



**Università degli studi di Genova
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**MASTER IN RIABILITAZIONE DEI DISORDINI
MUSCOLOSCHIELETRICI**

in collaborazione con libera Università di Bruxelles

**"EDUCAZIONE DEL PAZIENTE NEL
TRATTAMENTO DEI DISTURBI
DEGENERATIVI DI GINOCCHIO E
ANCA: REVIEW SU PROTOCOLLI E
SUSSIDI"**

REFERENTE:
Ansaldi Riccardo

TESI DI:
Preteni Enrico

Anno accademico 2008/2009

INDICE

ABSTRACT.....	3
INTRODUZIONE.....	4
MATERIALI E METODI.....	8
RISULTATI	9
DISCUSSIONE.....	22
CONCLUSIONI.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

ABSTRACT

Obiettivi:

Lo scopo di questa Review è quello di selezionare gli studi più recenti che trattano dell'educazione del paziente e dell'auto-trattamento delle patologie degenerative delle articolazioni di ginocchio e anca.

Questi studi verranno presi in esame e confrontati fra di loro per provare a vedere se è possibile agire sulle problematiche portate da queste patologie nei vari aspetti della vita di una persona (dolore, ADL, e soprattutto qualità della vita in generale) inoltre verranno analizzate anche delle linee guida per cercare di vedere se le suddette metodologie vengono consigliate o meno nella presa in carico di pazienti con queste determinate patologie.

Metodi:

la ricerca si è svolta su 4 database (PEDro, Medline, Science Direct, Google Scholar) e sono stati selezionate RCT, revisioni sistematiche saggi e linee guida sull'argomento in questione a partire dal 2000 fino ad oggi.

Risultati:

sono state selezionate 3 revisioni sistematiche, 5 RCT, 5 linee guida e 3 saggi sull'educazione del paziente con OA e sull'uso di programmi di auto trattamento per pazienti con OA di anca e ginocchio che rispondevano ai criteri di inclusione prestabiliti.

In questi studi sono stati presi in considerazione gli effetti che può portare il trattamento dell'OA attraverso l'educazione e altri tipi di trattamento.

Conclusioni:

i trattamenti comprensivi del educazione funzionale del paziente e i programmi di auto trattamento fanno parte di un ottima strategia utile a contrastare i problemi portati da una malattia invalidante e degenerativa come l'OA.

INTRODUZIONE

Definizione dei disturbi degenerativi delle articolazioni

I disturbi degenerativi delle articolazioni sono dovuti ad un deterioramento o un' "usura articolare" della cartilagine (superficie articolare) di solito accompagnata da una crescita eccessiva di tessuto osseo (osteofiti), che portano ad un restringimento dello spazio articolare, sclerosi o l'indurimento delle ossa nella superficie articolare e quindi ad una deformità della stessa articolazione in toto.

Sicuramente il più diffuso di questi disturbi degenerativi è l'osteoartrite.

Questa di solito non è associata a infiammazione, anche se il gonfiore è un sintomo che si verifica molto di frequente nella patologia. Altre forme di artrite (ad esempio la reumatoide, quella post-traumatica, e altre dovute a disordini infiammatori) spesso possono avere l'OA come fase finale, rendendo difficile la differenziazione[9].

Strategie di trattamento

L'OA non è una malattia mortale, ma è una condizione che non regredisce, con sintomi dolorosi e disabilità fisiche che possono persistere per lunghi periodi di tempo e nella quale lo stato clinico e funzionale sembra peggiorare gradualmente nel tempo[11]

Le migliori strategie per fronteggiare l'artrosi sono sicuramente quelle che hanno come obiettivo il controllo del dolore in modo da impedirgli di diventare fortemente invalidante, come succederebbe se invece fosse trascurata.

In ogni caso la prevenzione è il metodo più efficace per difendersi da questa patologia (fatti salvi i casi più gravi in cui lo specialista valuterà una opportuna terapia medica piuttosto che la necessità di effettuare un intervento chirurgico correttivo).

Quando si parla di prevenzione, si parla di lavoro di movimento, elemento necessario per il corretto funzionamento delle articolazioni e di tutto il corpo in generale.

L'attività motoria dovrà essere ritagliata "su misura", dovrà essere corretta e specifica, al pari della terapia fisica che si intende associarvi.

E' grazie ad una corretta valutazione che sarà possibile stendere un protocollo terapeutico specifico ed efficace comprensivo di obiettivi sia a breve (riduzione del dolore e della flogosi) che a lungo termine (impedire l'evoluzione della patologia).

Utile alla prevenzione, sono anche una corretta ed equilibrata dieta che controlli il peso corporeo e apporti all'organismo i fattori nutritivi più idonei[7, 13, 19].

Ci sono varie revisioni sistematiche, linee guida e anche diversi trials che si esprimono sul tema del trattamento non farmacologico dell'OA di ginocchio e anca[12, 17, 21].

Da queste possiamo capire che gli ambiti presi in considerazione sono diversi in quanto la gestione della patologia necessita di un approccio multifattoriale.

Nonostante i vari vantaggi, a lungo termine però, l'adesione a sistemi di esercizio è deludente, e se da parte del paziente non c'è una certa costanza gli effetti benefici declinano nel tempo e infine scompaiono.

Il livello di attività fisica negli adulti più anziani è basso, e questo è ulteriormente ridotto dal dolore e dalla paura connessa al movimento nelle persone con OA [24, 25].

Infatti, c'è una cultura nella quale vi è una risposta condizionata al dolore che incoraggia al riposo, che è inadeguato per la maggior parte delle persone con questo problema.

Allora come possiamo incoraggiare dei pazienti con OA ad aumentare il loro livello di attività fisica?

Il metodo forse migliore è sicuramente quello che riguarda l'educazione del paziente sulla patologia e sulle modalità di auto trattamento.

Una gestione efficace di OA quindi richiede l'autogestione della malattia. I programmi di istruzione del paziente mirano ad impartire conoscenze e competenze ai singoli in modo che possano gestire meglio la propria patologia.

Sono varie le metodologie che negli anni hanno sfruttato questo tipo di terapie.

Una di queste è l'uso di programmi di auto trattamento; questi oltre che ad informare adeguatamente il paziente sulla sua patologia fanno sì che si formi in lui lo stimolo a gestire autonomamente il problema cercando di fargli cambiare il proprio comportamento nel rispetto della salute migliorando di conseguenza lo stato di quest'ultima.

Un programma ampiamente riconosciuto è l'Arthritis Self-Management Program (ASMP), sviluppato presso l'Università di Stanford Centro medico nei primi anni 1980 da Lorig e colleghi[2].

Il programma affronta la gestione del dolore, i comportamenti sani, la comunicazione con medici e le informazioni sulle malattie specifiche [2]. Un aspetto importante del programma è l'unione di individui in una simile situazione per un sostegno reciproco e promuovere un senso di auto-efficacia.

Un altro metodo utilizzato è quello di fornire ai pazienti degli opuscoli illustrativi che in modo semplice e chiaro gli comunicano tutte le informazioni necessarie senza di volta in volta andare dal medico se non in caso di bisogni importanti.

Uno di questi ad esempio è il "the hip and knee book"[23], i consigli che vi sono contenuti si basano sulle più recenti ricerche mediche ed inoltre è stato sviluppato con l'aiuto delle persone direttamente interessate dalla patologia.

L'opuscolo è scritto in modo informale, è facile da usare e fornisce consulenze immediate e sempre disponibili sulla malattia e su come affrontarla. Esse non riguardano solo il modo di gestire l'artrosi, ma illustrano anche che cos'è, che cosa la causa, e come può essere diagnosticata.

Questi opuscoli nonostante siano adeguatamente illustrati e corredati da foto contengono la maggior parte delle informazioni sotto forma di scrittura.

Mentre questo è opportuno e accessibile per i pazienti con una buona alfabetizzazione e livello di istruzione, può non essere così buono per quelli con un grado di alfabetizzazione più basso.

Una recente innovazione alla ARC (Arthritis Research Campaign) è stata la produzione di alcune mappe mentali basate sui classici opuscoli informativi. Il concetto di mind mapping è una tecnica sviluppata da Buzan et al. [30] in cui vengono presentate schematicamente le informazioni usando parole chiave e immagini che ruotano intorno all'argomento al centro della mappa in modo da rendere più comprensibile possibile il concetto rendendolo quindi accessibile per i lettori meno abili.

L'autogestione e l'educazione al trattamento sono degli interventi di assistenza primaria e quindi anche delle componenti importanti della gestione di un certo numero di condizioni croniche comprese l'artrite, infatti oltre ai vantaggi sopra citati riescono anche a:

- migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie;
- incrementare il controllo delle condizioni cliniche dei malati ottenendo una **riduzione delle complicanze**, una maggiore adesione al trattamento terapeutico e riabilitativo e la riduzione degli effetti indesiderati dei farmaci;

- promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza, migliorando **la qualità del servizio**, contenendo **la spesa** ed ottimizzando **i tempi di gestione** dell'assistenza sanitaria;
- sviluppare **un modello di organizzazione assistenziale centrato sul paziente** e sulla cooperazione tra quanti, a vario titolo (curanti, servizi sociali, volontariato) operano a favore del malato;

Lo scopo di questa Review è quello di selezionare gli studi più recenti che trattano dell'educazione del paziente e dell'auto-trattamento delle patologie degenerative delle articolazioni. Se ne osserveranno i risultati, verranno messi a confronto e inoltre saranno esaminate delle linee guida per vedere se questo tipo di metodologia viene consigliato o meno .

MATERIALI E METODI

· Criteri di inclusione

- Revisioni sistematiche, Clinical Trials Randomizzati, linee guida e saggi che mettono a confronto i diversi approcci al trattamento non farmacologico di pazienti adulti con diagnosi di OA dell'anca e del ginocchio.

Criteri di esclusione

- Studi che si riferiscono a pazienti che hanno subito interventi chirurgici come trattamento dell'OA
- Studi che si riferiscono a pazienti che sono stati sottoposti a trattamento esclusivamente farmacologico.

Parole chiave

- Osteoarthritis, knee, hip, physical therapy, exercise, manual therapy, patient education, DJD, guideline, management, non-pharmacological.

Strategia di ricerca

Il materiale esaminato è stato reperito utilizzando i seguenti database:

- PEDro – The Physiotherapist Evidence Database
- MEDLINE
- SCIENCE DIRECT
- GOOGLE SCHOLAR

La ricerca è stata eseguita imponendo come riferimento gli anni dal 2000 ad oggi.

RISULTATI

- PATIENT EDUCATION

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	POPOLAZIONE - N° DI STUDI	TIPO DI ANALISI	RISULTATI
Patient education in rheumatoid arthritis: the effectiveness of the ARC booklet and the mind map D. Walker/ Rheumatology 2007	RCT	363 partecipanti 175 Gruppo di studio (opuscolo e mind map) 188 Gruppo di controllo(solo uso di opuscolo)	Lo scopo di questo studio è quello di determinare l'efficacia dell'aggiunta delle mappe mentali a i classici opuscoli per l'educazione del paziente.	E' stato visto che le mappe mentali rendono pi ù comprensibile il documento si ottengono risultati migliori per quanto riguarda il controllo dell'ansia e della depressione e si riescono a mantenere questi vantaggi per periodi di tempo maggiore.

<p>Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability Asra Warsi/ARTHRITIS & RHEUMATISM (2003)</p>	<p>Review sistematica</p>	<p>17</p>	<p>Questa revisione è stata sviluppata con lo scopo di valutare l'effetto che hanno i programmi di educazione per i pazienti affetti da artrite sul dolore e sulla disabilità .</p>	<p>Lo studio suggerisce che i programmi di educazione e di autogestione portano come risultato piccole riduzioni del dolore e della disabilità .</p>
<p>Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS) Éric Vignon/Joint Bone Spine 73 (2006)</p>	<p>Review sistematica</p>	<p>30</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è quello di determinare quali attività di quattro settori ben precisi(vita quotidiana, esercitazioni, attività sportive e professionali) può essere raccomandato o deve essere sconsigliato al paziente affetto da OA del ginocchio o dell'anca.</p>	<p>Lo studio raccomanda che una buona raccolta anamnestica deve sempre essere parte della gestione del paziente OA (Grado B). Le attività legate al lavoro che producono dolore devono essere evitate (Grado B). I medici devono informare ed educare adeguatamente i pazienti con AO dei rischi che possono incorrere nello svolgere attività lesive per le articolazioni (Grado C).</p>

<p>OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis University of Edinburgh, Osteoarticular Research Group/ OsteoArthritis and Cartilage (2007)</p>	<p>Review sistematica</p> <p>Linee guida</p>	<p>25</p>	<p>Questo lavoro riporta i risultati della valutazione critica delle attuali linee guida di trattamento. Lo scopo di questo studio era di identificare le varie indicazioni attualmente disponibili, di valutarne la qualità e di utilizzarle per sviluppare delle nuove linee guida.</p>	<p>L'analisi delle varie revisioni e delle linee guida indica che l'educazione del paziente alla gestione della patologia è altamente raccomandata e che la qualità complessiva delle linee guida esistenti è sub-ottimale.</p>
<p>Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis François Rannou/Best Practice & Research Clinical Rheumatology 24 (2010)</p>	<p>Linee guida</p>	<p>-</p>	<p>Questo studio ha lo scopo di illustrare delle strategie (esercizio riabilitativo, dieta ed educazione del paziente) per affrontare il problema dell'osteoartrite di anca e ginocchio.</p>	<p>Per quanto riguarda l'educazione i trattamenti non farmacologici devono essere spiegati ai pazienti per migliorare l'aderenza al trattamento stesso.</p> <p>Questo è l'obiettivo principale dell'educazione del paziente, che prevede</p>

				varie forme e modi di essere somministrato.
Physical and Rehabilitative Approaches in Osteoarthritis Felicianantonio Di Domenica/ (2005) Elsevier Inc.	Saggio	-	Lo studio prende in considerazione ed esamina i vari approcci riabilitativi per la patologia di OA di ginocchi e anca.	Dallo studio sopraggiungono varie informazioni molto utili a comprendere come se informiamo adeguatamente il paziente nell'auto trattamento e nella propria educazione nei confronti della malattia riusciremo a far sì che la questa venga affrontata nel miglior modo possibile riducendo il senso di ansiet ò , incrementando la compliance con il trattamento tradizionale e migliorando il risultato funzionale delle proprie attivit ò .

- SELF MENAGEMENT

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	POPOLAZIONE (per gli rct) - N° DI STUDI (per le review)	TIPO DI ANALISI	RISULTATI - CONCLUSIONI
<p>Activity Increase Despite Arthritis (AIDA): design of a Phase II randomised controlled trial evaluating an active management booklet for hip and knee osteoarthritis</p> <p>Nefyn H Williams/ BioMed Central Ltd. (2009)</p>	<p>RCT</p>	<p>Verrà selezionato un campione casuale di 120 partecipanti:</p> <p>a 60 verrà dato il "The Hip and Knee book"</p> <p>ed hai restanti 60</p> <p>verrà dato un opuscolo di controllo</p>	<p>Questo articolo descrive la progettazione di uno studio di Fase II, randomizzato e controllato (RCT) per testare l'efficacia di questo nuovo opuscolo per i pazienti con osteoartrite di anca e di ginocchio.</p> <p>Dopo un mese verrà inviato un questionario per valutare sia il gruppo con l'opuscolo in esame che quello con l'opuscolo di controllo.</p>	<p>Le aspettative sull'opuscolo "The Hip and Knee book" sono di una riduzione delle inutili paure che sono responsabili dell'aumento del livello di disabilità nelle persone con AO. Viene ipotizzato che la lettura del nuovo opuscolo, porti a ridurre la loro paura nell'eseguire i movimenti, così da aumentare l'attività fisica che a sua volta ridurrà il dolore, la</p>

				rigidit à e la disabilit à e quindi si avr à un miglioramento generale dello stato di salute .
<p>Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis?</p> <p>Richard H Osborne/ BioMed Central Ltd. (2006)</p>	RCT	<p>600 partecipanti</p> <p>300 riceveranno ASMP(Arthritis Self-Management Program) e un libro sul self management.</p> <p>300 faranno parte di u gruppo di controllo che riceveranno il solo libro.</p>	<p>Questo studio è un RCT per determinare l'efficacia (in termini di qualit à di salute e di competenze di auto-gestione) per le persone con OA dell'anca o del ginocchio.</p> <p>Follow-up sar à a 6 settimane, 3 mesi e 12 mesi</p>	<p>Se lo studio dimostra che il ASMP è efficace, questo potr à essere preso in considerazione dai medici per la cura delle persone con OA.</p> <p>Al contrario, se il programma non risulter à efficace le risorse spese in questo settore potrebbero essere re-indirizzate ad altri interventi evidence-based.</p>
<p>A Disease-Specific Self-Help Program</p>	RCT	<p>374 partecipanti</p> <p>251 riceveranno</p>	<p>Questo studio confrontato l'efficacia relativa dei 2 programmi per gli</p>	<p>Entrambi i programmi hanno mostrato risultati positivi. L'ASMP specifico sembrava</p>

<p>Compared With a Generalized Chronic Disease Self-Help Program for Arthritis Patients Kate Lorig/ (2005) American College of Rheumatology</p>		<p>ASMP(Arthritis Self-Management Program)specifico per la patologia di OA.</p> <p>123 faranno parte di u gruppo di controllo che riceveranno un programma di auto gestione non specifico.</p>	<p>individui affetti da OA.</p>	<p>avere vantaggi rispetto a quello pi ù generico per i pazienti OA a 4 mesi. Questi vantaggi hanno avuto poi una leggera diminuzione al follow-up di 1 anno.</p>
<p>Effects of self-management, education and specific exercises, delivered by health professionals, in patients with osteoarthritis of the knee S Coleman/ BioMed Central Ltd. (2008)</p>	<p>RCT</p>	<p>146 partecipanti</p>	<p>I partecipanti saranno divisi casualmente in due gruppi, uno di controllo e uno sul quale verr ì somministrato il trattamento in studio. Il gruppo di studio si completer ì il programma per il ginocchio ed entrambi saranno</p>	<p>I risultati dello studio fornir ì elementi di prova a guidare i medici nella prescrizione dei trattamenti e il finanziamento degli stessi</p>

			seguiti per 6 mesi.	
<p>Impact of an arthritis self-management programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services</p> <p>Y.B. Yip/ Patient Education and Counseling 65 (2007)</p>	RCT	<p>182 partecipanti</p> <p>88 assegnati al gruppo di studio(Es. terapeutico + ASMP)</p> <p>94 assegnati al gruppo di controllo (Es. terapeutico)</p>	<p>Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare se il trattamento con esercizi terapeutici per pazienti con AO di ginocchio fosse migliore con l'aggiunte di un ASMP(Arthritis Self-Management Program) .</p> <p>Lo studio ha avuto una durata di 6 settimane.</p>	<p>A 16 settimane, ci sono state significative variazioni per quanto riguarda quattro aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) riduzione del dolore dell'affaticamento e 2) una maggiore durata nella pratica di esercizi leggeri 3)Aumento della flessione del ginocchio. 4)La capacità di svolgere le ADL <p>Entrambi i gruppi a quanto pare non hanno avuto cambiamenti nella forza muscolare.</p>

<p>OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis University of Edinburgh, Osteoarticular Research Group/ OsteoArthritis and Cartilage (2007)</p>	<p>Review sistematica</p> <p>Linee guida</p>	<p>25</p>	<p>Questo lavoro riporta i risultati della valutazione critica delle attuali linee guida di trattamento. Lo scopo di questo studio era di identificare le varie indicazioni attualmente disponibili, di valutarne la qualità e di utilizzarle per sviluppare delle nuove linee guida.</p>	<p>L'analisi delle varie revisioni e delle linee guida indica che l'autogestione da parte del paziente nella gestione della patologia è raccomandata purchè sia preceduta da un'attenta educazione.</p>
<p>Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee C. Brand and S. Cox/Internal Medicine Journal (2006)</p>	<p>Review sistematica</p> <p>Linee guida</p>	<p>6</p>	<p>Questo studio ha lo scopo di sviluppare strumenti integrativi per sostenere l'attuazione delle raccomandazioni sulla gestione non chirurgica dell'artrosi (OA) dell'anca e del ginocchio e di individuare gli</p>	<p>Le revisioni sistematiche hanno dimostrato che i programmi di autogestione e di formazione danno come risultato piccole riduzioni del dolore e della disabilità. La raccomandazione è quindi di usare i programmi di educazione del paziente e</p>

			ostacoli la loro effettiva attuazione.	di auto-gestione e quindi di essere inclusi nel piano di gestione del paziente.
<p>The role of self-management in designing care for people with osteoarthritis of the hip and knee Caroline A Brand/MJA (2008);</p>	Saggio	-	<p>In questo articolo si discute dei bisogni delle persone con osteoartrosi dell'anca e del ginocchio, le attuali lacune nel soddisfare queste esigenze, il ruolo del self-management e di fornire motivazioni per il sostegno nell'auto-gestione all'interno di un più ampio modello di gestione delle malattie croniche.</p>	<p>L'autore definisce i programmi volti a sostenere l'autogestione del paziente, come "partecipazione attiva da parte delle persone nei confronti della propria salute e cura inoltre La portata comparativa, l'applicabilità e l'economicità dei diversi programmi di autogestione per l'osteoartrosi è sconosciuta.</p>
<p>Osteoarthritis: rational approach to treating the individual Peter Junni/(2006) Elsevier Ltd.</p>	Saggio		<p>Questo capitolo discutere su vari metodi di trattamento dell'OA esaminandone le varie caratteristiche. Tra queste</p>	<p>La maggior parte dei trattamenti per l'OA è controllata dagli stessi pazienti attraverso il self-management.</p>

			troviamo anche l'uso dei programmi di auto trattamento.	Molte persone non cercano aiuto dal medico , o se lo fanno, cercano consigli e rassicurazione da visite isolate. Ci è significa che la fornitura di informazioni, l'istruzione e il sostegno sociale forniti da professionisti (sia in visita faccia a faccia, attraverso i media e altrove) sembra essere importante, soprattutto per quanto riguarda l'OA .
--	--	--	---	---

• **ALTRI TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	POPOLAZIONE - N° DI STUDI	TIPO DI ANALISI	RISULTATI
<p>OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis University of Edinburgh, Osteoarticular Research Group/ OsteoArthritis and Cartilage (2007)</p>	<p>Review sistematica Linee guida</p>	<p>14</p>	<p>Questo lavoro riporta i risultati della valutazione critica delle attuali linee guida di trattamento. Lo scopo di questo studio era di identificare le varie indicazioni attualmente disponibili, di valutarne la qualità e di utilizzarle per sviluppare delle nuove linee guida.</p>	<p>Tra le altre modalità di trattamento è stato fortemente consigliato, da tutti i membri (con una raccomandazione di base in 13/14 linee guida esistenti) della linea guida, di perdere peso o cercare di mantenerlo a un livello più basso nei pazienti in sovrappeso con OA dell'arto inferiore.</p>
<p>Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis François Rannou/Best Practice & Research Clinical Rheumatology 24 (2010)</p>	<p>Linee guida</p>	<p>-</p>	<p>Questo studio ha lo scopo di illustrare delle strategie (esercizio riabilitativo, dieta ed educazione del paziente) per affrontare il problema</p>	<p>Lo studio riferisce che l'obesità è un fattore di rischio per l'insorgenza e la progressione di OA al ginocchio, e riducendo il</p>

			dell'osteoartrite di anca e ginocchio.	peso si può alleviare la disabilità. In OA dell'anca invece, l'influenza dell'obesità è meno importante.
Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee Marc C./ Arth Rheum 2000	Linee guida	-	Questo studio ha lo scopo di illustrare delle strategie (esercizio riabilitativo, dieta ed educazione del paziente) per affrontare il problema dell'osteoartrite di anca e ginocchio.	Nello studio sono raccolti una serie di consigli. Sulle varie strategie per affrontare la patologia di OA nel ginocchio e nell'anca.

DISCUSSIONI

Ad oggi, non è stata identificata nessuna cura e non esiste alcuna terapia definitiva per l'OA.

A seconda della gravità possiamo andare ad intervenire in un determinato modo; l'intervento chirurgico è visto da molti come l'unica soluzione, questa però non è sempre la giusta strategia in quanto è utile solo per un numero relativamente piccolo di persone con OA in stadi avanzati e che presentano gravi sintomi[20].

Nei casi in cui il paziente presenta dolore, gonfiore, limitazione di movimento, debolezza muscolare, instabilità posturale o dell'andatura, ci troviamo nella fase medio bassa della patologia infatti queste sono le menomazioni fisiche associate all'OA. È interessante notare che le persone sedentarie senza artrite hanno molte di questi stessi problemi, il che suggerisce che l'inattività fisica svolge un ruolo importante nei sintomi e nei segni associati all'OA. Un potenziale ostacolo nel raccomandare una regolare attività fisica per pazienti con OA è la convinzione che l'esercizio fisico, aggravava i sintomi articolari. I risultati di varie RCT e Review, tuttavia, indicano che una maggiore attività fisica non produce o aumenta i sintomi della patologia ma, di fatto, attribuisce notevoli Benefici per la salute [4,15, 19, 26].

Come è stato visto però l'esercizio fisico non è l'unica forma efficace di trattamento [26].

Infatti se a quest'ultimo si sommano dei programmi di auto trattamento e comunque si esegue un'accurata educazione del paziente si riescono ad ottenere dei risultati sicuramente migliori[3, 6] Esistono varie metodologie che possono essere veicolate con diverse modalità .

Il metodo migliore per fornire una giusta educazione è attraverso l'uso degli opuscoli informativi.

Appare chiaro che migliore è la forma con cui sono strutturati e maggiore saranno i benefici che porteranno, addirittura come possiamo vedere dallo studio di D. Walker[29] se insieme agli opuscoli vengono somministrate anche delle mappe mentali che rendono più comprensibile il documento si ottengono risultati migliori per quanto riguarda il controllo dell'ansia e della depressione e si riescono a mantenere questi vantaggi per periodi di tempo maggiore.

Secondo Nefyn H. Williams[1] confrontando l'opuscolo specifico "The Hip and Knee book" con un opuscolo generico sull'OA, risulta che se si usano strumenti pi ù specifici e mirati alla patologia ci si aspettano risultati migliori in quanto si riescono a dare delle informazioni pi ù precise e adeguate alle necessit à del paziente.

Se poi a questi opuscoli aggiungiamo dei programmi di auto trattamento il risultato diventa ancora migliore portando ancora maggiori effetti positivi [2].

Infatti un'altra categoria di strumenti è composta dai programmi di auto trattamento.

Questi sono strumenti che permettono a del personale specializzato di addestrare i pazienti all'auto gestione del loro problema.

Facendo ci ò dagli studi esaminati abbiamo riscontrato che si favoriscono determinati vantaggi:

- un impegno in attivit à che promuovono la salute e la costruzione di riserve fisiologiche che prevengono le conseguenze negative [14];
- un'adeguata interazione con il personale sanitario e la conseguente aderenza ai trattamenti raccomandati rendendone pi ù facile l'esecuzione e il portarlo a termine[7, 21];
- il monitoraggio dello stato fisico ed emotivo e rendendo le decisioni di gestione del caso, pi ù semplici sulla base dei risultati di auto-monitoraggio e fanno sì che la gestione degli effetti della malattia siano accolti in maniera pi ù serena [11];
- accrescono l'autostima, le relazioni con gli altri e la capacit à di adempiere in ruoli importanti[11].
- è stato visto che attraverso queste tecniche si riesce a ridurre il dolore e la disabilit à associati ad OA[5, 19, 22].

Anche tra questi programmi risultano esserci delle differenze infatti confrontandoli tra di loro risultano pi ù efficaci i trattamenti che sono mirati alla patologia in quanto riescono ad intervenire molto pi ù specificatamente sul problema agendo sui disturbi specifici del paziente del paziente ed escludono le comorbidit à delle altre patologie degenerative[27].

Per far sì che sia ottenuta una buona educazione del paziente è importante portare a termine un'accurata anamnesi e fare in modo che da parte dei medici vengano date le giuste informazioni sulla patologia e sulla sua gestione. Inoltre le attività legate al lavoro che producono dolore devono essere evitate per evitare di avere un sovraccarico delle strutture (Grado B). una buona educazione deve partire anche dai medici che dovrebbero informare ed educare adeguatamente i pazienti con OA dei rischi che possono incorrere nello svolgere attività lesive per le articolazioni (Grado C)[16].

Inoltre da studi epidemiologici è stato dimostrato che una buona educazione anche sul controllo del peso è molto importante in quanto l'obesità è associata ad un aumento della prevalenza di OA dell'anca e del ginocchio [7, 15, 19].

Dalle conclusioni di alcuni studi [11, 18] in contemporanea agli effetti positivi vengono fuori delle barriere, degli ostacoli a cui si va incontro utilizzando questi tipi di sistemi di trattamento.

Infatti si sente la necessità di creare un adeguato sistema di supporti dei dati in quanto ad ora c'è la mancanza e ciò fa sì che ci siano delle incongruenze nella raccolta delle informazioni che si traducono nell'esecuzione di un servizio poco preciso e quindi poco utile al paziente.

Inoltre da un recente studio a Glasgow [31] è emerso che uno su sei dei loro pazienti con artrite reumatoide è risultato essere analfabeta. Con una tipologia di pazienti di questo genere le attuali tecniche di educazione risultano inefficaci in quanto hanno come requisito fondamentale di riuscita un certo grado di scolarizzazione che pur essendo minimo richiede almeno di saper leggere[2, 29]

Un'altra problematica è sicuramente la scarsa evidenza sull'argomento infatti sono pochi gli studi che se ne occupano e ciò fa sì che se ne rallenti sia il processo di aggiornamento che l'effettiva usabilità da parte dei diretti interessati.

CONCLUSIONI

Le malattie degenerative delle articolazioni e tra queste l'OA sono una delle principali cause di dolore e disabilità nella popolazione generale e soprattutto tra gli anziani[26].

Molti hanno un decorso della malattia relativamente poco grave e se ne occupano autonomamente. Tuttavia, gli operatori sanitari sono spesso chiamati a contribuire ad alleviare il disagio che viene arrecato da questa patologia articolare.

Concludendo possiamo dire che i trattamenti comprendenti l'educazione funzionale del paziente ed il suo addestramento ad un auto trattamento fanno parte di un ottima strategia utile a contrastare i problemi portati da una malattia invalidante e degenerativa come quelle che colpiscono le articolazioni di ginocchio e anca per questo sarebbe importante da parte degli studiosi investire risorse sullo sviluppo di queste metodologie in modo di renderle ancora migliori e fruibili con più facilità anche da quelle persone che non hanno un grado di scolarizzazione elevato o addirittura sono analfabete.

BIBLIOGRAFIA

1. **Activity Increase Despite Arthritis (AIDA): design of a Phase II randomised controlled trial evaluating an active management booklet for hip and knee osteoarthritis.** Williams NH, Amoakwa E, Burton K, Hendry M, Belcher J, Lewis R, Hood K, Jones J, Bennett P, Edwards RT, Neal RD, Andrew G, Wilkinson C. *BMC Fam Pract.* 2009 Sep 4;10:62.
2. **Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis?** Osborne RH, Buchbinder R, Ackerman IN. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006 Nov 30;7:90.
3. **Effects of self-management, education and specific exercises, delivered by health professionals, in patients with osteoarthritis of the knee.** Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderjeeth C, Cook N, McQuade J. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008 Oct 2;9:133.
4. **The effect of a manual therapy knee protocol on osteoarthritic knee pain: a randomised controlled trial.** Pollard H, Ward G, Hoskins W, Hardy K. *J Can Chiropr Assoc.* 2008 Dec;52(4):229-42.
5. **Effects of patient education on compliance with basic treatment regimens and health in recent onset active rheumatoid arthritis.** Brus HL, van de Laar MA, Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. *Ann Rheum Dis.* 1998 Mar;57(3):146-51.
6. **Impact of an Arthritis Self-Management Programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services: An experimental study.** Yip YB, Sit JW, Fung KK, Wong DY, Chong SY, Chung LH, Ng TP. *Patient Educ Couns.* 2007 Jan;65(1):113-21. Epub 2006 Sep 27.
7. **Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis.** Rannou F, Poiraudreau S. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010 Feb;24(1):93-106.
8. **Osteoarthritis and joint pain.** Kidd BL. *Pain.* 2006 Jul;123(1-2):6-9. Epub 2006 May 22.
9. www.healthscout.com/ency/1/577/main.html
10. www.mdguidelines.com/osteoarthritis
11. **Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee.** Brand C, Cox S. *Intern Med J.* 2006 Mar;36(3):170-9.
12. **Translating evidence into practice for people with osteoarthritis of the hip and knee.** Brand C. *Clin Rheumatol.* 2007 Sep;26(9):1411-20. Epub 2007 May 5.
13. **OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence.** Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M, Dougados M, Hochberg M, Hunter DJ, Kwoh K, Lohmander LS, Tugwell P. *Osteoarthritis Cartilage.* 2007 Sep;15(9):981-1000. Epub 2007 Aug 27.
14. **OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines.** Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M, Dougados M, Hochberg M, Hunter DJ, Kwoh K, Lohmander LS, Tugwell P. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008 Feb;16(2):137-62.
15. **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.** Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD,

Croft P, Doherty M, Dougados M, Hochberg M, Hunter DJ, Kwoh K, Lohmander LS, Tugwell P. Osteoarthritis Cartilage. 2010 Apr;18(4):476-99. Epub 2010 Feb 11.

16. **Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS).** Vignon E, Valat JP, Rossignol M, Avouac B, Rozenberg S, Thoumie P, Avouac J, Nordin M, Hilliquin P. Joint Bone Spine. 2006 Jul;73(4):442-55. Epub 2006 May 6.
17. **Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial.** Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL, Ryder MG, Garber MB, Allison SC. Ann Intern Med. 2000 Feb 1;132(3):173-81.
18. **The role of self-management in designing care for people with osteoarthritis of the hip and knee.** Brand CA. Med J Aust. 2008 Nov 17;189(10 Suppl):S25-8.
19. **Guidelines for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee.** Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, Moskowitz RW, Schnitzer TJ. Arthritis Rheum. 2000 Nov;38(11):1535-40.
20. **Osteoarthritis: rational approach to treating the individual.** Jüni P, Reichenbach S, Dieppe P. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006 Aug;20(4):721-40.
21. **Physical and rehabilitative approaches in osteoarthritis.** Di Domenico F, Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Cappadonia C, Caserta A, Galletti R, Volontè L, Mele G. Semin Arthritis Rheum. 2005 Jun;34(6 Suppl 2):62-9.
22. **Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability.** Warsi A, LaValley MP, Wang PS, Avorn J, Solomon DH. Arthritis Rheum. 2003 Aug;48(8):2207-13.
23. www.tsoshop.co.uk/bookstore.asp?FO=1292346&ProductID=9780117039339&Action=Book
24. **Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis.** Heuts PHTG, Vlaeyen JWS, Roelofs J, de Bie RA, Aretz K, van Weel C, van Schayck OCP; Pain 2004, 110:228-235.
25. **Motivation to Exercise in Arthritis of the Knee: a qualitative study in primary care patients.** Hendry MA, Williams NH, Wilkinson C, Markland D, Maddison P; Family Practice 2006, 23:558-567.
26. **Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: consensus practice recommendations. A supplement to the AGS Clinical Practice Guidelines on the management of chronic pain in older adults.** American Geriatrics Society Panel on Exercise and Osteoarthritis. J Am Geriatr Soc. 2001 Jun;49(6):808-23.
27. **A Disease-Specific Self-Help Program Compared With a Generalized Chronic Disease Self-Help Program for Arthritis Patients** Kate Lorig, Philip L. Ritter, and Kathryn Plant Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 53, No. 6, December 15, 2005, pp 950–957 DOI 10.1002/art.21604
28. **L'esercizio riabilitativo può ridurre il dolore e la disabilità nell'Osteoartrosi del ginocchio e dell'anca?** R. Ansaldo 2004
29. **Patient education in rheumatoid arthritis: the effectiveness of the ARC booklet and the mind map** D. Walker, A. Adebajo, P. Heslop, J. Hill, J. Firth, P. Bishop and P. S. Helliwell. Rheumatology 2007;46:1593–1596
30. it.wikipedia.org/wiki/Mappa_mentale
31. **Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) score.** Gordon MM, Hampson R, Capell HA, Madhok R. Rheumatology (Oxford). 2002 Jul;41(7):750-4.