

01/10/2017

CONSENSUS CONFERENCE SULLA
SINDROME FIBROMIALGICA

IL PDTA

HANNO PARTECIPATO ALLA STESURA DEL PRESENTE DOCUMENTO:

Prof. Piercarlo Sarzi-Puttini, Professore straordinario di Reumatologia Università degli Studi di Milano, Presidente AISF ONLUS (Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica), referente del gruppo di studio SIR (Società Italiana di Reumatologia) su fibromialgia e dolore cronico (e-mail: piercarlo.sarziputtini@gmail.com)

Dr.ssa Giovanna Ballerini, Dirigente medico di primo livello Centro multidisciplinare di Terapia del Dolore - Percorso Fibromialgia, Ospedale P. Palagi Azienda Toscana Centro Firenze, Referente del gruppo CFU (Comitato Fibromialgici Uniti) (e-mail: giovannaballerini62@gmail.com)

Dr. Marco Cazzola, Direttore Struttura complessa di Recupero e rieducazione funzionale, ASST Valle Olona, Busto Arsizio e Saronno (e-mail: marco.cazzola@asst-valleolona.it)

Dr. Stefano Stisi, Responsabile Struttura dipartimentale di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Gaetano Rummo Benevento, Presidente CReI (Collegio Reumatologi Italiani) (e-mail: ststisi@tin.it)

Dr.ssa Laura Bazzichi, Dirigente medico di primo livello, UO Reumatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Chiara di Pisa, Dipartimento di medicina clinica e sperimentale (e-mail: l.bazzichi@gmail.com)

Prof.ssa Manuela Di Franco, Dirigente medico di primo livello UOC Reumatologia, Professore Ricercatore Università di Roma Sapienza (e-mail: manuela.difranco@uniroma1.it)

Dr. Roberto Gorla, Dirigente medico primo livello UO di Reumatologia e Immunologia clinica, ASST Spedali Civili di Brescia (e-mail: gorlaroberto@mac.com)

Dr. Giannantonio Cassisi, Branca di Reumatologia Poliambulatorio specialistico ASL 1 Belluno (e-mail: cassisi.agordo@alice.it)

Prof.ssa Fabiola Atzeni, Professore associato di Reumatologia, Università degli Studi di Messina (e-mail: atzenifabiola@hotmail.com)

Prof. Fausto Salaffi, Professore associato di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche (e-mail: fausto.salaffi@gmail.com)

Dott.ssa Alessandra Alciati, Psichiatra, Responsabile Centro per i Disturbi da Sintomi Somatici, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto Menni - Albese (Como) (e-mail: alessandra.alciati@gmail.com)

Prof. Stefano Coaccioli, Professore associato in Medicina Interna Università di Perugia, Direttore Clinica Medica Generale e Terapia medica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Santa Maria Terni (e-mail: scoaccioli@tin.it)

Dr. Paolo Scarsella, Direttore Centro multidisciplinare di Terapia del Dolore, Ospedale P. Palagi Azienda Toscana Centro Firenze (e-mail: paolo.scarsella@uslcentrotoscana.it)

Dr. Marco Dal Dosso, Dirigente Medico Centro multidisciplinare di Terapia del Dolore, Ospedale P. Palagi Azienda Toscana Centro Firenze (e-mail: marco.dal_dosso@uslcentro.toscana.it)

DEFINIZIONE DI P.D.T.A.

La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali: il riferimento è il Chronic Care Model, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari.

La Sanità d'Iniziativa mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema.

L'incidenza delle malattie croniche aumenta di anno in anno. La percentuale di persone che hanno dichiarato di avere almeno una malattia cronica passa dal **38,4%** del **2011** al **38,6%** del **2012**. Il **20,4%** afferma di avere almeno due malattie croniche (**+0,4% rispetto al 2011**). La speranza di vita di chi nasce in Italia è decisamente più alta rispetto a molti altri Paesi dell'Unione Europea, come la Germania, il Regno Unito o la Finlandia, ma non si vive allo stesso modo in tutta Italia. Le conseguenze per le persone affette da malattie croniche sono preoccupanti. Il 63% delle Associazioni ha ricevuto nell'ultimo anno segnalazioni relative a licenziamenti, mancati rinnovi di contratti lavorativi o interruzioni del rapporto di lavoro della persona con malattia cronica e rara, a causa della propria patologia. Questo fa sì che per il 49% delle Associazioni, i propri associati evitano di prendere permessi per cura, il 43% nasconde la malattia ed il 40% si accontenta di eseguire un lavoro non adatto alla propria condizione di salute. Ancora, secondo l'80% delle Associazioni si è costretti a rinunciare ad aspetti dell'assistenza per motivi di carattere economico. E' evidente quindi la necessità crescente di utilizzare tutti gli "strumenti di governance" che consentano di rispondere allo stesso tempo alle urgenze e criticità espresse dai pazienti, garantendo qualità ed uniformità di cure su tutto il territorio nazionale.

Uno degli strumenti che maggiormente risponde a queste necessità, in particolare quando si parla di patologie croniche, è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Il PDTA, infatti, disegna un piano interdisciplinare di cura creato per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale,

favorendo l'integrazione fra gli operatori, riducendo la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzando in modo congruo le risorse.

In particolare, i PDTA rispondono efficacemente alla frammentazione organizzativa dei servizi sanitari, specie nell'interfaccia ospedale-territorio, riducendo i rischi connessi al passaggio del paziente dall'Ospedale ai servizi territoriali e alla medicina di base, evitando la duplicazione di prestazioni sanitarie con contenimento della spesa sanitaria ed offrendo al paziente un iter clinico - assistenziale organizzato e semplificato.

II PDTA nella Sindrome Fibromialgica

Anche nel caso in cui sia definito un **PDTA** per la **Sindrome Fibromialgica** a livello nazionale, questo viene recepito solo dall'**8%** delle Regioni. Inoltre, nella maggior parte sono solo alcune regioni ad adottare un **PDTA** nelle diverse malattie (**56%**). In prevalenza si tratta di regioni del Nord Italia: primo fra tutti il Piemonte, seguito da Lombardia, Veneto, Valle D'Aosta ed Emilia Romagna. Tra le Regioni del Centro Italia, per il campione di malattie di cui fanno parte le Associazioni che hanno partecipato alla rilevazione, troviamo solo il Lazio. Anche nel caso sia definito un PDTA a livello nazionale, non è affatto scontato che questo venga recepito da tutte le regioni, avviene solo nell' 8% dei casi.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) non esistono per tutte le malattie, non sono diffusi a livello nazionale e non sempre pongono al centro il paziente.

L'incidenza della Sindrome Fibromialgica è valutata nel nostro Paese in circa il 3,5% della popolazione, con predilezione per le donne in misura oltre tre volte superiore rispetto al sesso maschile.

E' inoltre opportuno evidenziare che, pur essendo ampiamente dimostrato che diagnosi e terapia precoce riducono significativamente la progressione e l'incidenza di poussée dolorose e la disabilità da esse indotta, permangono notevoli problemi relativi alla tempestività della diagnosi, all'accesso alle terapie farmacologiche - con particolare riguardo a quelle innovative - ad un'appropriata ed efficace presa in carico dei pazienti; il tutto è complicato da notevoli differenze regionali.

A fronte del quadro presentato in termini di "peso" sociale per la persona e di grande impatto sulla qualità di vita, solo alcune Regioni hanno, infatti, iniziato a progettare o messo a punto indicazioni precise per la tutela delle persone affette da sindrome fibromialgica, prevedendo interventi operativi mirati per l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici che coinvolgano la medicina primaria e quella specialistica. In maniera variegata, in alcune Regioni sono previsti percorsi finalizzati al

miglioramento dell'assistenza ed il potenziamento di una rete integrata di assistenza, con creazione di un percorso unitario di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, tramite un processo di cooperazione tra Medici di Medicina Generale (**MMG**), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli specialisti che più frequentemente possono essere coinvolti nel percorso di cura (algologi, reumatologi)

Vantaggi del PDTA nella gestione della Sindrome Fibromialgica

La realizzazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (**PDTA**) per la Sindrome Fibromialgica nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia ed assistenza dei pazienti affetti da tali malattie. Il **PDTA** rappresenta uno strumento fondamentale che, attraverso la collaborazione multi professionale e multidisciplinare, consente di:

- **identificare gli attori responsabili ed i rispettivi ruoli all'interno del percorso di cura;**
- **uniformare il più possibile le modalità e l'efficacia delle cure prestate ai malati reumatici sull'intero territorio nazionale;**
- **dare ai pazienti una opportunità di cura sempre nelle fasi precoci della sindrome fibromialgica;**
- **ridurre i tempi di attivazione delle procedure ed abbattere le liste di attesa;**
- **definire le attività da svolgere e gli indicatori di monitoraggio;**
- **scambiare informazioni;**
- **ridurre i costi impressionanti che gravano sul Sistema Sanitario Nazionale dovuti alla diagnosi tardiva della sindrome fibromialgica.**

La realizzazione di un **PDTA** permetterà quindi di definire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- **garantire una diagnosi precoce;**
- **effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute;**
- **integrare la pluralità degli interventi;**
- **garantire l'appropriatezza delle prestazioni;**
- **migliorare la qualità dell'assistenza;**
- **garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;**
- **gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;**

- **garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio nazionale;**
- **garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.**

Nell'esplicitazione dell'acronimo PDTA, che la "P" sia legata alla parola Percorso è già di per sé la dichiarazione programmatica della necessità di definire l'iter più opportuno per giungere alla soluzione del problema di salute del paziente interessato. Tale sequenza di eventi ed azioni – pur con la massima importanza dell'aspetto clinico – non può prescindere da una corretta ed appropriata comunicazione che consenta una costante condivisione tra medico e paziente. Pur nell'ambito di un percorso definito e comune a tutto il Servizio Sanitario Nazionale, infatti, né il medico può impostare un iter terapeutico assistenziale senza tener conto delle abitudini di vita del paziente, né quest'ultimo può ignorare i limiti di successo dell'intervento sanitario nonché l'esigenza di avere la certezza dell'aderenza alle terapie prescritte.

I termini "diagnostico", "terapeutico" ed "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale del paziente - dalla prevenzione al mantenimento ed alla riabilitazione - per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari, rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità, tenendo in adeguata considerazione le purtroppo frequenti comorbidità.

Il **PDTA** rappresenta dunque uno strumento di "*Clinical Governance*" che, attraverso un approccio per processi, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento; garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori; aiuta a migliorare la qualità, la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate; aiuta a prevedere e quindi ridurre rischi e complicanze; facilita la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti consentendo di strutturare ed integrare attività ed interventi in un contesto in cui sono coinvolte - nella presa in carico della persona con problemi di salute - diverse specialità, professioni e aree d'azione.

La maggioranza dei pazienti con Sindrome Fibromialgica invalidante ha un'età compresa fra i 45 e i 64 anni, cioè nel pieno della vita lavorativa attiva: il dolore, il sintomo principale di queste malattie, peggiora la qualità della vita e compromette la capacità lavorativa e produttiva. La Sindrome Fibromialgica è oggi una delle prime cause di assenze dal lavoro e la seconda causa di invalidità, responsabili della metà delle assenze superiori ai tre giorni, del 60% dei casi di inabilità al lavoro e del 27% delle pensioni di invalidità erogate dallo Stato. Per i pazienti tutto questo si traduce in un dramma personale e familiare: quattro su dieci sono costretti prima o poi a rinunciare al lavoro o a cambiarlo e per il 10% le entrate economiche si riducono

drasticamente, senza contare le difficoltà quotidiane da superare dovendo convivere con malattie che limitano i movimenti e provocano dolore.

Le conseguenze socioeconomiche e lavorative della Sindrome Fibromialgica sono ben più pesanti rispetto ai costi sostenuti per curarle.

La diagnosi precoce ed i trattamenti tempestivi ed appropriati della sindrome fibromialgica influenzano significativamente e positivamente la storia della sindrome stessa con ripercussioni favorevoli sul piano clinico, psicologico, lavorativo, sociale ed economico.

Struttura del PDTA per la Sindrome Fibromialgica

E' opinione condivisa che la gestione del paziente con malattia cronica ed in specie con Sindrome Fibromialgica necessiti di un approccio integrato da parte del medico di medicina generale (MMG) e degli specialisti di riferimento (reumatologi/algologi) nonché di altre figure di supporto che si interfaccino nei diversi momenti del percorso.

Tre sono gli strumenti infatti indispensabili perché questa gestione raggiunga il suo scopo (controllo della evoluzione della terapia, prevenzione di eventuali complicanze, miglioramento della qualità di vita):

- 1) Un PDTA che definisca ruoli e compiti specifici di ciascun attore
- 2) Una comunicazione efficace tra i vari attori (MMG /specialisti/tecnici)
- 3) Un paziente motivato, informato, educato e formato nella gestione della propria malattia.

Il primo punto sarà oggetto di questo documento, mentre per i punti 2 e 3 si auspicano iniziative locali , nell' ambito di corsi di formazione patrocinati dalle ASL volte a diffondere il documento del PDTA, a migliorare la conoscenza reciproca tra MMG e specialisti a definire ed implementare modalità di comunicazione efficienti, a condividere la responsabilità dell'educazione terapeutica del paziente a cui fornire messaggi chiari ed univoci riguardo la sua malattia, i controlli, la terapia farmacologica, gli stili di vita.

A-Attori del PDTA

1) Il Medico di Medicina Generale (MMG)

Il Medico di Medicina Generale (MMG), nell'ambito delle Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), è il referente con il quale il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni. Spetta al MMG sulla base della raccolta dei dati anamnestici individuare eventuali fattori di rischio o segni e sintomi che possano richiedere approfondimenti diagnostici suggestivi per una Sindrome Fibromialgica.

Il MMG fornisce, in accordo con lo specialista (reumatologo, algologo), informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi mediante il *counseling* che pratica anche per i problemi e i disagi provocati dalla malattia. Inoltre, pianifica e attiva l'assistenza domiciliare per i pazienti che ne hanno necessità, in collaborazione con le altre figure professionali (Infermiere, Fisioterapista, Assistente Sociale, Psicologo, etc).

Il Medico di Medicina Generale ha dunque un ruolo fondamentale nel percorso iniziale della malattia poiché è colui che osserva i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una Sindrome Fibromialgica ed indirizzare il paziente dallo specialista di secondo e terzo livello, compiendo quindi - con questo primo livello di valutazione - un importante passo avanti nell'evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.

2) Lo specialista

Lo specialista reumatologo/algologo, intercambiabili a seconda delle realtà locali effettueranno diagnosi anche di primo livello in caso di dubbio diagnostico o alterazione degli esami ematochimici nonché effettueranno valutazioni cliniche di follow up (FU) o prescriveranno accertamenti di secondo livello.

MMG	SPECIALISTA ALGOLOGO/REUMATOLOGO
Prescrizione esami di primo livello Diagnosi FM e impostazione terapeutica Prime indicazioni ed eventuale accesso struttura specialistica	Prima valutazione del paziente Diagnostica differenziale con il MMG
Invio del paziente con dubbio diagnostico Accesso al PDTA e proseguo del percorso	Prescrizione accertamenti di secondo livello PDTA Comunicazione con il MMG

3) Supporto tecnico e specialistico specifico (infermiere, psicologo, fisiatra, medico specialista in medicina integrata)

che integreranno i loro operati al fine di supportare il paziente in ogni possibile aspetto deficitario.

MMG	SPECIALISTI
Gestione comorbidità Sorveglianza effetti collaterali Educazione del paziente Sorveglianza clinica ed eventuale invio di comorbidità difficili	Indicazione terapeutica Calendarizzazione accertamenti Educazione del paziente Valutazione della risposta al trattamento/gestione del Follow up Comunicazione con il MMG

Appendice :

La comunicazione tra gli attori del percorso
<p>La Sindrome Fibromialgica richiede terapie infatti complesse che vanno continuamente monitorate nel tempo ed adattate ed implementate sia per individuare una eventuale intolleranza, prima ancora che il paziente abbia disturbi chiaramente evidenti, sia per modularle, sia per modificarle nel caso di malattia non ben controllata e/o complicanze della terapia.</p> <p>La costante collaborazione e comunicazione che deve intercorrere tra lo specialista ed il Medico di Medicina Generale si realizza concretamente attraverso la redazione (supporti informatici, schede tecniche, etc.) di una sintesi scritta riportante la diagnosi, la terapia prescritta ed il follow-up con esami di controllo e la tempistica dei successivi controlli specialistici. Allo specialista spetta il ruolo di definizione della diagnosi e del programma terapeutico e la valutazione della sua efficacia nel tempo,</p>

rispetto all'effettivo rallentamento della malattia; la stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale deve estrinsecarsi in particolare per valutare la tollerabilità della terapia (valutazione dei sintomi ed effetti collaterali) ed attraverso il monitoraggio costante del paziente (accertamenti periodici programmati con un calendario codificato e specifico per ogni schema di trattamento).

B-Fasi del PDTA

1° FASE: la diagnosi di Sindrome Fibromialgica

Il **MMG** osserva segni e sintomi che possono indurre il sospetto di una Sindrome Fibromialgica potrà in base ai criteri ACR 2016 porre diagnosi di Sindrome Fibromialgica o affidare allo specialista il paziente in tempo reale affinché venga sostanziata la diagnosi e vengano adottate le terapie fondamentali in grado di modificare l'evoluzione della malattia. Poiché molte altre malattie sono simili, l'esperienza nella diagnostica costituisce senza dubbio un valore aggiunto per una diagnosi corretta, soprattutto per la Sindrome Fibromialgica.

Eventuali accertamenti di laboratorio e strumentali devono essere adeguati al singolo caso e possono aiutare successivamente lo specialista a confermare o smentire il sospetto diagnostico.

La diagnosi di Sindrome Fibromialgica rimane essenzialmente clinica non essendo al momento disponibile un *biomarker* diagnostico specialmente nelle fasi precoci della malattia. I più recenti criteri classificativi proposti sono riassunti negli allegati 1, 2, 3, 4 : sono possibili comunque le utilizzazioni di diversi strumenti per la valutazione dei cut-off riguardanti la severità della malattia (allegato 5)

2° FASE: il percorso integrato MMG/Specialisti per la gestione delle comorbidità durante il Follow-up dei pazienti

Il medico specialista (reumatologo, algologo)

In caso di dubbio diagnostico o alterazioni ematochimiche specifiche o casi complessi, il MMG invierà il paziente allo specialista coinvolto nel percorso.

Il Medico specialista deve informare il paziente che non esiste una cura specifica e che, anzi, in Italia, non sono in commercio farmaci con tale indicazione, ma, una volta riconosciuta la sindrome, stimolare il paziente a modificare il suo stile di vita e ad assumere un ruolo attivo nella gestione della malattia.

L'assistenza infermieristica

La corretta organizzazione di percorsi adeguatamente personalizzati è indispensabile per raggiungere l'obiettivo di garantire al paziente il massimo standard di qualità dell'assistenza. L'infermiere "case manager" è la figura professionale capace di garantire l'organizzazione e la gestione di questi percorsi. Vi è ormai un'ampia letteratura che dimostra come un infermiere esperto, adeguatamente formato, oltre ad essere un "alleato" potente dei malati reumatici ed un prezioso ed indispensabile collaboratore dello specialista, possa svolgere in piena autonomia numerose attività, quali la valutazione clinimetrica, il counselling, la patient education.

L'infermiere può svolgere inoltre un ruolo determinante nella rilevazione dei dati clinimetrici, sui quali si basa il monitoraggio dell'attività di malattia.

Di non minore importanza, sono le problematiche di tipo organizzativo, relative alla gestione degli appuntamenti, al rispetto degli intervalli di somministrazione, all'aggiornamento della documentazione clinica ed alla pianificazione degli accessi e dei relativi carichi di lavoro.

L'infermiere gestisce l'organizzazione delle attività che si dovessero rendere necessarie in rapporto alla comparsa di eventi avversi o di situazioni di rischio durante il trattamento con diversi farmaci collaborando con lo specialista nella gestione di tali circostanze. Inoltre l'infermiere concorre all'applicazione delle procedure previste dalla normativa sulla farmacovigilanza.

La Strategia terapeutica

Gli obiettivi della terapia sono:

- contrastare il dolore;
- migliorare il sonno;
- trattare i disturbi dell'umore;
- attenuare la stanchezza.

Particolarmente importante appare il riconoscimento del dolore (*sintomo principe della sindrome*) e l'accesso ad una adeguata terapia antalgica sono diritti fondamentali del paziente e rappresentano una sfida prioritaria nella pratica medica.

Diversi interventi legislativi, in particolare la legge n. 38 del 15 Marzo 2010, hanno introdotto disposizioni atte a promuovere una sempre maggiore qualità diagnostica e terapeutica nella cura del dolore. Con la legge n. 38/2010 viene fatto altresì obbligo di riportare all'interno della cartella clinica la rilevazione del dolore, la terapia antalgica impostata e il risultato conseguito.

Non esiste un'unica terapia specifica etiopatogenetica per il paziente fibromialgico, ma un approccio terapeutico multimodale, in cui vengono variamente integrate terapie farmacologiche che appaiono appropriate al supporto di diversi sintomi (vedi figura 1 e 2) tratte dalle raccomandazioni EULAR 2016.

Management recommendations flowchart

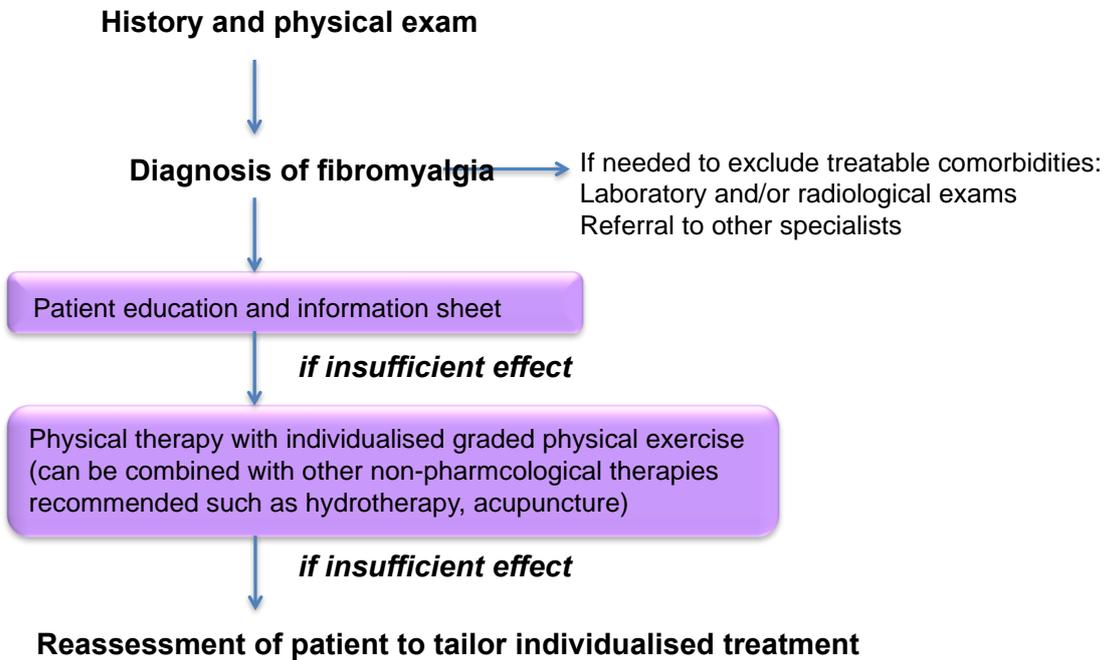


Figura 1

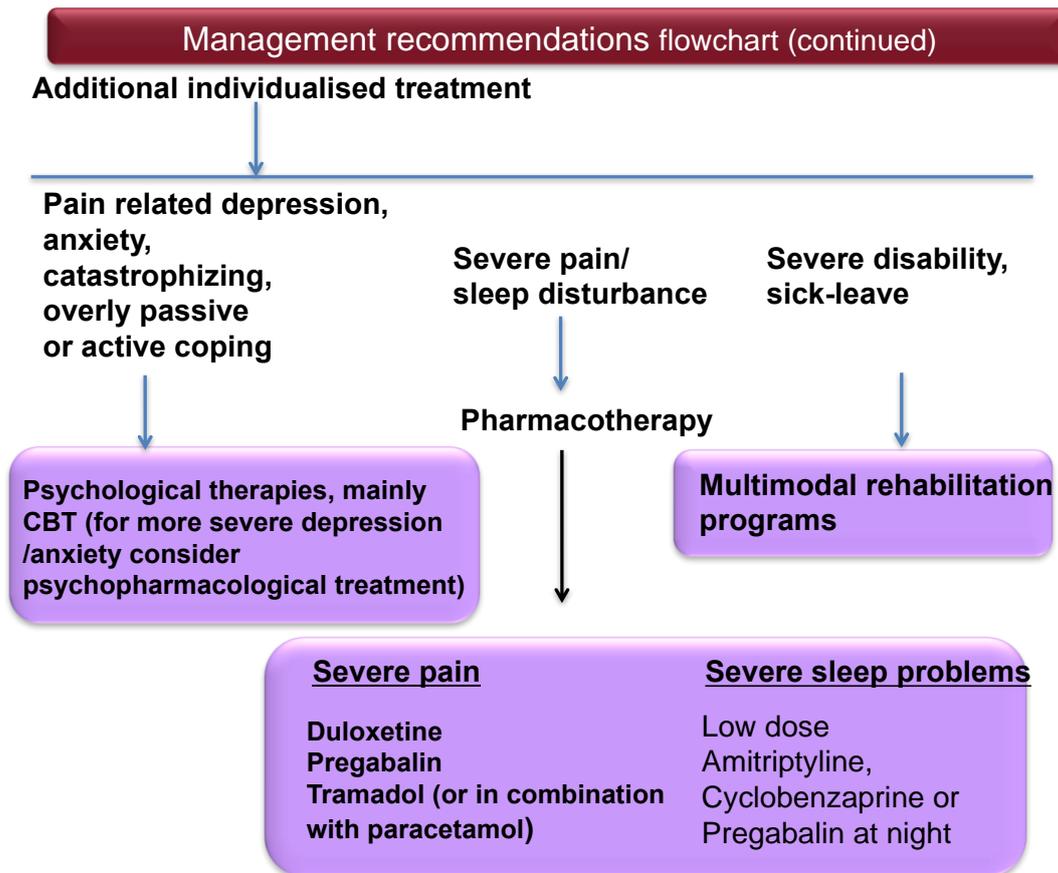


Figura 2

1-Terapie farmacologiche

Antidepressivi

Gli antidepressivi, gli oppioidi, i FANS, i sedativi, i miorilassanti e gli antiepilettici sono solo alcuni dei numerosi farmaci che vengono utilizzati per il trattamento della FM; nonostante la miglior comprensione dei meccanismi patogenetici alla base di questa malattia, tuttavia, i risultati ottenuti con il solo trattamento farmacologico sono spesso insoddisfacenti anche se la ricerca farmacologica negli ultimi anni ha reso disponibili numerose molecole ad azione antidolorifica centrale.

I farmaci che si sono dimostrati maggiormente efficaci nel trattamento della FM sono quelli che agiscono a livello del SNC, come gli antidepressivi, i miorilassanti e gli anticonvulsivanti; queste sostanze agirebbero a livello dei neuromediatori (ad es. serotonina, noradrenalina,

sostanza P, ecc.) le cui modificazioni avrebbero un ruolo patogenetico nel determinismo di questa malattia.

Analgesici

I farmaci anti-infiammatori utilizzati per trattare molte patologie reumatiche non mostrano importanti effetti nella fibromialgia. Tuttavia, basse dosi di aspirina, l'ibuprofene e il paracetamolo possono dare qualche sollievo al dolore. I cortisonici sono inefficaci e dovrebbero essere evitati per i loro potenziali effetti collaterali; possono rivelarsi utili per brevi periodi nei pazienti fortemente astenici. **Il tramadolo**, un farmaco analgesico che agisce come agonista oppioide (in particolare agonista dei recettori μ del sistema di percezione del dolore) ma anche come un inibitore della ricaptazione della noradrenalina e della serotonina, può ridurre la sintomatologia dolorosa del paziente fibromialgico. Gli oppioidi possono essere utili nel trattamento del dolore fibromialgico, anche se si ritiene che lo siano meno di quanto non accada in altre condizioni patologiche; è interessante osservare come sia stata riscontrata una carenza di recettori specifici per gli oppioidi nella fibromialgia e questa osservazione è entrata a fare parte del corpus di ipotesi attualmente in corso di studio atte a spiegare la patogenesi del disturbo. Gli oppioidi inoltre possono indurre tolleranza e sono gravati da frequenti effetti indesiderati quali stipsi, nausea e sedazione.

Recentemente anche i cannabinoidi sono stati proposti come una famiglia fitoterapica interessante nella terapia della sindrome fibromialgica

Antidepressivi

I farmaci che facilitano il sonno profondo e il rilassamento muscolare aiutano molti pazienti affetti da fibromialgia a riposare meglio. Questi farmaci comprendono gli antidepressivi triciclici (amitriptilina) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) (paroxetina) ed altri farmaci ad azione prevalentemente miorilassante, ma simili strutturalmente agli antidepressivi (ciclobenzaprina). Sebbene questi farmaci abbiano come principale indicazione la depressione, essi vengono abitualmente prescritti ai pazienti affetti da fibromialgia a bassi dosaggi, di solito prima di andare a letto. Nei pazienti fibromialgici, alcuni di questi farmaci sono principalmente utilizzati per lenire il dolore, rilassare i muscoli e migliorare la qualità del sonno piuttosto che per il loro effetto antidepressivo. Grande interesse sta poi suscitando una nuova classe di farmaci antidepressivi, i farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI), i quali agiscono su di un più ampio spettro di neurotrasmettitori rispetto agli SSRI. Due di queste molecole sono al

momento commercializzate in Italia, la duloxetina e la venlafaxina; in particolare la duloxetina (approvato dall'FDA americano per il trattamento della FM) ha già dato buoni risultati in termini di efficacia e tollerabilità nei pazienti affetti da FM. Una terza molecola, il milnacipram, dovrebbe essere disponibile a breve. I limiti degli SNRI sono per altro ben noti: possibilità di disfunzione erettile, interazioni farmacologiche e inoltre una possibile anche se non frequente influenza sulla pressione arteriosa. Sebbene molti pazienti dormano meglio e abbiano meno fastidi quando assumono questi farmaci, il miglioramento varia molto da persona a persona. In aggiunta i farmaci hanno effetti collaterali come sonnolenza diurna, costipazione, bocca asciutta e aumento dell'appetito. Gli effetti collaterali sono raramente severi, ma possono essere disturbanti.

Miorilassanti

La ciclobenzaprina (CBP), un miorilassante con struttura chimica assai simile a quella dell' amitriptilina (un anti-depressivo tricyclico), si è dimostrata moderatamente efficace nel trattamento della FM. La tizanidina è un miorilassante con proprietà sedative simili alla ciclobenzaprina. Entrambe le sostanze possono essere usati per migliorare il sonno notturno attraverso l'induzione di un rilassamento muscolare. L'Eperisone cloridrato è un farmaco miorilassante ad azione centrale, che esplica la propria azione clinica attraverso un triplice meccanismo d'azione: combina, infatti, un'attività miorilassante a un'azione vasodilatatrice e analgesica.

Sedativo-ipnotici

I farmaci sedativi e gli ipnotici, come lo zopiclone e lo zolpidem, sono stati utilizzati nei pazienti fibromialgici e si sono dimostrati efficaci nel migliorare il sonno e nel ridurre l'astenia. Alcuni farmaci antidepressivi, come l' amitriptilina ed il trazodone, sono utilizzati a basso dosaggio per sfruttarne l'attività sedativa.

Anticonvulsivanti

Diversi meccanismi d'azione propri dei farmaci anti-epilettici possono interferire con la nocicezione: sebbene il motivo del loro effetto analgesico non sia del tutto chiarito, si pensa che alla base vi sia la loro capacità di limitare l'eccitabilità neuronale e di incrementarne l'inibizione.

Tra gli effetti di questa classe di farmaci ricordiamo la capacità di interferire con i canali ionici (ad es. i canali per il sodio e per il calcio), con i recettori eccitatori per glutammato ed N-methyl-D-aspartato, con i recettori inibitori per il GABA e la glicina. Il gabapentin e il pregabalin hanno dimostrato, in studi RCTs, di possedere attività analgesica nella neuropatia

diabetica, nella nevralgia post-erpetica, nella profilassi dell'emicrania ed in altre condizioni cliniche caratterizzate da dolore neuropatico cronico.

Il pregabalin è un analogo del neurotrasmettitore GABA, come il gabapentin, ed è indicato nel trattamento del dolore neuropatico periferico e centrale, cioè dovuto a un'anomalia anatomica e/o funzionale del meccanismo di segnalazione del dolore del sistema nervoso periferico e centrale. Pregabalin ha anche dimostrato risultati significativi nei pazienti fibromialgici, grazie ad un buon profilo di efficacia e tollerabilità, e ha recentemente ottenuto l'indicazione per il trattamento della sindrome fibromialgica dall'ente regolatorio americano (FDA).

Il trattamento farmacologico, tuttavia, dovrebbe far parte di un approccio terapeutico multidisciplinare, che comprenda anche strategie non farmacologiche; la terapia fisica e l'approccio cognitivo-comportamentale, infatti, in alcuni pazienti possono essere più efficaci del solo trattamento farmacologico.

2-Terapia non farmacologiche

L'esercizio fisico aerobico graduale a basso impatto è raccomandabile a tutti i pazienti, adattato alle caratteristiche individuali: l'attività fisica deve essere regolare, intervallata da periodi di riposo e recupero. Lo stretching è un valido esercizio per recuperare l'elasticità muscolare. Anche l'esercizio in acqua termale si è dimostrato efficace in alcuni studi clinici. In associazione all'esercizio è importante la terapia cognitivo comportamentale che integra mente e corpo.

Per quanto riguarda le terapie fisiche (termoterapia, massoterapia e crioterapia), allo stato attuale il loro utilizzo è basato più sull'opinione di panel di esperti che su prove scientifiche inconfutabili. E' importante mantenere un regime dietetico e nutrizionale appropriato e correggere eventuali carenze (vitamina D, magnesio, fosforo e calcio) per ridurre il rischio di comorbidità come malattie cardiovascolari ed osteoporosi.

Possono essere utilizzate anche altre terapie di supporto come la medicina fitoterapica e altre medicine ad esempio quella tradizionale cinese o altre integrative (agopuntura, altre tecniche cognitivo comportamentali, medicina narrativa, biofeedback).

3-Il trattamento riabilitativo/ fisiatrico

Un elemento indispensabile del management della Sindrome Fibromialgica è rappresentato dalla riabilitazione che può intervenire in ogni momento della malattia ma in particolare

nelle fasi iniziali quando, insieme al trattamento farmacologico, si ha come scopo, la prevenzione del dolore e delle connesse limitazioni delle attività e della partecipazione sociale. Poiché l'obiettivo primario della riabilitazione è la tutela funzionale della persona all'interno di una strategia di salute, come definito dal **WHO** (World Health Organization), è indispensabile che la valutazione dello stato di salute e la presa in carico dei pazienti fibromialgici venga effettuata secondo i domini dell'**ICF** (International Classification of Functioning Disability and Health): strutture e funzioni corporee, attività e partecipazione, considerazione dei fattori ambientali e personali.

Il progetto riabilitativo individuale deve quindi essere basato sulla focalizzazione dei bisogni e delle necessità della persona, tenendo conto delle sue preferenze, menomazioni attuali e potenziali, abilità residue e recuperabili e, infine, dei condizionamenti derivanti dalle situazioni ambientali, sociali e dalle risorse disponibili.

E' quindi fondamentale fin dall'inizio attivare un percorso riabilitativo adeguato allo stadio evolutivo della malattia ed integrato con tutte le professionalità. L'intervento riabilitativo, come specificato dal Piano di Indirizzo Nazionale della Riabilitazione, sarà formulato attraverso un "Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e conseguentemente orientato al raggiungimento di obiettivi ben definiti e misurabili (criterio della presa in carico onnicomprensiva e della verificabilità dell'efficacia degli interventi), stabilendo inoltre i setting appropriati per fase di malattia".

Ciò presuppone un lavoro condotto in multidisciplinarietà, sia in fase acuta che cronica della malattia. L'interazione dinamica tra figure mediche e gli altri professionisti della salute (équipe), con il paziente e i suoi familiari, pone al centro del processo riabilitativo la persona con i suoi bisogni ed aspettative che costituiscono la base per la stesura del progetto riabilitativo individuale.

Gli scopi dell'intervento sono la riduzione della sintomatologia, il recupero funzionale e la prevenzione secondaria.

Tra gli interventi mirati a preservare la funzione e limitare le deformità connesse con la malattia, di primaria importanza sono l'informazione, l'educazione e la gestualità (miglior utilizzo delle proprie capacità durante le normali attività quotidiane) della persona malata.

Nell'ambito di un corretto programma di educazione gestuale si distinguono movimenti corretti e movimenti da evitare. Infatti, si ritengono dannose quelle attività che impongono l'uso forzato muscolare sotto carico o contro resistenza.

4-L'assistenza psichiatrica /psicologica

La FM presenta una frequente comorbidità con disturbi psichiatrici che oltre a rappresentare di per sé una patologia altamente disturbante, possono interferire a vari livelli con il quadro fibromialgico, per esempio intensificando la componente affettiva del dolore o amplificando il deficit funzionale.

L'invio allo psichiatra può essere effettuato dal MMG o dallo specialista quando i disturbi psichiatrici in comorbidità con la FM:

- non rispondono a trattamenti adeguati per scelta del farmaco, dosi e durata
- presentano manifestazioni cliniche gravi e/o complesse, per esempio comportamento autolesivo sintomi psicotici o gravi disturbi di personalità

In aggiunta a queste condizioni, il reumatologo e il MMG possono richiedere una valutazione psichiatrica se:

- individuano la presenza di disturbi psichiatrici o atteggiamenti psicologici che producono una eccessiva interferenza dei sintomi somatici nel funzionamento quotidiano del paziente. Questa componente può essere definita da almeno una delle seguenti condizioni (criterio B per la diagnosi di Disturbo da Sintomi Somatici del Manuale Statistico Diagnostico delle Malattie Mentali edizione 5) :
 - o La presenza di pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi
 - o Un livello costantemente elevato di ansia per la salute e per i sintomi
 - o Tempo ed energie eccessivi dedicati ai sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute

Il paziente può essere indirizzato verso le strutture psichiatriche ambulatoriali presenti nel distretto sociosanitario di riferimento (Centro Psico Sociale - CPS oppure Centro Salute Mentale - CSM) o in Centri psichiatrici sovra-zonali dedicati alla diagnosi e trattamento del disturbo specifico (depressione, ansia) con richiesta su ricettario regionale di visita psichiatrica o colloquio psicologico clinico

Lo psichiatra:

- seleziona i trattamenti farmacologici che garantiscono il migliore rapporto tra

efficacia e potenziali effetti avversi nel trattamento sia della componente psichiatrica che di quella somatica sulla base della anamnesi medica e psichiatrica del paziente e del colloquio clinico

Lo psichiatra e/o psicologo:

- individua ed effettua gli interventi psicologici più idonei in relazione alle caratteristiche cognitive del paziente, le aree deficitarie e le risorse psicologiche ed ambientali

L' intervento psicologico raccomandato dalle più recenti linee guida (6) con livello di evidenza A1 è la terapia cognitivo- comportamentale (CBT)

La CBT è costituita da una serie di tecniche orientate ad aiutare il paziente a riconoscere e modificare pensieri ed emozioni che possono produrre comportamenti disfunzionali. La maggior parte delle CBT sperimentate nel trattamento della fibromialgia prevede la ristrutturazione cognitiva di convinzioni disfunzionali rispetto al dolore (intervento sul catastrofismo), l'apprendimento di strategie di coping più efficaci e l'utilizzo di tecniche di rilassamento.

5-II reinserimento socio-lavorativo e le facilitazioni

La Sindrome Fibromialgica, prima causa di dolore e disabilità in Europa secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresentano una delle principali cause di invalidità e di perdita di capacità lavorativa.

L'invalidità e la perdita di capacità lavorativa hanno inevitabilmente un significativo impatto negativo sulla qualità di vita e sullo stato finanziario del lavoratore, con ricadute sfavorevoli sulla società.

Sulla base di tali considerazioni e al fine di dare senso compiuto al Piano Sanitario Nazionale è necessario attuare con urgenza una rete assistenziale per la Sindrome Fibromialgica.

Questo in particolare considerando l'elevata incidenza di sindrome Fibromialgica in comorbidità con molte e varie patologie autoimmunitarie reumatiche e non.

3° Fase: Valutazione della risposta al trattamento e formazione del paziente (Feedback e Follow Up)

L'ampia varietà degli strumenti disponibili per la valutazione dei pazienti fibromialgici e la marcata eterogeneità con cui la malattia viene misurata , rendono difficile la determinazione dell'efficacia dei diversi schemi terapeutici. Uno dei problemi principali è

la multifattorialità della sindrome per cui appare necessaria la valutazione di outcome primari e secondari integrati che considerino non solo il sintomo dolore come outcome primario ma anche altri sintomi come il sonno, la fatica o stanchezza (*fatigue*), e non ultimi altri segni socio-relazionali. Tale valutazione potrà essere effettuata con l'utilizzo di scale e test di valutazione validate con *cutt-off* per la malattia noti (cfr Tabella n 2)

Indice		Somministrazione	Punteggio	Severità
FIQ		AUTOSOMMINISTRATO	0-100	>70 SEVERA 40-69 MODERATA <39 LIEVE O REM
FIQR		AUTOSOMMINISTRATO	0-100	>68 MOLTO SEVERA 48-68 SEVERA 33-47 MODERATA <33 LIEVE O REM
FAS		AUTOSOMMINISTRATO	0-10	>7.5 MOLTO SEVERA 6-7,5 SEVERA 4,5-5,9 MODERATA <4,5 LIEVE O REM
FSCo FS		AUTOSOMMINISTRATO	0-31	CUT-OFF 13 (FIBRO NEG) Severità in proporzione al punteggio
FIBRODETECT		MISTA	0-9	CUT-OFF 3 (FIBRO NEG) 4-5 sospetto >6 Fibro pos
ICAF		AUTOSOMMINISTRATO	0-50	CUT-OFF <34 (FIBRO NEG) >50 SEVERA 41-50 MODERATA 34-41 LIEVE

Tabella n 2

4° Fase: Valutazione del percorso

Il PDTA è oggetto di distinto monitoraggio da parte di molte regioni e per questo motivo, la prescrizione medica delle prestazioni incluse nei PACC e la registrazione dell'erogazione delle stesse sugli applicativi (BOOK, DNLAB, RIS ecc.) seguendo le istruzioni e i regolamenti in vigore in ciascuna ASL e regione di riferimento.

Il set definito di indicatori (health care quality indicators, QI) da misurare sarà definito a priori sulla base dei criteri di validità, riproducibilità e fattibilità.

Si prevede di misurare i diversi QI utilizzando i dati della banca dati assistito attraverso le opportune codifiche, identificando i casi prevalenti, I nuovi casi, le prescrizioni di farmaci (persistenti, nuove, concomitanti), le visite di controllo e gli esami diagnostici (Allegato 6)

Alcuni processi non risultano al momento misurabili, sollevando la necessità di un'evoluzione del sistema informatico esistente.

Figura 3

Il percorso del paziente

Valutazione dei sintomi ed eventuale diagnosi	Conferma diagnostica e attribuzione del codice di malattia ed esenzioni	Presenza in carico dei casi più difficili	Gestione del paziente fibromialgico non complesso	Approccio multidisciplinare con altri specialisti
MMG	Reumatologo Algologo	Reumatologo Algologo	MMG	Fisiatra Psichiatra/psicologo Neurologo Medico complementare

ALLEGATO N 1

Criteri di invio MMG –Specialista al reumatologo /algologo per diagnosi differenziale

Red flags per sospetta diagnosi di FM

Positività ai criteri ACR 2016 per diagnosi di FM
Segni di dolore articolare diffuso
Astenia, disturbo del sonno, perdita di concentrazione
Fotosensibilità, rush, aftosi, alopecia, Raynaud, xerostomia, xeroftalmia, porpora
Uso concomitante di statine
Alterazione degli esami ematochimici
Segni o sintomi neurologici
Dolore resistente ai comuni farmaci antalgici

Modificato da: Arnold LM et al Mayo Clin Proc 2011 86: 457-464

ALLEGATO N 2

CRITERI DIAGNOSTICI 1990

1- Storia di dolore cronico diffuso da almeno tre mesi

Definizione:

-Il dolore è considerato diffuso quando sono presenti tutte le seguenti localizzazioni:

1. Dolore al lato sinistro del corpo
2. Dolore al lato destro del corpo
3. Dolore al di sopra della vita
4. Dolore al di sotto della vita

2- In aggiunta, deve essere presente anche dolore scheletrico assiale in almeno una delle seguenti sedi:

1. Torace anteriore
2. Rachide dorsale o lombosacrale

In questa definizione un dolore localizzato alle spalle o alle natiche conta come dolore del lato interessato

3-Dolori in almeno 11 su 18 aree Algogene alla palpazione digitale (mappa dei tender points)

La pressione da esercitare in queste sedi mediante digitopressione dovrebbe essere di 4 kg per centimetro quadrato

ELENCO DEI TENDER POINTS

1. Occipite: bilaterale all'inserzione del muscolo sub occipitale
2. Cervicale: bilaterale superficie anteriore dei legamenti Inter trasversali C5C7
3. Trapezio: bilaterale al punto medio del bordo superiore del trapezio
4. Sovraspinato: bilaterale all'origine del muscolo sovraspinato in prossimità del bordo mediale della scapola
5. Seconda costa: bilaterale a livello della seconda articolazione costo condrale
6. Epicondilo laterale: bilaterale 2 cm distalmente all'epicondilo
7. Guteo: bilaterale sul quadrante supero esterno del grande gluteo
8. Grande trocantere: bilaterale posteriormente alla prominenza trocanterica
9. Ginocchio: bilaterale a livello del cuscinetto adiposo mediale prossimamente all'interlinea articolare

CRITERI DIAGNOSTICI DELLA SINDROME FIBROMIALGICA 2010 (MODIFICATI 2011)

1)WPI (INDICE DI DOLORE DIFFUSO): sommare il numero delle aree nelle quali il paziente ha avuto dolore nell'ultima settimana

indicare la regione di dolore. Il punteggio dovrebbe essere compreso tra zero e 19

cingolo scapolare sinistro – anca sinistra - mascella sinistra- Area dorsale
braccio sinistro- braccio destro- coscia sinistra- coscia destra—torace –addome
collo- avambraccio sinistro- avambraccio destro- gamba sinistra- gamba destra

2)SSS (SEVERITA' DEI SINTOMI): punteggio della scala: astenia; svegliarsi non riposati; disturbi cognitivi

Per ognuno dei tre sintomi suddetti, indica il grado di severità durante l'ultima settimana utilizzando le seguenti scale.

- | | |
|----|--|
| 0. | Nessun problema |
| 1. | Problemi lievi o moderati generalmente moderati o intermittenti |
| 2. | Problemi moderati, considerevoli, spesso presenti a moderata intensità |
| 3. | Problemi severi, penetranti, continui, che compromettono la vita |

Il punteggio della scala SS è fornito dalla somma della severità dei tre sintomi suddetti più la somma del numero dei seguenti sintomi presenti nei precedenti sei mesi: mal di testa dolore o crampi addominali e depressione (0-3). Il punteggio finale è compreso tra zero e 12.

Un paziente soddisfa i criteri diagnostici per la Sindrome Fibromialgica se risponde alle tre seguenti condizioni:

1. Indice per il dolore diffuso ($WPI \geq 7$) e il punteggio della scala per la severità dei sintomi $SS \geq 5$ o WPI 3-6 e punteggio della scala per $SS \geq 9$
2. I sintomi sono stati presenti con la stessa intensità da almeno tre mesi
3. il paziente non ha una patologia che potrebbe spiegare in modo diverso il dolore

CRITERI DIAGNOSTICI DELLA SINDROME FIBROMIALGICA (REVISIONE 2016)

Un paziente soddisfa i criteri per diagnosi di sindrome fibromialgica se sono soddisfatte le seguenti tre condizioni:

1. Indice di dolore diffuso ($WPI \geq 7$) e scala di severità dei sintomi $SS \geq 9$
2. Dolore generalizzato presente in almeno quattro delle cinque aree definite topograficamente. Mandibola torace e addome non sono valutate come sedi di dolore generalizzato
3. I sintomi devono essere generalmente presenti da almeno tre mesi

4. la diagnosi di sindrome fibromialgica è indipendente da altre patologie concomitanti. La diagnosi di sindrome fibromialgica non esclude la presenza di altre patologie concomitanti

1)WPI (INDICE DI DOLORE DIFFUSO): sommare il numero delle aree nelle quali il paziente ha avuto dolore durante l'ultima settimana

AREA SUPERIORE SINISTRA				
Mascella sinistra*	Cingolo scapolare sinistra	Braccio sinistro	Avambraccio sinistro	

AREA SUPERIORE DESTRA				
Mascella destra*	Cingolo scapolare destro	Braccio destro	Avambraccio destro	

AREA INFERIORE SINISTRA				
Anca: Gluteo trocantere sinistro	Coscia sinistra	Gamba sinistra		

AREA INFERIORE DESTRA				
Anca: Gluteo trocantere destro	Coscia destra	Gamba destra		

AREA ASSIALE				
Collo	Rachide superiore	Rachide inferiore	Torace*	Addome*

* non incluse nella valutazione di dolore generalizzato

2) SS (SEVERITA' DEI SINTOMI) punteggio della scala: astenia; svegliarsi non riposati; disturbi cognitivi. Per ognuno dei tre sintomi suddetti, indica il grado di severità durante l'ultima settimana utilizzando le seguenti scale.

- 0 Nessun problema
- 1 Problemi lievi o moderati generalmente moderati o intermittenti
- 2 Problemi moderati, considerevoli, spesso presenti a moderata intensità
- 3 Problemi severi, penetranti, continui, che compromettono la vita

Il punteggio della scala SS è fornito dalla somma della severità dei tre sintomi suddetti più la somma del numero dei seguenti sintomi presenti nei precedenti sei mesi: mal di testa dolore o crampi addominali e depressione (0-3). Il punteggio finale è compreso tra zero e 12.

La scala di severità della sindrome fibromialgica è la somma della WPI e della SS e ha un punteggio da 0 a 31.

Modificazioni introdotte con i criteri diagnostici 2016

1. indice del dolore diffuso (WPI) e scala di severità (SS) dei sintomi
2. criterio di dolore generalizzato definito da dolore presente in almeno 4/5 aree topografiche definite
3. standardizzato il concetto della durata dei sintomi da almeno tre mesi
4. la diagnosi di sindrome fibromialgia è indipendente dalla presenza di altre con morbidità
5. viene aggiunta la scala di severità complessiva della sindrome fibromialgia (somma di WPI e SS) come elemento fondamentale di valutazione
6. stima da parte del medico dei criteri di severità come cefalea, dolori addominali, depressione negli ultimi sei mesi

ALLEGATO N 3

Principali patologie che possono essere messe in Diagnosi Differenziale con la Sindrome Fibromialgica

PATOLOGIA
Mialgie indotte da statine
Ipotiroidismo
Patologie reumatologiche infiammatorie o reumatologiche
Neuropatie di vario tipo
Sindrome delle apnee notturne
Ansia /Depressione/disturbi somatiformi
Malattie virali

ALLEGATO N 4

Accertamenti laboratoristici- strumentali di primo e di secondo livello per la diagnosi di Sindrome Fibromialgica

Esami I °livello	Esami II ° livello
EMOCROMO	ANA ENA
VES PCR PROTIDOGRAMMA	Fattore reumatoide
AST ALT CREATININA	AntiCCP
CPK	ELETTROMIOGRAFIA
TSH FT3FT4	ECOGRAFIA ARTICOLARE
VIT D	
FERRO ELETTROLITI	

ALLEGATO N 5

Indicatori di processo del PDTA misurabili

Processo	Indicatori di Qualità
Accesso	Se il paziente presenta una sospetta sindrome deve potere avere una diagnosi entro tre mesi <i>NUMERATORE: numero di pazienti che effettuano un accesso specialistico in tre mesi</i> <i>DENOMINATORE: numero di pazienti che effettuano una prima visita specialistica con successiva diagnosi di FM</i>
Definizione/stadiazione della FM	Se il paziente ha una nuova diagnosi di FM entro 3 mesi deve eseguire almeno: TSH, ANA, PCR, Emocromo VES
Prescrizione farmacologica e non farmacologica	Se il paziente ha una nuova diagnosi dovrebbe avere prescrizione di analgesici, antidepressivi e/o anticonvulsivanti e/o terapia cognitivo-comportamentale e/o ciclo di rieducazione funzionale