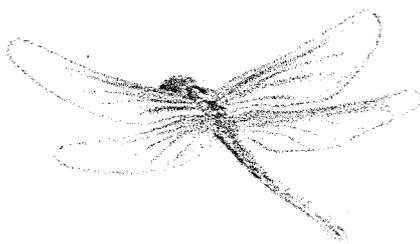


**Associazione Fibromialgici  
"Libellula Libera"**



**SENATO DELLA REPUBBLICA  
12<sup>A</sup> COMMISSIONE "IGIENE E SANITA' "  
14 NOVEMBRE 2018, ORE 08.30**

**RELAZIONE**

***Audizione dell'Associazione Fibromialgici "Libellula Libera"  
nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 299  
"Disposizioni in favore delle persone affette da  
fibromialgia" e n. 489 "Disposizioni per il riconoscimento  
della fibromialgia come malattia invalidante".***

**Relatori:**

**Introduzione:**

Presidente dell'Associazione Francesco PICCERILLO;

**Trattazione:**

**"La Sindrome Fibromialgica Inquadramento Clinico"  
Prof. David TOPINI-Reumatologo Referente del Comitato  
Scientifico dell'Associazione "Libellula Libera"**

## **Introduzione:**

Buongiorno a tutti,  
ringrazio il Presidente Dott. Pierpaolo SILERI e tutti i Senatori che fanno parte di questa Commissione, per aver permesso la nostra presenza all'audizione odierna. Questo ci consente nella qualità di Presidente e Referente del Comitato Scientifico dell'Associazione Fibromialgici "Libellula Libera" di rappresentante non solo l'Associazione, ma tutti i fibromialgici d'Italia. Lo scopo di tale Audizione, è quello di sottoporre alla vostra valutazione, ulteriori spunti di riflessione, quale contributo delle deliberazioni che adotterete in merito alla patologia indicata, nel rispetto della corretta e costruttiva dialettica tra Organi politici e rappresentanti delle persone affette dalla Fibromialgia. Signor Presidente, Gentilissimi Senatori vorrei introdurre l'audizione odierna, con una breve riflessione personale con cui voglio richiamare la vostra attenzione di medici, di ricercatori ma soprattutto fare appello alle vostre cariche Istituzionali, che nell'esercizio di tale potere devono deliberare, su un argomento divenuto di vitale importanza per circa 2,5 milioni di malati Fibromialgici per il 95% donne.

(esperienza personale al termine..... ).

Passo la parola al Prof. David TOPINI che tratterà la patologia nel suo inquadramento clinico.

**Trattazione:**

***“La Sindrome Fibromialgica Inquadramento Clinico”  
Prof. David TOPINI-Reumatologo Referente del Comitato  
Scientifico dell’Associazione “Libellula Libera”.***

## **DEFINIZIONE**

La fibromialgia (FM) è una complessa sindrome dolorosa cronica, ad eziologia ancora non ben definita, caratterizzata da dolore diffuso muscolo-scheletrico, che perdura da almeno tre mesi, e da sintomi extra scheletrici a carico di numerosi organi ed apparati.

## **EPIDEMIOLOGIA**

La FM è tra le cause più comuni di dolore cronico diffuso. E' presente come entità clinica autonoma in tutte le classificazioni internazionali del dolore cronico ed è riconosciuta praticamente in tutti i paesi a livello di sistema sanitario pubblico o a livello assicurativo privato, con alcune eccezioni come l'Italia.

In relazione ai criteri diagnostici utilizzati, la prevalenza oscilla attorno al 2-3% della popolazione, con un rapporto uomo/donna di 1/3. La FM si manifesta principalmente in età giovane adulta, ma può osservarsi ad ogni età, compresa l'infanzia e oltre la settima decade di vita. La prevalenza è simile nei differenti paesi e gruppi etnici; non vi è alcuna evidenza che la FM si manifesti con una maggiore prevalenza nei paesi industrializzati o culturalmente più evoluti.

## **EZIOPATOGENESI**

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi della malattia, molte cose si conoscono, ma molte ancora sono da definire dal punto di vista fisiopatologico. Si sa per certo che la fibromialgia è una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata da una disfunzione dei neurocircuiti coinvolti nella percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, che determina una prevalenza di manifestazioni dolorose a carico del sistema muscolo-scheletrico.

Questo spiega la presenza di dolore cronico in vari distretti del corpo, associato a fenomeni di iperalgesia ed allodinia presentati dai pazienti, ma non spiega del tutto il corollario di altri sintomi che si associano al dolore, quali le turbe del sonno, sindrome del colon irritabile, discinesie gastroesofagee, disturbi cognitivi,

vulvodinia, sindrome dell'uretra irritabile, sindrome da stanchezza cronica, umore depresso etc..

Fermo restando il fatto che le manifestazioni cliniche associate hanno sempre una insorgenza successiva alla sindrome dolorosa, esse possono essere interpretate come un successivo coinvolgimento psico affettivo relativo allo stress cronico indotto dal dolore, dal momento che i neurocircuiti coinvolti nella processazione degli stimoli nocicettivi hanno un relè centrale a livello del talamo, della sostanza reticolare e del mesencefalo e quindi possono coinvolgere anche il sistema di controllo dello stress, attivandolo in modo anomalo. Questo quindi spiegherebbe la grande messe di disturbi di tipo neuro vegetativo e psico-affettivo presentati dai pazienti.

Quindi una sensibilizzazione dei meccanismi eccitatori o un deficit dei meccanismi inibitori si traducono in un aumento dell'attività e della popolazione di neuroni. Questo meccanismo ("sensibilizzazione centrale") sosterebbe allora, i meccanismi periferici di reclutamento supplementare di fibre adiacenti al focolaio primario. Inoltre, il deficit dei meccanismi inibitori può tradursi nello scatenamento di una importante attività neuronale da parte di stimoli innocui. Questa informazione, elaborata dal midollo e, poi, trasmessa al cervello, può essere decodificata sotto forma di allodinia.

Concludendo, alla base di tutto quando detto sopra, sussiste sempre una predisposizione genetica alla malattia, associata ad eventi stressanti gravi uniti ad una scarsa capacità di farvi fronte, che possano modificare i neurocircuiti predisposti al controllo del dolore (sensibilizzazione).

## **SINTOMATOLOGIA**

La sintomatologia della FM è quanto mai polimorfa, tanto da rendere alquanto difficile la diagnosi precoce.

Il sintomo prevalente è il dolore muscolo-scheletrico, di tipo persistente e spontaneo, variamente localizzato ai vari distretti del nostro corpo. Al dolore

spontaneo si associano sintomi quali l'allodinia e l'iperalgisia che rendono ancora più penoso il vissuto dei pazienti. Si assiste a momenti in cui la paziente ha timore di stringere la mano o addirittura di venire abbracciata, per il dolore che tali gesti possano scatenare.

Al dolore, quindi, si associano le turbe del sonno, interrotto per l'insorgere di dolore o ritardato per la persistenza dello stesso, quindi il sonno diverrà scarsamente ristoratore. Riducendo il raggiungimento della fase profonda, fase di ottimizzazione del sistema serotoninico, non sarà possibile contrastare l'attività della sostanza P, a sua volta algogena, per cui si innescherà in circolo vizioso in cui il dolore potenzierà sé stesso mediante il condizionamento del sonno.

A questo punto il paziente inizia il suo pellegrinare dai vari specialisti (doctor shopping), dal momento che non riesce a trovare alcun miglioramento dalla terapia antalgica, empirica, che continua ad assumere. I medici, se non esperti di FM, cominciano a richiedere esami che risultano inconcludenti, interpretando i sintomi con le più varie ipotesi diagnostiche, giungendo anche a soluzioni terapeutiche, sempre empiriche, talvolta di tipo chirurgico. Il paziente tuttavia continua a soffrire di dolore senza ancora sapere quale è la vera causa del suo male. A questo punto inizia a percepire il senso di paura, preoccupazione e catastrofismo, anche perché, vista la negatività degli esami e l'inefficacia delle terapie, subentra un certo grado di diffidenza da parte dei medici, che li etichettano come "malati immaginari con spunti isterici", ma soprattutto da parte dei familiari che si esasperano per le continue lamentele del paziente, una volta che i medici non riscontrano nulla di patologico.

A questo punto, il persistere del dolore, lo stato di frustrazione, l'ansia per non conoscere la gravità del suo stato, lo stato di sottovalutazione della sua sofferenza da parte di tutti, innescano uno stato di stress cronico da cui deriveranno i vari sintomi neurovegetativi manifestati dal paziente anche perché, durante la malattia, si possono associare sintomi dolorosi anche extra scheletrici, come la vulvodinia, la

cistalgia e l'uretrodinia. Allora il paziente comincerà a manifestare sindrome del colon irritabile, reflusso gastro-esofageo, dismenorrea, cefalea, turbe cognitive prevalentemente di tipo mnesico, attacchi di panico, stanchezza cronica, umore depresso etc..

Alla luce di quanto sopra, si può dedurre il vissuto del paziente fibromialgico, sia in ambito domestico che lavorativo e sociale. Bisogna considerare il fatto che l'intensità del dolore a volte rende penoso qualsiasi tipo di attività lavorativa, sia manuale che intellettuale al punto da rinunciare al lavoro per brevi o lunghi periodi, con conseguente ridotto introito economico.

Naturalmente l'estrema variabilità dei sintomi fa sì che, come in tutte le patologie, avremo dei quadri di varia intensità sintomatologica tanto da vedere pazienti con buon controllo della sintomatologia anche con terapie non farmacologiche, accanto a pazienti in cui la sintomatologia è tale da non consentire neppure le normali attività di vita quotidiana nonostante la terapia farmacologica appropriata.

## **DIAGNOSI**

La FM è una entità clinica riconosciuta e definita da criteri diagnostici. La diagnosi di FM rimane comunque di esclusione, pertanto molti pazienti possono avere dei considerevoli ritardi diagnostici con conseguente impatto sulla malattia a lungo termine.

I criteri diagnostici per la FM sono andati evolvendosi nel tempo, a partire dai primi criteri ACR del 1990, dove veniva considerato il dolore cronico diffuso da almeno tre mesi, associato alla presenza dei Tender Points, che dovevano essere almeno 11 su 18. La criticità di questi criteri consisteva nella non presa in considerazione della severità dei sintomi associati al dolore e nel non considerare le varie aree di interessamento doloroso. L'evoluzione si è avuta con la creazione dei criteri ACR del 2010, successivamente modificati nel 2011-2013. I recenti criteri del 2016 hanno portato a piccole modificazioni numeriche, ma soprattutto hanno ripreso il concetto di dolore diffuso (infatti le aree algogene devono includere almeno 4 di 5

aree topografiche definite dai criteri) e la diagnosi di fibromialgia non è esclusa dalla presenza di altre patologie associate. Infatti la FM può sovrapporsi ed aggravare altre patologie di pertinenza reumatologica, influenzandone il decorso e la risposta alla terapia.

La diagnosi di FM, quindi, è una diagnosi clinica che prevede un approfondito approccio anamnestico, un esame obiettivo accurato, in aggiunta a pochi esami di laboratorio utili per escludere altre patologie.

L'anamnesi richiede molta attenzione nel ricercare eventuali episodi pregressi (stress psico-fisici importanti) che possano aver dato luogo all'esordio della malattia. L'attenta osservazione del vissuto dei pazienti, il tono dell'umore e le espressioni verbali con cui viene descritto il dolore, possono essere evocativi di uno stato di sofferenza cronica, in cui il dolore, associato ad uno stato di ansia e frustrazione, crea i presupposti per l'instaurarsi dei disturbi somatici riferiti, come la stanchezza cronica, il colon irritabile, le discinesie gastro-esofagee etc. Alcuni pazienti riferiscono turbe cognitive, di tipo mnesico, scarsa concentrazione, attacchi di panico, che condizionano il loro vissuto.

L'esame obiettivo, a parte il rilevare zone di iperalgesia e di allodinia, se non presenti altre patologie di tipo reumatologico o internistico, non mostra segni di flogosi o limitazioni nella motilità passiva dei vari distretti articolari esaminati. E' evidente una limitazione motoria globale, soprattutto nei trasferimenti, che può essere di varia gravità. Le prove di stress articolare possono essere più o meno dolorose.

Per quanto riguarda gli esami di laboratorio, possiamo dividerli in primo e secondo livello a seconda se a richiederli sia il Medico di Base o lo Specialista cui è stato inviato il paziente per la definizione diagnostica.

**Gli esami di primo livello** consistono in:

Emocromo,

VES, PCR, Protidogramma,

AST, ALT, Creatininemia,

CPK,

TSH, FT3, FT4,

VIT D,

Ferro ed elettroliti.

**Gli esami di secondo livello consistono in:**

ANA, ENA,

Fattore Reumatoide,

Anti CCP

Elettromiografia

Ecografia articolare e, in caso di dubbi, esami Rx o RMN.

Le principali patologie con cui va posta **la Diagnosi Differenziale** sono:

Mialgie indotte da statine,

Ipotiroidismo,

Patologie reumatiche infiammatorie,

Neuropatie di vario tipo,

Sindrome delle apnee notturne

Ansia/depressione/disturbi somatoformi

Malattie virali.

## **LA TERAPIA DEL PAZIENTE FIBROMIALGICO**

La pubblicazione delle recenti raccomandazioni EULAR per il trattamento della sindrome fibromialgica ci consente di trarre spunti significativi dalla revisione dei dati della letteratura. L'approccio terapeutico rimane un approccio multimodale nel quale il trattamento non farmacologico e quello farmacologico giocano un ruolo

sinergico ma assolutamente individuale nella gestione del paziente nella pratica quotidiana.

## **Farmaci**

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 FM. Tuttavia basse dosi di ASA, 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 (dei recettori  $\mu$  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 FM e questa osservazione è entrata a far 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 collaterali 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 FM 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 (ciclobenzapirina). Sebbene questi farmaci abbiano come principale indicazione la depressione, essi vengono abitualmente prescritti ai pazienti affetti da FM 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 peraltro ben noti: possibilità di disfunzione erettile, interazioni farmacologiche e inoltre la 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 ciclobenzapirina (CPB), un miorilassante con struttura chimica assai simile a quella dell'amitriptilina (un antidepressivo triciclico), si è dimostrata moderatamente efficace nel trattamento della FM. La tizanidina è un miorilassante con proprietà sedative simili alla ciclobenzapirina. Entrambe le sostanze possono essere usate 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 attraverso un triplice meccanismo d'azione: combina, infatti, un'attività miorilassante a un'azione vasodilatatrice ed 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 e il trazodone, sono utilizzati a basso dosaggio per sfruttare 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-metyl-D-aspartato, con i recettori inibitori per il GABA e la glicina. Il pregabalin e il gabapentin 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, ciò è dovuto ad 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, ed ha recentemente ottenuto l'indicazione per il trattamento della FM dall'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.

### **Esercizio e terapie fisiche**

Tra i principali obiettivi del trattamento della FM sono le tecniche di stiramento muscolare e di allenamento dei muscoli dolenti e l'incremento graduale del fitness cardiovascolare (aerobico). Molte persone possono prendere parte ad un programma di esercizi che determina un senso di benessere, un aumento della resistenza muscolare ed una diminuzione del dolore. L'esercizio aerobico si è dimostrato efficace nei pazienti affetti da FM. Il paziente può essere riluttante ad esercitarsi se ha dolore e se si sente stanco. Attività aerobica a basso impatto, come camminare, andare in bicicletta, nuotare o fare esercizi in acqua sono generalmente il modo migliore di iniziare un programma di esercizi. Occorre allenarsi regolarmente, ad esempio a giorni alterni aumentando gradualmente l'attività fisica per raggiungere un migliore livello di forma fisica.

*Importante è stirare gentilmente i propri muscoli e muovere le articolazioni attraverso un'adeguata mobilizzazione articolare giornalmente e prima e dopo gli esercizi aerobici. E' utile consultare un terapeuta della riabilitazione che aiuti a stabilire uno specifico programma di esercizi per migliorare la postura, la flessibilità e la forma fisica.*

## **Terapie psicologiche**

Il trattamento cognitivo-comportamentale (CBT) è stato utilizzato come base per parecchi programmi di trattamento del dolore e dello stress. Gli interventi CBT richiedono la collaborazione attiva del paziente.

I CBT sono sessioni di 1-2-ore per 5-10 settimane. Questi gruppi sono generalmente condotti da psicologi o da professionisti istruiti appositamente. Alcuni studi supportano l'efficacia del trattamento educativo purché associato a strategie terapeutiche multimodali più complesso da parte di specialisti per il dolore che lavorano in maniera multidisciplinare su protocolli terapeutici per i pazienti affetti da FM.

## **Terapie complementari**

Anche le terapie cosiddette non convenzionali, quali gli integratori dietetici o i trattamenti non farmacologici come ad es. l'utilizzo della fitoterapia, il biofeedback, l'agopuntura, la ginnastica dolce e lo yoga, possono avere effetti positivi sui sintomi del paziente fibromialgico.

## **Considerazioni conclusive**

Spesso i pazienti affetti da FM si sottopongono a molti test e vengono visitati da molti specialisti mentre sono alla ricerca di una risposta sulla causa della loro malattia. Questo porta a paura e frustrazione, che possono aumentare la percezione del dolore. Ai pazienti fibromialgici viene spesso detto che, poiché obiettivamente non hanno nulla e gli esami di laboratorio risultano nella norma, non hanno una reale malattia. I familiari, gli amici e spesso il medico di famiglia possono dubitare dell'esistenza di tali disturbi, aumentando l'isolamento, i sensi di colpa e la rabbia dei pazienti fibromialgici.

I pazienti con FM, la sua famiglia e i medici devono sapere che la FM è una causa reale di dolore cronico e di stanchezza e deve essere affrontata come qualunque altra patologia cronica. Fortunatamente, la fibromialgia non è una malattia mortale e non causa deformità.

Sebbene i sintomi possano variare di intensità, la condizione clinica generale raramente peggiora col trascorrere del tempo. Spesso il solo fatto di sapere che la FM non è una malattia progressiva permette ai pazienti di non continuare a sottoporsi ad esami costosi ed inutili e a sviluppare un'attitudine positiva nei confronti della malattia.

L'educazione e la conoscenza della malattia pertanto giocano un ruolo importante nella strategia terapeutica. Più il paziente è informato sulla FM e più cerca di adattarsi alla malattia stessa, migliore è la prognosi della malattia.

I gruppi di supporto e autoaiuto, le pubblicazioni, i siti internet sono una fonte di informazione per molti pazienti; spesso il sapere che non si è soli può costituire una fonte di supporto.

Alcuni pazienti con FM possono avere sintomi così severi da renderli incapaci di svolgere una normale attività lavorativa e una soddisfacente vita di relazione. Questi pazienti richiedono una maggiore attenzione ed un supporto multidisciplinare che coinvolga il terapeuta della riabilitazione ed occupazionale, il reumatologo e lo psicologo.

*Molti pazienti con la FM migliorano e sono in grado di convivere con la propria malattia in maniera soddisfacente. Tuttavia, una migliore comprensione delle cause della FM e dei fattori che la possano aggravare o rendere cronica è necessaria così come è auspicabile una migliore terapia farmacologica, oltre alla possibilità di misure preventive.*

Vorremmo ricordare il lavoro delle associazioni dei pazienti: senza di loro non saremmo dove ci troviamo e la diagnosi di sindrome fibromialgica navigherebbe nell'oblio senza una sua codifica certa. Ovviamente nulla si può fare se non interviene l'area gestionale e politica che metta a disposizione risorse per questi malati vivi, sofferenti e non immaginari. Si comunica che alcune parti della seguente relazione sono state tratte dalla documentazione presentata in data 01.10.2017 al Ministero della Salute dall'AISF e da CFU.

## Bibliografia

1. Schweiger v., DeBalzo G., Raniero D., De Leo D: Martini A. Sarzi puttini P., Polati E.: Current trends in disability claims due to fibromyalgia syndrome; Clin Exp Rheumatol 2017; 35 (Suppl. 105) S119-S126
2. Wolfe f, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugqell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al.: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromialgia. Report of Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990 Feb; 33(2): 160-172.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al: The ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010;62:600-10.
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, et al.: Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modificatio of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. J Rheumatol 2011;38:1111-22
5. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russel AS, Russel IJ. Walitt b: 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016 Dec; 46(3): 319-329.
6. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, Flüß E, Sarzi-Puttini P, Macfarlane GJ. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the ACR 1990, 2010 and modified 2010 classification criteria. Arthritis Rheumatol 2015; 67:568-75.
7. Bernardy k, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Hauser W. Cognitive behavioural therapies for Fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2013;9:CD009796.
8. Hauser W, Klose P, Lanhorst J, Moradi B, Steinbach M, Shiltenwolf M et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia sindrome: a sistematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Arthritis Res Ther 2010;12:R79.
9. Plaghki I, Mouraux A, le Bars D. Fisologia del dolore. EMC-Medicina Riabilitativa 2018;25(1):1-22 [Articolo I-26-007-E-10]

10. Macfarlane GJ, Kronisch C, Atzeni F, Hauser W, Choy EH, Amris K, Branco J, Dincer F, Lenino-Arjas P, Longley K, McCarthy G, Makri S, Sarzi Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR recommendation for management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017 May 5. pii: annrheumdis-2017-211587.
11. Sarzi Puttini P, Atzeni F, Salaffi F, Cazzola M, Benucci M, Mease PJ. Multidisciplinary approach fo fibromyalgia: what is the teaching? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011 Apr;25:311-9.
12. Sarzi Puttini P. ed altri: Il problema Fibromialgia e l'inserimento nei LEA, Consens Conference sulla Sindrome Fibromialgica e La richiesta di inserimento nei LEA, documentazione presentata in data 01.10.2017 al Ministero della Salute.

## **Criteria diagnostici (ACR 1990)**

Storia di dolore diffuso da almeno 3 mesi

### **Definizione**

- Il dolore è considerato diffuso quando sono presenti tutte le seguenti localizzazioni: dolore al lato sinistro del corpo, dolore al lato destro del corpo, dolore al di sopra della vita, dolore al di sotto della vita;
- In aggiunta, deve essere presente dolore scheletrico assiale in almeno una delle seguenti sedi: rachide cervicale, torace anteriore, rachide dorsale o lombosacrale. In questa definizione un dolore localizzato alle spalle o alle natiche conta come dolore del lato interessato;
- Dolore in almeno 11 di 18 aree algogene alla palpazione digitale (tender points). La pressione da esercitare in queste sedi mediante digitopressione dovrebbe essere di 4 Kg per cmq.

### **Elenco dei tender points**

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

## I criteri diagnostici della s. fibromialgica (ACR 2010, modificati 2011)

- 1. WPI (indice di dolore diffuso): sommare il numero delle aree nelle quali il paziente ha avuto dolore l'ultima settimana.**

In quante aree il paziente ha avuto dolore?

Indicare la regione di dolore. Il punteggio dovrebbe essere compreso tra 0 e 19

Cingolo scapolare sn	Anca (gluteo trocantere) sin	Mascella sin	Area dorsale
Cingolo scapolare ds	Anca (gluteo, trocantere) ds	Mascella ds	Area lombare
Braccio sin	Coscia sin	Torace	collo
Braccio ds	Coscia ds	Addome	
Avambraccio sin	Gamba sin		
Avambraccio ds	Gamba ds		

- 2. SS (severità dei sintomi punteggio della scala: astenia; svegliarsi non riposati; disturbi cognitivi)**

Per ognuno dei 3 sintomi suddetti, indica il grado di severità durante l'ultima settimana utilizzando le seguenti scale:

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

Il punteggio della scala SS è fornito dalla somma delle severità dei 3 sintomi **più la somma del numero dei seguenti sintomi presenti nei precedenti 6 mesi: mal di testa, dolori o crampi addominali e depressione (0-3)**. Il punteggio finale è compreso tra 0 e 12

Un paziente soddisfa i criteri diagnostici per la fibromialgia se risponde alle seguenti 3 condizioni:

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

### I criteri diagnostici della sindrome fibromialgica (revisione 2016)

Un paziente soddisfa i criteri per la diagnosi di FM 2016 se sono soddisfatte le seguenti 3 condizioni:

1. **Indice di dolore diffuso (WPI  $\geq 7$ ) e scala di severità dei sintomi (SS  $\geq 9$ );**
2. Dolore generalizzato, presente in almeno 4 delle 5 aree definite topograficamente  
Mandibola, torace ed addome non sono valutate come sedi di dolore generalizzato;
3. I sintomi devono essere generalmente presenti da almeno 3 mesi.

La diagnosi di FM è indipendente da altre patologie concomitanti; la diagnosi di FM 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.**

*In quante aree il paziente ha avuto dolore?*

Indicare la regione di dolore. Il punteggio dovrebbe essere compreso tra 0 e 19

<b>Area superiore sin (1)</b>				
Mascella sin*	Cingolo scapolare sin	Braccio sin	Avambraccio sin	
<b>Area superiore ds (2)</b>				
Mascella*	Cingolo scapolare ds	Braccio ds	Avambraccio ds	

<b>Area inferiore sin (3)</b>				
Anca(gluteo, trocantere) sin	Coscia sin	Gamba sin		
<b>Area inferiore ds (4)</b>				
Anca(gluteo, trocantere) ds	Coscia ds	Gamba ds		
<b>Area assiale (5)</b>				
Collo	Rachide superiore	Rachide inferiore	Torace*	Addome*

\*Non incluse nella valutazione di dolore generalizzato

**2. SS (severità dei sintomi) punteggio della scala: astenia; svegliarsi non riposati; disturbi cognitivi**

Per ognuno dei 3 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 e/o a moderata intensità
3. Problemi severi, penetranti, continui, che compromettono il vissuto.

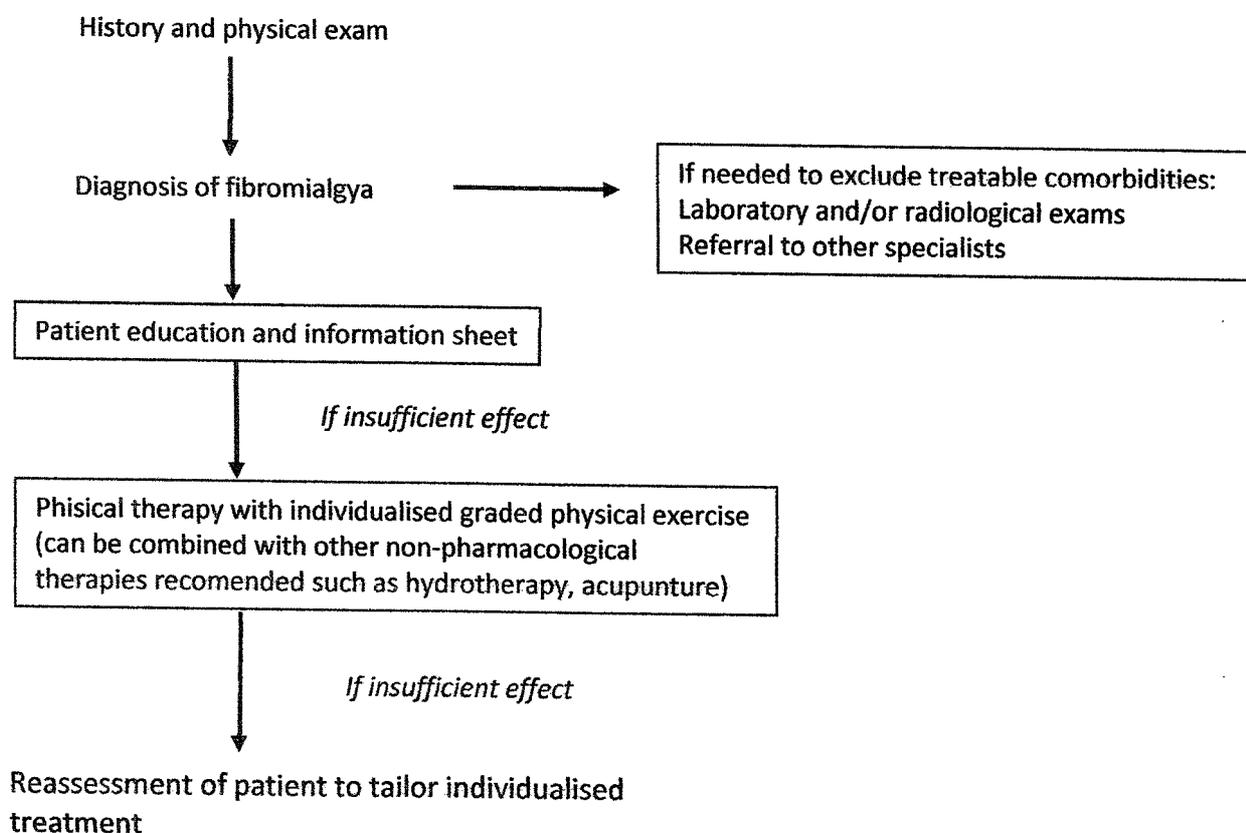
Il punteggio della scala SS è fornito dalla somma della severità dei 3 sintomi (astenia; svegliarsi non riposati; disturbi cognitivi) **più la somma del numero dei seguenti sintomi presenti nei precedenti 6 mesi: mal di testa, dolore o crampi addominali e depressione (0-3)**

Il punteggio finale dello score di severità (SS) è compreso tra 0 e 12.

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

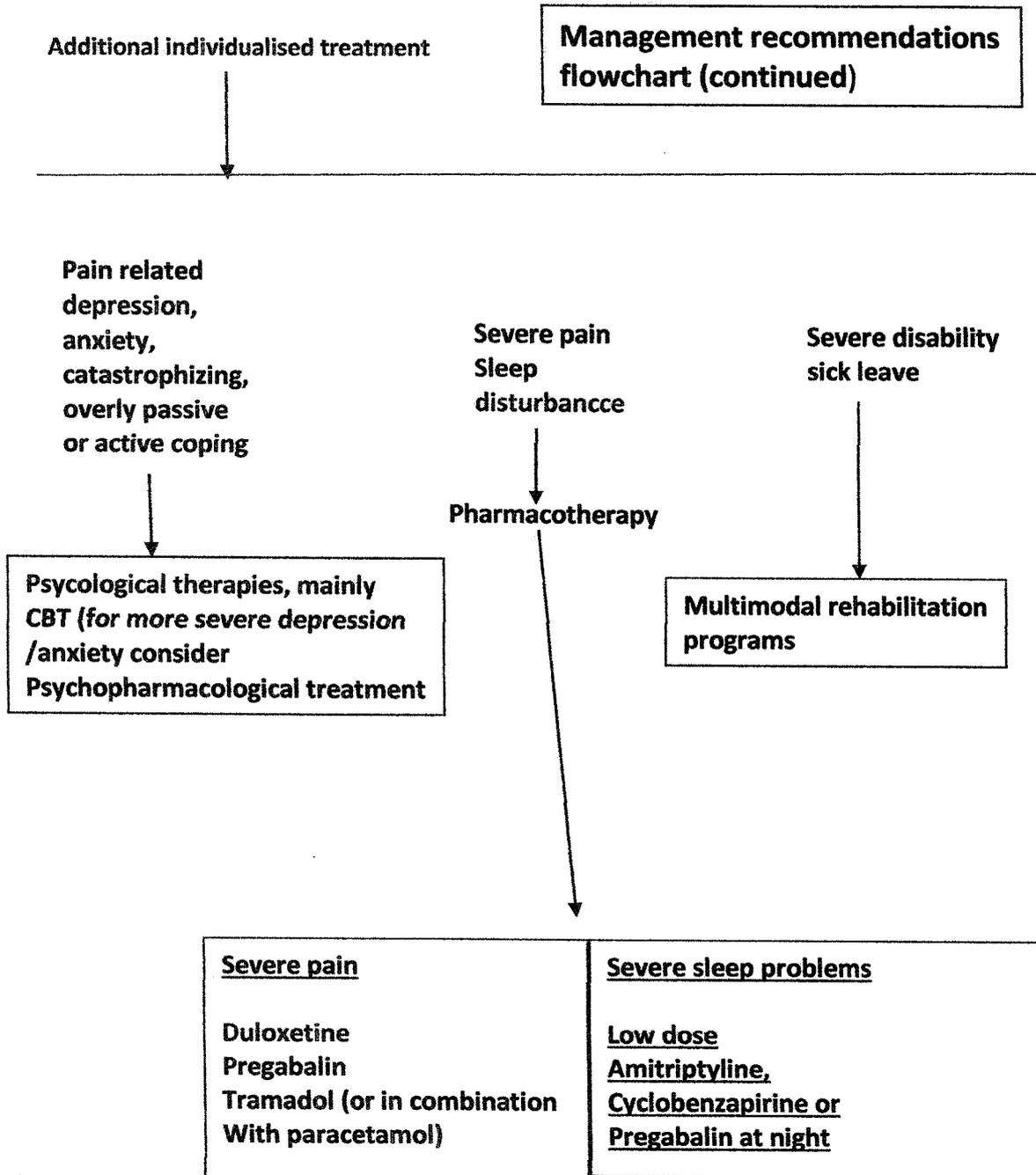
## Flow-chart terapeutico (1)

### Management recommendations flowchart



Macfarlane GJ, Kronisch C, Atzeni F, Häuser W, Choy EH, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy G, Makri S, Perrot S, Sarzi Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR recommendations for management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017 May 5. pii: annrheumdis-2017-211587

## Flow-chart terapeutico 2



Macfarlane GJ, Kronisch C, Atzeni F, Häuser W, Choy EH, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy G, Makri S, Perrot S, Sarzi Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR recommendations for management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017 May 5. pii: annrheumdis-2017-211587

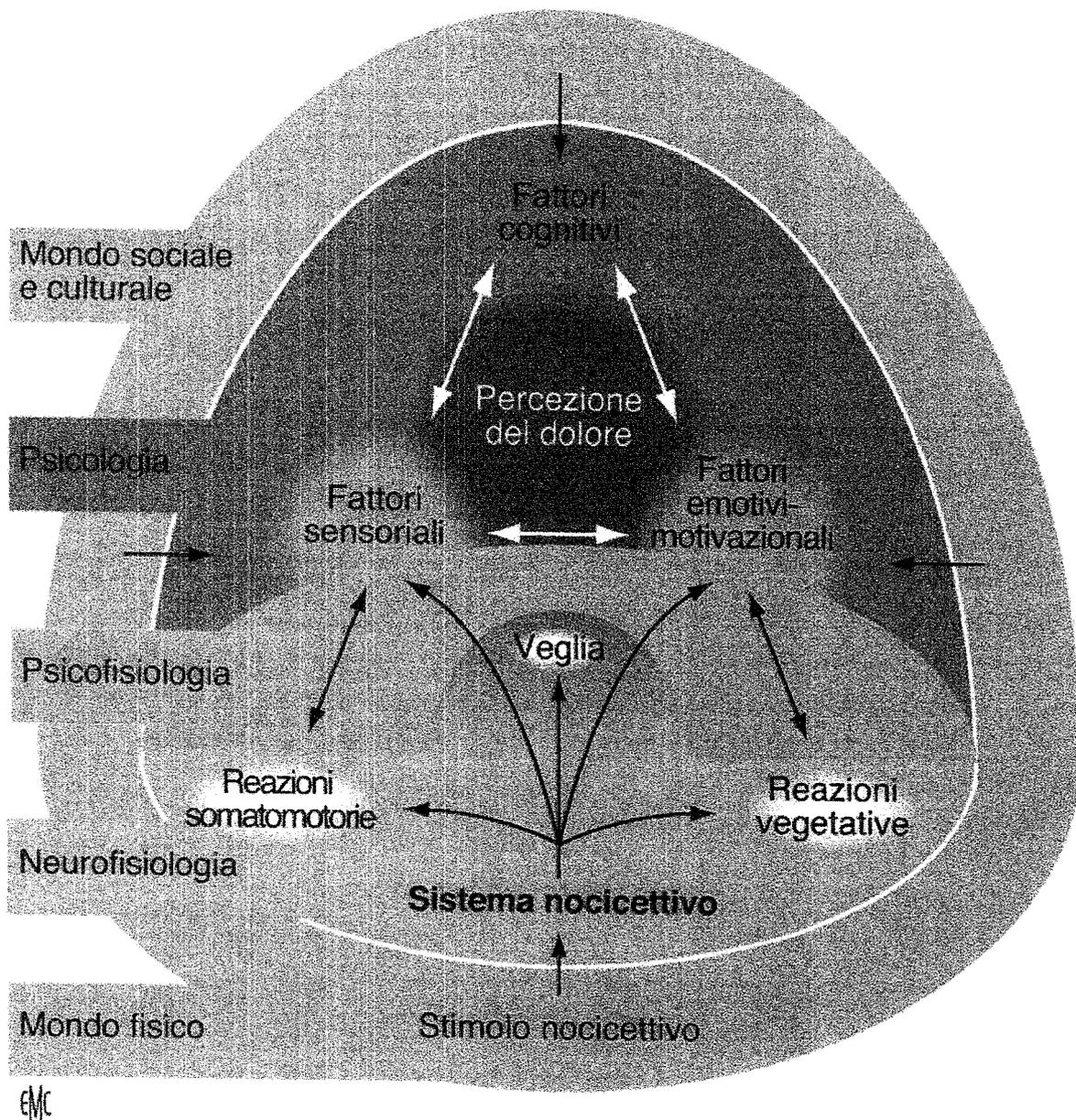


figura n. 1 Coinvolgimento somato-sensoiale allo stimolo nocicettivo

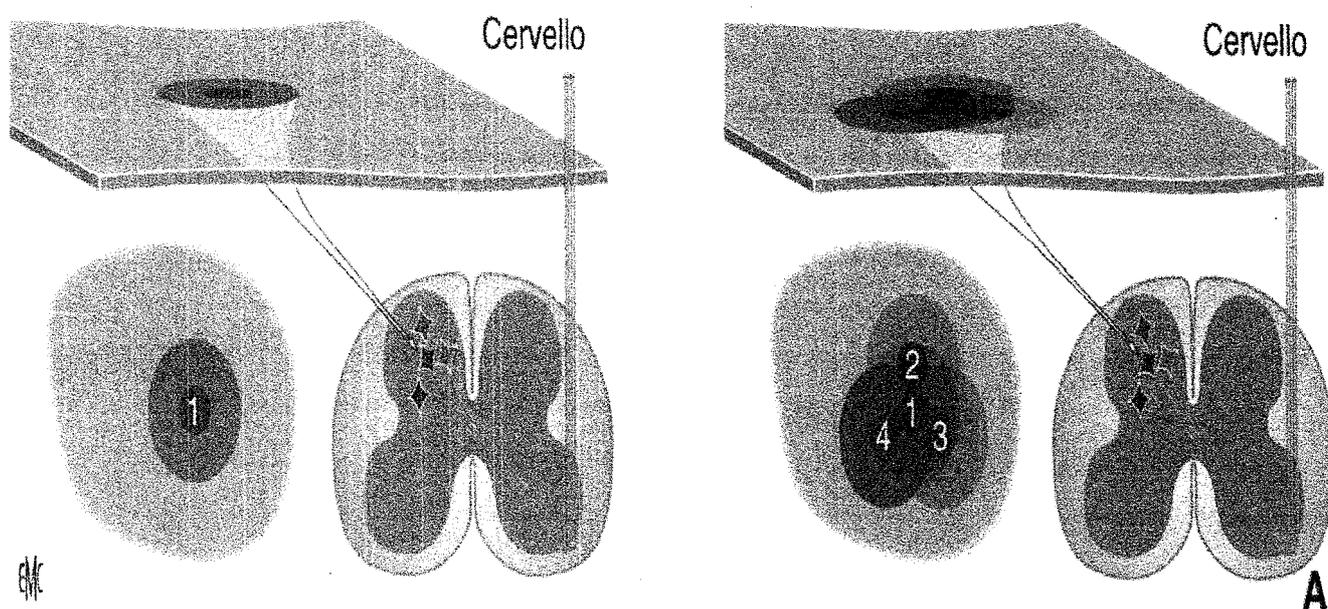
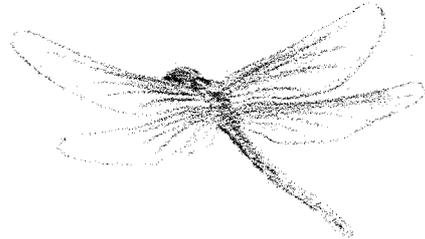


figura n. 2 Amplificazione dello stimolo nocicettivo



**Associazione Fibromialgici  
"Libellula Libera"**



**Comitato Scientifico Associazione "Libellula Libera"**

**Il Referente Prof. David TOPINI**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David Topini'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

**Associazione "Libellula Libera"**

**Il Presidente Francesco PICCERILLO**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francesco Piccerillo'. The signature is more stylized and circular than the one above, with a prominent loop at the beginning.