attività che potrebbero danneggiare il suo ginocchio?	No	Lievemente	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Q3	Quanta difficoltà le crea la perdita di sicurezza sul ginocchio?	Nulla	Lieve	Moderata	Notevole	Grave
Q4	In generale, quanto la limita il ginocchio?	Nulla	Lievemente	Moderatamente	In gran parte	Completamente

10. Hip Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) (32)

QUESTIONARIO HOOS PER PAZIENTI CON PATOLOGIE DELL'ANCA

Data: _____/_____/_____ Data di nascita: _____/_____/_____

Nome: _____

ISTRUZIONI: Questo questionario è stato predisposto per conoscere il Suo parere sullo stato della Sua anca. Queste informazioni possono aiutarci a comprendere cosa Lei pensa del Suo disturbo e quanto Lei sia in grado di compiere le comuni attività della vita quotidiana.

Risponda a ciascuna domanda, mettendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per ciascuna domanda). Se nessuna delle risposte dovesse sembrarLe appropriata, scelga quella che più si avvicina alla Sua situazione.

Sintomi

Le domande che seguono riguardano i sintomi e le difficoltà che ha provato all'anca **nel corso dell'ultima settimana**.

S1. *Scrosci, scatti o altri tipi di rumore*

Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre

S2. *Difficoltà nel divaricare al massimo le gambe*

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

S3. *Difficoltà a fare passi lunghi mentre cammina*

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

Rigidità

Le domande che seguono riguardano il grado di rigidità che ha provato all'anca **nel corso dell'ultima settimana**. La rigidità è una sensazione di limitazione o minore facilità nel muovere l'anca.

S4. *Quanto intensa è la rigidità della sua anca subito dopo il risveglio al mattino?*

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

S5. Quanto intensa è la rigidità della sua anca dopo essere stato seduto, disteso o aver riposato nel corso della giornata?

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

Dolore

P1. Quanto frequentemente le fa male l'anca?

Mai Mensilmente Settimanalmente Quotidianamente Sempre

Quale è stata l'intensità del dolore che ha provato all'anca **nell'ultima settimana** durante le seguenti attività?

P2. Estendere completamente l'anca

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P3. Flettere completamente l'anca

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P4. Camminare su una superficie piana

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P5. Salire o scendere le scale

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P6. Di notte, a letto

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P7. Stare seduto o sdraiato

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P8. Stare in piedi in posizione eretta

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P9. Camminare su una superficie rigida (asfalto, cemento, ecc.)

Nessuna Lieve Moderata Grave Estrema

P10. Camminare su una superficie irregolare

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

Funzione, attività della vita quotidiana

Le domande che seguono riguardano le sue capacità funzionali, in particolare la sua abilità nel muoversi e prendersi cura di sé. Per ciascuna delle seguenti attività indichi per favore il grado di difficoltà provato **nell'ultima settimana** a causa dei problemi all'anca.

A1. Scendere le scale

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A2. Salire le scale

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A3. Alzarsi da seduto

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A4. Stare in piedi

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A5. Piegarsi verso il pavimento/raccogliere un oggetto

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A6. Camminare su una superficie piana

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A7. Salire e/o scendere da un'automobile

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A8. Andare a fare spese

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A9. Mettersi i calzini o le calze

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A10. Alzarsi dal letto

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A11. Togliersi i calzini o le calze

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A12. *Stare sdraiato a letto (girarsi tenendo ferma l'anca)*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A13. *Entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A14. *Stare seduto*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A15. *Sedersi e/o alzarsi dal water*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A16. *Fare lavori domestici pesanti (spostare scatole pesanti, lavare pavimenti, ecc.)*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

A17. *Fare lavori domestici leggeri (cucinare, spolverare, ecc.)*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

Funzione fisica, attività sportive e del tempo libero

Le domande che seguono riguardano le sue capacità funzionali quando svolge attività che richiedono un impegno maggiore. Faccia riferimento al grado di difficoltà provato a causa dell'anca **nell'ultima settimana**.

SP1. *Accovacciarsi*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

SP2. *Correre*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

SP3. *Girarsi facendo perno sulla gamba*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

SP4. *Camminare su una superficie irregolare*

Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>				

[Digitare qui]

Qualità della vita

Q1. Con quale frequenza si rende conto del suo problema all'anca?

Mai Mensilmente Settimanalmente Quotidianamente Sempre

Q2. Ha modificato il Suo stile di vita per evitare attività potenzialmente dannose per la Sua anca?

Per niente Poco In parte Molto Moltissimo

Q3. Quanto è preoccupato dalla mancanza di sicurezza della sua anca?

Per niente Poco In parte Molto Moltissimo

Q4. In generale, quanto è in difficoltà a causa della sua anca?

Per niente Poco In parte Molto Moltissimo

La ringraziamo molto per aver risposto a tutte le domande del questionario.

[Digitare qui]

ALLEGATO NR.3

Caro Collega,

Sono Andrea Dell'Isola, un fisioterapista ricercatore presso l'università di Lund (Svezia). La mia ricerca si concentra sullo studio e l'implementazione di trattamenti riabilitativi per l'osteoartrosi (detta anche artrosi). Ti chiedo pochi minuti del tuo tempo per rispondere ad un questionario conoscitivo.

L'osteoartrosi è una patologia largamente diffusa nella popolazione ed una delle principali cause di disabilità a livello globale. L'anca e il ginocchio sono le articolazioni più colpite, e sono quelle su cui verte questo questionario. Recenti stime prevedono un aumento esponenziale della prevalenza dell'osteoartrosi di anca e ginocchio. Il trattamento riabilitativo per queste patologie comprende più strategie che possono essere combinate per ottimizzare i risultati.

Il tuo contributo ci permetterà di conoscere le strategie di trattamento più utilizzate da chi, come te, tratta frequentemente persone affette da osteoartrosi.

Compilando il questionario che trovi al fondo di questa email, accosentirai a partecipare allo studio e all'utilizzo a scopo di ricerca delle informazioni raccolte. Il questionario richiede meno di 10 minuti per essere compilato ed è completamente anonimo. Le uniche informazioni personali che verranno raccolte sono età, sesso e livello di istruzione. Tutti i dati verranno raccolti ed archiviati tramite REDcap (Research Electronic Data Capture) in accordo con la legge Europea sulla privacy (General Data Protection Regulation (EU) 2016/679).

Per qualunque informazione relativa allo studio o alla gestione dei dati raccolti non esitare a contattarmi. Ti ringrazio in anticipo per il tuo tempo

Cordiali Saluti

Andrea Dell'Isola, PhD, PT
Postdoctoral research fellow
Lund University
andrea.dellisola@med.lu.se

Di che sesso sei?

- Femmina
 Maschio

Quanti anni hai?

Da quanto tempo eserciti come professionista?

- da meno di 1 anno
 da 1 e 5 anni
 da 6 e 10 anni
 da più di 10 anni

Contrassegna e specifica l'ambito dei percorsi accademici specialistici che hai conseguito tra quelli presentati di seguito.

- laurea specialistica
 PhD
 master universitario di primo livello
 master universitario di secondo livello
 altro

[Digitare qui]

Di seguito ti verrà chiesto di esprimere il tuo giudizio su alcune affermazioni riguardanti l'osteoartrite di ANCA e di GINOCCHIO e il suo trattamento, con un punteggio da 1 a 5, dove 1 è "per nulla d'accordo", 2 "parzialmente in accordo", 3 "né in accordo né in disaccordo", 4 "parzialmente d'accordo", 5 "completamente d'accordo".

	1 Per nulla d'accordo	2 Parzialmente d'accordo	3 Né d'accordo né in disaccordo	4 Parzialmente d'accordo	5 Completamente d'accordo
L'esercizio può essere efficace su tutti i pazienti, indipendentemente da quanto dolore abbiano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In uno stadio avanzato della patologia l'esercizio può danneggiare l'articolazione.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di educazione sulla patofisiologia dell'osteoartrite su come gestire i sintomi autonomamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il programma riabilitativo deve sempre includere una parte di mobilizzazione manuale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'esercizio deve essere intrapreso solo in seguito alla prescrizione di un trattamento farmacologico per controllare il dolore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrite di ginocchio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I reperti radiografici sono necessari per esprimere una diagnosi funzionale di osteoartrite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I reperti radiografici sono necessari per pianificare il trattamento fisioterapico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attività fisica è da evitare perché può danneggiare l'articolazione.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Digitare qui]

L'uso di farmaci antinfiammatori ad uso topico è efficace per la riduzione del dolore per l'osteoartrosi d'anca.	<input type="radio"/>				
In caso di degenerazione articolare severa é necessario consigliare riposo da attività fisica.	<input type="radio"/>				
In casi di dolore severo (VAS \geq 6/10) l'intervento di artroprotesi dovrebbe essere preferito alla riabilitazione.	<input type="radio"/>				
L'uso di TENS é da considerare.	<input type="radio"/>				
L'uso di terapie fisiche come laser, TECAR e ultrasuoni sono da considerare.	<input type="radio"/>				
In aggiunta al trattamento riabilitativo, é utile consigliare attività fisica (esempio: yoga, nuoto, nordic walking).	<input type="radio"/>				
É importante consigliare di perdere peso ai pazienti in sovrappeso o obesi.	<input type="radio"/>				
In persone con età >45 anni; dolore e assenza di rigidità articolare (< 30 min al mattino) sono sufficienti per diagnosticare l'osteoartrosi.	<input type="radio"/>				
L'uso di calzature comode, tutori o ausili deve essere considerato.	<input type="radio"/>				
É consigliabile riferire il paziente per un intervento di artroscopia per ridurre i sintomi e iniziare/proseguire il trattamento.	<input type="radio"/>				
È necessario valutare l'impatto dell'osteoartrosi sulla funzione, qualità della vita e disabilità.	<input type="radio"/>				
Sono necessarie almeno 10-12 sedute per garantire un corretto trattamento per osteoartrosi.	<input type="radio"/>				
Nel trattamento per osteoartrosi occorre motivare l'aderenza del paziente al trattamento.	<input type="radio"/>				

[Digitare qui]

Sono da considerare infiltrazioni articolari di acido ialuronico e/o corticosteroidi.

È da considerare l'assunzione di integratori come condroitina e glucosammina.

Di seguito viene descritta una situazione che potrebbe realmente accadere. Dopo averla letta ti verranno poste alcune domande in merito agli strumenti di valutazione ed alle scelte di trattamento che potresti adottare.

Maria, casalinga di 72 anni, vive con il marito che gode di buona salute. Coltiva l'hobby del giardinaggio. Da circa 10 anni soffre di dolore alle ginocchia che, in certi periodi, la obbliga ad assumere FANS e a limitare per alcuni giorni le attività quotidiane.

Negli ultimi due anni i periodi di malessere sono diventati sempre più frequenti (VAS 5/10), tanto che ha deciso di trovare un aiuto per i lavori domestici e fa fatica a prendersi cura del giardino. Soffre inoltre di diabete ed è in sovrappeso (BMI 28).

Decide di consultare il suo medico che le consiglia una visita dal fisioterapista.

Cosa faresti se fossi tu quel fisioterapista?

- Esercizio specifico sull'articolazione (rinforzo muscolare)
- Esercizio generico (esercizio aerobico o attività fisica generica)
- Patofisiologia dell'osteoartrosi e gestione autonoma dei sintomi
- Consiglio calo ponderale
- Riposo da attività (ridurre il carico sull'articolazione)
- Terapia manuale (mobilizzazione e/o massaggio)
- Elettroterapia antalgica (TENS)
- Laser, ultrasuono, TECAR
- Ausili per il cammino e/o tutori
- Invio al medico per terapia farmacologica
- Invio al medico per intervento artroscopico (pulizia dell'articolazione)
- Invio al medico per intervento di protesi
- Consiglio assunzione di integratori come glucosammina e condroitina
- Consiglio iniezioni di acido ialuronico/corticosteroidi
- Un trattamento della durata inferiore a 10 sedute
- Un trattamento della durata superiore a 10 sedute
- Valutazione del dolore e sintomatologia associata
- Valutazione delle capacità funzionali
- Valutazione della disabilità e partecipazione sociale