

## LAVORO ORIGINALE

# La terapia occupazionale nell'artrite reumatoide: studio prospettico a breve termine in pazienti in trattamento con farmaci anti-TNF-alfa

## *Occupational therapy in rheumatoid arthritis: short term prospective study in patients treated with anti-TNF-alpha drugs*

F. Pasqui<sup>1</sup>, L. Mastrodonato<sup>1</sup>, F. Ceccarelli<sup>1</sup>, R. Scrivo<sup>1</sup>, L. Magrini<sup>1</sup>, V. Ricciari<sup>1</sup>,  
M. Di Franco<sup>1</sup>, M. Gentili<sup>2</sup>, G. Valesini<sup>1</sup>, A. Spadaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cattedra di Reumatologia, Dipartimento di Clinica e Terapia Medica Applicata, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

<sup>2</sup>Docente Corso di Laurea Terapia Occupazionale, Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Sede Policlinico Umberto I

### SUMMARY

**Objective:** to assess the effect of occupational therapy (OT) in rheumatoid arthritis (RA) patients treated with anti-TNF-alpha drugs in a short-term open controlled prospective study.

**Methods:** 31 RA subjects [(M/F=5/26; mean age= 56 (range=28-73) years; mean disease duration= 165 (range =15-432) months], treated with anti-TNF-alpha drugs, were allocated to OT (n=15) or control (n=16) group.

We evaluated at entry and 12 weeks the following outcome parameters including Health Assessment Questionnaire (HAQ), Short-Form Health Survey (SF-36), Global Health (GH), Ritchie index, number of swollen or tender joints, pain, patient and physician disease activity, Disease Activity Score (DAS28), erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP) and the correct adherence to items regarding activity daily living (ADL).

**Results:** at baseline, OT and control group had similar demographic and clinical features. After 12 weeks, the changes from baseline of main outcome parameters were not significantly different between the two groups. After 12 weeks, in 7 out of 11 items regarding ADL, the percentage of patients showing a correct adherence was significantly increased in OT group only. Moreover at the end of the study, the OT group showed a correct adherence to 8 out of 11 ADL items in a higher percentage of patients respect to the control group.

**Conclusion:** our study sustains that OT improves self-management but not main parameters of disease activity or functional capacity. Nevertheless educational intervention should be considered as a useful tool in conjunction with pharmacological treatment.

Reumatismo, 2006; 58(3):191-198

### INTRODUZIONE

Attualmente un'importante scelta terapeutica nell'artrite reumatoide (AR) è rappresentata dall'impiego degli agenti biologici (infliximab, etanercept, adalimumab) bloccanti il TNF-alfa che occupa un ruolo importante nella patogenesi della malattia.

Tuttavia nell'approccio multidisciplinare al trat-

tamento dell'AR bisogna considerare il ruolo dell'intervento riabilitativo e in particolare della terapia occupazionale (TO) (1). Quindi la TO può rappresentare un approccio estremamente utile per ottenere il massimo grado possibile di autonomia funzionale, psicologica e sociale, migliorare la qualità di vita dell'individuo, ripristinando, migliorando e compensando funzioni o capacità limitate (2, 3).

I programmi educativi consentono ai pazienti affetti da AR di disporre di strategie e conoscenze necessarie per prendere decisioni nella vita quotidiana e per affrontare al meglio la variabilità e l'imprevedibilità della malattia (4).

L'educazione del paziente alla conoscenza della malattia e una maggiore responsabilizzazione del

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Antonio Spadaro

Cattedra di Reumatologia,

Dip. di Clinica e Terapia Medica Applicata,

Azienda Policlinico Umberto I, Università di Roma "La Sapienza"

viale del Policlinico 155, I-00161 Roma

E-mail: a.spadaro.reuma@virgilio.it

paziente stesso, mediante modelli comportamentali di gestione del proprio stato di salute, possono avere un ruolo aggiuntivo alla terapia farmacologica nel migliorare lo stato di salute e la qualità di vita (4, 5).

Recentemente revisioni sistematiche della letteratura hanno analizzato la validità della terapia occupazionale nell'AR, prendendo in considerazione interventi comprensivi di TO (combinazione di tutti gli interventi) o interventi specifici mirati sull'intervento educativo (5-7).

Scopo di questo studio è stato la valutazione dell'efficacia degli interventi educazionali nei pazienti con AR trattati con farmaci anti-TNF-alfa.

## MATERIALI E METODI

Sono stati ammessi ad uno studio aperto controllato 31 malati (M/F=5/26); età media = 56 (range = 28-73) anni; durata media di malattia = 165 (range = 15-432) mesi con AR, classificata secondo i criteri ARA (8), in trattamento con farmaci anti-TNF-alfa da almeno 12 settimane, giunti consecutivamente alla nostra osservazione presso la Divisione di Reumatologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. Nessun paziente era stato sottoposto precedentemente ad interventi di TO. A tutti è stato richiesto un consenso informato. Tutti i pazienti erano in grado di parlare e leggere la lingua italiana.

Con il supporto di un reumatologo/fisiatra (AS), i terapisti occupazionali (FP, LM, MD) hanno fornito a tutti i pazienti informazioni essenziali riguardanti la TO, per consentire al paziente di capire il tipo d'intervento cui si sarebbe sottoposto ma, allo stesso tempo, limitate per non alterare i risultati dei successivi test delle persone che avrebbero composto il gruppo di controllo. Sulla base della disponibilità o meno a poter partecipare alle sedute previste nel programma di TO i pazienti sono stati divisi in due gruppi:

- 1) gruppo TO (n=15);
- 2) gruppo controllo (n=16).

All'inizio dello studio e dopo 12 settimane sono stati valutati in entrambi i gruppi i seguenti parametri:

- a) Health Assessment Questionnaire (HAQ) (9);
- b) Short-Form Health Survey (SF-36), ridotto alle due dimensioni che descrivono la componente fisica (CF) e la componente mentale (CM) (10);
- c) Stato Globale di Salute o "Global Health"

- (GH) valutato mediante una scala analogica visiva da 0 (peggior stato di salute) a 100 mm (miglior stato di salute immaginabile);
- d) indice di Ritchie (punteggio complessivo compreso fra 0 e 78) (11);
  - e) numero di articolazioni dolenti;
  - f) numero di articolazioni tumefatte;
  - g) dolore (paziente) impiegando una scala analogica visiva da 0 (dolore assente) a 100mm (il più forte dolore);
  - h) attività di malattia (paziente), riferito all'ultima settimana, impiegando una scala analogica visiva da 0 (attività assente) a 100mm (la più forte attività);
  - i) attività di malattia (medico), riferito all'ultima settimana, impiegando una scala analogica visiva da 0 (attività assente) a 100mm (la più forte attività);
  - j) Disease Activity Score (DAS 28) (12);
  - k) velocità di eritrosedimentazione (VES);
  - l) proteina C reattiva (PCR).

Tutti i malati sono stati inizialmente intervistati sulla loro storia medica e sociale e sullo stato di malattia. Nell'ambito della presa di coscienza della malattia, dell'economia articolare, dell'educazione gestuale e dell'home training, all'inizio e dopo 12 settimane, è stata valutata l'aderenza (mai; poco; abbastanza; quasi sempre; sempre) dei pazienti a 11 item (A= evitare le prese di forza; B=utilizzare le due mani; C=svolgere le attività lentamente; D=trascinare gli oggetti pesanti; E=non mantenere a lungo la stessa posizione; F=usare l'articolazione più grande e più forte; G=organizzare il lavoro; H=modificare le attività per ridurre lo stress alle mani; I=riposo regolare; L=riposo regolare anche in assenza di dolore; M=home training) selezionati in rapporto alle attività di vita quotidiana che maggiormente possono essere compromesse nell'AR. L'aderenza corretta ai differenti item è stata definita se la risposta del paziente era "sempre" o "quasi sempre". Successivamente ciascun paziente del gruppo inserito nel programma di TO, rivolto all'apprendimento di tecniche di self management, è stato sottoposto a 6 incontri, della durata di 2 ore (numero minimo di ore per ottenere risultati significativi in accordo alle linee guida inglesi di terapia occupazionale in reumatologia) (13), tre volte nella prima settimana e dopo 4, 8 e 12 settimane. Durante il periodo di trattamento è stato effettuato un intervento di counseling telefonico dopo 1 settimana dall'inizio dello studio e successivamente ogni 14 giorni. A ogni incontro par-

tecipavano un massimo di sei pazienti, selezionati in base all'età, al sesso, al grado di severità di malattia e ai possibili interessi, con lo scopo di ottenere gruppi il più possibile omogenei.

In ogni seduta, gli interventi essenziali del terapeuta occupazionale sono stati rivolti a tecniche di protezione articolare, self-management, educazione gestuale e relative modifiche comportamentali e ambientali, home training, conservazione dell'energia ed esercizi per le mani.

A tutti i pazienti che hanno preso parte a questi incontri è stato consegnato materiale informativo con i principi di economia articolare negli ambiti di intervento affrontati, un promemoria degli accorgimenti da adottare durante l'esecuzione dei movimenti, illustrazioni degli esercizi per le mani con relative istruzioni di esecuzione, durata e frequenza delle ripetizioni.

Tutti i consigli e le possibili modifiche sono stati presentati come dei cambiamenti che dovevano essere affrontati in modo graduale.

Il counseling telefonico prevedeva domande di rinforzo su quanto appreso durante gli incontri precedenti con l'obiettivo di non ripetere nuovamente le informazioni date nei tre incontri ma di integrarle e approfondirle, facendo riferimento alle esigenze reali di ogni singolo paziente che non erano emerse durante il corso ma scaturite dai bisogni e dalle difficoltà riscontrate nelle attività della vita quotidiana.

### Analisi statistica

Il confronto tra proporzioni è stato effettuato utilizzando il test del  $\chi^2$  o il test esatto di Fisher. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando, per le variabili continue, il test di Mann-Whitney per campioni indipendenti e il test di Wilcoxon per campioni appaiati. La significatività delle correlazioni è stata valutata con il coefficiente di correlazione dei ranghi di Spearman. I risultati sono stati espressi come mediana e 25°-75° percentile. Sono stati considerati significativi valori di  $p < 0.05$ .

## RISULTATI

I principali caratteri demografici dei malati dello studio sono mostrati nella tabella I. Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative fra i pazienti con AR inseriti nel gruppo TO rispetto al gruppo di controllo.

I parametri valutati all'inizio e dopo 12 settime-

ne nei pazienti inseriti nel gruppo TO e nel gruppo di controllo sono mostrati nella tabella II. All'inizio dello studio i due gruppi erano sovrapponibili in rapporto ai differenti parametri considerati.

Dopo 12 settimane erano significativamente migliorati solo la "Valutazione globale dell'attività di malattia" da parte del paziente (sia nel gruppo TO sia nel gruppo controllo) e da parte del medico (solo nel gruppo TO) (Tab. II). Il confronto fra le

**Tabella I** - Principali caratteri demografici dei malati con AR inseriti nel gruppo TO e nel gruppo controllo.

	Gruppo TO (n=15)	Gruppo controllo (n=16)
Età media (range)	57 (46-76) anni	55 (28-69) anni
Durata media di Malattia (range)	176 (15-438) mesi	154 (24-396) mesi
M/F	3 / 12	2 / 14
<i>Stato Civile (n/%):</i>		
coniugato	12 / 80	13 / 81,25
libero	0	1 / 6,25
divorziato	0	0
separato	2 / 13,33	1 / 6,25
vedovo	1 / 6,67	1 / 6,25
<i>Livello di istruzione (n/%):</i>		
licenza elementare	5 / 33,33	5 / 31,25
licenza media	5 / 33,33	4 / 25
diploma	4 / 26,67	6 / 37,5
laurea	1 / 6,67	0
altro	0	1 / 6,25
<i>Professione (n/%):</i>		
impiegato	3 / 20	1 / 6,25
libero professionista	0	0
disoccupato	0	1 / 6,25
casalinga	6 / 40	4 / 25
studente	0	0
invalido	0	0
pensionato	2 / 13,33	7 / 43,75
altro	4 / 26,67	3 / 18,75
<i>Terapia (n/%):</i>		
infiximab	1 / 6,7	5 / 31,25
etanercept	9 / 60	10 / 62,5
adalimumab	5 / 33,3	1 / 6,25
DMARD	1 / 6,7	5 / 31,25
cortisonici	9 / 60	6 / 37,5
FANS	4 / 26,7	6 / 37,5

**Tabella II** - Principali parametri (mediana / 25°-75° percentile) di attività di malattia all'inizio e dopo 12 settimane nei pazienti inseriti nel gruppo TO e nel gruppo controllo.

	Gruppo TO		Gruppo controllo	
	Baseline	XII settimana	Baseline	XII settimana
VES (mm/1°ora)	15 (10-19)	15 (7-21)	22 (9,5-35)	19 (11-42)
PCR (mg/L)	8,3 (3-12)	3 (2,5-6)	3 (3-9)	3,2 (3-8,5)
HAQ	1,25 (0,5-1,75)	0,75 (0,6-1,5)	1,18 (0,5-1,56)	1,13 (0,7-1,56)
SF-36 CF	30,7 (27,9-40,7)	34,6 (31,9-43,5)	35,2 (33,1-38,3)	36,1 (31,1-39,3)
SF-36 CM	48,1 (31,9-51,6)	44,9 (36,3-56,7)	39,4 (30,5-51,0)	41,0 (33,7-50,3)
GH	50 (30-70)	76 (50-80)	55 (50-80)	78,5 (50-88)
Indice di Ritchie	11 (6-14)	7 (5-12)	7 (4-13)	7,5 (4-10,5)
Articolazioni dolenti (numero)	13 (5-20)	6 (3-21)	7,5 (4-13)	7 (3,5 -10,5)
Articolazioni tumefatte (numero)	4 (1-7)	2 (1-4)	2,5 (0-5)	2,5 (0,5-4,5)
Dolore (paziente) (mm)	40 (27-90)	32 (23-50)	45 (13-60,5)	45 (13-60,5)
Attività di malattia (paziente) - (mm)	48 (24-73)	24 (14-50) **	75,5 (38-82,5)	45 (28-76) ***
Attività di malattia (medico) - (mm)	35 (25-50)	16 (11-29) *	24 (15-41)	21 (15,5-26,5)
DAS 28	4,6 (4,2-5,5)	4,5 (3,8-4,8)	4,3 (3,8-5,0)	4,9 (4-5,4)
Rispetto al baseline: * P<0,005; **P<0,03; *** P<0,025				

**Tabella III** - Confronto fra le variazioni assolute\*, dopo 12 settimane rispetto al baseline, dei principali parametri di attività di malattia nei pazienti inseriti nel gruppo TO e nel gruppo controllo.

	Gruppo TO	Gruppo controllo	p<
VES (mm/1°ora)	0 (-6 / 8)	5 (-15 / 21,5)	n.s.
PCR (mg/L)	2,3 (0 / 9)	0 (-4,5 / 0)	n.s.
HAQ	0,125 (0,5 / 1,25)	0 (-0,315 / 0,25)	n.s.
SF-36 CF	-6,19 ( -8,14 / 1,67)	0 (-2,75 / 1,11)	n.s.
SF-36 CM	0,04 (-13,0 / 8,19)	0 (-4,3 / 2,3)	n.s.
GH	-12 (-38 / 0)	0 (-15 / 3,5)	n.s.
Indice di Ritchie	4 (-1 / 11)	0 (-1 / 2)	n.s.
Articolazioni dolenti (numero)	1 (-2 / 9)	0 (-2 / 3,5)	n.s.
Articolazioni tumefatte (numero)	2 (0-6)	0 (-0-5 / 0,5)	n.s.
Dolore (paziente) (mm)	10 (-12 / 35)	0 (-2,5 / 11)	n.s.
Attività di malattia (paziente) - (mm)	18 (6 / 33)	5 (-1,5 / 21,5)	n.s.
Attività di malattia (medico) - (mm)	16 ( 10 / 34)	0,5 (-2,5 / 13)	n.s.
DAS 28	0,44 (-0,63 / 0,89)	-0,02 (-0,95 / 0,24)	n.s.
I valori in tabella sono espressi come mediana (25° / 75° percentile)			

variazioni assolute, espresse come mediana (25°/75° percentile), dei principali parametri di attività di malattia nei pazienti inseriti nel gruppo TO e nel gruppo di controllo non ha evidenziato differenze significative fra i due gruppi dopo 12 settimane rispetto al baseline anche se nel gruppo TO è stato rilevato un miglioramento più marcato del DAS28 [0.44 (-0.63/0.89) vs -0.02 (-0.95/0.24);  $p < 0.092$ ] e della componente funzionale del SF36 [-6.19 (-8.14 /1.67) vs 0 (-2.75/1.11);  $p < 0.078$ ] (Tab. III).

La percentuale di malati del gruppo TO e del gruppo di controllo che aderiva correttamente

agli item definiti nei materiali e metodi, sono mostrati rispettivamente nelle figure 1 e 2.

Rispetto al baseline, dopo 12 settimane era evidenziabile nel gruppo TO, in 7 degli 11 item considerati, un incremento significativo della percentuale di malati che vi aderiva correttamente.

In particolare la percentuale di malati del gruppo TO che aderiva correttamente agli item era: A=26.7 vs 53.3%; B=53.3 vs 73.3%; C=20 vs 66.7% ( $p < 0.027$ ); D=46.7 vs 93.3% ( $p < 0.007$ ); E=6.7 vs 66.7% ( $p < 0.0024$ ); F=13.3 vs 73.3% ( $p < 0.003$ ); G=20 vs 53.3%; H=0 vs 40% ( $p < 0.008$ ); I=26.7 vs 60%; L=13.3 vs 60

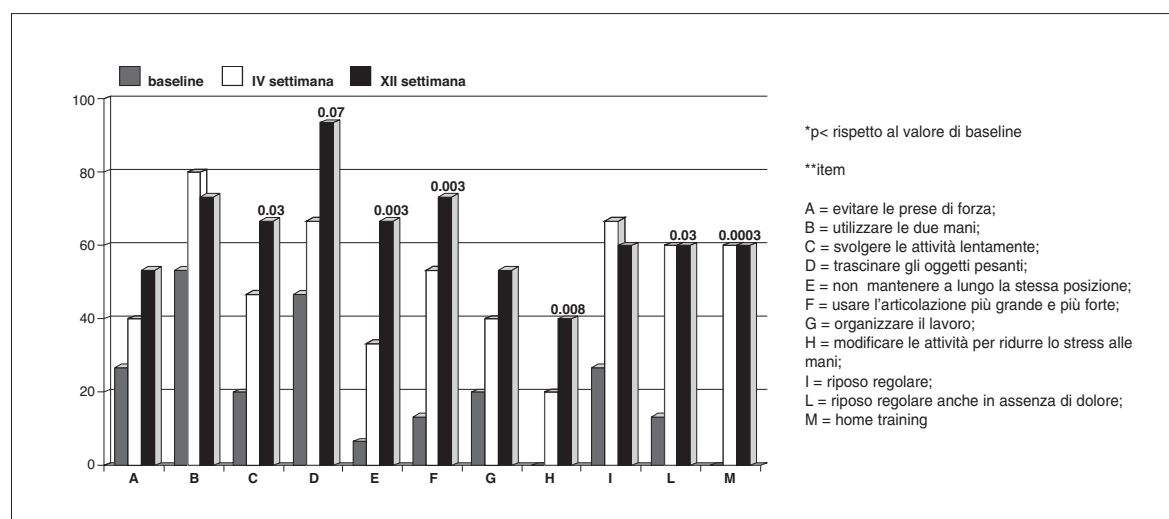


Figura 1 - Aderenza corretta (%), al Baseline, dopo 4 e 12 settimane\*, agli ITEM\*\* individuati nell'ambito dell'intervento educativo nei pazienti con AR del gruppo TO (n=15).

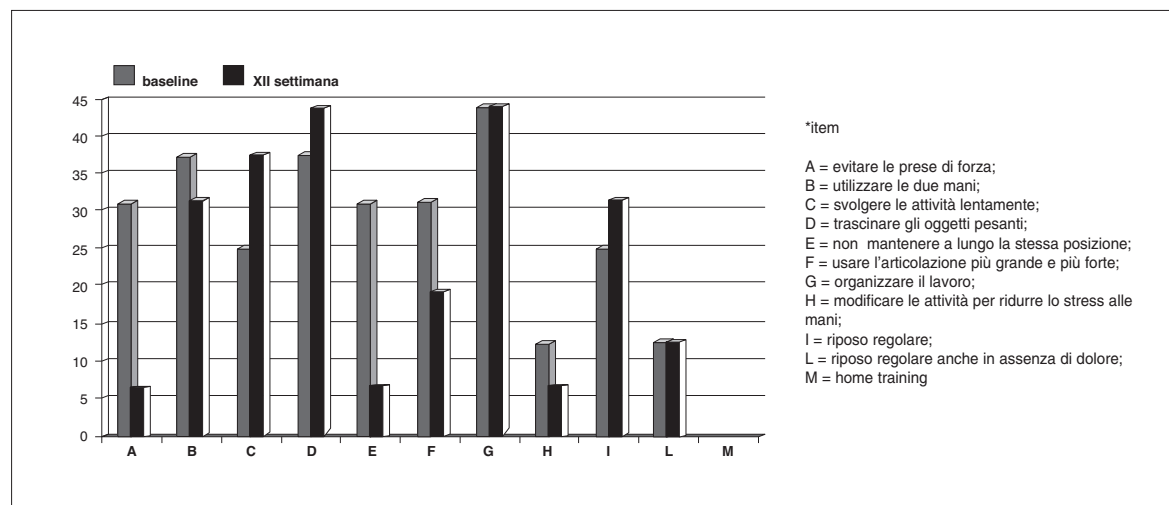
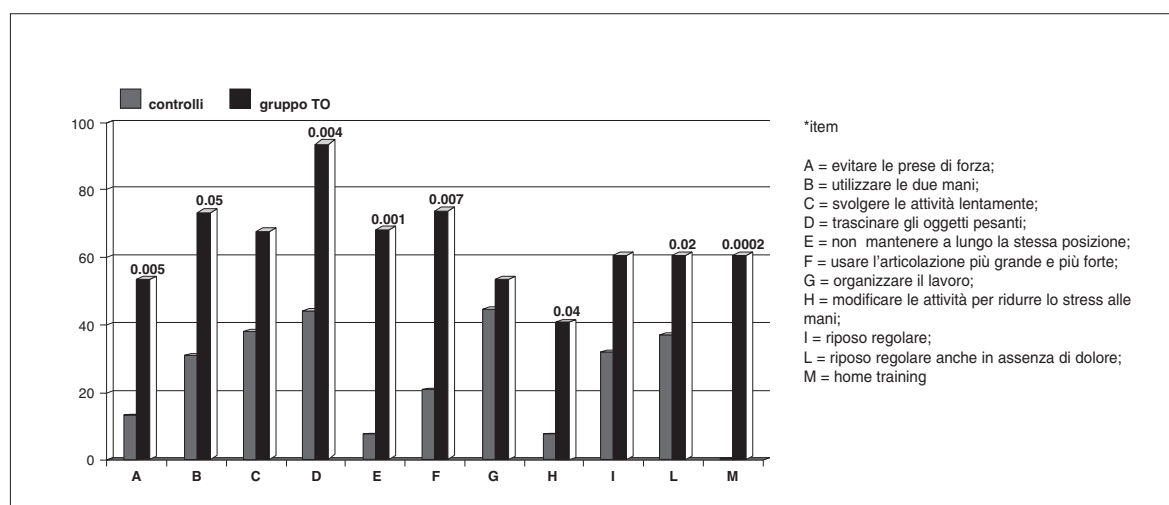


Figura 2 - Aderenza corretta (%), al Baseline, dopo 12 settimane, agli ITEM\* individuati nell'ambito dell'intervento educativo nei pazienti con AR del gruppo controllo (n=16).



**Figura 3** - Confronto (P<) dopo 12 settimane, dell'aderenza corretta (%) agli ITEM\* individuati nell'ambito dell'intervento educativo fra i pazienti con AR del gruppo TO (n = 15) e del gruppo controllo (n=16).

( $p < 0.023$ ); M=0 vs 60% ( $p < 0.0003$ ). Prima del trattamento e dopo 12 settimane, la percentuale di malati del gruppo controllo che aderiva correttamente agli item non era significativamente modificata.

Il confronto dopo 12 settimane fra i due gruppi ha evidenziato che in 8 su 11 item, la percentuale di pazienti del gruppo TO che aderiva correttamente era significativamente superiore rispetto al gruppo controllo (Fig. 3).

In particolare le percentuali riscontrate nel gruppo TO e nel gruppo controllo erano: A=53.3 vs 6.25% ( $p < 0.005$ ); B=73.3 vs 31.2% ( $p < 0.05$ ); C=66.7 vs 37.5%; D=93.3 vs 43.7% ( $p < 0.004$ ); E=66.7 vs 37.5% ( $p < 0.001$ ); F=73.3 vs 18.7% ( $p < 0.007$ ); G=53.3 vs 43.7%; H=40 vs 6.25% ( $p < 0.04$ ); I=60 vs 3.2%; L=60 vs 12.5 ( $p < 0.02$ ); M=60 vs 0% ( $p < 0.0002$ ).

## DISCUSSIONE

La TO, mediante interventi educazionali, finalizzati a migliorare le attività di vita quotidiana, a facilitare adattamenti nello stile di vita e a prevenire la perdita di funzionalità, è risultata efficace nell'AR stabilizzata (14). Recentemente nell'AR è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura sull'efficacia della TO, comprendente la valutazione di differenti interventi educazionali (6). In particolare in trial controllati randomizzati o clinici controllati o con altro disegno sperimentale, che rispettavano i criteri di

inclusione della metaanalisi, sono stati analizzati gli interventi di TO definiti come interventi comprensivi di TO (combinazione di tutti gli interventi) o interventi specifici, ulteriormente suddivisi in 6 categorie (training della funzione motoria; training delle abilità; istruzioni sulla protezione articolare; counseling; consigli e istruzioni sull'uso di ausili; prescrizione di splints). In questa metaanalisi sono stati identificati quattro studi sull'efficacia della TO comprensiva (combinazione di tutti gli interventi), di cui 3 randomizzati controllati. In particolare Helewa et al (14) nel loro studio randomizzato controllato crossover (l'unico ad alta qualità metodologica) condotto su 105 persone affette da AR, moderata o severa, con età tra i 18 e i 70 anni, con una durata della malattia compresa tra 8 e 10 anni, hanno applicato un programma di TO comprensivo riportando significativi miglioramenti nelle attività di vita quotidiana e nella mobilità. L'efficacia sulle abilità funzionali della TO comprensiva (che comprendeva anche l'intervento educativo) è stato riscontrato anche negli studi controllati di Hammond et al. (15), Neuberger et al. (16), che hanno adottato un intervento mirato alle istruzioni sulla protezione articolare e sulla conservazione dell'energia. In ogni caso, considerando i livelli di evidenza suggeriti da Steultjens et al. (6), che identificano 5 livelli (nessuna evidenza, risultati indicativi, evidenza limitata, evidenza moderata, evidenza forte) in base al disegno e alla qualità dello studio, l'efficacia dell'intervento educativo sulle abilità



funzionali rientra in un livello di "un'evidenza limitata" (6).

In questo studio a breve termine che ha analizzato, in pazienti già in trattamento con farmaci anti-TNF-alfa, l'efficacia dell'intervento educativo nell'ambito del programma di TO, i parametri analizzati per valutare l'attività di malattia non hanno dimostrato una variazione significativa rispetto all'inizio dello studio, ad eccezione della valutazione dell'attività di malattia da parte del paziente (sia nel gruppo TO che nel gruppo controllo) e da parte del medico (solo nel gruppo TO).

Analogamente il confronto fra le variazioni assolute, dopo 12 settimane rispetto al baseline, non ha evidenziato differenze significative fra il gruppo TO e il gruppo di controllo anche se nel gruppo TO è stato rilevato un miglioramento più marcato del DAS28 e della componente funzionale del SF36 (Tab. III). La mancanza di differenze significative in altri parametri come il dolore e la CM del SF36 potrebbe essere spiegata in parte dalla relativa brevità dello studio. Infatti lo studio randomizzato controllato di Halewa, condotto per 6 settimane ha evidenziato che non tutte le misure di outcome, ed in particolare il dolore, la depressione e il ruolo sociale potevano essere significativamente modificate (14).

Inoltre alcuni indici di attività di malattia sono chiaramente non modificabili dall'intervento educativo (p.es. indici di flogosi) e concorrendo loro stessi alla costruzione di alcuni indici (p.es. DAS28) potrebbero diminuire la sensibilità di queste misure nell'evidenziare modificazioni dovute solo all'intervento educativo. In ogni caso recenti meta-analisi hanno evidenziato che i programmi educazionali determinavano un piccolo ma significativo miglioramento della disabilità (5, 7), mentre la riduzione dell'entità del dolore era piccola (5, 7), e non sempre significativa (5).

Inoltre è da considerare che anche la durata di malattia potrebbe influenzare la mancanza di risultati significativi in quanto studi longitudinali hanno evidenziato che la capacità funzionale non si riduce significativamente durante i primi cinque anni di malattia (17). Infatti in uno studio randomizzato condotto da Hammond, su 326 pazienti (gruppo TO n=162; gruppo controllo n=164) con AR in fase precoce, valutati a tempo zero e dopo 6, 12 e 24 mesi, l'AIMS2 e l'HAQ non erano significativamente modificati (18). Tuttavia nel nostro studio la durata di malattia

(dai 15 ai 438 mesi) dei pazienti del gruppo TO non sembra rappresentare una variabile in grado di spiegare la mancanza di effetti significativi dell'intervento educativo sui parametri considerati.

Appare invece estremamente interessante come nell'arco di 12 settimane le sei sedute di TO con un intervento di counseling telefonico, mirato esclusivamente a migliorare la compliance del paziente, hanno permesso di raggiungere un'elevata percentuale di aderenza agli item selezionati in rapporto alle attività di vita quotidiana che maggiormente possono essere compromesse nell'AR.

In particolare, dopo 12 settimane era evidenziabile nel gruppo TO, in 7 degli 11 item, un incremento significativo della percentuale di malati che vi aderiva correttamente. Anche il confronto dopo 12 settimane fra i due gruppi, ha evidenziato che in 8 su 11 item, la percentuale di pazienti del gruppo TO che aderiva correttamente era significativamente superiore rispetto al gruppo controllo. Gli unici item in cui non si registrava un aumento significativo dell'aderenza corretta né all'interno del gruppo TO, né fra i due gruppi erano G (organizzare il lavoro) e I (riposo regolare).

La spiegazione di questa osservazione poteva essere riconducibile in parte all'evidenza che i pazienti già al baseline registravano una delle più alte percentuali di aderenza corretta sia per l'item G (10 su 31 pazienti = circa 33%) che per l'item I (8 su 31 pazienti = circa 25%) e che probabilmente questi item necessitano di un intervento educativo più duraturo.

Questi risultati sono in accordo con precedenti studi che hanno dimostrato come nell'educazione del paziente con AR l'aderenza può migliorare mentre non è modificato significativamente lo stato di salute (19, 20).

In conclusione questo studio a breve termine evidenzia che l'educazione del paziente, attraverso la presa di coscienza della malattia, l'economia articolare, l'educazione gestuale e l'home training, permette di aumentare la percentuale di pazienti che, in rapporto alla disabilità causata dall'AR, sono in grado di espletare correttamente le normali attività della vita quotidiana. Pertanto l'intervento educativo rappresenta un approccio che deve essere considerato anche nei malati che rispondono adeguatamente a un trattamento farmacologico che prevede l'impiego dei farmaci bloccanti il TNF-alfa.

**RIASSUNTO**

Questo studio aperto controllato ha analizzato l'efficacia degli interventi educazionali in 31 pazienti con AR, trattati con farmaci anti-TNF-alfa. È stata valutata l'aderenza a 11 item, selezionati in rapporto alle attività di vita quotidiana che maggiormente possono essere compromesse nell'AR.

Dopo 12 settimane, un incremento significativo della percentuale di malati che aderiva correttamente alla maggior parte degli item considerati, era evidenziabile nel gruppo inserito nel programma di TO sia rispetto al baseline che al gruppo controllo.

Pertanto l'intervento educazionale rappresenta un approccio che deve essere considerato anche nei malati che rispondono adeguatamente a un trattamento con farmaci anti-TNF-alfa.

**Key words** - Terapia occupazionale, artrite reumatoide, farmaci anti-TNF-alfa.

**Parole chiave** - Occupational therapy, rheumatoid arthritis, anti TNF-alpha drugs.

**BIBLIOGRAFIA**

- Vliet Vlieland TPM. Rehabilitation of people with rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17: 847-61.
- Arioli G, Sala R, Manfredini M. Il progetto riabilitativo nel paziente con artrite reumatoide. In: Cazzola M, Sarzi-Puttini. La riabilitazione del paziente affetto da artrite reumatoide. Fidenza: Mattioli 1885, 2004; 13: 173-208.
- Dovigo L, Locaputo A, Castellino G, Penna N. Economia articolare e terapia occupazionale. In: La riabilitazione del paziente affetto da artrite reumatoide. In: Cazzola M, Sarzi-Puttini. La riabilitazione del paziente affetto da artrite reumatoide. Fidenza: Mattioli 1885, 2004; 18: 275-91.
- Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Sarzi-Puttini A, Boccalandro E, Lubrano E. L'educazione del paziente affetto da artrite reumatoide. In: Cazzola M, Sarzi-Puttini. La riabilitazione del paziente affetto da artrite reumatoide. Fidenza: Mattioli 1885, 2004; 14: 209-37.
- Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD003688.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, von Schardenburg D, van Kuyk MH, Van der Ende CHM. Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 672-85.
- Warsi A, La Valley MP, Wang PS, Avorn J, Solomon DH. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 2207-13.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries GF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- Fries JF, Spitz P, Kraines RG. Health Assessment Questionnaire (HAQ). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-45.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS36-item short form health survey (SF-36), 1. Conceptual Frame-work and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
- Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieverson P, et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med* 1968; 37: 393-406.
- Prevo ML, van't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 44-8.
- Occupational Therapy Clinical Guidelines for Rheumatology. In: [www.cot.co.uk](http://www.cot.co.uk)
- Helewa A, Goldsmith CH, Lee P, Bombardier C, Hanes B, Smythe HA, et al. Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *Lancet* 1991; 337: 1453-6.
- Hammond A, Lincoln N, Sutcliffe L. A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 19-32.
- Neuberger GB, Smith KV, Black SO, Hassanein R. Promoting self-care in clients with arthritis. *Arthritis Care Res* 1993; 6: 141-8.
- Uhlig T, Smedstad LM, Vaglum P, Maum T, Gerard N, Kvien TK. The course of rheumatoid arthritis and predictors of psychological, physical and radiographic outcome after 5 years follow-up. *Rheumatology* 2000; 39: 732-41.
- Hammond A, Young A, Kidao R. A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:23-30.
- Freeman K, Hammond A, Lincoln NB. Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Clin Rehabil* 2002; 16: 828-36.
- Brus HLM, van der Laar MAFJ, Taal E, Rasker JH, Wiegman O. Effects of patient education on compliance with basic treatment regimens and health in recent onset active rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 146-51.