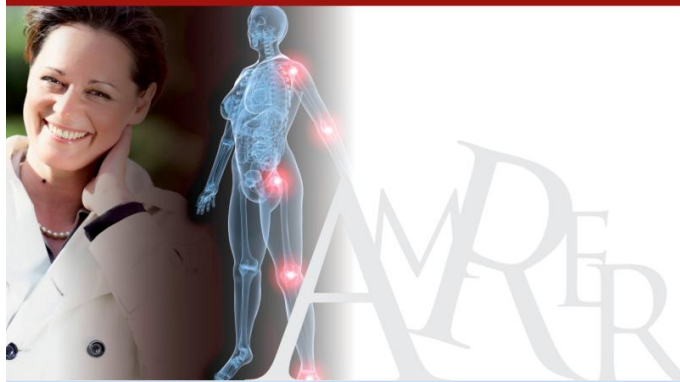


3° Focus sulla **SINDROME FIBROMIALGICA**
dal corretto riconoscimento
alla gestione ottimale della malattia



DOTT.SSA

SIMONA BOSI

U.O. Medicina Int.

Dir. Dott. L. Rasciti

Az. Ospedaliera

Santa Maria delle Croci Ravenna



SIMONA BOSI



**“Tutto quello che
avreste voluto sapere
sulla FIBROMIALGIA**

*** Ma non avete mai osato chiedere”**



**TUTTO QUELLO CHE AVRESTE VOLUTO SAPERE
SULLA FIBROMIALGIA.....
MA NON AVETE MAI OSATO CHIEDERE**



**...O MEGLIO, AVETE OSATO CHIEDERE,
MA NON C'È STATO IL TEMPO DI RISPONDERE!!!!**

COSA È LA FIBROMIALGIA?



FIBROMIALGIA (FM) SINDROME FIBROMIALGICA

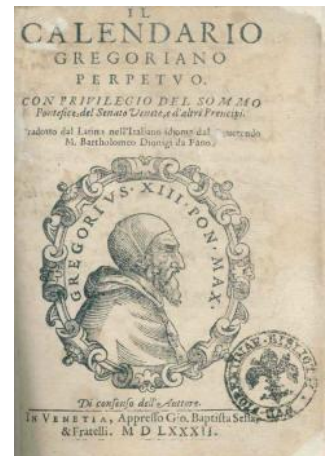


- ▶ **SOFFERENZA MUSCOLO-SCHELETRICA DIFFUSA CRONICA**
- ▶ **SINDROME DA SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE**
- ▶ **AUMENTATA ECCITABILITÀ DEI RECETTORI E DEI NEURONI DEL MIDOLLO SPINALE E DEL CERVELLO CON RIDUZIONE DELLA SOGLIA AL DOLORE**
- ▶ **CONSEGUENZA DI ECCESSIVA ATTIVAZIONE DEI SISTEMI DI DIFESA DELL'ORGANISMO DI FRONTE A RIPETUTE SITUAZIONI DI STRESS PSICO-FISICO**
- ▶ **SINTOMI DI ACCOMPAGNAMENTO EXTRA-ARTICOLARI**
- ▶ **INVALIDANTE**

Wessely S, Hotopf M. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol 1999

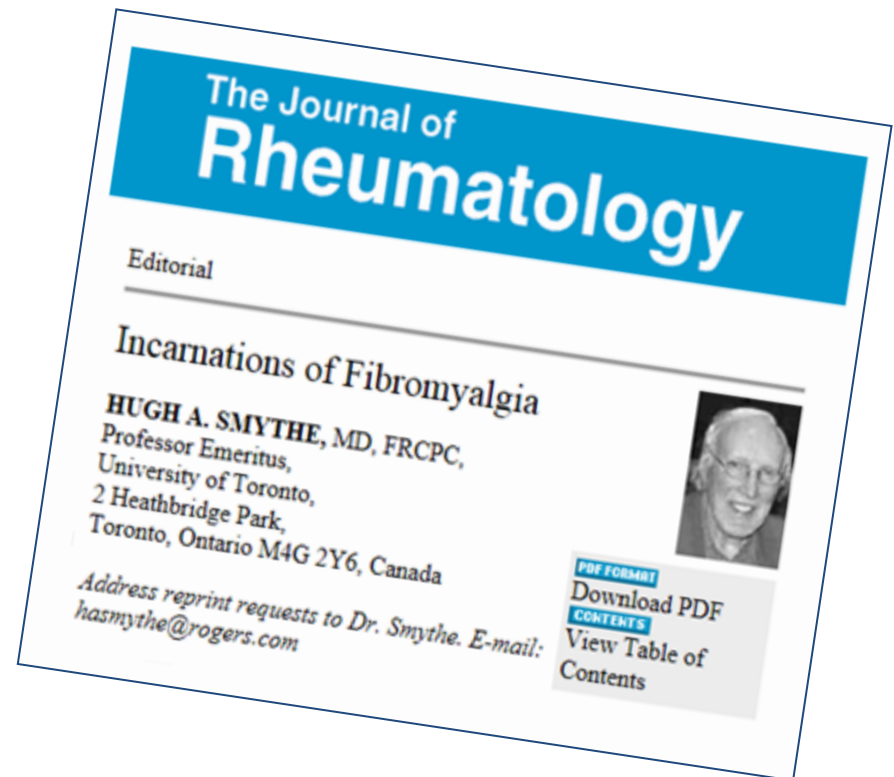
CENNI STORICI

- ▶ Descrizioni accurate del quadro clinico nella prima metà del 1800
- ▶ Callosità muscolari (1843)
- ▶ **Fibrosite** (1904)
- ▶ Miofibrosite
- ▶ Sindrome dolorosa miofasciale (1930)
- ▶ **Dal 1940 sfuma progressivamente l'ipotesi di una eziopatogenesi infiammatoria**
- ▶ **Reumatismo psicogeno**
- ▶ Reumatismo tensivo
- ▶ **Sindrome fibrositica** (Smythe e Moldofsky, 1976)



CENNI STORICI

- ▶ **MODERNO CONCETTO DI FIBROMIALGIA : SMYTHE E MOLDOFSKY**
NEL 1976 (= dolore diffuso e tender points)
- ▶ Criteri ACR nel **1990** (= tender points e dolore diffuso)
- ▶ Revisione criteri ACR nel **2010**
(maggior importanza ai sintomi extra-articolari)



CENNI STORICI

- ▶ **Dichiarazione di Chopenagen: L' ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ RICONOSCE LA FIBROMIALGIA (FM) COME MALATTIA NEL 1992**



- ▶ La FM viene classificata nel nomenclatore delle patologie con il **codice ICD-10 M.79.7** e figura tra le patologie muscolo-scheletriche e connettivali (« reumatismo non specificato »)
- ▶ **Cio' nonostante la FM non risulta ancora inserita nel Registro ufficiale delle malattie nell'Unione Europea, il che esclude i pazienti da una diagnosi formale.**

CENNI STORICI

- ▶ Nel **2008** il **PARLAMENTO EUROPEO** ha approvato una dichiarazione che dà mandato ai rappresentanti nazionali di **attivarsi** nei confronti dei Governi **a favore della sindrome fibromialgica**.

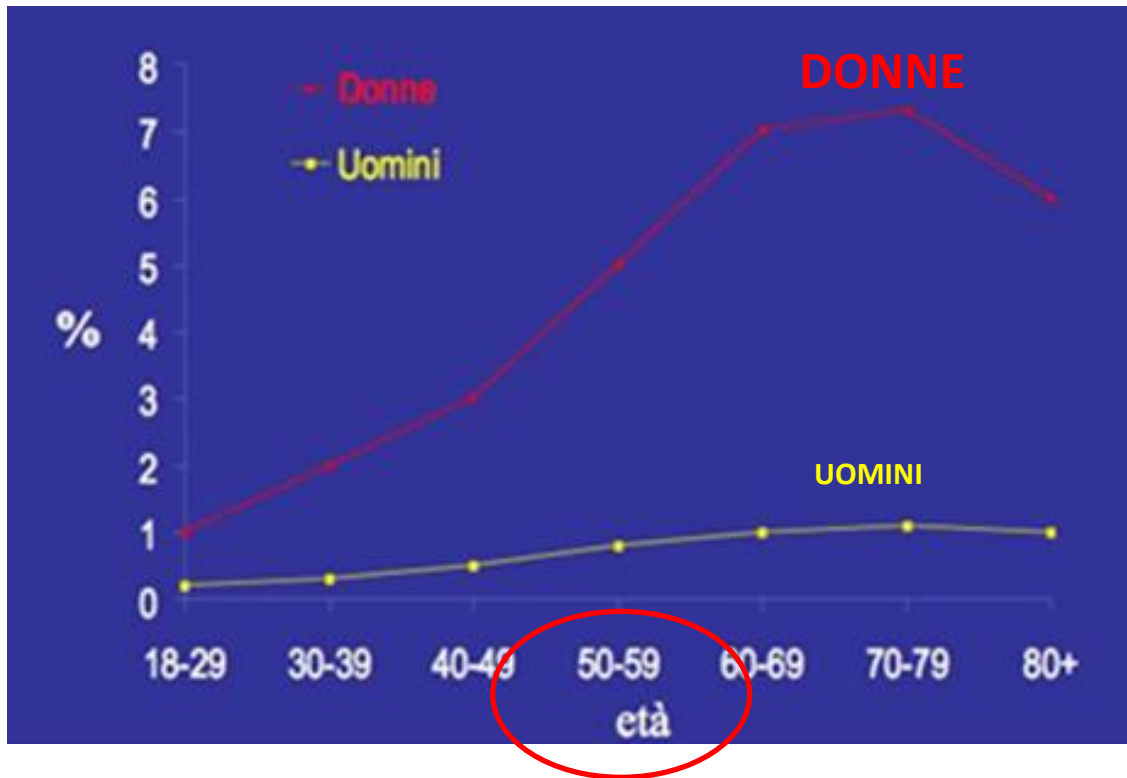


QUANTI NE SOFFRONO?



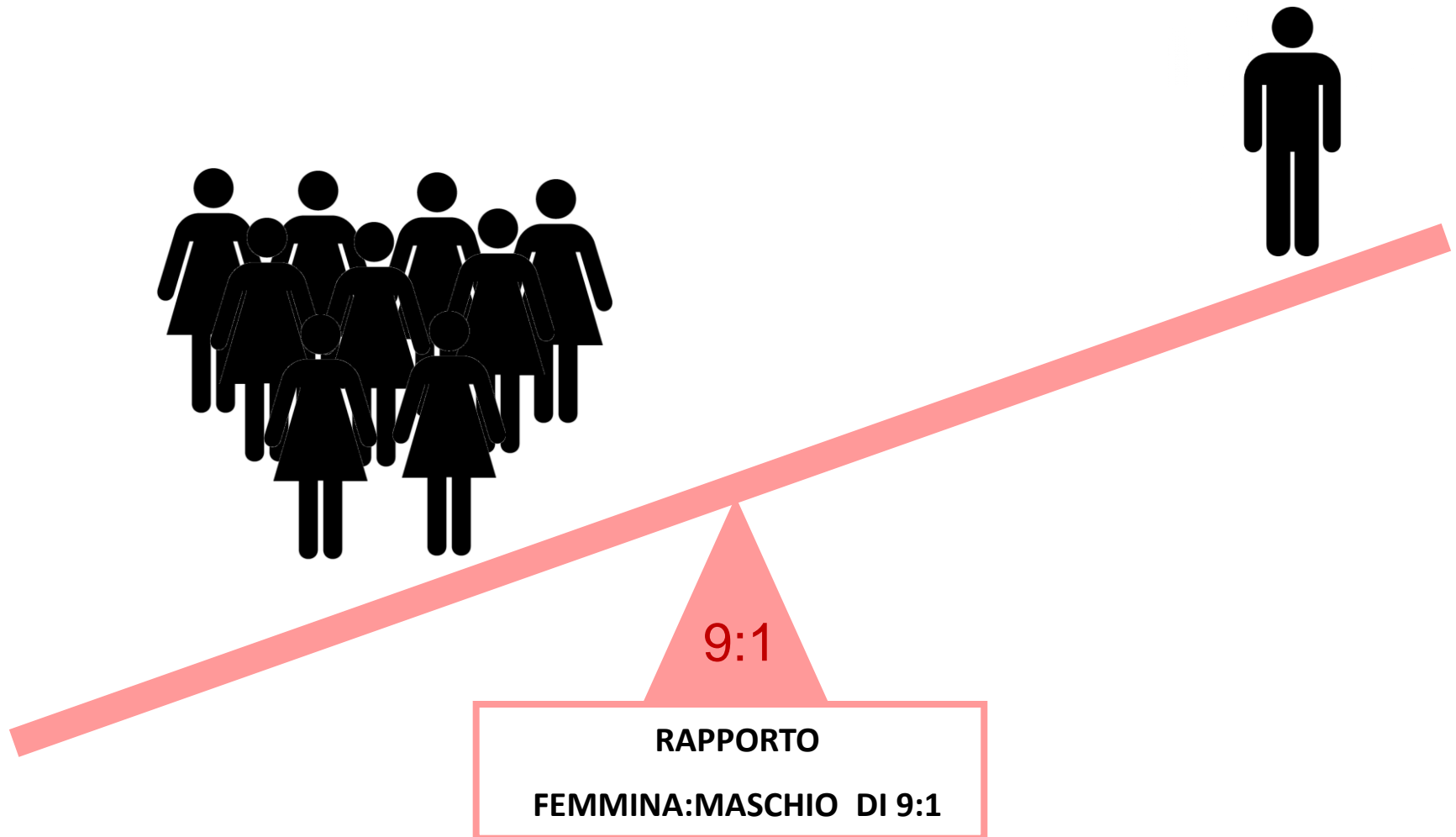
MALATTIA DIFFUSA

COLPISCE CIRCA 1.5-2 MILIONI DI ITALIANI



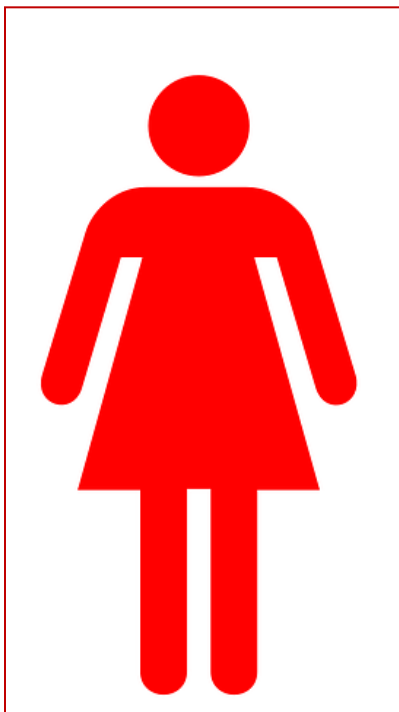
- ▶ Prevalenza tra il 2% ed il 10.5%
- ▶ Sottostimata
- ▶ Patologia che il reumatologo incontra di frequente in ambulatorio
- ▶ Colpisce in media età con incremento dopo i 50-59 anni

MAGGIOR INCIDENZA NEL SESSO FEMMINILE



FATTORI DI RISCHIO

IL MAGGIOR FATTORE DI RISCHIO PER LA FM è IL SESSO FEMMINILE



- ▶ Interazione tra fattori genetici, biologici, psicologici e socio culturali diversi nei due sessi
- ▶ **Corredo ormonale** diverso che influenza la percezione e la modulazione del dolore
- ▶ Nella donna minore rilascio di **oppioidi endogeni**
- ▶ **Vagina ed utero** come **porta di entrata** di agenti esterni che possono causare sensibilizzazione midollare dolorosa

FATTORI DI RISCHIO

- ▶ **Problemi famigliari o sociali**
- ▶ Trascorsi di “abusi”
- ▶ Difetto di autostima,
personalità depressa
passiva
- ▶ Lavoro manuale non gratificante
- ▶ Movimenti ripetitivi
- ▶ **Mantenimento di posture scorrette**

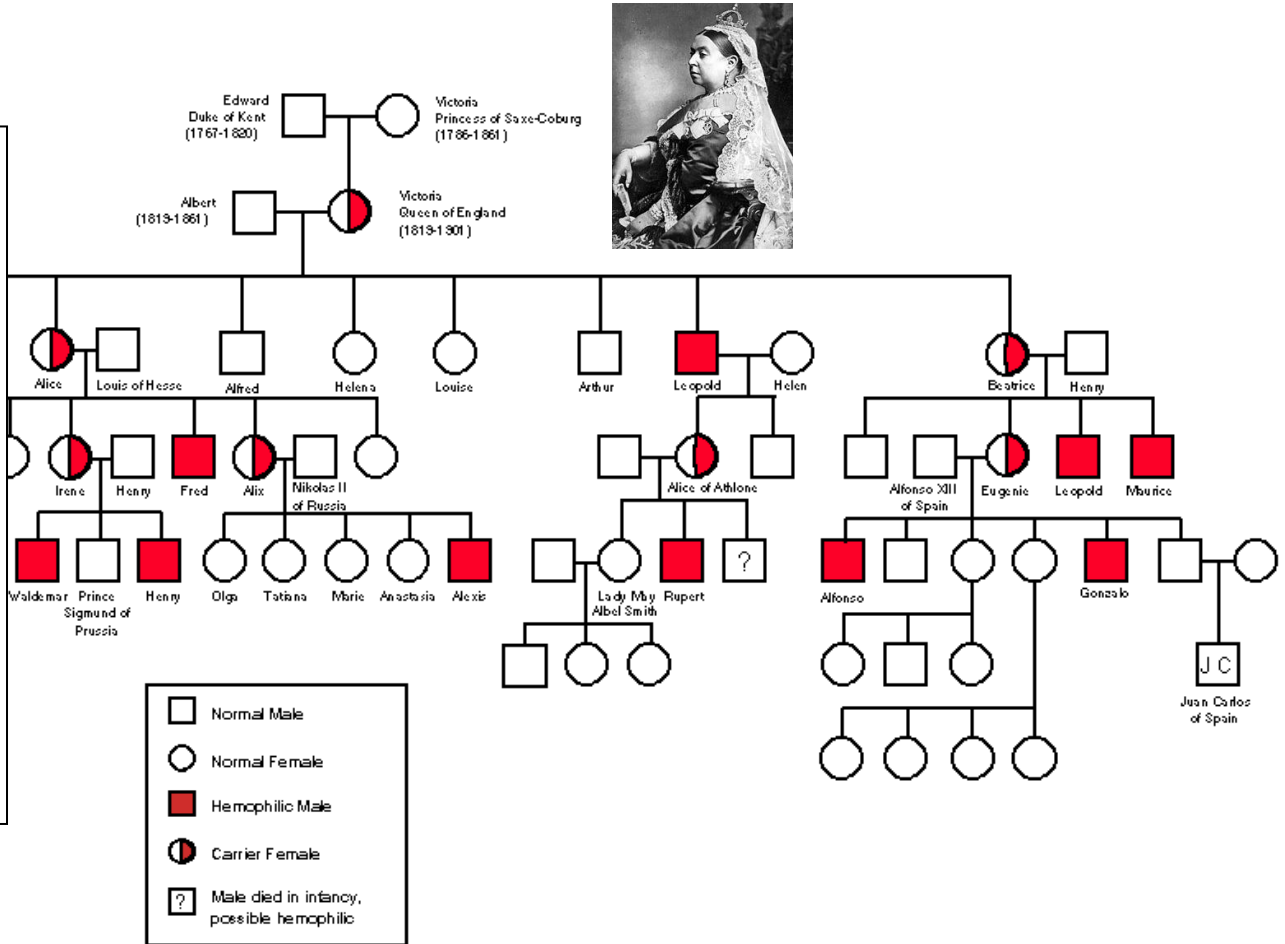
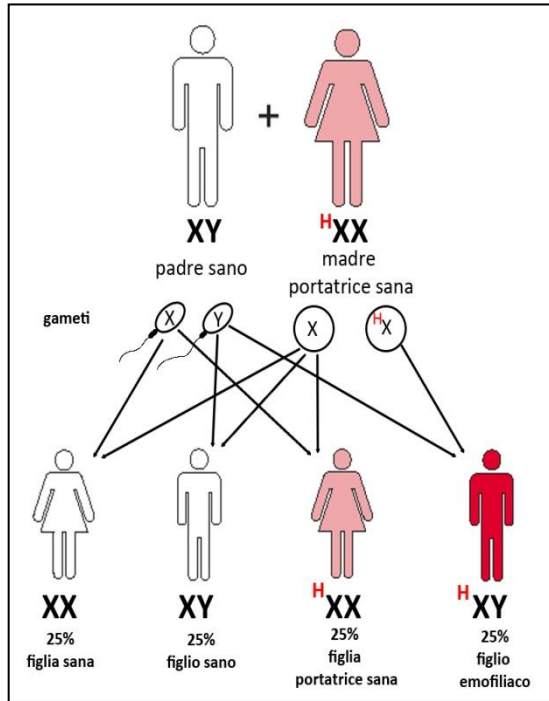


- ▶ **Fumo di sigaretta**
- ▶ **Alcolici**
- ▶ **Traumi pregressi**
- ▶ **Malattie croniche dolorose**

LA FIBROMIALGIA È EREDITARIA?



LA FM NON È UNA MALATTIA EREDITARIA

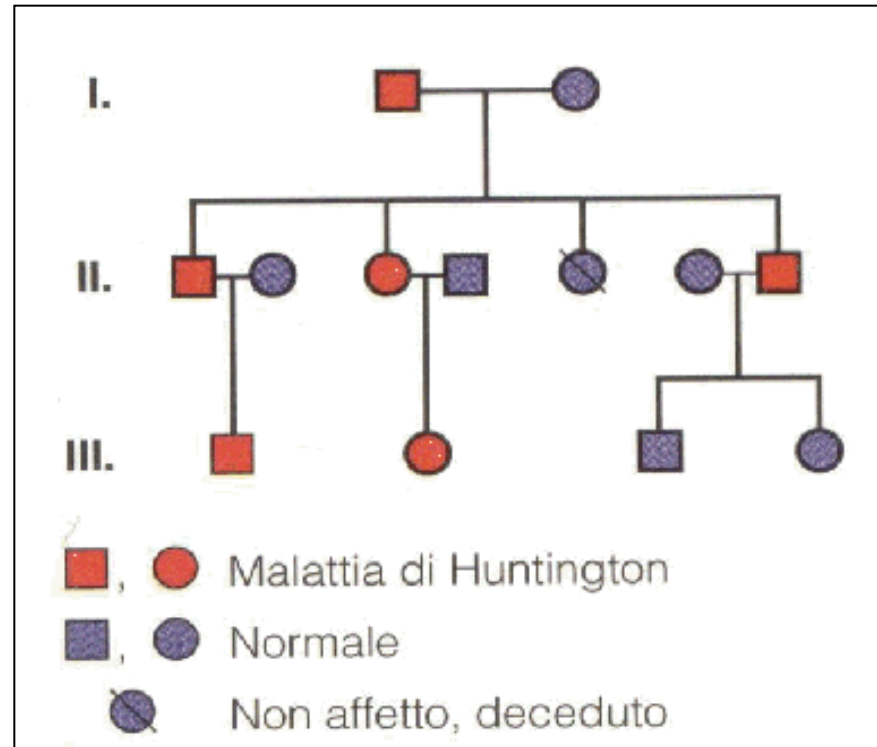


L'EMOFILIA è UN ESEMPIO DI MAL. EREDITARIA RECESSIVA

LA FM NON È UNA MALATTIA EREDITARIA



LA COREA DI HUNTINGTON è
UN ESEMPIO DI MAL.
EREDITARIA DOMINANTE



- ▶ **CONCORDANZA 100%**
- ▶ **GEMELLI MONOZIGOTI MZ= 100%**

LA FM È UNA MALATTIA MULTIFATTORIALE



- ▶ Per valutare il ruolo dei fattori genetici nella FM si studia la **CONCORDANZA** tra gemelli identici (monozigoti) rispetto ai gemelli diversi (dizigoti)
- ▶ **GEMELLI MONOZIGOTI MZ= 15%**
- ▶ **GEMELLI DIZIGOTI DZ= 7%**

CONDIZIONE POLIGENICA FAVORITA DA FATTORI AMBIENTALI ESTERNI

LA FM È UNA MALATTIA MULTIFATTORIALE

FATTORI GENETICI

- ▶ **SISTEMA SEROTONINERGICO**
recettore 5-HT_{2A}
- ▶ **SISTEMA SEROTONINERGICO**
5HTT = trasportatore Serotonina
- ▶ **SISTEMA DOPAMINERGICO**
DRD4 = recettore Dopamina D4
- ▶ **SISTEMA CATECOLAMINERGICO**
COMT = Catecolamina O-MetilTransferasi



FATTORI AMBIENTALI

- ▶ Fumo di sigaretta
- ▶ Alcolici
- ▶ Traumi
- ▶ Posture scorrette
- ▶ Infezioni



CHE PROBLEMI DA' LA FIBROMIALGIA?



SINTOMI

▶ DOLORE CRONICO DIFFUSO

SINTOMI DI ACCOMPAGNAMENTO:

- ▶ **Disturbi del sonno (50-90%)**
- ▶ **Stanchezza**
- ▶ **Rigidità muscolo-scheletrica**
- ▶ **Sensazione di gonfiore articolare (30-60%)**
- ▶ **Emicrania o cefalea tensiva (40-60%)**
- ▶ **Disturbi genito-urinari (40-60%)**
- ▶ **Ansietà e depressione (14-36%)**
- ▶ **Parestesie (20-30%)**
- ▶ **Sindrome del colon irritabile**



SINTOMI

- ▶ Sindrome delle gambe senza riposo (30%)
- ▶ Secchezza mucose (10-20%)
- ▶ Sintomi pseudo-allergici
- ▶ Ipersensibilità ai farmaci
- ▶ Dermografismo
- ▶ Raynaud
- ▶ Vertigine
- ▶ Toracodinia
- ▶ Febbricola
- ▶ Fibro-fog
- ▶ Sindrome temporo-mandibolare
- ▶ Mal di denti
- ▶ Otagia



DEPRESSIONE?



LA DEPRESSIONE è UNA CONSEGUENZA

RARAMENTE DEPRESSIONE DI BASE



ANSIETÀ E DEPRESSIONE REATTIVE (14-36%)

CI SONO FATTORI CHE POSSONO MIGLIORARE O PEGGIORARE IL DOLORE?



FATTORI CHE MODULANO IL DOLORE

AGGRAVAMENTO

- ▶ Clima freddo e umido
- ▶ Distress fisico e psichico
- ▶ Sonno disturbato
- ▶ Inattività fisica
- ▶ Iperattività fisica



MIGLIORAMENTO

- ▶ Clima caldo e secco
- ▶ Moderata attività fisica
- ▶ Riposo soddisfacente



COME SI FA LA DIAGNOSI DI FIBROMIALGIA?



ELEMENTI DIAGNOSTICI: CRITERI ACR 1990

DOLORE CRONICO DIFFUSO E TENDER POINTS

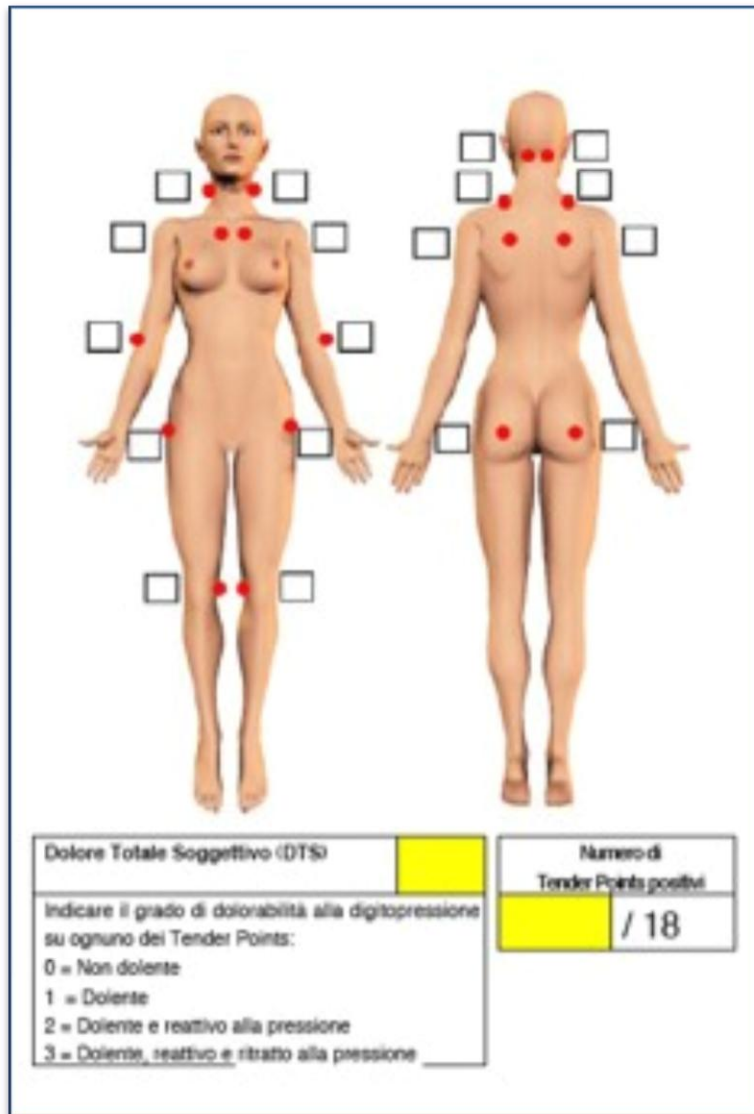
TABELLA I. *Criteri diagnostici clinici* ¹⁵.

FM definita	Tutte le manifestazioni caratteristiche della sindrome		
FM probabile	Quando sono presenti 2 o 3 delle manifestazioni caratteristiche della sindrome		
FM possibile	Quando è presente una delle manifestazioni caratteristiche della sindrome		
	DEFINITA	PROBABILE	POSSIBILE
Dolore	Diffuso	Locale in diverse sedi	Assente o locale (una sola sede)
TPs	≥ 11	6-10	0-5
Sintomi	Numerosi	Alcuni	Assenti o rari

- ▶ **DOLORE A EMISOMA DX E SX, SUPERIORE ED INFERIORE ED ALLO SCHELETRO**
- ▶ **DURATA > 3 MESI**
- ▶ **DOLORABILITÀ IN ALMENO 11/18 TENDER POINTS**

Wolfe F et al.: "The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia". *Arthritis Rheum*, 1990; 2: 160-172.

ELEMENTI DIAGNOSTICI: DOLORE CRONICO DIFFUSO E TENDER POINTS



- A Occipite: bilaterale, all'inserzione del muscolo sub-occipitale
- B Cervicale: bilaterale, superficie anteriore dei legamenti intertrasversari C5-C7
- C Trapezio: bilaterale, al punto medio del bordo superiore
- D Sovraspinato: bilaterale, all'origine del muscolo sovraspinato, al di sopra della spina della scapolare, in prossimità del bordo mediale della scapola
- E Seconda costa: bilaterale, a livello della seconda articolazione costo-condrale
- F Epicondilo laterale: bilaterale, 2 cm distalmente all'epicondilo
- G Gluteo: bilaterale, sul quadrante supero-esterno del grande gluteo
- H Grande trocantere: bilaterale, posteriormente alla prominenza trocanterica
- I Ginocchio: bilaterale, a livello del cuscinetto adiposo mediale, prossimalmente all'interlinea articolare

Wolfe F et al.: "The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia". Arthritis Rheum, 1990; 2: 160-172.

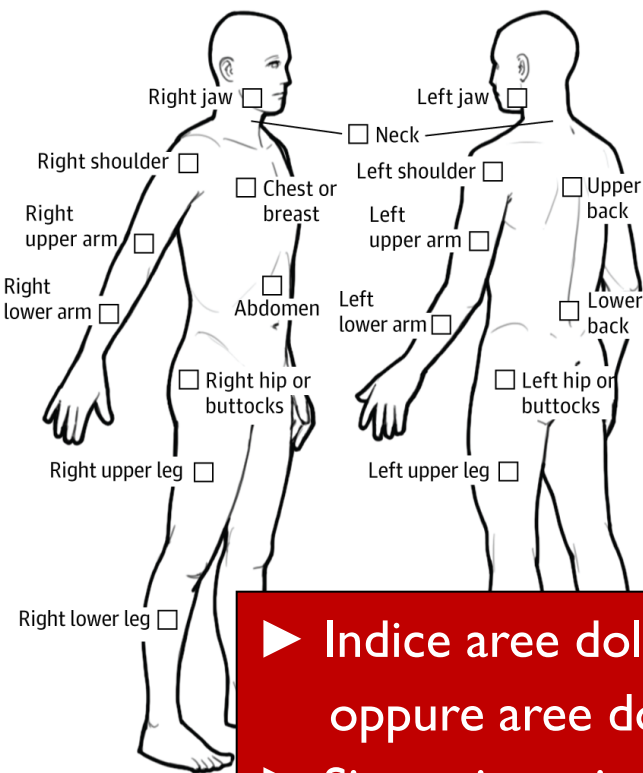
E SE SONO PRESENTI TUTTI I SINTOMI MA NON I TENDER POINTS?



ELEMENTI DIAGNOSTICI: NUOVI CRITERI ACR 2010

Widespread Pain Index (1 point per check box; score range: 0-19 points)

- ① Please indicate if you have had pain or tenderness during the past 7 days in the areas shown below.
Check the boxes in the diagram for each area in which you have had pain or tenderness.



Symptom Severity (score range: 0-12 points)

- ② For each symptom listed below, use the following scale to indicate the severity of the symptom during the past 7 days.

- **No problem**
- **Slight or mild problem:** generally mild or intermittent
- **Moderate problem:** considerable problems; often present and/or at a moderate level
- **Severe problem:** continuous, life-disturbing problems

	No problem	Slight or mild problem	Moderate problem	Severe problem
Points	0	1	2	3
<u>A. Fatigue</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>B. Trouble thinking or remembering</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>C. Waking up tired (unrefreshed)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ③ During the past 6 months have you had any of the following symptoms?

	0	1
<u>A. Pain or cramps in lower abdomen</u>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
<u>B. Depression</u>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
<u>C. Headache</u>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Additional criteria (no score)

- ④ Have the symptoms in questions 2 and 3 and widespread pain been present at a

- ▶ **Indice aree dolenti ≥ 7 e scala sintomi ≥ 5**
- ▶ **oppure aree dolenti 3-6 e sintomi ≥ 9**
- ▶ **Sintomi persistenti > 3 mesi**
- ▶ **Esclusione altre cause**

ELEMENTI DIAGNOSTICI: REVISIONE CRITERI ACR 2013

Arthritis Care & Research
Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600-610
DOI: 10.1092/acr.2010.40
© 2010, American College of Rheumatology

ORIGINAL ARTICLE

The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity

FREDERICK WOLFE,¹ DANIEL J. CLAUW,² MARY-ANN FITZCHARLES,³ DON L. GOLDENBERG,⁴
ROBERT S. KATZ,⁵ PHILIP MEASE,⁶ ANTHONY S. RUSSELL,⁷ I. JON RUSSELL,⁸ JOHN B. WINFIELD,⁹
AND MUHAMMAD B. YUNUS¹⁰

Criteria diagnostici 2013

Questionario sulla localizzazione del dolore (PLI) (28 items)

Istruzioni: per ciascuna delle seguenti 28 aree, selezionate quelle dove avete provato dolore persistente nell'ultima settimana (punteggio da 0 a 28).

<input type="checkbox"/> Collo	<input type="checkbox"/> Area dorsale inferiore destra	<input type="checkbox"/> Polso destro	<input type="checkbox"/> Coscia sinistra
<input type="checkbox"/> Mascella destra	<input type="checkbox"/> Area dorsale superiore sinistra	<input type="checkbox"/> Polso sinistro	<input type="checkbox"/> Ginocchio destro
<input type="checkbox"/> Mascella sinistra	<input type="checkbox"/> Area dorsale inferiore sinistra	<input type="checkbox"/> Mano destra	<input type="checkbox"/> Ginocchio sinistro
<input type="checkbox"/> Area dorsale superiore mediana	<input type="checkbox"/> Spalla destra	<input type="checkbox"/> Mano sinistra	<input type="checkbox"/> Caviglia destra
<input type="checkbox"/> Torace anteriore	<input type="checkbox"/> Spalla sinistra	<input type="checkbox"/> Anca destra	<input type="checkbox"/> Caviglia sinistra
<input type="checkbox"/> Area dorsale inferiore mediana	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input type="checkbox"/> Anca sinistra	<input type="checkbox"/> Piede destro
<input type="checkbox"/> Area dorsale superiore destra	<input type="checkbox"/> Braccio sinistro	<input type="checkbox"/> Coscia destra	<input type="checkbox"/> Piede sinistro

Questionario di impatto sui sintomi (SIQR) (10 items)

Istruzioni: per ciascuno dei seguenti quesiti, individuate la casella che meglio definisce l'intensità dei seguenti sintomi nell'ultima settimana.

Criteria:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Dolore	Assenza di dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore insopportabile
2. Energia	Molta energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mancanza di energia
3. Rigidità	Assenza di rigidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severa rigidità
4. Sonno	Riposati al risveglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molto stanchi al risveglio
5. Depressione	Assenza di depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forte depressione
6. Problemi di memoria	Buona memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pessima memoria
7. Ansia	Assenza di ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molta ansia
8. Dolorabilità al tatto	Assenza di dolorabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elevata dolorabilità
9. Problemi di equilibrio	Nessun problema di equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severi problemi di equilibrio
10. Ipersensibilità al rumore, alla luce, agli odori e al freddo	Assenza di ipersensibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elevata sensibilità

Nota: sommate i 10 punteggi individuali (range da 0 a 100); dividete per 2 il punteggio ottenuto per ottenere il punteggio SIQR.

Un paziente che soddisfa i seguenti criteri ha un'alta probabilità di essere affetto da FM:*

1. I sintomi e le localizzazione del dolore sono state persistenti negli ultimi 3 mesi
2. Il punteggio di localizzazione del dolore (PLI) è ≥ 17
3. Il punteggio della severità dei sintomi (SIQR) è ≥ 21

*1. I pazienti affetti da fibromialgia presentano un continuum di sintomi: una diagnosi basata su un ristretto numero di sintomi (cutoff) è soggetta ad errori.

*2. La presenza di un'altra sindrome dolorosa o di sintomi correlati non esclude la diagnosi di sindrome fibromialgica.

*3. Un'attenta valutazione clinica è sempre necessaria per identificare condizioni cliniche che potrebbero spiegare i sintomi del paziente e/o a contribuire alla severità dei sintomi.

SIAMO SICURI CHE SI TRATTI DI FIBROMIALGIA ?



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

MALATTIE ASSOCIATE O SIMULANTI LA FIBROMIALGIA

PIU' COMUNI	MENO COMUNI
Ipotiroidismo	Iperitiroidismo
Connettiviti (es. LES, S. Sjogren, Miosite)	Malattie infettive (Borreliosi, Chikungunya...)
Polimialgia reumatica	Sdr. da stanchezza cronica
Artriti croniche (es. AR, spondilo-enteseoartriti)	Malattie psichiatriche
Sdr. miofasciale	Malattie endocrino-metaboliche
Epatite C	Malattie neurologiche

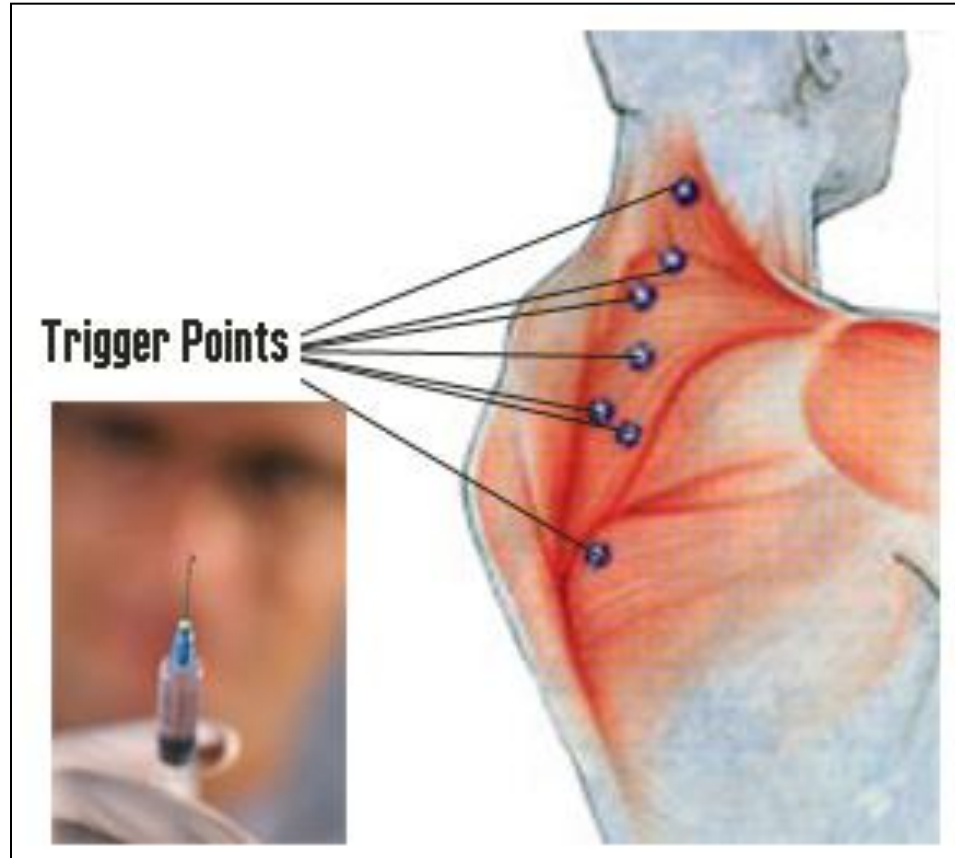


DIAGNOSI DIFFERENZIALE SINDROME MIOFASZIALE

Dolore
localizzato

Trigger point a
vari muscoli

“Bandelletta”
palpabile con
segno dello
scatto



Tipiche aree di
dolore riferito

Altre aree di
dolore riferito

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

SINDROME DELLA STANCHEZZA CRONICA

- ▶ **FATICA** >> dolore.
- ▶ Astenia e affaticamento cronico così intensi da impedire a chi ne è affetto di svolgere le normali attività quotidiane o anche semplicemente di alzarsi dal letto. Questa astenia non è alleviata dal riposo e si amplifica con piccoli sforzi.
- ▶ Dolori a linfonodi collo e/o ascelle
- ▶ Mal di gola (faringite, laringite)
- ▶ Dolori muscolo-scheletrici
- ▶ Febbricola
- ▶ Mal di testa
- ▶ Sonno inquieto e non ristoratore
- ▶ Disturbi della memoria e della concentrazione



DIAGNOSI DIFFERENZIALE SINDROME DELLA STANCHEZZA CRONICA

- ▶ Sindrome da fatica post-virale (**encefalomielite mialgica benigna**) quando la condizione si manifesta in seguito a una malattia di tipo influenzale
- ▶ Classificata come malattia neurologica con codice ICD G93.3 nel nomenclatore dell'OMS
- ▶ Consensus criteria review. J Intern Medicine 2011; 270; 327-338



CHE ESAMI VANNO FATTI?



ITER DIAGNOSTICO

Sintomi compatibili con FM da oltre 3 mesi



ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

LABORATORIO VES, PCR, TSH reflex, fx epatica, fx renale, emocromo, CPK; Autoanticorpi se sospetto di connettivite

VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI STRUMENTALI



Obiettività normale
ed esami normali



FIBROMIALGIA PRIMARIA



Obiettività anormale e /o
laboratorio alterato



**ALTRA MALATTIA
FIBROMIALGIA ASSOCIATA**

ITER DIAGNOSTICO

- ▶ **NON CI SONO ESAMI DIAGNOSTICI SPECIFICI**
- ▶ **GLI ESAMI DI ROUTINE SERVONO PER ESCLUDERE ALTRE MALATTIE**
- ▶ **PET E RM FUNZIONALE SOLO NEGLI STUDI**
- ▶ **LA DIAGNOSI È CLINICA**
- ▶ **FRUSTRAZIONE DEL PAZIENTE**

ed esami normali



FIBROMIALGIA PRIMARIA

laboratorio alterato



**ALTRA MALATTIA
FIBROMIALGIA ASSOCIATA**

E SE ALLE ANALISI RISULTA UN ANA POSITIVO?



ALTERAZIONI IMMUNITARIE ASPECIFICHE



- ▶ **NON È RARO OSSERVARE LA PRESENZA DI AUTO-ANTICORPI**
- ▶ **ANA a basso titolo con pattern aspecifico (30%)**
- ▶ **Spesso PRIVI di un particolare significato clinico**

- ▶ Raramente ANA positività a titolo elevato
- ▶ Fondamentale distinguere tra una fibromialgia con ANA positività aspecifica ed una fibromialgia associata ad una connettivite

ASSOCIAZIONE FREQUENTE CON PATOLOGIE AUTOIMMUNI

AR: 20%

Tiroidite AI: 20%

LES: 20-60%

S.Sj: 10-40%



IL PRINCIPALE SINTOMO DELLA FM E' IL DOLORE. A COSA SERVE E COME VIENE REGOLATO IL DOLORE?



IL DOLORE

“IL DOLORE È UNA ESPERIENZA SPIACEVOLE, SENSORIALE ED EMOZIONALE, CORRELATA CON UN DANNO TISSUTALE O DESCRITTA IN TALI TERMINI” (IASP 1979)



**CIPA: INSENSIBILITÀ
CONGENITA AL DOLORE
e ANIDROSI**

Il dolore **può insorgere anche se non c'è un danno tissutale**

Si riconosce che il dolore è una **ESPERIENZA SOGGETTIVA**, in cui le emozioni giocano un ruolo fondamentale

Il dolore è **NECESSARIO** per preservare l'integrità dei tessuti

Merskey H “Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms”. Pain, 1986, 3 (suppl):S1

IL DOLORE

DURATA:

- ▶ **ACUTO** (< 6 mesi)
- ▶ **CRONICO** (> 6 mesi)

Il dolore nocicettivo è un fisiologico campanello di allarme

MECCANISMO:

- ▶ **NOCICETTIVO** (da stimolazione di nocicettori su cute e organi interni)
- ▶ **NEUROPATICO** (da lesione neuronale o disfunzione del SNC)
- ▶ **PSICOGENO** (psiche)



LA NOCICEZIONE

► SISTEMA AFFERENTE

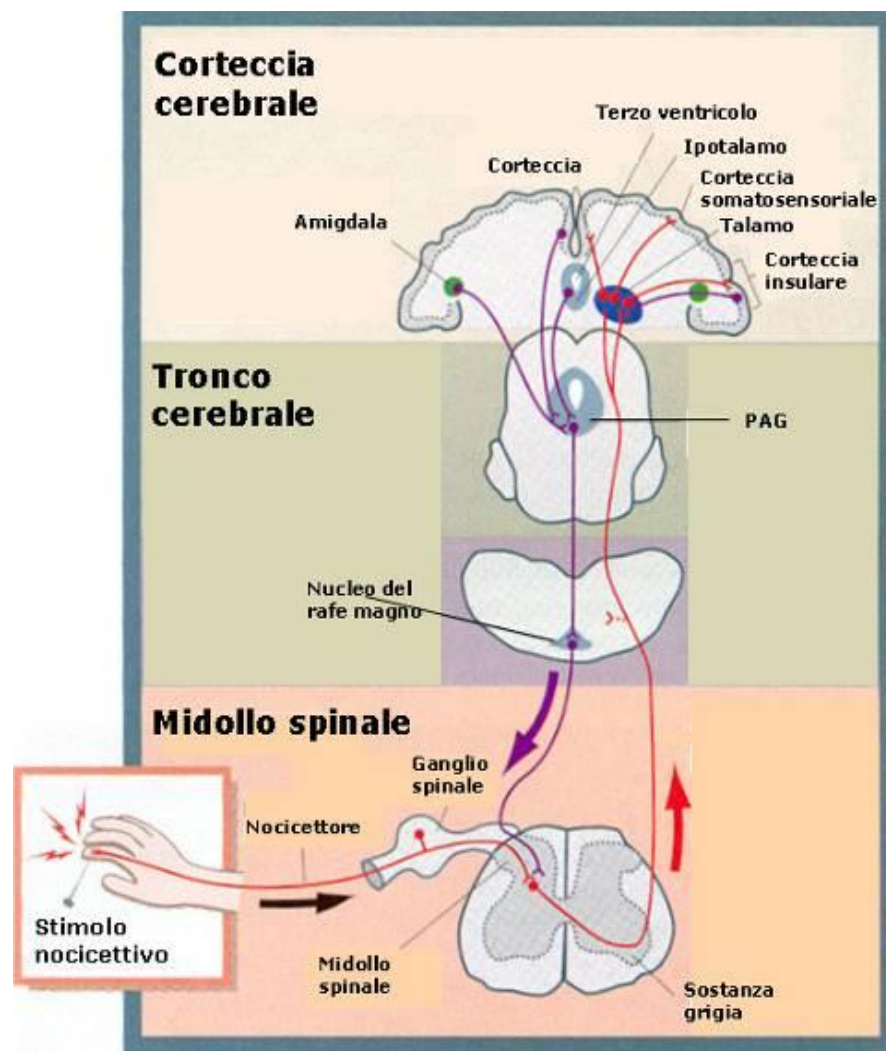
responsabile del trasporto degli impulsi dalla periferia

► SISTEMA DI RICONOSCIMENTO

che decodifica e interpreta l'informazione dolorosa e predispone la strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psicoemotiva

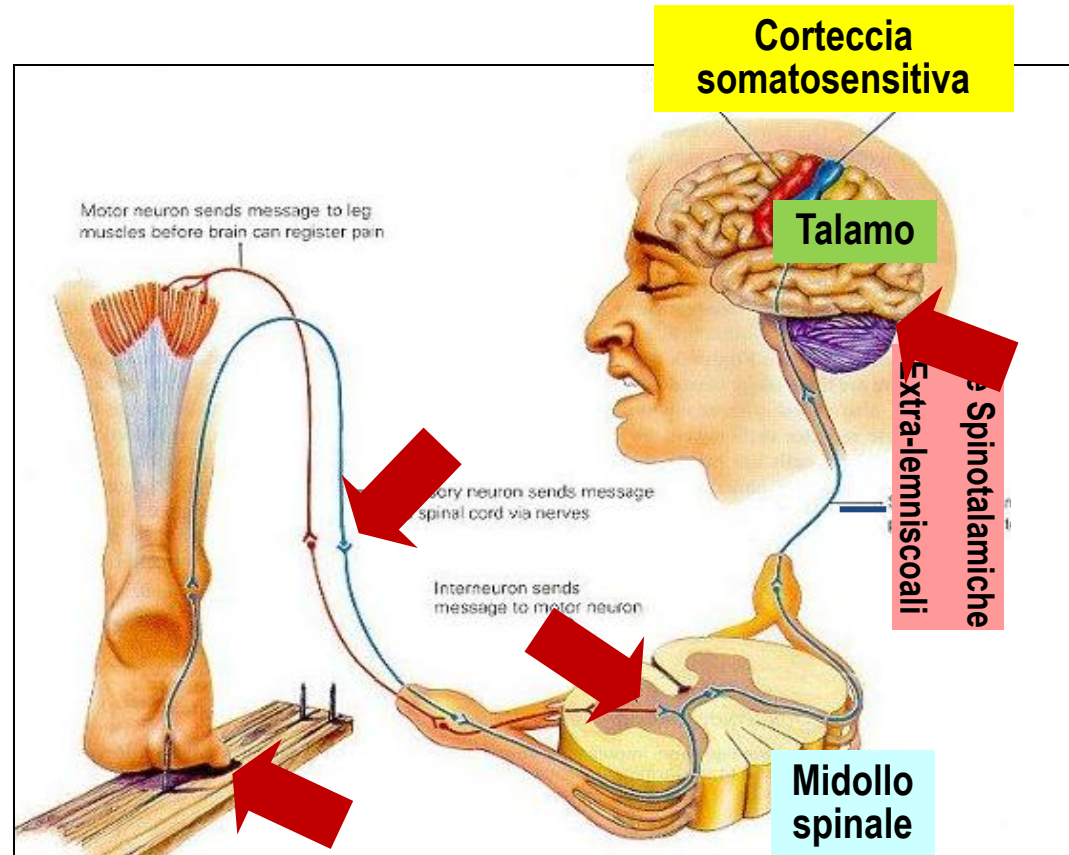
► SISTEMA DI MODULAZIONE

che modifica l'intensità di trasmissione degli stimoli nocicettivi mediante la attivazione di sistemi inibitori.



LA NOCICEZIONE

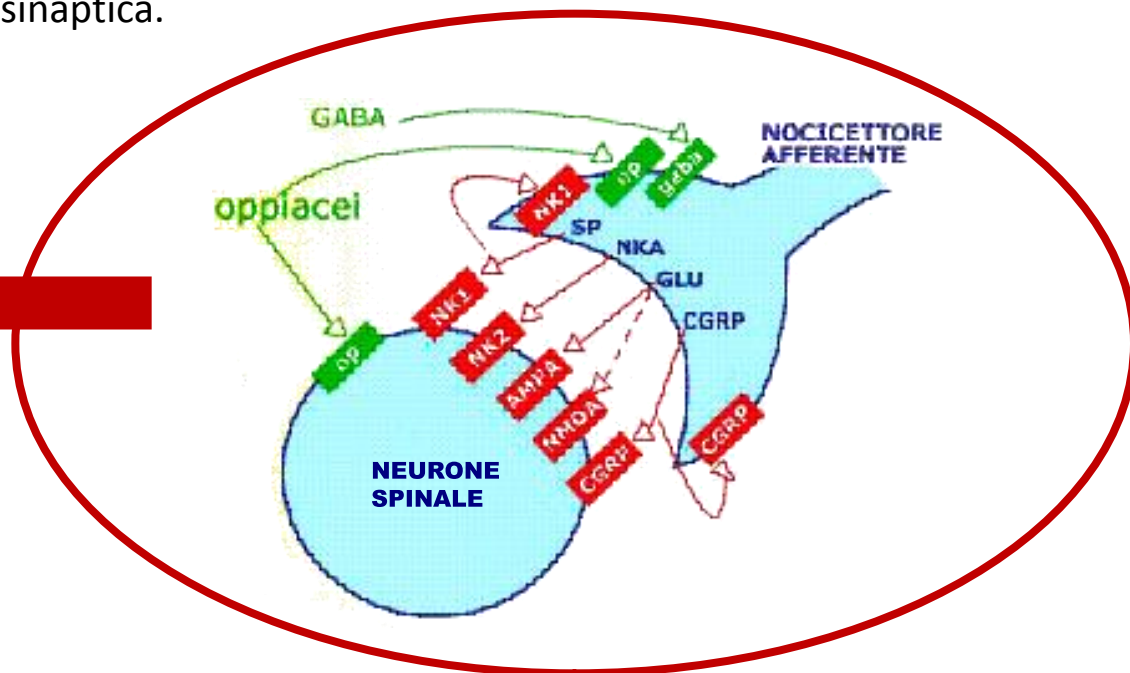
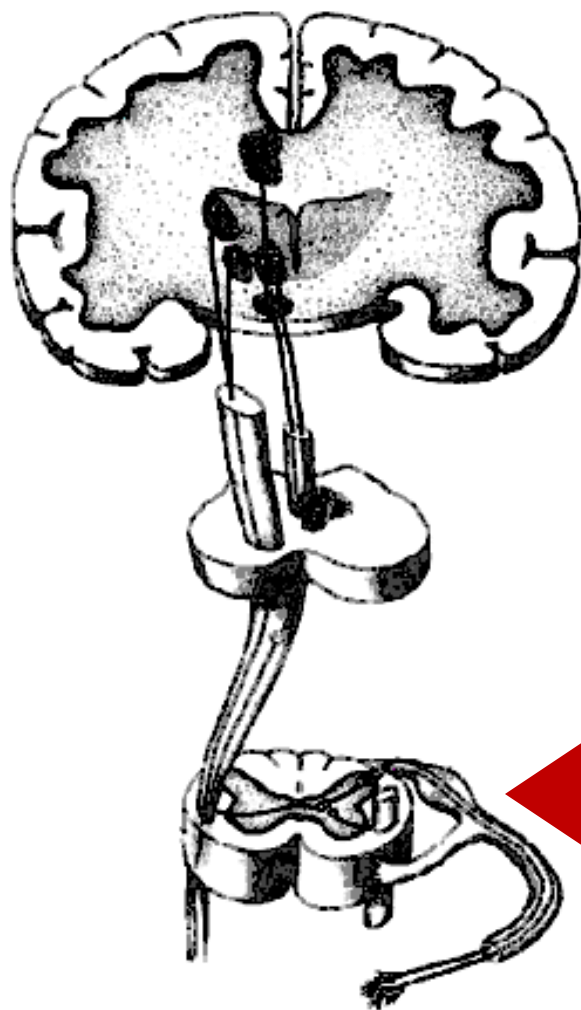
- ▶ **NOCICETTORI** (cute e organi interni)
- ▶ **PRIMO NEURONE** (periferico)
- ▶ **SECONDO NEURONE** (corno dorsale del midollo spinale)
- ▶ **FASCIO SPINO-TALAMICO**
- ▶ **TERZO NEURONE** (talamo)
- ▶ **QUARTO NEURONE** (corteccia)



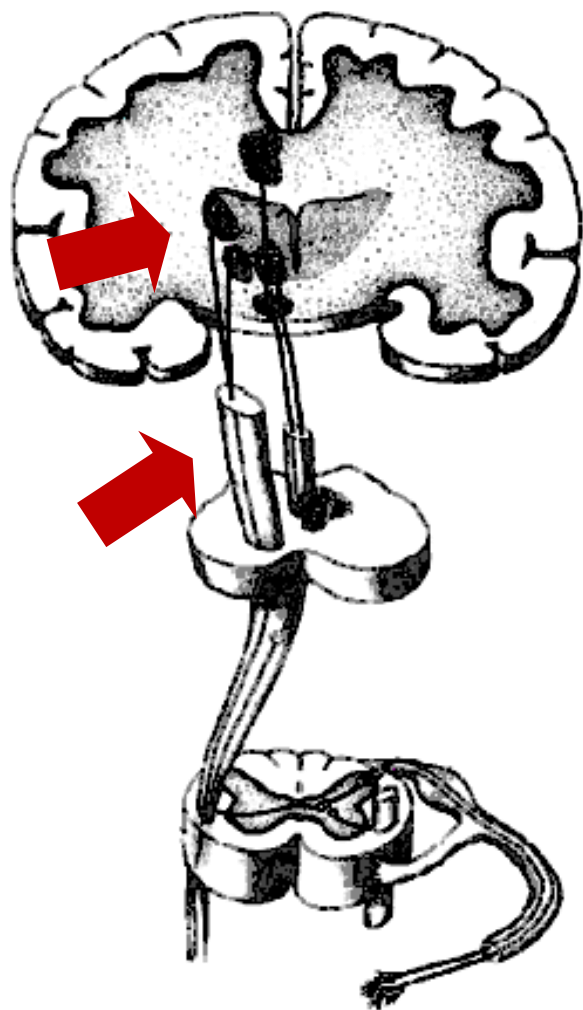
Nella corteccia aree distinte, deputate rispettivamente al riconoscimento delle componenti sensoriale-discriminativa, affettiva motivazionale e cognitiva-valutativa del dolore

LA NOCICEZIONE

- ▶ La trasmissione degli impulsi nocicettivi dal neurone periferico e quello spinale (prima sinapsi spinale) avviene grazie ad alcuni **mediatori eccitatori**. I più importanti sono la **Sostanza P (SP)**, il **glutammato (GLU)** il **CGRP** (calcitonin gene-related peptide) e la **neurochinina A (NKA)**.
- ▶ Gli **oppiacei** inibiscono la trasmissione spinale sia a livello post-sinaptico sia pre-sinaptico. L'effetto **inibitorio** degli **interneuroni GABAergici** si esplica sulla terminazione pre-sinaptica.

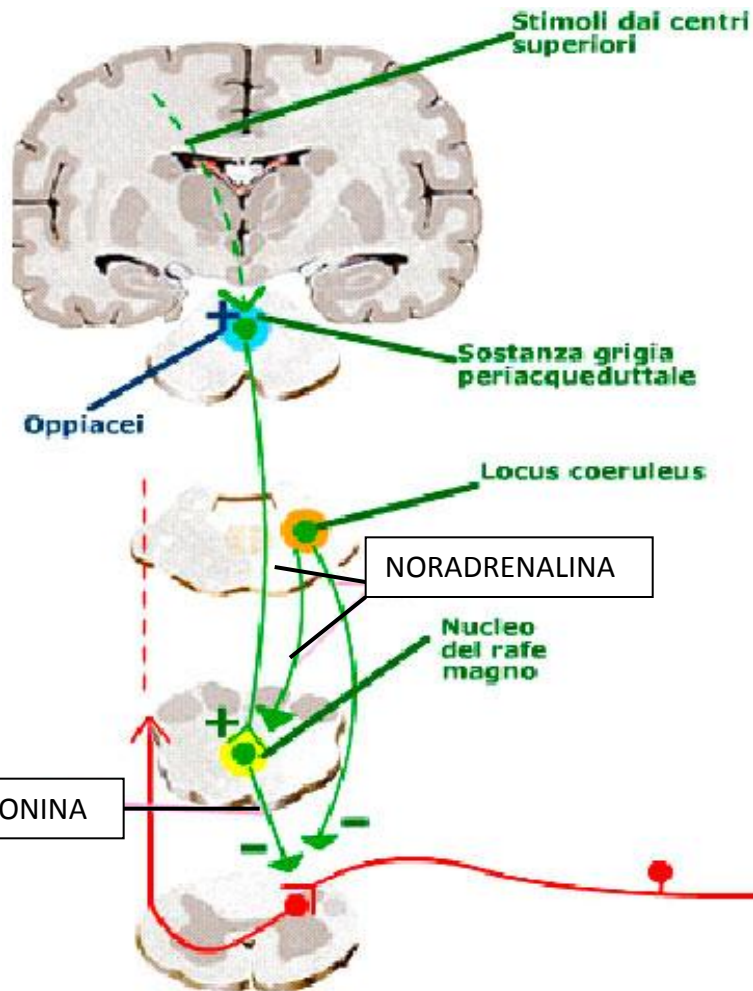


LA NOCICEZIONE



- ▶ Nel **tronco cerebrale** i neuroni della sostanza reticolare sono in grado di modulare l'informazione nocicettiva che proviene dal midollo spinale.
- ▶ Essi vengono attivati da fibre eccitatorie provenienti dal talamo e, a loro volta, inviano fibre inibitorie ai nuclei talamici.
- ▶ In questo modo si realizza uno dei più importanti meccanismi di controllo segmentario delle afferenze ai centri superiori.
- ▶ Il **talamo** riceve l'informazione nocicettiva dal midollo spinale e la trasmette a varie zone della corteccia cerebrale.
- ▶ I **neuroni corticali** sono in grado di esercitare una potente azione di tipo inibitorio sull'attività dei neuroni talamici e, quindi, di ridurre l'intensità dell'informazione.

LA NOCICEZIONE



- ▶ Le **vie inibitorie discendenti** partono da alcuni **nuclei del tronco cerebrale** (locus coeruleus e nucleo del rafe magno) e raggiungono i neuroni spinali.
- ▶ I neurotrasmettitori coinvolti sono la **noradrenalina (NA)** e, soprattutto, la **serotonina (5-HT)**.
- ▶ I neuroni serotoninergici del nucleo del rafe magno vengono attivati anche da fibre provenienti dal **grigio periacqueduttale (PAG)**, un'area mesencefalica particolarmente ricca di recettori per gli oppiacei.

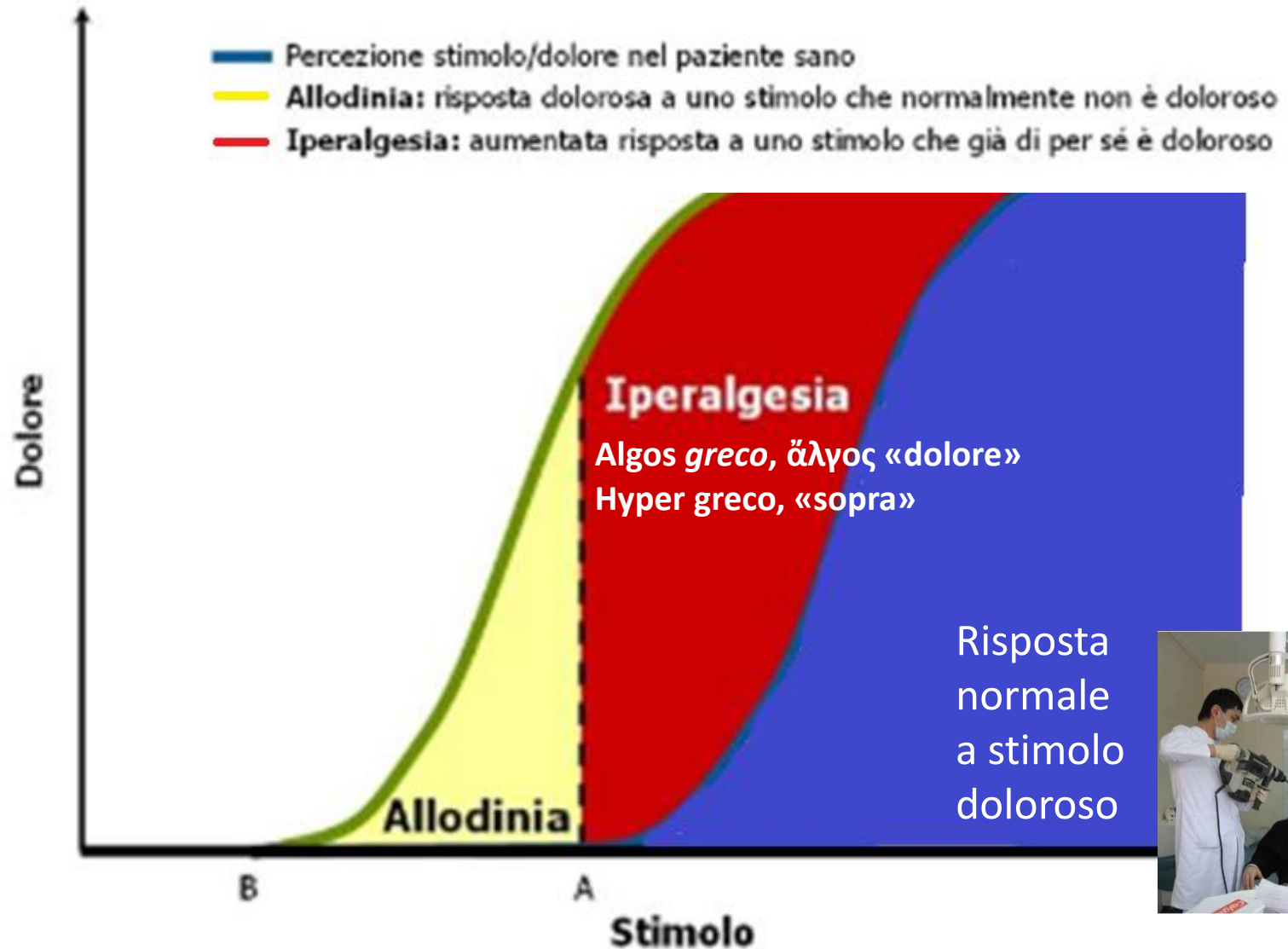
DOLORE CRONICO

- ▶ **CRONICO (> 6 MESI)**
- ▶ **PATOLOGICO**
- ▶ **NEUROPATICO**
- ▶ **Alterata risposta di adattamento ad un danno tissutale, nervoso o non nervoso**
- ▶ **ANOMALA PROCESSAZIONE DEL DOLORE**
- ▶ **IPERALGESIA E ALLODINIA**



**IL DOLORE NON È PIU' CAMPANELLO DI ALLARME
MA DIVENTA ESSO STESSO MALATTIA**

IPERALGESIA ED ALLODINIA

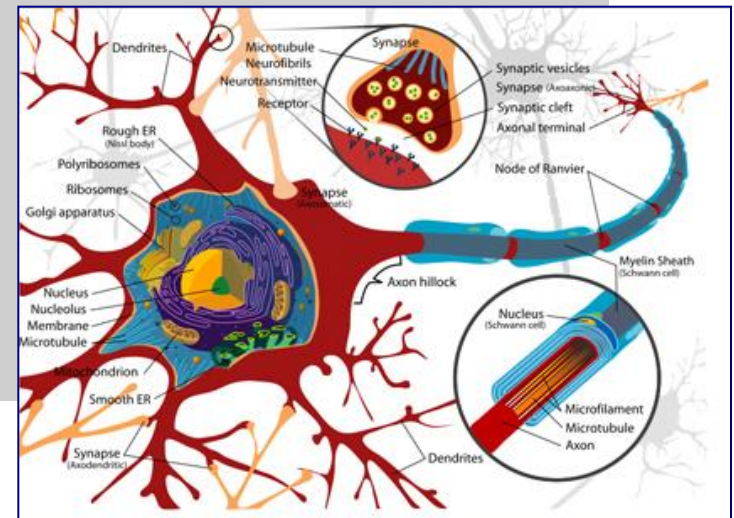


COME FA A CRONICIZZARE IL DOLORE?



AMPLIFICAZIONE DEL DOLORE IPERREATTIVITÀ DEL SNC DI FRONTE AGLI STIMOLI

- ▶ Uno **STIMOLO NOCIVO PROTRATTO** provoca una **CASCATA DI MODIFICAZIONI BIOLOGICHE** che alla fine sfocia in una **SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ELEMENTI NERVOSI** coinvolti nell'elaborazione dell'informazione.
- ▶ Sino ad arrivare a modificazioni fisiche del sistema nervoso (**neuroplasticità**) dal nocicettore periferico, al midollo spinale fino alla corteccia

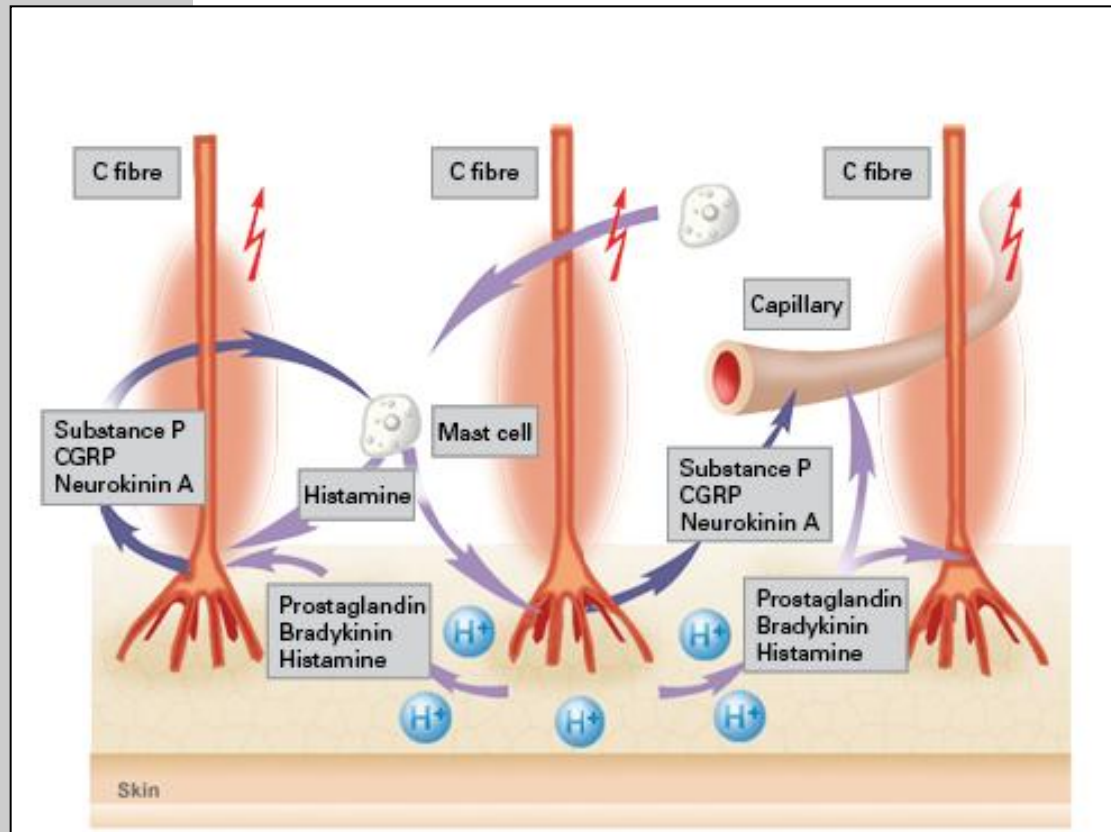


AMPLIFICAZIONE DEL DOLORE IPERREATTIVITÀ DEL SNC DI FRONTE AGLI STIMOLI

NOCICETTORI

- ▶ RIDUZIONE DELLA SOGLIA DI ATTIVAZIONE NEURONALE
- ▶ RECLUTAMENTO DI NOCICETTORI SILENTI
- ▶ ALTERAZIONI FENOTIPICHE
- ▶ IPER- INNERVAZIONE

SENSIBILIZZAZIONE PERIFERICA

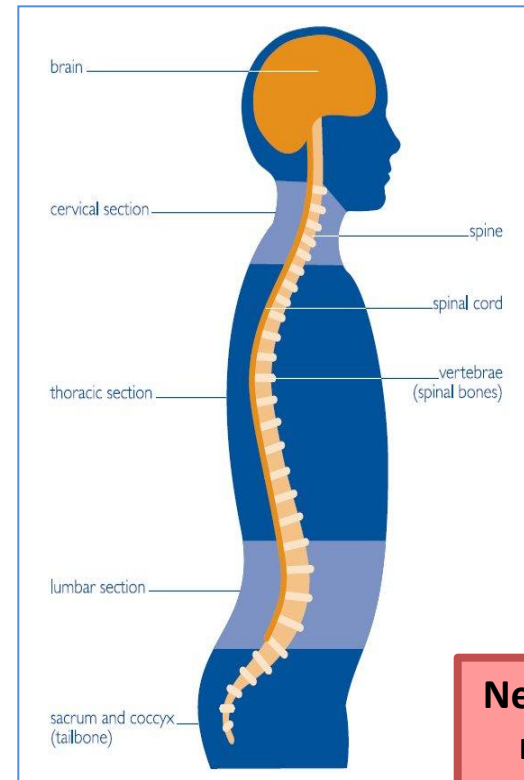


AMPLIFICAZIONE DEL DOLORE IPERREATTIVITÀ DEL SNC DI FRONTE AGLI STIMOLI

NEURONI MIDOLLO SPINALE E CERVELLO

- ▶ **SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE**
- ▶ **RIDUZIONE DELLA INIBIZIONE SOVRASPINALE**
- ▶ **MODIFICAZIONE DELLE AREE CEREBRALI DEPUTATE AL CONTROLLO DEI SEGNALI DOLOROSI**
(corteccia somato-sensitiva, talamo, amigdala...)
- ▶ **RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE (NEUROPLASTICITÀ)**

SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE



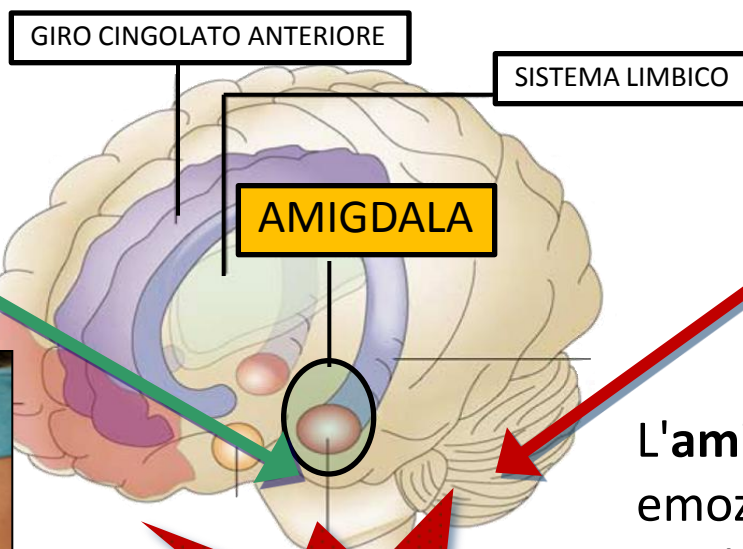
Neuroni del midollo spinale e Cervello

AMPLIFICAZIONE DEL DOLORE

DOLORE ESPERIENZA EMOZIONALE

IN SITUAZIONI EMOZIONALI DIVERSE IL DOLORE VIENE AVVERTITO diversamente

**EMOZIONI
POSITIVE** (odori,
suoni piacevoli...)



**EMOZIONI
NEGATIVE**
(stress, dolore
cronico...)



L'**amigdala** gestisce le emozioni ed in particolar modo la PAURA
Se stimolata reagisce inviando segnali di emergenza a tutte le parti principali del cervello

AMPLIFICAZIONE DEL DOLORE

DOLORE ESPERIENZA EMOZIONALE

- ▶ Nei pazienti con catastrofizzazione ed ipervigilanza PEGGIORAMENTO OUTCOMES
- ▶ **CATASTROFIZZAZIONE DEL DOLORE** : attesa del peggior scenario possibile
- ▶ **IPERVIGILANZA**: maggior attenzione alle sensazioni interne ed esterne
- ▶ Aumentata attività in alcune aree cerebrali correlate ad anticipazione del dolore (cervelletto, corteccia frontale)
- ▶ **AUMENTO DELLA SENSAZIONE DOLOROSA**



A COSA E' DOVUTO IL DOLORE NELLA FIBROMIALGIA?



DOLORE DA ANOMALA PROCESSAZIONE DEGLI STIMOLI DOLOROSI E NON DOLOROSI



- ▶ Numerosi studi hanno documentato **ALTERAZIONI** dei **NEUROTRASMETTITORI** a livello del sistema nervoso centrale
- ▶ I **NEUROTRASMETTITORI** sono sostanze di fondamentale importanza nella **comunicazione tra le cellule nervose**.
- ▶ Immaginando il nostro organismo come un computer, nella FM tutte le periferiche sono integre e in grado di raccogliere le informazioni in modo corretto, ma **i dati, una volta raccolti ed inviati a livello centrale, vengono interpretati in modo errato.**

IN SITUAZIONE FISIOLÓGICA EQUILIBRIO DI SOSTANZE CHE CONTROLLANO LA TRASMISSIONE DEL DOLORE



CONDIZIONI FISIOLÓGICHE



SISTEMA NOCICETTIVO

- ▶ Sostanza P
- ▶ Glutammato ed EAA
- ▶ Nerve growth factor
- ▶ Neurochinina A

SISTEMA ANTINOCICETTIVO

- ▶ Noradrenalina
- ▶ Serotonina (5HT_{1a,b})
- ▶ Endorfine
- ▶ Adenosina

NELLA FM MAGGIOR CONCENTRAZIONE DI SOSTANZE CHE FACILITANO LA TRASMISSIONE DEL DOLORE



FIBROMIALGIA

**SISTEMA
NOCICETTIVO**

**SISTEMA
ANTINOCICETTIVO**

- ▶ SOSTANZA P
- ▶ GLUTAMMATO ED EAA
- ▶ NERVE GROWTH FACTOR
- ▶ NEUROCHININA A

- ▶ Noradrenalina
- ▶ Serotonina (5HT_{1a,b})
- ▶ Endorfine
- ▶ Adenosina

DOLORE DA ANOMALA PROCESSAZIONE DEGLI STIMOLI DOLOROSI E NON DOLOROSI

IPERALGESIA

Simpatico

ALLODINIA

Alterazioni
neuro-mediatori

Alterazioni
neuroendocrine

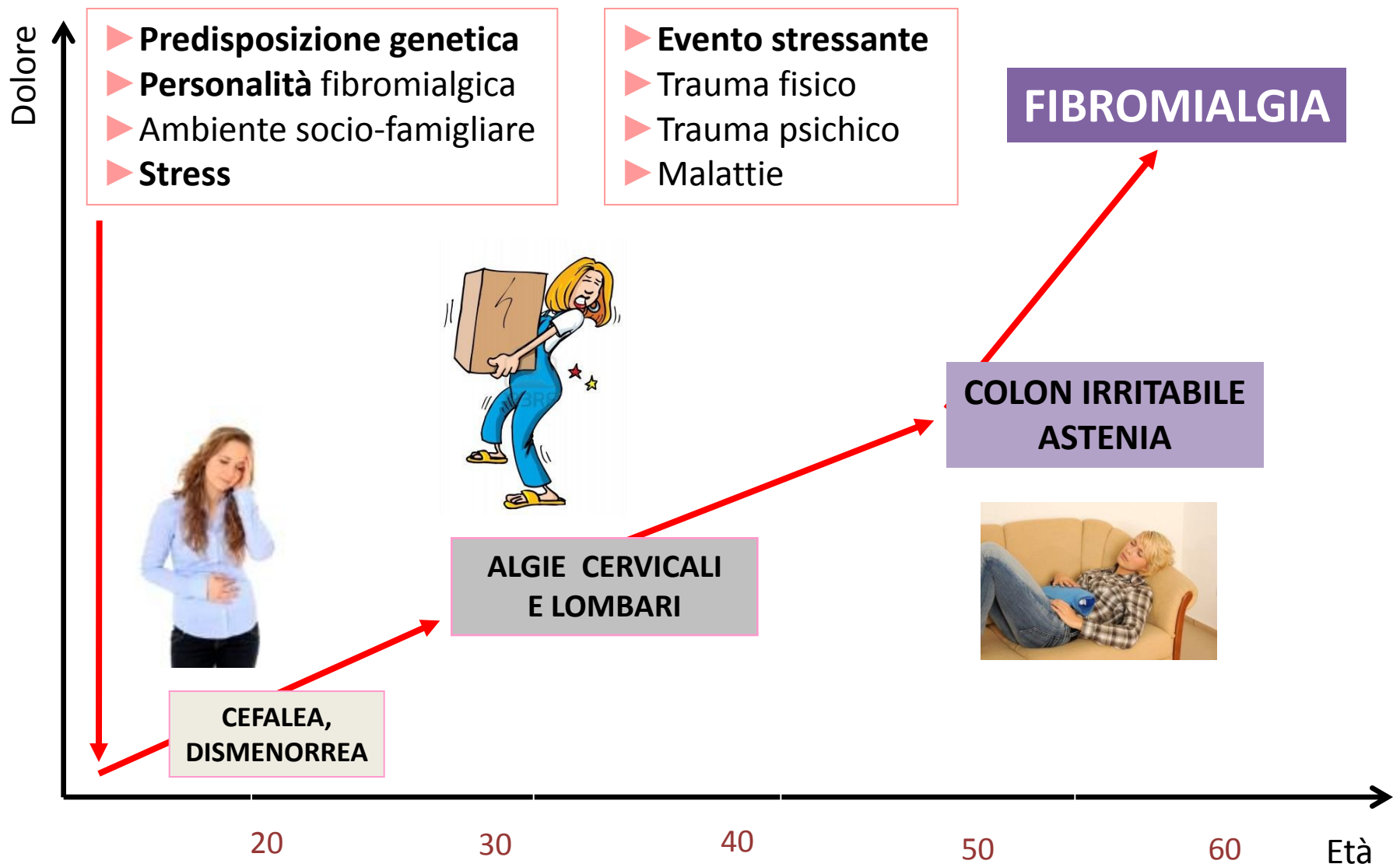
Fattore
scatenante
interno

Fattore
scatenante
esterno

Disturbi del
sonno



EVOLUZIONE NEL TEMPO DEI SINTOMI



CI SONO DELLE PROVE CHE NELLA FIBROMIALGIA IL SISTEMA NERVOSO LAVORA MALE?



ELEMENTI RISCONTRATI

1. **NON ALTERAZIONI SIGNIFICATIVE A LIVELLO PERIFERICO**
2. **SQUILIBRIO TRA FATTORI CHE FAVORISCONO LA COMPARSA DI DOLORE E FATTORI CHE RIDUCONO IL DOLORE**
 - ▶ **Polimorfismi di geni implicati nel controllo del dolore**
 - ▶ **Alterazioni dei neuromediatori implicati nel controllo del dolore**
 - ▶ **Alterazioni neuroendocrine**
 - ▶ **Iperattività del SN Simpatico con alterazioni della microcircolazione periferica e centrale, minor afflusso sanguigno al talamo e nucleo caudato**
 - ▶ **Disturbi del sonno**
3. **I FARMACI EFFICACI NELLA FM AGISCONO SUL SNC**

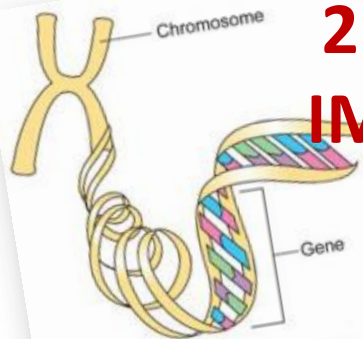


1. NON ALTERAZIONI PERIFERICHE EVIDENTI

- ▶ **NON ALTERAZIONI SIGNIFICATIVE A LIVELLO MUSCOLARE O TENDINEO**
- ▶ Il **flusso ematico muscolare è risultato minore** nella FM rispetto ai controlli (tender points)
- ▶ Le modificazioni della circolazione locale sono causate da una iperattività simpatica
- ▶ Tra le varie alterazioni morfologiche e biochimiche descritte nei muscoli dei pazienti con FM solo l'alterata distribuzione dei capillari e le lesioni endoteliali sembrano specifiche della FM



2. IDENTIFICATI POLIMORFISMI DI GENI IMPLICATI NEL CONTROLLO DEL DOLORE



▶ SISTEMA SEROTONINERGICO

- ▶ Geni recettore 5-HT_{2A}
- ▶ Geni 5HTT = trasportatore Serotonina

▶ SISTEMA DOPAMINERGICO

- ▶ Geni DRD4 = recettore Dopamina D4

▶ SISTEMA CATECOLAMINERGICO

- ▶ Geni COMT = Catecolamina O-Metil-Transferasi

Nei pazienti affetti da
fibromialgia identificati

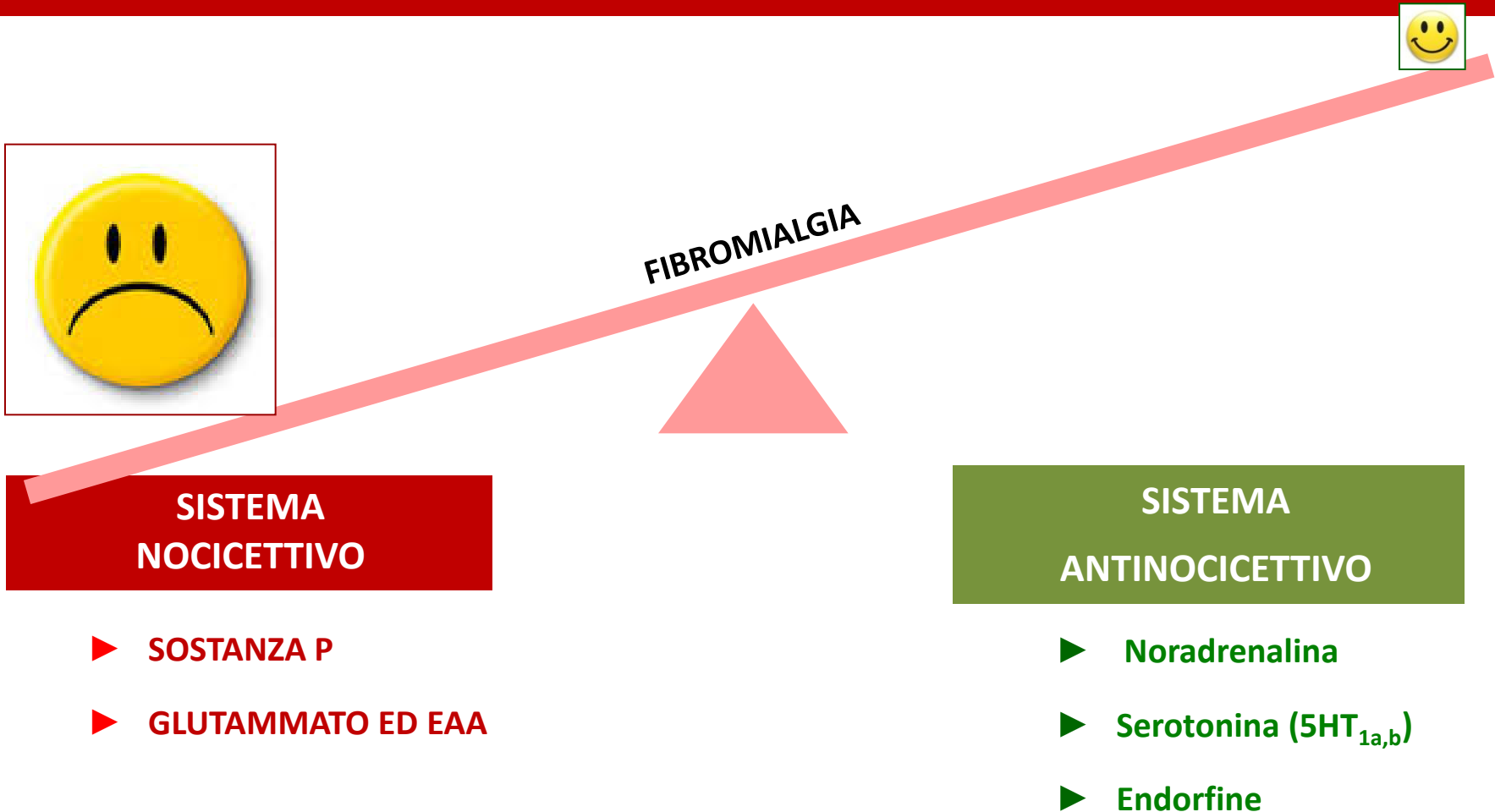
POLIMORFISMI DI GENI

che codificano per
sostanze che

**INTERVENGONO NEL
CONTROLLO DEL DOLORE,
DEL SONNO E
DELL'UMORE**

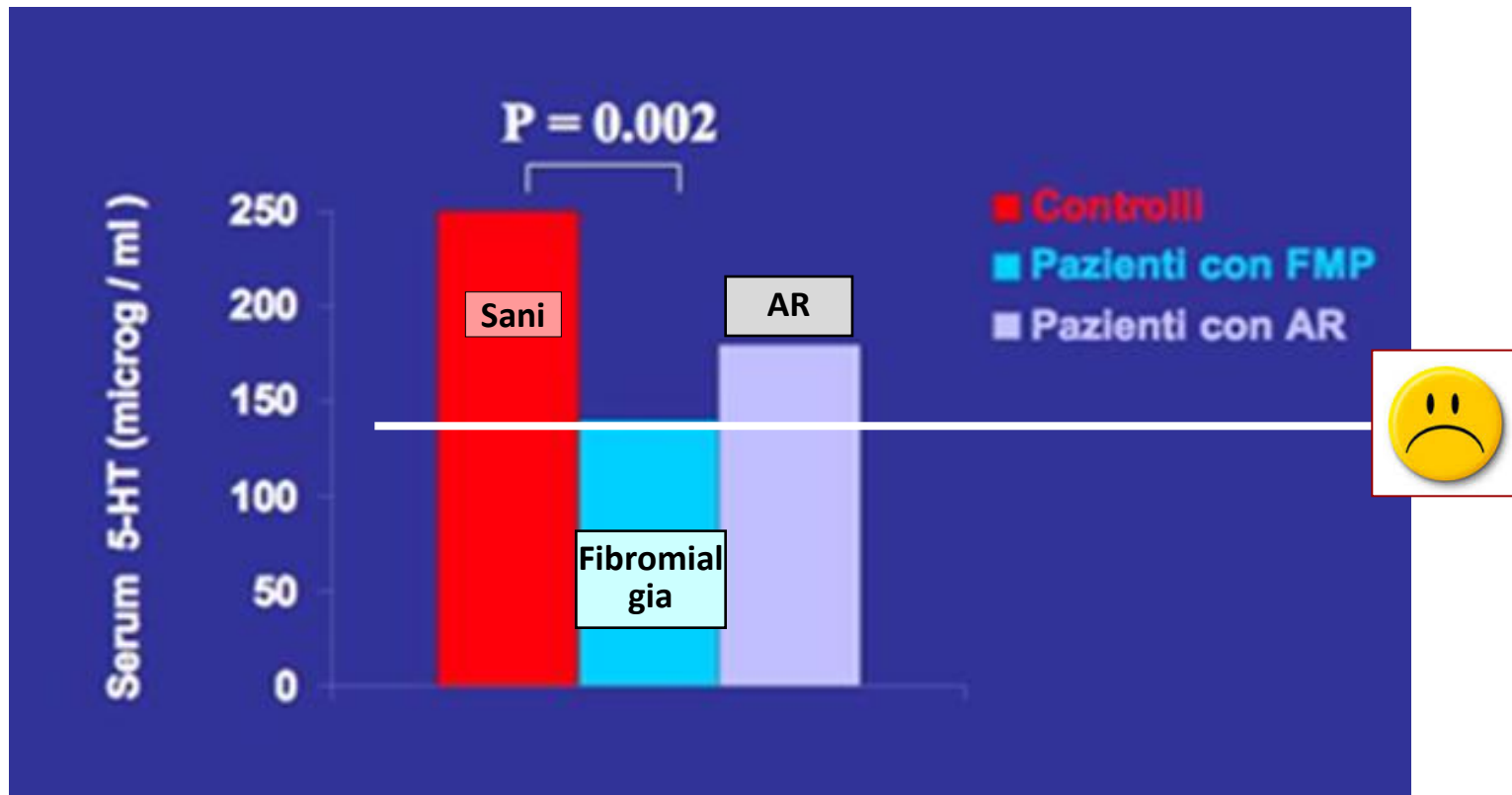
3. ALTERAZIONE NEUROMEDIATORI

NELLA FM MAGGIOR CONCENTRAZIONE DI NEUROMEDIATORI CHE FACILITANO LA TRASMISSIONE DEL DOLORE



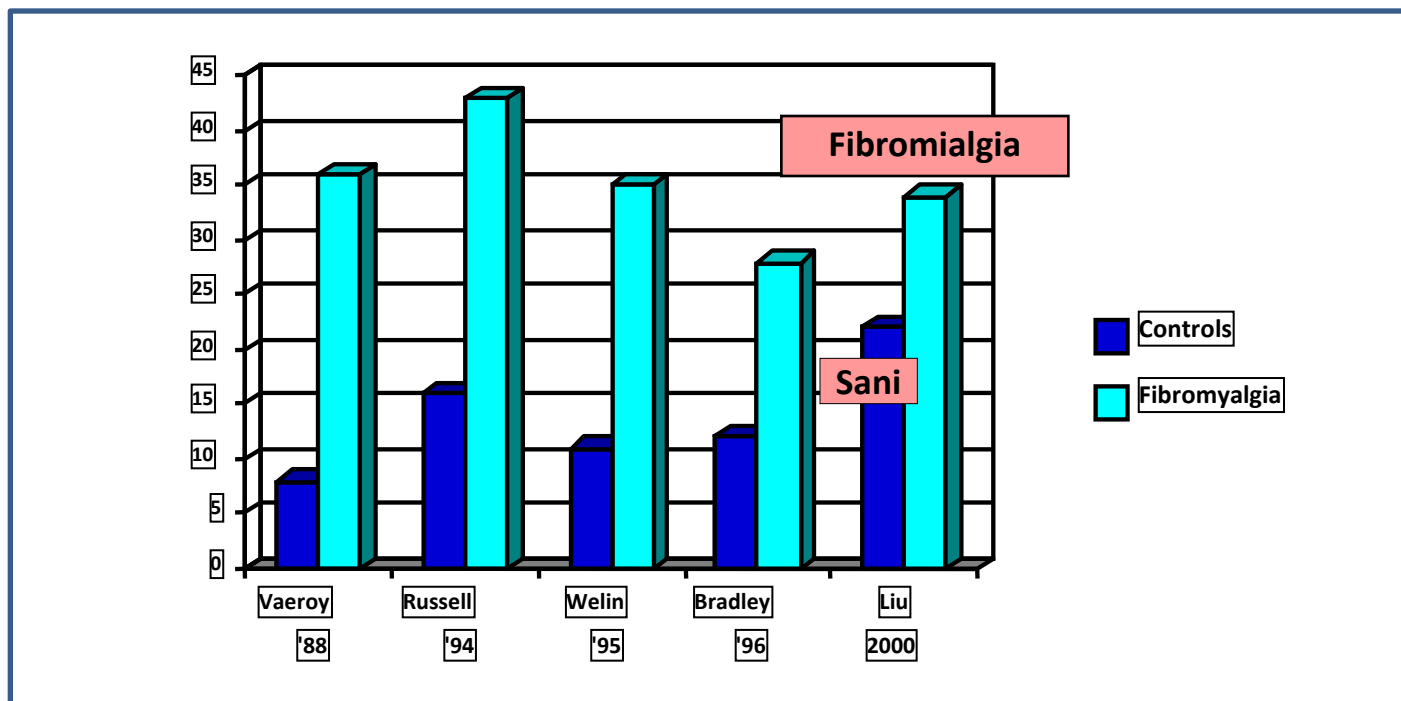
ALTERAZIONE NEUROMEDIATORI

NEL PAZIENTE FIBROMIALGICO LA SEROTONINA, IL TRIPTOFANO E LE BETA-ENDORFINE SONO RIDOTTI



ALTERAZIONE NEUROMEDIATORI

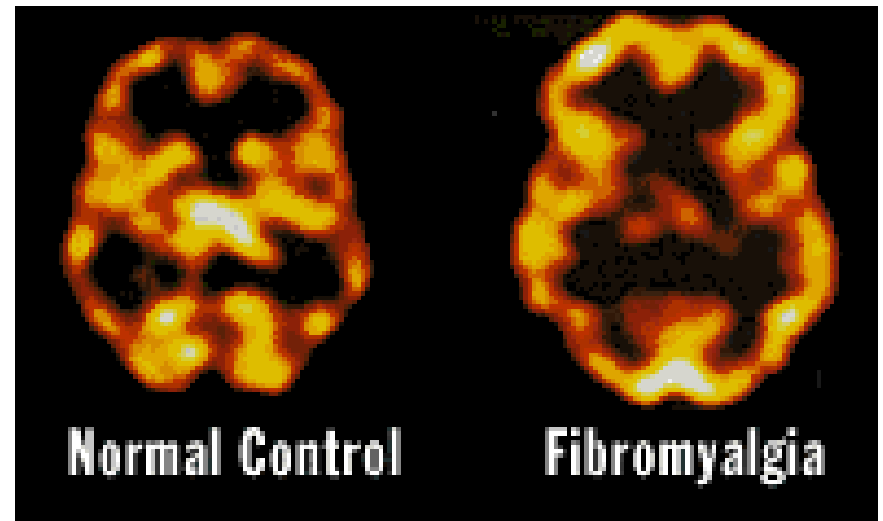
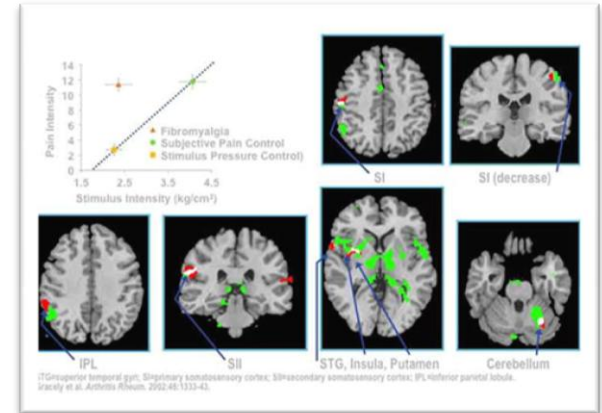
NEL PAZIENTE FIBROMIALGICO
LA SOSTANZA P è AUMENTATA NEL LIQUOR



ALTERAZIONE NEUROMEDIATORI

NEL PAZIENTE FIBROMIALGICO ALTERATO FUNZIONAMENTO DELLE AREE CEREBRALI CHE CONTROLLANO IL DOLORE

- ▶ **Riduzione dei recettori μ -oppiodi nei fibromialgici nei centri del dolore (amigdala, nucleo accumbens)**
- ▶ **Riduzione del flusso ematico e dell'attività del nucleo caudato e del talamo**
(studi SPECT-RMf pazienti fibromialgici vs controlli sani)



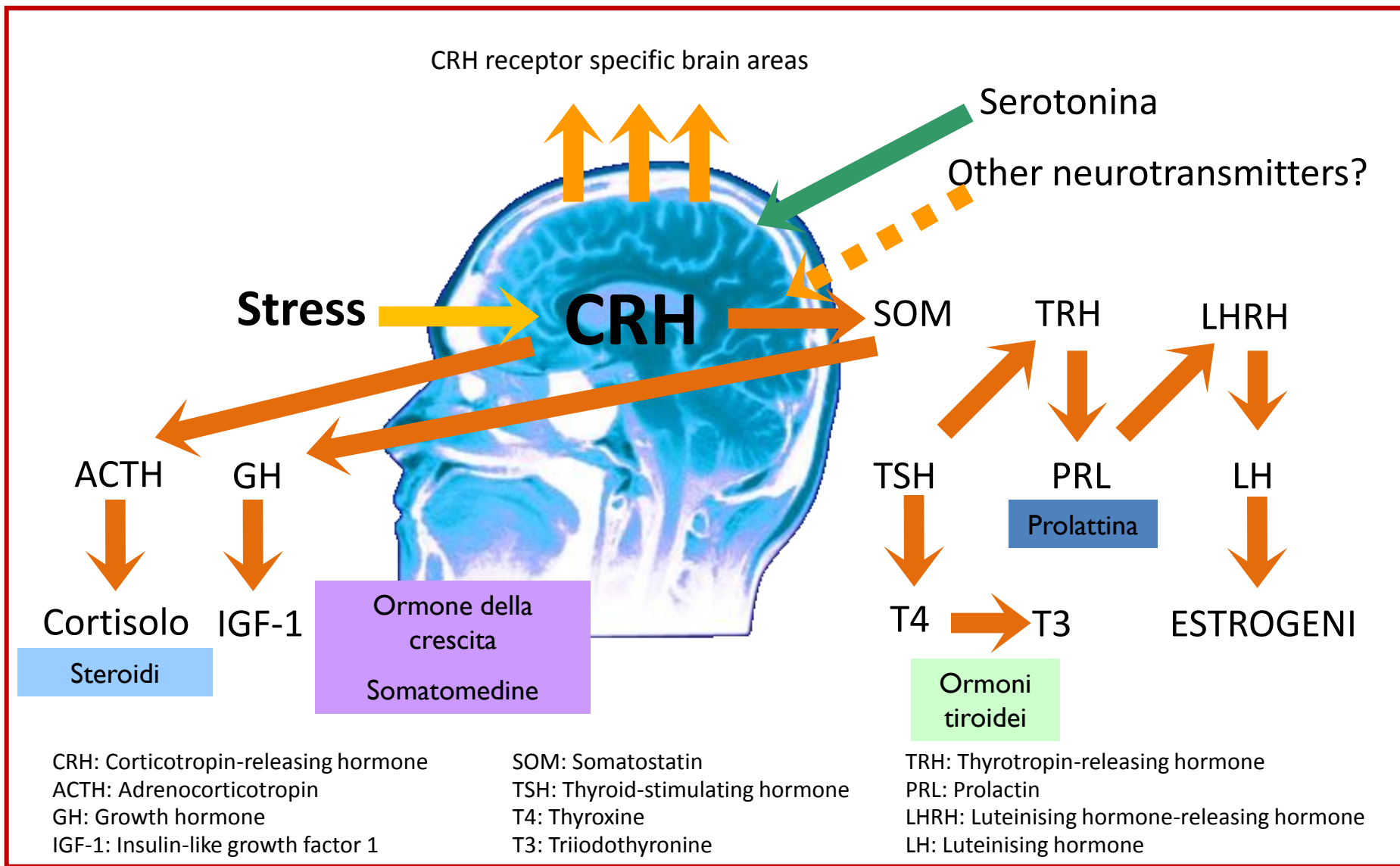
ALTERAZIONE NEUROMEDIATORI

NELLA FM MAGGIOR CONCENTRAZIONE DI NEUROMEDIATORI CHE FACILITANO LA TRASMISSIONE DEL DOLORE E RIDUZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI SISTEMI INIBITORI DEL DOLORE



- ▶ **Interferisce con modulazione discendente inibitoria del dolore**
- ▶ **Abbassa la soglia al dolore**
- ▶ **Interferisce con induzione del sonno (stadio IV non REM)**
- ▶ **Interferisce con rilascio GH**
- ▶ **Interferisce con release CRH**
- ▶ **Interferisce con controllo stato emotivo**

4. ALTERAZIONE NEUROENDOCRINE




5. ALTERAZIONE NEUROVEGETATIVE

PARASIMPATICO

Tende ad essere attivo in situazioni quali:

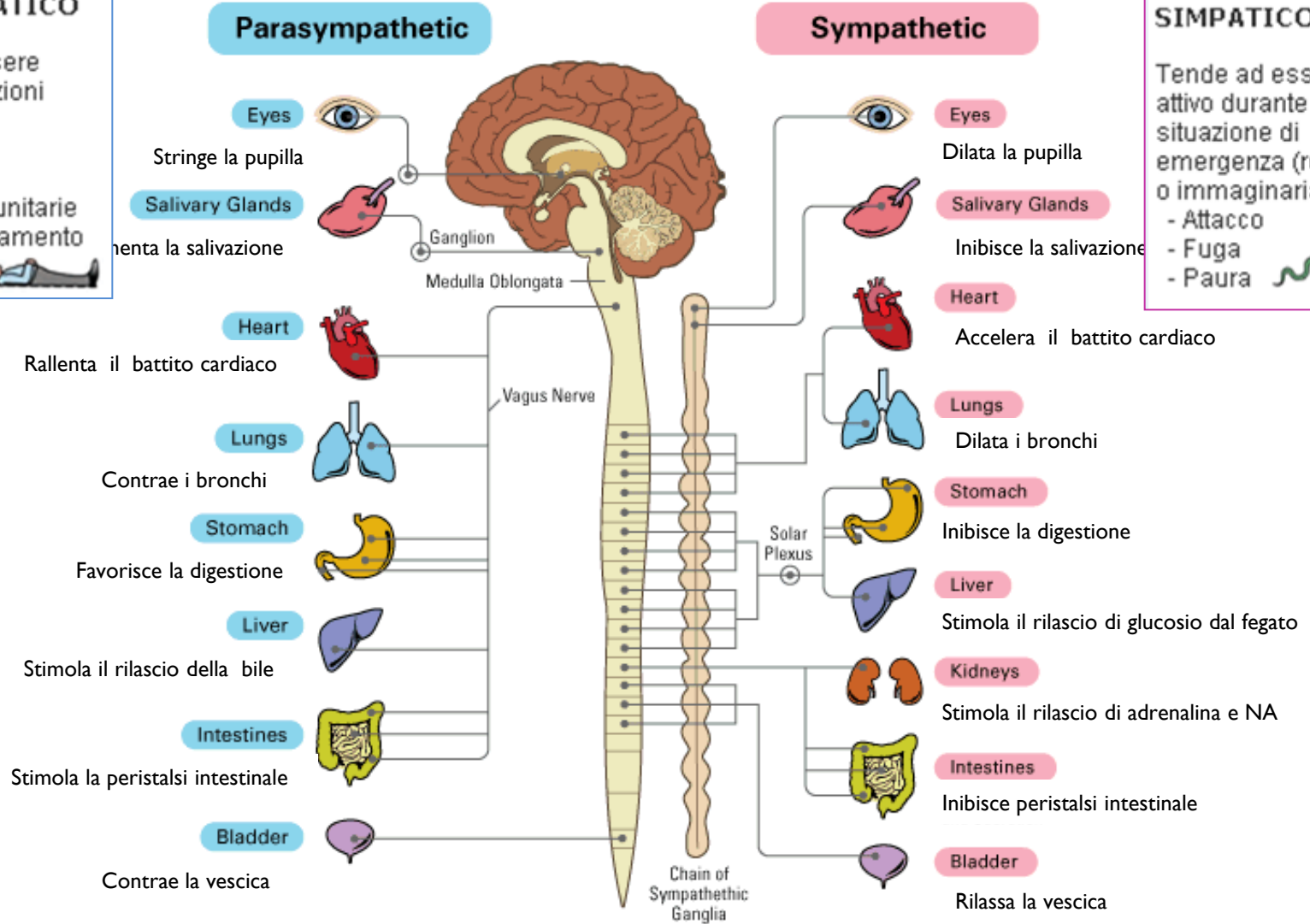
- Digestione
- Crescita
- Difese immunitarie
- Immagazzinamento energia



SIMPATICO

Tende ad essere attivo durante una situazione di emergenza (reale o immaginaria):

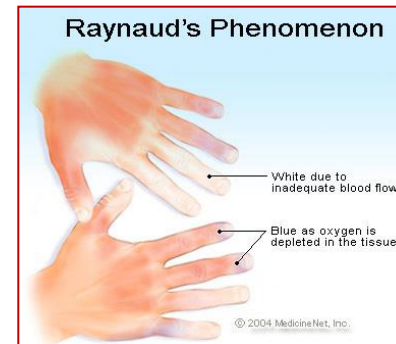
- Attacco
- Fuga
- Paura

ALTERAZIONE NEUROVEGETATIVE

NELLA FM AUMENTATA ATTIVITA' SIMPATICA BASALE

- ▶ VASOCOSTRIZIONE
- ▶ LESIONI IPOSSICHE MUSCOLARI
- ▶ RAYNAUD
- ▶ SPASMO MUSCOLATURA LISCIA (IBS)
- ▶ SECCHENZA MUCOSE

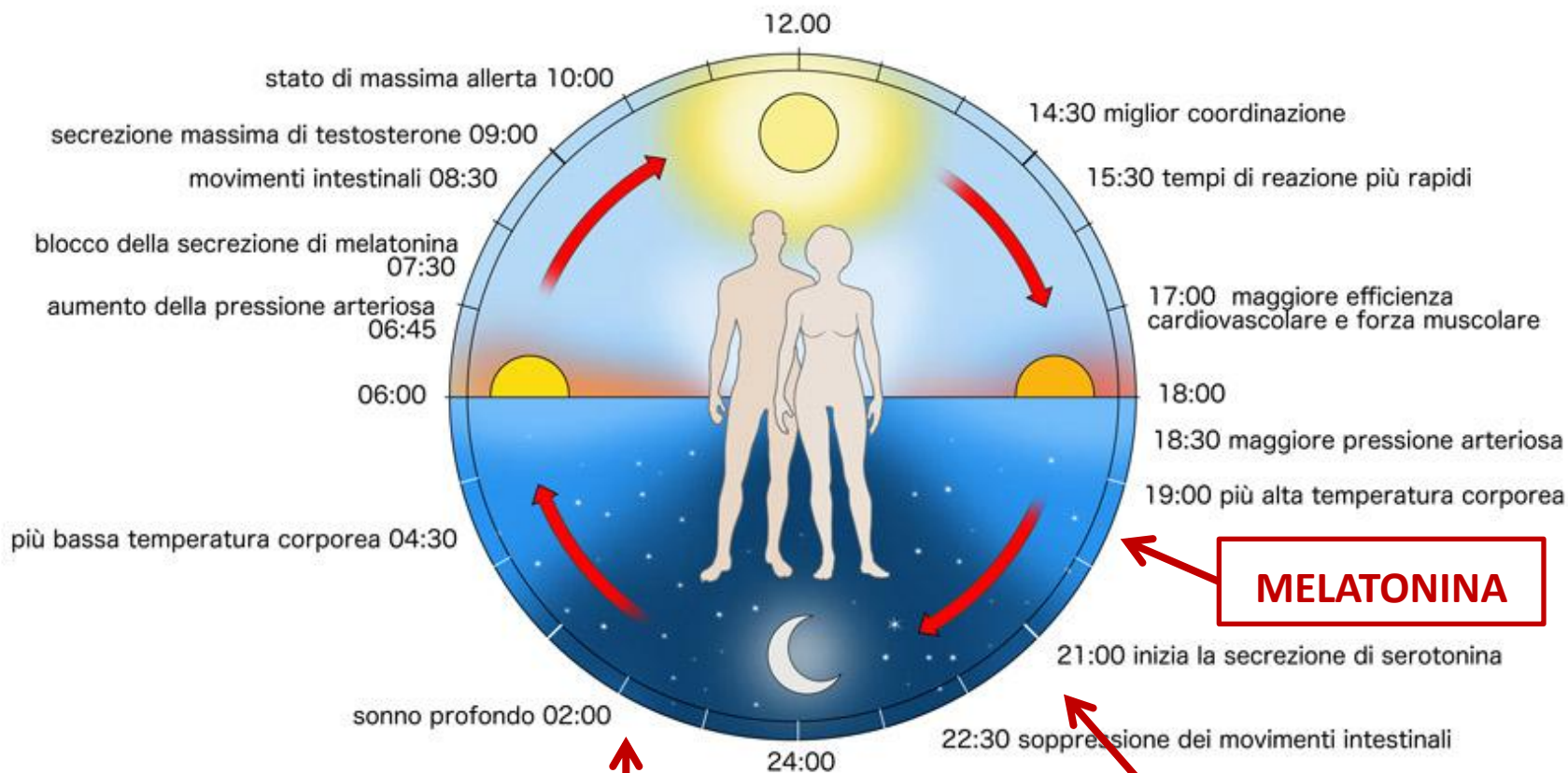


MINORE RISPOSTA SIMPATICA ALLO STRESS

- ▶ MANCATO INCREMENTO CORTISOLO E NORADRENALINA DA SFORZO
- ▶ Ridotte risposte vasocostrittrici
- ▶ Ridotto aumento F.C. e P.A. allo stress ortostatico (tilting test)
- ▶ IPOTENSIONE ORTOSTATICA



6. ALTERAZIONE DEL SONNO



MELATONINA

ORMONE DELLA CRESCITA GH

Viene secreto durante la **fase 4**

SEROTONINA

Aumenta nelle ore serali

ALTERAZIONE DEL SONNO

- ▶ **MAGGIOR FREQUENZA DI FM IN PAZIENTI AFFETTI DA PARASONNIE**
- ▶ Intrusione EEG onde alfa nella **FASE NON REM**
- ▶ Riproducibilità della sintomatologia FM mediante **deprivazione della fase 4** del sonno in sedentari
- ▶ La deprivazione della fase 4 del sonno in atleti non determina FM
- ▶ Normalizzazione EEG-grafico e miglioramento dei sintomi con somministrazione di farmaci in grado di aumentare la fase 4 del sonno (Clorpromazina)



COME SI GESTISCE LA FIBROMIALGIA?



RACCOMANDAZIONI ACR 2007

EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome

S F Carville,¹ S Arendt-Nielsen,² H Bliddal,³ F Blotman,⁴ J C Branco,⁵ D Buskila,⁶ J A P Da Silva,⁷ B Danneskiold-Samsøe,³ F Dincer,⁸ C Henriksson,⁹ K G Henriksson,¹⁰ E Kosek,¹¹ K Longley,¹² G M McCarthy,¹³ S Perrot,¹⁴ M Puszczewicz,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Silman,¹⁷ M Späth,¹⁸ E H Choy¹

► **RACCOMANDAZIONI GENERALI**

► **TERAPIA NON FARMACOLOGICA**

► **TERAPIA FARMACOLOGICA**

Table 4 EULAR recommendations for the management of fibromyalgia

Recommendation	Level of evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient	IV	D
Non-pharmacological management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia	IIa	B
Individually tailored exercise programmes, including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia	IIb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient	IIb	C
Pharmacological management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A

RACCOMANDAZIONI ACR 2007

EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome

S F Carville,¹ S Arendt-Nielsen,² H Bliddal,³ F Blotman,⁴ J C Branco,⁵ D Buskila,⁶ J A P Da Silva,⁷ B Danneskiold-Samsøe,³ F Dincer,⁸ C Henriksson,⁹ K G Henriksson,¹⁰ E Kosek,¹¹ K Longley,¹² G M McCarthy,¹³ S Perrot,¹⁴ M Puszczewicz,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Silman,¹⁷ M Späth,¹⁸ E H Choy¹

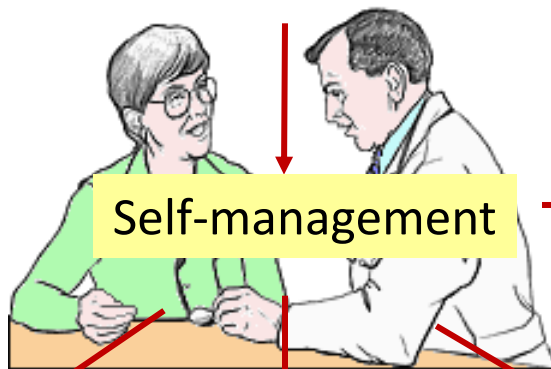
- ▶ **APPROCCIO MULTIMODALE**
- ▶ **Combinazione di trattamenti farmacologici e non-farmacologici,**
- ▶ **di volta in volta adattati al singolo paziente**

Table 4 EULAR recommendations for the management of fibromyalgia

Recommendation	Level of evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient	IV	D
Non-pharmacological management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia	IIa	B
Individually tailored exercise programmes, including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia	IIb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient	IIb	C
Pharmacological management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A

TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Educazione del paziente



Self-management

Rapporto
medico-paziente

Riabilitazione



Farmaci



Supporto
psicologico

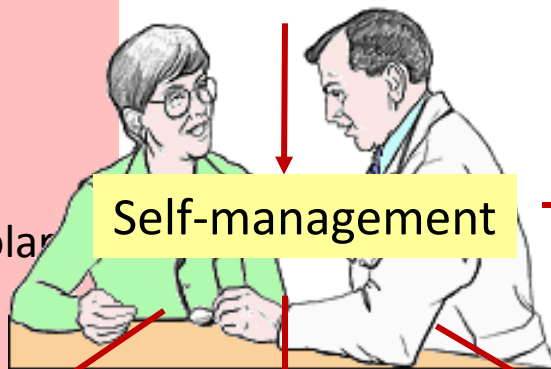


TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE OBIETTIVI

- ▶ Ridurre il dolore
- ▶ Migliorare i disturbi del sonno
- ▶ Ridurre i disturbi del tono dell'umore
- ▶ Ridurre la contrattura muscolare
- ▶ Attenuare la stanchezza
- ▶ Migliorare lo stato generale

Educazione del paziente



Self-management

Rapporto medico-paziente

Supporto psicologico

Riabilitazione



Farmaci



RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

ERRORI DEL MEDICO

- ▶ Visita frettolosa
- ▶ Classificare il paziente come malato immaginario
- ▶ Non conoscere bene la distinzione tra depressione, ansia, stress, disturbo di personalità ecc
- ▶ Non conoscere le strategie terapeutiche
- ▶ Non spiegare la malattia al paziente
- ▶ Dare false speranze o aspettative



RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

ERRORI DEL PAZIENTE

- ▶ Atteggiamento aggressivo
- ▶ Essere prevenuti ancora prima di conoscere il medico
- ▶ Pretendere un tempo eccessivo a disposizione da parte del medico
- ▶ Addossare al medico le colpe della propria malattia
- ▶ Ascoltare se stesso e non il medico
- ▶ “O bacchetta magico o nulla”



QUALI FARMACI ?



RACCOMANDAZIONI ACR

EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome

S F Carville,¹ S Arendt-Nielsen,² H Bliddal,³ F Blotman,⁴ J C Branco,⁵ D Buskila,⁶ J A P Da Silva,⁷ B Danneskiold-Samsøe,³ F Dincer,⁸ C Henriksson,⁹ K G Henriksson,¹⁰ E Kosek,¹¹ K Longley,¹² G M McCarthy,¹³ S Perrot,¹⁴ M Puszczewicz,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Silman,¹⁷ M Späth,¹⁸ E H Choy¹

TERAPIA FARMACOLOGICA

- ▶ Il **Tramadolo** è raccomandato per la cura del dolore nella FM
- ▶ Analgesici semplici come il **Paracetamolo** possono anche essere considerati
- ▶ Corticosteroidi non sono raccomandati
- ▶ Gli **antidepressivi** (Amitriptilina, Fluoxetina, Duloxetina) riducono il dolore e spesso migliorano le funzioni
- ▶ Il **Pramipexolo** ed il **Pregabalin** riducono il dolore e sono raccomandati nella FM

Table 4 EULAR recommendations for the management of fibromyalgia

Recommendation	Level of evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient	IV	D
Non-pharmacological management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia	Ila	B
Individually tailored exercise programmes, including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia	Ilb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient	Ilb	C
Pharmacological management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A

TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

FARMACI DIVERSI PER PROBLEMI DIVERSI

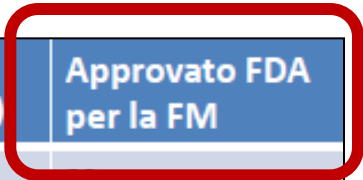
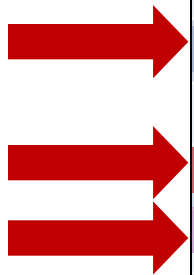
	DOLORE	SONNO	ASTENIA	UMORE
Triciclici	+	+	+	-
SSRIs	±	±	±	+
SNRIs	+	-	+	+
I-MAO	±	±	±	±
FANS	-	-	-	-
Antiepilettici	+	+	+	-
Sedativi/Ipnotici	-	+	-	-
Oppioidi	+	+	-	-
Miorilassanti		±	±	
Steroidi			±	

SSRIs: inibitori selettivi del re-uptake della serotonina; SNRIs: inibitori del re-uptake della serotonina e della noradrenalina; I-MAO: inibitori delle monamine ossidasi; FANS: antinfiammatori non steroidei.

TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

FARMACI APPROVATI PER LA FM

Farmaco	Classificazione	Dosaggio iniziale (mg)	Dosaggio di mantenimento (mg)	Approvato FDA per la FM
Amitriptilina	antidepressivo	5-10	30-60	no
Ciclobenzaprina	miorilassante	10	40-50	no
Pregabalin	anticonvulsivante	25-75	150-600	si
Gabapentina	anticonvulsivante	100-300	900-2400	no
Duloxetina	antidepressivo	30	60-120	si
Milnacipran	antidepressivo	12.5	50-100	si
Tramadolo	oppiaceo debole	25-50	150	no
Paracetamolo	analgesico	500-1000	3000	no
Tizanidina	miorilassante	4	8-36	no
Alprazolam	ansiolitici	0.25-0.5	0-5-2.0	no
Zolpidem	Ipnotico non benzodiazepinico	2,5-5	5-10	no
Venlafaxina	antidepressivo	37.5	75-150	no
Paroxetina	antidepressivo	10	20-40	no
Fluoxetina	antidepressivo	10	20	no
Mirtazipina	antidepressivo	15	15-30	no

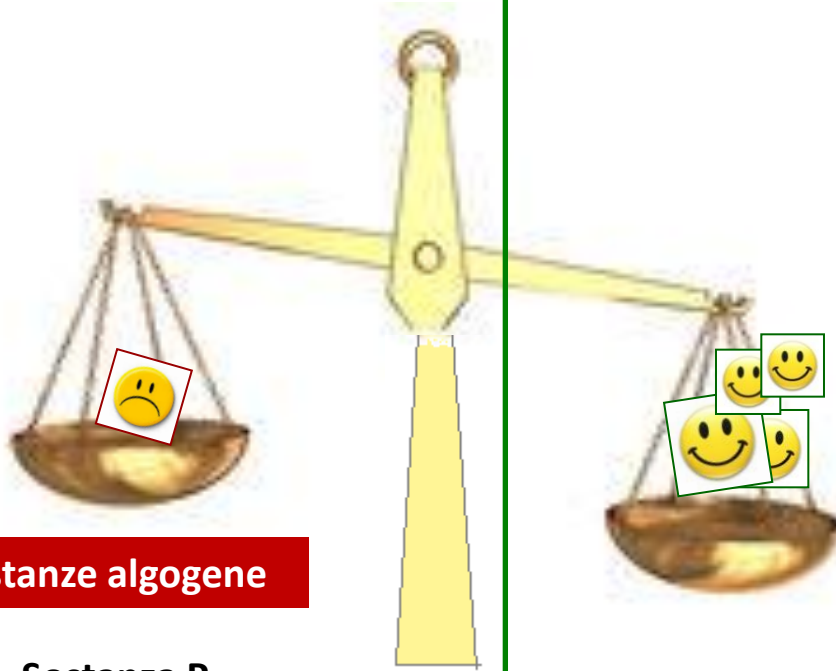


PERCHÉ VIENE DATO UN ANTIDEPRESSIVO SE IL PAZIENTE NON E' DEPRESSO?



TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

ANTIDEPRESSIVI



Sostanze algogene

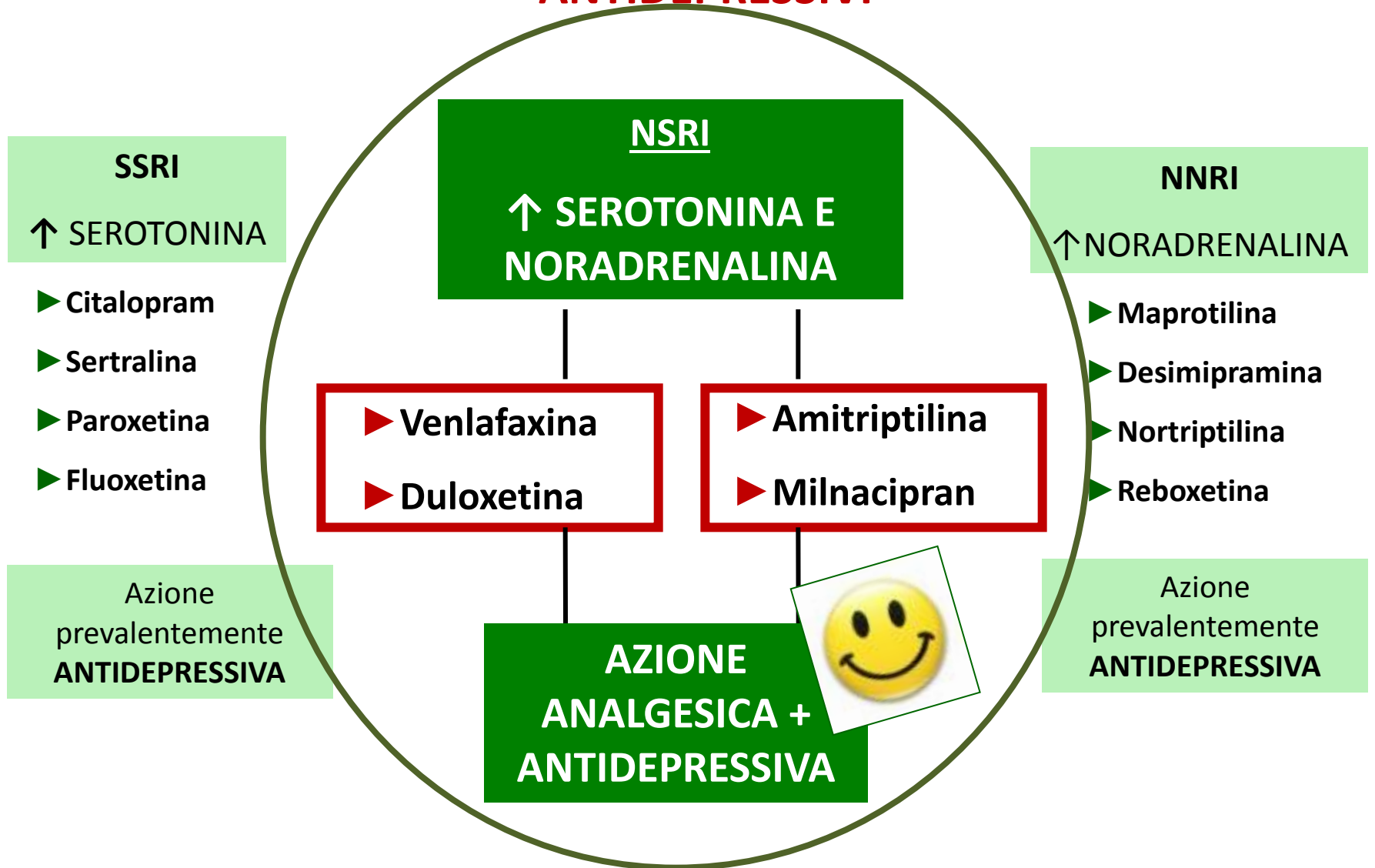
- ▶ Sostanza P
- ▶ Glutammato
- ▶ EAA

**GLI ANTIDEPRESSIVI
AUMENTANO SOSTANZE
CHE RIDUCONO IL
DOLORE**

- ▶ Triptofano
- ▶ Serotonina (5HT_{1a,b})
- ▶ Noradrenalina
- ▶ Oppioidi

TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

ANTIDEPRESSIVI



PERCHÉ VIENE DATO UN ANTIEPILETTICO ?

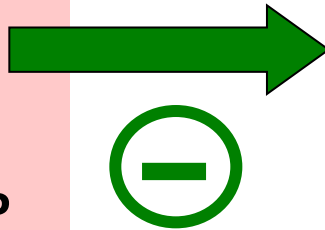


TERAPIA DELLA FIBROMIALGIA

ANTIEPILETTICI

GLI ANTIEPILETTICI INIBISCONO
MOLECOLE CHE SONO
FACILITATORI DEL DOLORE

- ▶ Bloccando le subunità $\alpha_2\delta$ dei canali del calcio:
- ▶ **Riducono il rilascio di SP**
- ▶ **Riducono il rilascio di glutammato ed altri AAE**



- ▶ Sostanza P
- ▶ Glutammato ed EAA
- ▶ Serotonina ($5HT_{2a, 3a}$)
- ▶ Neurotensina
- ▶ Nerve growth factor
- ▶ CCK

CHE PROBLEMI CI SI DEVE ASPETTARE DAI FARMACI?



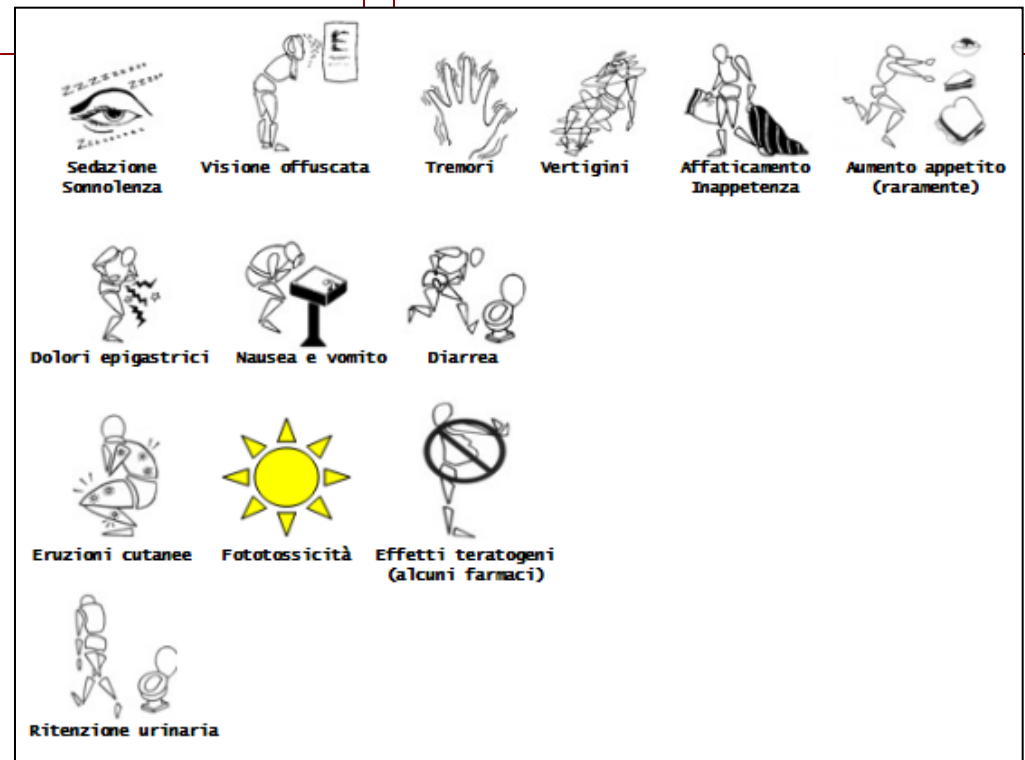
EFFETTI AVVERSI FARMACI

▶ **DEPRESSIONE DEL SISTEMA NERVOSO**

- ▶ **Sonnolenza**
- ▶ **Senso di testa vuota/strana**
- ▶ **Vertigini**
- ▶ **Attenzione a guidare**
- ▶ **No alcool**
- ▶ **Maggiore attenzione nelle persone anziani**
- ▶ **Iniziare e sospendere il farmaco gradatamente**

- ▶ **Nausea**
- ▶ **Gastralgia**
- ▶ **Eccitazione**

- ▶ **Tachicardia**
- ▶ **Aumento della P.A.**
- ▶ **Insonnia/incubi**
- ▶ **Dipendenza**



QUAL'E' IL RUOLO DELLA TERAPIA FISICA E DELLE TERAPIE ALTERNATIVE ?



RACCOMANDAZIONI ACR 2007

EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome

S F Carville,¹ S Arendt-Nielsen,² H Bliddal,³ F Blotman,⁴ J C Branco,⁵ D Buskila,⁶ J A P Da Silva,⁷ B Danneskiold-Samsøe,³ F Dincer,⁸ C Henriksson,⁹ K G Henriksson,¹⁰ E Kosek,¹¹ K Longley,¹² G M McCarthy,¹³ S Perrot,¹⁴ M Puszczewicz,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Silman,¹⁷ M Späth,¹⁸ E H Choy¹

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

- ▶ Idroterapia in piscina riscaldata
- ▶ Esercizi ginnici programmati individualmente
- ▶ La terapia cognitiva
- ▶ Altre terapie come rilassamento, riabilitazione, fisioterapia e supporto psicologico possono essere usati

Table 4 EULAR recommendations for the management of fibromyalgia

Recommendation	Level of evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient	IV	D
Non-pharmacological management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia	Ila	B
Individually tailored exercise programmes, including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia	Ilb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient	Ilb	C
Pharmacological management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

TERAPIE COMPLEMENTARI ED ALTERNATIVE

USO FREQUENTE DI TERAPIE NON CONVENZIONALI

MODESTA RISPOSTA CLINICA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

TERAPIE

COMPLEMENTARI

si propongono
come **SUPPORTO**
ALLA TERAPIA
CONVENZIONALE
riconosciuta dalla
medicina scientifica



TERAPIE

ALTERNATIVE

si basano su
concetti totalmente
differenti e lontani
dal concetto di
medicina scientifica
occidentale (teoria
dell'energia vitale,
olismo,
biorisonanza...)

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

TRATTAMENTI PIU' FREQUENTEMENTE UTILIZZATI

INTERVENTO	EFFICACIA (scala 0-10)
CALORE	6.3
MASSAGGI	6.1
ESERCIZIO IN ACQUA	6.0
STRETCHING, YOGA, TAI CHI	5.4
Chiropratica	5.1
Infiltrazione dei trigger points	5.0
Esercizi aerobici	5.0
Crioterapia	4.8

INTERVENTO	EFFICACIA (scala 0-10)
Terapie fisiche	4.7
Passeggiate	4.6
Pilates	4.6
Agopuntura	4.5
TENS	4.3
Esercizi di potenziamento	4.3
Terapia cognitivo-comportamentale	4.3
Bioenergetica (es Reiki)	4.0
Biofeedback	2.9

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

PER MAGGIORI INFORMAZIONI SUI PERCORSI CHE SARANNO ATTIVATI E SULLA POSSIBILITÀ DI PARTECIPARE AGLI STESSI È POSSIBILE CONTATTARE:

AMRER - ONLUS - Associazione Malati Reumatici Famiglia Romagna
 Via Garibaldi, 12 - 40128 - Bologna
 Tel e Fax 051 24.90.45
 Cell. 336 622.38.95
 amrer@amrer.it • www.amrer.it
 Codice Fiscale 80095010379

5x1000
 a favore dei Malati Reumatici
 a AMRER onlus
 Cod. Fiscale 80095010379

Progetto BENESSERE FIBROMIALGIA
 Terme di Riolo Bagni
 48025 - Riolo Terme (RA)

PER ESSERE SEMPRE INFORMATI
 Notiziario del Malato Reumatico




CALORE	6.0
MASSAGGI	6.0
ESERCIZIO IN ACQUA	6.0
STRETCHING, YOGA, TAI CHI	5.4
Chiropratica	5.1
Infiltrazione dei trigger points	5.0
Esercizi aerobici	5.0
Crioterapia	4.8

Progetto Benessere ATTIVITÀ PREVISTE

IL PERCORSO STUDIATO PREVEDE
LE SEGUENTI ATTIVITÀ:

n.4	Ginnastica Posturale (STRALE)	30'
n.2	Massaggi con oli essenziali (fiori di Bach)	55'
n.6	Piscine Termali - Libere	
n.2+1	Massaggi manuali totali e parziali	30'-16'
n.4	Ginnastiche di gruppo in piscina termale	60'
n.2	Conferenze di approfondimento	30'
n.2+2	Controlli Medici/Osteopatici	20'

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

ESERCIZIO FISICO

- ▶ **ALLUNGAMENTO MUSCOLARE E LAVORO AEROBICO**
- ▶ **INTERROMPE IL CIRCOLO VIZIOSO DOLORE-INATTIVITÀ-DOLORE**
- ▶ Innalza la soglia del dolore
- ▶ Migliora la capacità aerobica
- ▶ Migliora la forza muscolare
- ▶ Migliora la qualità di vita

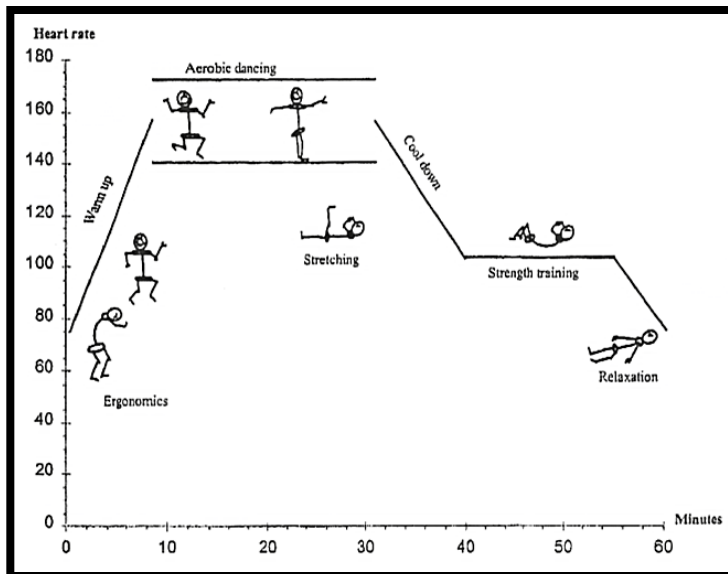
- ▶ **ESERCIZIO INDIVIDUALIZZATO**
- ▶ **GRADUALITÀ E COSTANZA**
- ▶ **FATICA E DOLORE POTRANNO TEMPORANEAMENTE AUMENTARE**
- ▶ **ABBINARE A TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI**



TERAPIA NON FARMACOLOGICA

ESERCIZIO FISICO

- ▶ **ESERCIZIO DI ALLUNGAMENTO TUTTI I GIORNI PIU' VOLTE AL GIORNO**
- ▶ **CAMMINATA, YOGA, TAI CHI, ESERCIZIO IN ACQUA CALDA (37°C)**
- ▶ **Allenarsi 2-3 volte/settimana**, aumentando con estrema **gradualità** il carico
- ▶ **Stretching → Lavoro aerobico → Allungamento muscolare**
- ▶ **Frequenza cardiaca: 60-80% di quella max. attesa per età**
- ▶ **Fc max attesa: 220 – età, es. 40 anni: Fc 104-144 bpm**



- ▶ **Stretching/riscaldamento 10'**
- ▶ **Lavoro aerobico 20'-30'**
- ▶ **Allungamento muscolare 5'-10'**
- ▶ **Frequenza cardiaca: per un 40enne partire da 104 bpm ed arrivare a 144 bpm in 2-3 mesi**

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

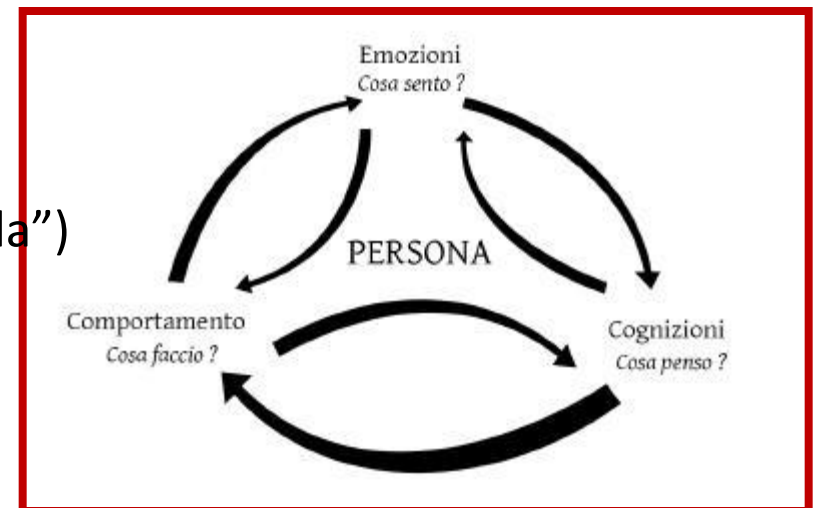
► Utile in quanto alcuni pazienti sono decondizionati non solo dal punto di vista fisico ma anche da quello mentale, creando un **circolo vizioso** inattività – dolore – inattività e presentano alterati schemi mentali con **ipervigilanza**, **catastrofizzazione**

► **INDIVIDUARE E MODIFICARE PENSIERI E COMPORAMENTI**

DISFUNZIONALI NEI CONFRONTI DEL DOLORE (CBT di seconda generazione)

► **ACCETTAZIONE DEL DOLORE**, come processo attivo di consapevolezza (CBT di terza generazione o di “terza onda”)

► **EVITARE IL “CATASTROFISMO”**



TERAPIA NON FARMACOLOGICA

TERAPIE COMPLEMENTARI ED ALTERNATIVE

TERAPIE COMPLEMENTARI

- ▶ **AGOPUNTURA/elettroagopuntura**
- ▶ **IDROTERAPIA**
- ▶ **TERMOTERAPIA (balneo-fangoterapia, infrarossi)**
- ▶ **S-ADENOSILMETIONINA**
- ▶ **MAGNESIO**
- ▶ **Biofeedback**
- ▶ **Magnetoterapia/materassino magnetizzato**
- ▶ **Massaggio**

NON ESISTONO DATI

SCIENTIFICI ADEGUATI

- ▶ **Studi scarsi in quantità o casistica o metodologicamente inadeguati**
- ▶ **TRATTAMENTI CON MAGGIOR EVIDENZA SCIENTIFICA:**
 - ▶ **AGOPUNTURA**
 - ▶ **IDROTERAPIA**
 - ▶ **ADENOSILMETIONINA**

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

TERAPIE COMPLEMENTARI ED ALTERNATIVE

TERAPIE ALTERNATIVE

- ▶ **OMEOPATIA**
- ▶ **Tecniche mente-corpo**
- ▶ **Tecniche energetiche e di movimento (TAI CHI, Yoga, Reiki, bio-danza, meditazione trascendentale, Pilates, Qi Gong)**
- ▶ **Religiosità e spiritualità**



CI SONO ALIMENTI CHE MIGLIORANO LA FIBROMIALGIA ?



DIETA E FIBROMIALGIA

**NON ESISTONO
DATI SCIENTIFICI
SU UNA DIETA CHE RIDUCA
I SINTOMI DELLA
FIBROMIALGIA**



- ▶ Prediligere alimenti anti-ossidanti (frutta, verdura)
- ▶ Bere molto, tisane drenanti
- ▶ Evitare patate vecchie e germogli, evitare pomodori, peperoni e melanzane verdi (sono ricchi di solanina)
- ▶ Ridurre consumo di carni rosse, zuccheri raffinati, prodotti industriali
- ▶ Evitare bevande eccitanti (anche ginseng) e ricche di caffeina
- ▶ NO glutammato
- ▶ Abolire superalcolici
- ▶ Ridurre sale
- ▶ Dieta priva di glutine?

CI SONO NUOVE TERAPIE?



MEDICINA P4

MEDICINA PROATTIVA ANZICHÉ REATTIVA

- ▶ Biomarcatori preclinici

Predittiva

- ▶ Misure di prevenzione primaria, E-Health (sanità in rete)
- ▶ Farmaci per prevenzione secondaria
- ▶ Stile di vita orientato al benessere

Preventiva



Personalizzata

Partecipatoria

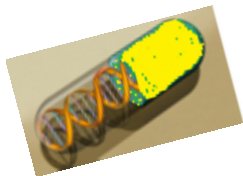
- ▶ Digitalizzazione e management dei **dati clinici e genomici** del paziente
- ▶ Disponibilità dei dati per sviluppi di medicina predittiva e preventiva
- ▶ **Sinergia** tra associazioni dei pazienti e ricercatori

NUOVE IPOTESI DI TERAPIA

VALUTAZIONE GENOMICA

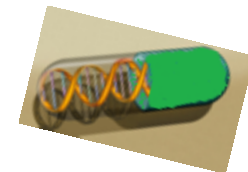
Polimorfismi geni
del recettore e
del trasportatore
della serotonina

FARMACI
SEROTONINERGICI



Polimorfismi
gene del
recettore della
dopamina

FARMACI
DOPAMINERGICI

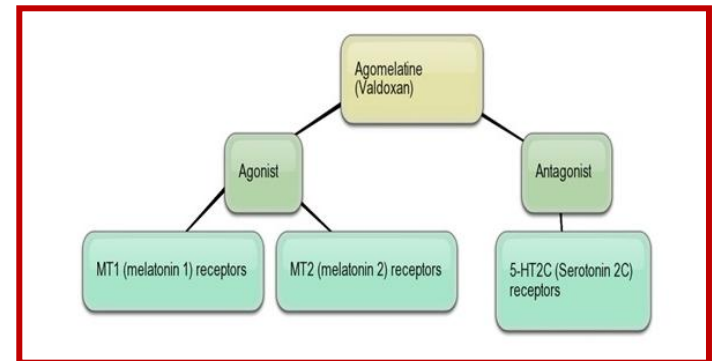
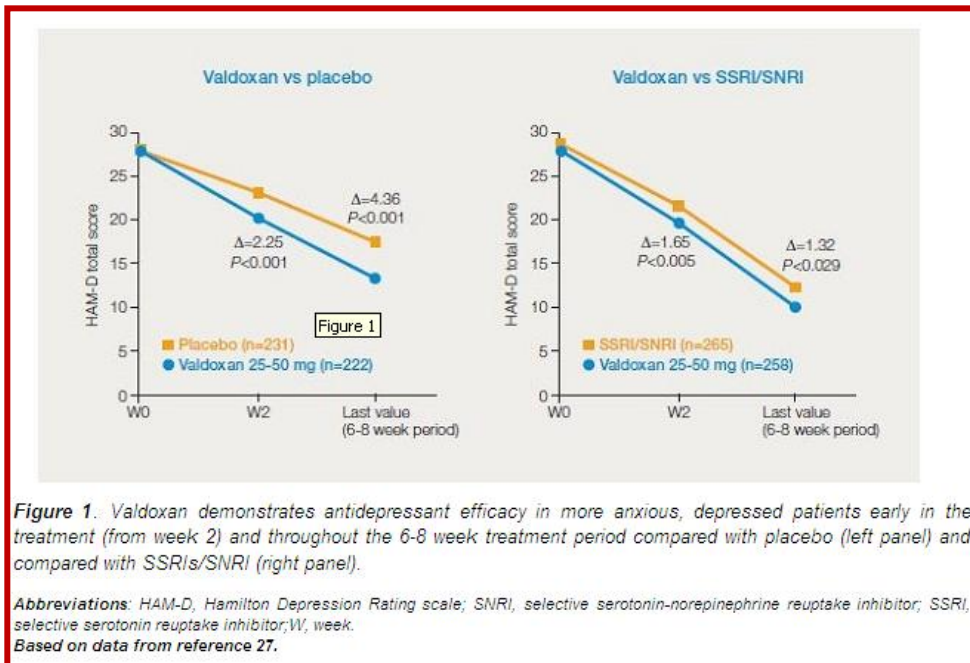


CONCETTO DI TAILORING MEDICINA PERSONALIZZATA

NUOVE IPOTESI DI TERAPIA

► Categoria: antidepressivi. Agomelatina (Valdoxan©, Thynamax©)

Agonista melatoninergico e antagonista dei recettori 5-HT_{2C}. **Risincronizza i ritmi circadiani ed aumenta il rilascio di noradrenalina e dopamina.**
La dose raccomandata è 25 mg die prima di coricarsi, eventualmente aumetabile a 50 mg die (classe C).



NUOVE IPOTESI DI TERAPIA

► ANTIDEPRESSIVI INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DI SEROTONINA E NORADRENALINA : Milnacipran (Ixel©, Savella©)

Iniziare con 25 mg die la mattina per 7 giorni monitorando la pressione arteriosa, se tollerato aumentare gradatamente sino a 100 mg die di mantenimento secondo necessità e tollerabilità del farmaco; può dare cefalea, sbalzi pressori, agitazione, incubi notturni **(OFF LABEL in Italia)**

Clinical Study Experience Based on Fibromyalgia Trials ¹⁴			
Study	Design	Number of patients	Primary end point achieved vs placebo
Mease et al*	6-month, double-blind, placebo-controlled, multicenter study Doses studied: 100 mg/d and 200 mg/d	888	Simultaneous improvement in pain, patient global assessment, and physical function
Clauw et al*	3-month, double-blind, placebo-controlled, multicenter study Doses studied: 100 mg/d and 200 mg/d	1196	Simultaneous improvement in pain, patient global assessment, and physical function
Arnold et al	3-month, double-blind, placebo-controlled, multicenter study Dose studied: 100 mg/d	1025	Simultaneous improvement in pain, patient global assessment, and physical function
Branco et al	3-month, double-blind, placebo-controlled, multicenter study Dose studied: 200 mg/d [†]	884	Simultaneous improvement in pain and patient global assessment

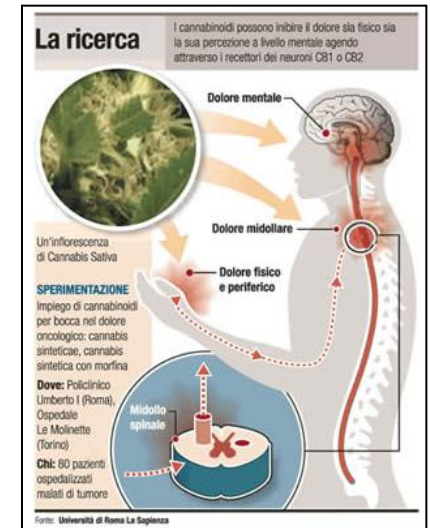
*Savella pivotal studies.
[†]The recommended dose of Savella is 100 mg/day (50 mg twice daily). Based on individual patient response, the dose may be increased to 200 mg/day (100 mg twice daily).

NUOVE IPOTESI DI TERAPIA

- ▶ **STUDI SU ALIMENTAZIONE**
- ▶ **CANNABIS?**
- ▶ Studio su ruolo di agenti infettivi
- ▶ Un nuovo farmaco orale conosciuto come **IMC-1**

(**Famciclovir e Celecoxib**) pare essere efficace nel diminuire il dolore (ACR 2014)

- ▶ Supporti ormonali? **GH?**
- ▶ **VITAMINA D ?**
- ▶ **Memantina?**
- ▶ **L-acetilcarnitina ?**
- ▶ **Quercetina ?**



SI DEVONO FARE ESAMI DI CONTROLLO?



MONITORAGGIO

- ▶ Monitoraggio **funzione renale, epatica e midollare, protidogramma, Ca, Vit D, PCR, Potassio, Magnesio, Natriemia, CPK, TSH reflex, ANA REFLEX, Fr**
- ▶ In caso di uso di antidepressivi indicato periodico **monitoraggio cardiologico + ECG** per rischio di aritmie
- ▶ Visita psichiatrica se **patologia depressiva maggiore e/o disturbo distimico e/o disturbo bipolare**



MONITORAGGIO RISULTATI

Fibromyalgia Assessment Status

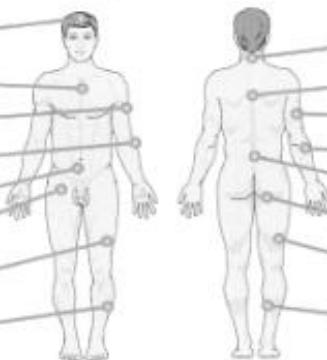
1. Scegli il numero che meglio descrive la stanchezza che lei ha provato durante l'ultima settimana

Nessuna stanchezza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massima stanchezza

2. Scegli il numero che meglio descrive la difficoltà a dormire che lei ha provato durante l'ultima settimana

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massima difficoltà

3. Scegli, tracciando una X nelle rispettive caselle, il numero relativo all'intensità del dolore e/o della dolorabilità per ciascuna delle zone del corpo elencate di seguito (0 = nessun dolore, 1 = lieve, 2 = moderato, 3 = grave).

Testa	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Collo
Torace	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Schiena
Braccio sx	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Braccio dx
Avambraccio sx	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Avambraccio dx
Addome	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Rachide lombare
Natica sx	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Natica dx
Coscia sx	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Coscia dx
Gamba sx	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Gamba dx

Nomogramma

1=0.2 4=0.8 7=1.5 10=2.1 13=2.7 16=3.3 19=4.0 22=4.6 25=5.2 28=5.8 31=6.5 34=7.1 37=7.7 40=8.3 43=9.0 46=9.6
2=0.4 5=1.0 8=1.7 11=2.3 14=2.9 17=3.5 20=4.2 23=4.8 26=5.4 29=6.0 32=6.7 35=7.3 38=7.9 41=8.5 44=9.2 47=9.8
3=0.6 6=1.3 9=1.9 12=2.5 15=3.1 18=3.8 21=4.4 24=5.0 27=5.6 30=6.3 33=6.9 36=7.5 39=8.1 42=8.8 45=9.4 48=10

A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?



A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?

- ▶ **Nonostante l'OMS abbia riconosciuto la FM come una precisa malattia (1992)**
- ▶ **IN ITALIA LA FIBROMIALGIA NON È RICONOSCIUTA COME MALATTIA INVALIDANTE da INPS e INAIL**
- ▶ **Il malato di FM NON HA UNA ESENZIONE PER PATOLOGIA**
- ▶ **Discrepanza tra le varie regioni italiane**
- ▶ **In Italia NON CI SONO FARMACI REGISTRATI PER LA FM**
- ▶ **La maggior parte degli ambulatori reumatologici non dispone di un sistema di presa a carico del malato fibromialgico**



MALATTIA DAL FORTE IMPATTO ECONOMICO E SANITARIO

- ▶ La persona affetta da fibromialgia ha necessità di **SOTTOPORSI REGOLARMENTE A:**



- ▶ **VISITE MEDICHE**
 - ▶ **TERAPIA FISICA**
 - ▶ **TERAPIA PSICOLOGICA**
 - ▶ **ESAMI EMATICI**
 - ▶ **RICOVERI OSPEDALIERI**
-
- ▶ Deve assumere **FARMACI** per controllare la malattia
 - ▶ **ASSENZE DAL LAVORO**
 - ▶ **DISOCCUPAZIONE**
 - ▶ **EMARGINAZIONE SOCIALE**

MALATTIA DAL FORTE IMPATTO FISICO PSICHICO E SOCIALE



A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?



- ▶ Le province autonome di **Trento e Bolzano** hanno già riconosciuto la sindrome (2010) permettendo ai malati di godere dell'esonero e di avere maggior riconoscimento in sede di determinazione di invalidità civile.
- ▶ Le Regioni **Veneto, Lombardia, Toscana, Val d'Aosta e Friuli Venezia Giulia** hanno approvato la istituzione di un tavolo tecnico di confronto e hanno riconosciuto questa patologia come malattia ad elevato impatto sociale e sanitario



RIFLESSIONI FINALI



TAKE HOME MESSAGES

- ▶ MALATTIA REALE
- ▶ ANORMALE PERCEZIONE DEL DOLORE
- ▶ NON CI SONO ESAMI DIAGNOSTICI
- ▶ GLI ESAMI SERVONO PER ESCLUDERE ALTRE MALATTIE
- ▶ LA DIAGNOSI È CLINICA
- ▶ FRUSTRAZIONE DEL PAZIENTE
- ▶ GRAVE COMPROMISSIONE DELLA QUALITÀ DI VITA
- ▶ FONDAMENTALE SUPPORTO PSICOLOGICO



TAKE HOME MESSAGES

- ▶ **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E PERSONALIZZATO**
- ▶ **AFFIDARSI AD UNO SPECIALISTA CHE CONOSCE BENE LA PATOLOGIA**
- ▶ **DOCUMENTARSI SULLA PATOLOGIA**
- ▶ **SELF-MANAGEMENT**
- ▶ **ELEVATI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI**
- ▶ **IN ITALIA NON È RICONOSCIUTA COME MALATTIA INVALIDANTE**
- ▶ **IN CORSO PETIZIONI IN TUTTA ITALIA PERCHÉ LA FM POSSA ESSERE RICONOSCIUTA COME PATOLOGIA INVALIDANTE**



3° Focus sulla **SINDROME FIBROMIALGICA**

*dal corretto riconoscimento
alla gestione ottimale della malattia*

EVENTO PROMOSSO DA:



CON IL PATROCINIO DI:



CON IL CONTRIBUTO:



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

