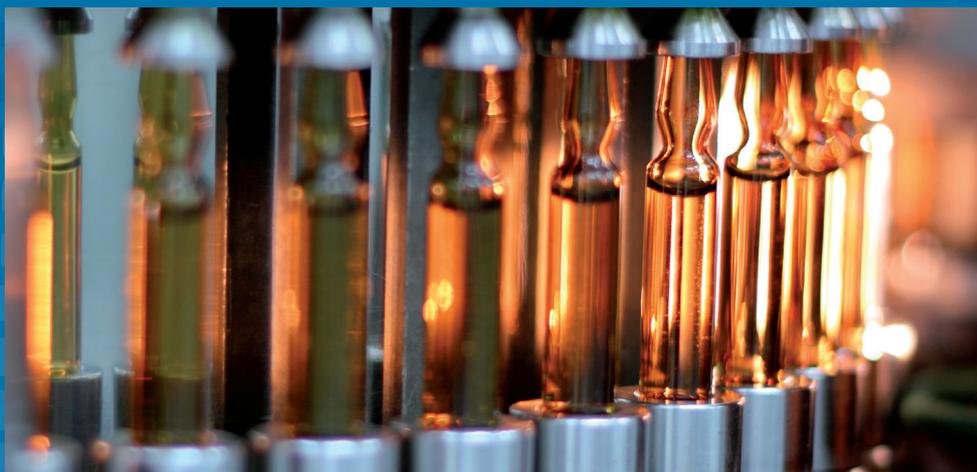




REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

Percorso  
Diagnostico  
Terapeutico  
Assistenziale



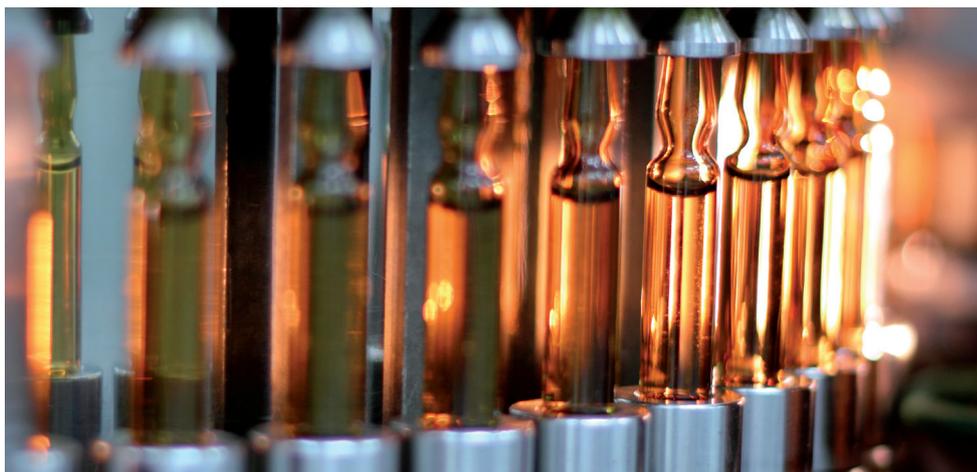
G O V E R N O C L I N I C O

# Percorso assistenziale per la presa in carico della persona con fibromialgia



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Percorso  
Diagnostico  
Terapeutico  
Assistenziale**



G O V E R N O C L I N I C O

# Percorso assistenziale per la presa in carico della persona con fibromialgia

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA  
Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria,  
politiche sociali e famiglia  
Direttore centrale: Adriano Marcolongo  
Area servizi assistenza ospedaliera  
Direttore: Giuseppe Tonutti

#### **Elaborazione del documento**

Fischetti Fabio	Coordinatore PDTA Fibromialgia Reumatica- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
De Vita Salvatore	Coordinatore regionale "Rete regionale per l'assistenza del paziente con malattia reumatica" Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Basso Gabriella	Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica FVG
Di Poi Emma	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Gangi Fabrizio	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine MMG
Lombardi Sandra	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine - IMFR "Gervasutta" di Udine
Monte Marinella	Associazione malati reumatici FVG
Monticco Antonella	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
Passadore Paolo	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"
Quartuccio Luca	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Saccavini Marsilio	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina"

#### **Revisione e Approvazione**

Agnoletto Anna Paola Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia  
Prezza Marisa Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia  
Tonutti Giuseppe Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria Politiche Sociali e Famiglia

La presente edizione è stata chiusa in redazione nel mese di maggio 2017

Gli autori dichiarano che le informazioni  
contenute nella presente pubblicazione  
sono prive di conflitti d'interesse

## INDICE

<a href="#"><u>INTRODUZIONE</u></a>	pag. 3
<a href="#"><u>1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO ED IMPATTO SOCIO-ECONOMICO DELLA FIBROMIALGIA</u></a>	pag. 4
<a href="#"><u>1.1 Inquadramento clinico-epidemiologico</u></a>	pag. 4
<a href="#"><u>1.2 Impatto socio-economico</u></a>	pag. 4
<a href="#"><u>2. LA RETE REGIONALE PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON MALATTIA REUMATICA</u></a>	pag. 6
<a href="#"><u>3. LA PRESA IN CARICO E LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON FIBROMIALGIA</u></a>	pag. 7
<a href="#"><u>3.1 Scopo</u></a>	pag. 7
<a href="#"><u>3.2 Obiettivi</u></a>	pag. 7
<a href="#"><u>3.3 Destinatari</u></a>	pag. 7
<a href="#"><u>4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE FIBROMIALGICO</u></a>	pag. 8
<a href="#"><u>4.1 Riferimenti per la diagnosi di fibromialgia</u></a>	pag. 9
<a href="#"><u>4.2 Criteri di invio allo specialista reumatologo e ad altri specialisti</u></a>	pag. 10
<a href="#"><u>4.3 Percorso assistenziale – Matrice Attività e Responsabilità</u></a>	pag. 11
<a href="#"><u>4.4 Flow chart1: inquadramento diagnostico del paziente con dolore cronico diffuso</u></a>	pag. 12
<a href="#"><u>4.5 Flow chart2: re-invio del paziente con fibromialgia al Reumatologo o ad altri Specialisti</u></a>	pag. 13
<a href="#"><u>5. INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO</u></a>	pag. 14
<a href="#"><u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u></a>	pag. 15

## **INTRODUZIONE**

La fibromialgia (FM) è un reumatismo extra-articolare generalizzato su base non infiammatoria, con sintomatologia diffusa plurisettoriale a carattere doloroso, disagio percepito e con carattere diverso dal semplice dolore nocicettivo. Questi aspetti vanno generalmente correlati allo sviluppo di un'alterata processazione dello stimolo doloroso a livello neurologico centrale. La tipologia di disturbi configura un quadro patologico per buona parte funzionale, ad andamento cronico e con occasionali fasi di riacutizzazione. Talora sono anche richiesti accessi urgenti in strutture sanitarie pubbliche con imprevedibili aspetti di perdita del livello di abilità fisica, tali da costringere talora all'abbandono delle abitudini lavorative e sociali.

La patologia può insorgere spontaneamente nel soggetto predisposto, mentre in altri casi è verificabile la presenza di eventi scatenanti associati allo stress in generale, quali ad esempio eventi traumatici fisici, psichici, o legati ad altra patologia cronica, reumatica o di altro tipo.

Poiché l'alto grado di disabilità e il numero di patologie associato alla FM aumenta in modo significativo i costi diretti e indiretti correlati alla gestione del dolore, una diagnosi precoce e la definizione di un percorso assistenziale appare cruciale anche per ridurre l'uso delle risorse economiche per i farmaci, visite mediche e indagini diagnostiche.

Le conoscenze sulla malattia sono in rapida evoluzione pertanto, le strategie descritte nel presente documento, richiederanno periodiche revisioni per garantire ai pazienti i più aggiornati standard di approccio diagnostico e di gestione clinica.

## 1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO E IMPATTO SOCIO ECONOMICO DELLA FIBROMIALGIA

### 1.1 Inquadramento clinico-epidemiologico

La FM è una patologia ad eziologia sconosciuta, correlata alle reazioni adattive allo stress, caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso e continuo da almeno tre mesi, dalla presenza di punti maggiormente dolorabili (tender-points) in corrispondenza di specifiche sedi muscolo-scheletriche ed inoltre da una varietà di sintomi clinici d'accompagnamento (1). Si manifesta spesso nell'età media (40-60 anni) ed interessa soprattutto il sesso femminile (9 su 10 malati sono donne), con una prevalenza dello 0,7-3,3% nella popolazione generale (2). Costituisce il 5-7% delle visite nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) e il 10-20% di quelle in ambulatorio reumatologico.

La FM viene inserita fra le sindromi da sensibilizzazione centrale del dolore; si associano comunemente cefalea muscolo-tensiva, disturbi del sonno, colon irritabile, dolore pelvico.

Le variabili personali di vita, di vissuto socio-familiare e ambientale in genere, influenzano notevolmente l'espressione di malattia, con dolore cronico che ha perso ogni significato di difesa e che è esso stesso malattia. La patogenesi è multifattoriale, con interazione di variabili genetiche (fattori predisponenti dimostrati), biologiche (mediatori del dolore), psicologiche e sociali.

La diagnosi di FM si basa sull'anamnesi caratteristica dove prevalgono dolore e/o astenia (dolore diffuso diurno e/o notturno, sonno disturbato, astenia e facile affaticabilità, ansia, catastrofismo, crisi fobiche, depressione, ed altri sintomi) e sul rilievo, all'esame obiettivo, di dolorabilità alla palpazione di almeno 11/18 tender-points individuati dall'American College of Rheumatology (criteri ACR-1990) (3) come caratteristici della patologia. Oltre alla forma primaria, esistono forme di FM secondarie o associate ad altre patologie croniche, reumatologiche o meno (es. artrite reumatoide, LES, sindrome di Sjogren, sclerodermia, spondiloartriti sieronegative, infezione da HCV, Borrelliosi, malattia infiammatoria cronica intestinale, cistite interstiziale, etc).

Vanno meglio distinte dalla FM le sindromi simil-fibromialgiche, tra cui: sindrome da fatica cronica (rara), "multiple chemical sensitivity disorder", sindrome da protesi mammaria al silicone, "Gulf War Syndrome", sindrome da disfunzione temporo-mandibolare, ipotiroidismo, altre patologie endocrine ed altre.

### 1.2 Impatto socio-economico

Nonostante l'elevata prevalenza della FM vi sono ancora insufficienti dati sull' impatto socio-economico, e si assiste comunemente ad una dispersione di indagini svolte per lo stesso paziente in contesti specialistici diversi.

La FM è causa di forte impatto sulla qualità di vita del paziente, con difficoltà nelle attività quotidiane e nel lavoro, alterazioni nella partecipazione familiare e sociale. Lo scadimento della qualità di vita risulta paragonabile a quella dei pazienti con artrite reumatoide (5). L'ipotesi di un forte impatto economico con aumento dei costi socio-sanitari diretti ed indiretti è confermato da analisi su specifiche coorti (6,7,8).

La ricerca si è orientata sia sui costi diretti, cioè a carico del sistema sanitario pubblico e dei pazienti per la diagnosi e l'assistenza medica, che sui costi indiretti, ad esempio le conseguenze legate ad una ridotta produttività da parte dei pazienti malati.

Negli ultimi dieci anni, i costi diretti annuali per la FM sono aumentati considerevolmente. Uno studio (9) evidenzia che questi costi variano in un intervallo compreso tra 4.500 e 7.500 € per paziente. La variabilità di questo intervallo è dovuto ai differenti metodi utilizzati per valutare i costi nei diversi anni e in diverse condizioni socio-economiche. Lo stesso studio, tuttavia, conclude che i determinanti più importanti dei costi sono: lo stato di salute soggettivo e oggettivo, lo stato emotivo, le condizioni sociali del paziente e le comorbidità.

Iniziali stime, sul costo dei trattamenti farmacologici in questi pazienti, sono state oggetto di recenti analisi da parte di autori italiani e stranieri (12, 13).

I costi indiretti della FM variano tra 2.000 e 7.000 € per paziente/anno.

Thomson et al, nel 2011 hanno messo in evidenza che i pazienti con diagnosi di FM incorrono in costi diretti per assistenza medica di circa il doppio rispetto ad una popolazione di controllo non fibromialgica: 4 anni di spese mediche per i controlli erano stimate in \$ 7774 rispetto a \$ 15.759 per i pazienti con FM. I pazienti con un aumento della

severità dei sintomi, misurati con il FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), avevano una media di \$ 2034 superiore per costi medici diretti durante il periodo di 4 anni (10).

Knight e coll., in un recente studio su 442 pazienti (385 donne) in Usa, Francia e Germania, hanno confermato che la FM ha costi indiretti molto più elevati dei costi diretti (11).

Per quanto riguarda il rapporto disabilità e occupazione lavorativa nei pazienti con FM, è difficile una valutazione della situazione considerata la limitatezza dei dati. In parte questo può essere ricondotto alla mancata identificazione della malattia, o all'attribuzione ad altre diagnosi cliniche eventualmente riportate, e in particolare, in Italia, risulta difficile il confronto tra i dati provenienti dalle diverse banche dati (ISTAT, Ministero della Salute, INPS e INAIL) dove la FM può non essere classificata.

## 2. LA RETE REGIONALE PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON MALATTIA REUMATICA

Attualmente in Italia il reumatologo è lo specialista più accreditato per la gestione di questi malati cronici, la presa in carico del paziente con FM è garantita in Regione dalla "Rete regionale per l'assistenza del paziente con malattia reumatica" istituita con la DRG n. 302 del 20/02/2015.

Considerando l'estrema variabilità ed eterogeneità del quadro clinico, le possibili comorbidità e la necessità di garantire al paziente un approccio multidisciplinare e multiprofessionale è necessario creare collegamenti, collaborazioni, integrazioni e sinergie sia tra i vari professionisti afferenti anche ad altre reti di patologia che con attori non istituzionali (terzo settore, associazionismo, gruppi di mutuo-aiuto).

A scopo di sintesi in Tabella 1 è riportata l'articolazione regionale delle strutture afferenti alla rete reumatologica.

**Tabella 1:** Articolazione delle strutture regionali della Rete.

<b>Terminali rete/Spoke territoriali</b>	- MMG e PLS
<b>Centri Spoke di 1° livello</b>	- Ambulatorio specialistico ospedaliero - Ambulatorio territoriale con specialista ospedaliero o con specialista distrettuale
<b>Centri Spoke di 2° livello</b>	- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste – presidio ospedaliero "Cattinara" - Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale"
<b>Centro HUB per il bambino</b>	- IRCCS "Burlo Garofalo"
<b>Centro HUB per l'adulto</b> (Coordinamento della rete regionale e centro Spoke per area di pertinenza)	- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

### **3. LA PRESA IN CARICO E LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON FIBROMIALGIA**

#### **3.1 Scopo**

Scopo principale del percorso assistenziale è quello di gestire al meglio la complessità clinica delle persone affette da FM avvalendosi di un approccio multidisciplinare ed integrato di interventi con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti e favorendo il loro ritorno alle normali attività individuali, lavorative sociali.

Il percorso assistenziale favorisce il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da FM privilegiando il setting ambulatoriale e garantendo l'appropriatezza nella richiesta degli accertamenti diagnostici e di invio a valutazione specialistica reumatologica.

#### **3.2 Obiettivi**

Oltre che delineare meglio le caratteristiche cliniche della condizione patologica definita come fibromialgia (FM), il presente percorso assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

- condividere con i MMG e altri specialisti di prima consultazione, indicazioni di appropriatezza (livello della rete e priorità della richiesta) per il riferimento allo specialista;
- identificare i fattori determinanti l'esigenza di una valutazione presso sedi specialistiche diverse, (reumatologica e non reumatologica, es neurologica, riabilitativo fisiatria, psichiatrica, ortopedica, terapia del dolore, endocrinologica, nutrizionale metabolica);
- definire l'indirizzo specialistico del follow-up prevalente del paziente in funzione del quadro clinico;
- individuare strumenti appropriati per definire il grado di attività della patologia e il livello di risposta ai trattamenti impostati;
- fornire al MMG attraverso il Programma terapeutico indicazioni operative sulla gestione della terapia farmacologica con farmaci antalgici nei casi di minore/intermedia criticità.

L'adozione del percorso assistenziale tra i vari professionisti e la diffusione dello stesso a tutti i livelli della rete regionale favoriranno il perseguimento dei seguenti risultati:

- incrementare l'appropriatezza diagnostica favorendo la definizione di tipologie eventuali di diverso carattere clinico (*subsets*) e attribuendo alle stesse indirizzi di gestione reumatologica e/o di altre specialità;
- favorire un'organizzazione coordinata e integrata tra i livelli di cura specialistici e delle cure primarie;
- ottimizzare i tempi di attesa per la valutazione specialistica e le indagini diagnostiche;
- migliorare il grado di appropriatezza di invio del paziente allo specialista limitando il numero delle visite non appropriatamente indirizzate;
- promuovere attività di educazione/formazione del paziente, dei familiari, dei care-giver nonché attività di sensibilizzazione sociale anche mediante il coinvolgimento dell'associazione dei malati reumatici, creando punti di riferimento a livello regionale e migliorando la percezione dei pazienti rispetto alla presa in carico socio assistenziale;
- monitorare e valutare gli obiettivi raggiunti.

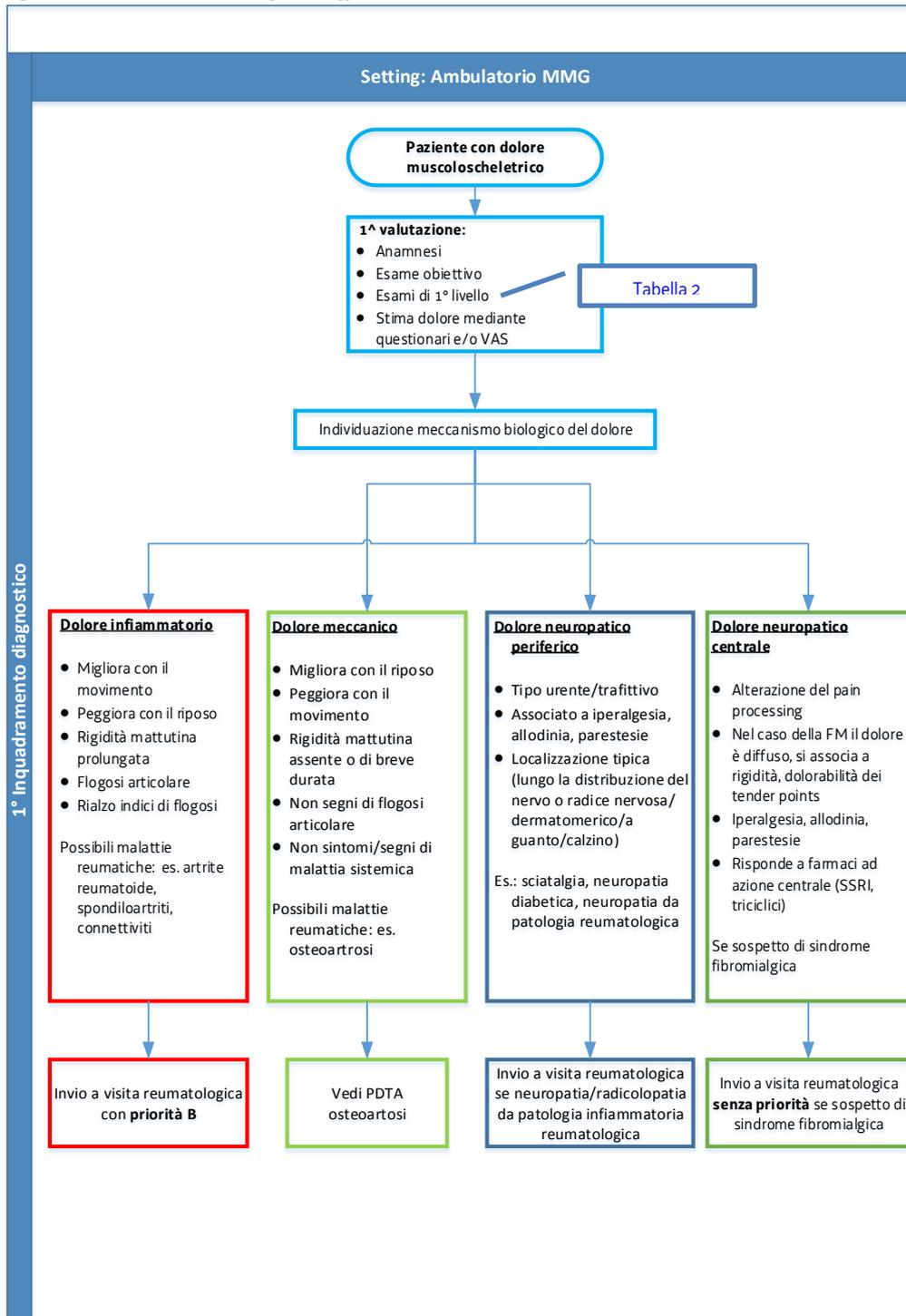
#### **3.3 Destinatari**

I destinatari del documento sono i MMG, il personale medico e infermieristico delle Strutture specialistiche reumatologiche e il personale medico, infermieristico e della riabilitazione, che può essere coinvolto nell'assistenza paziente con FM, le Associazioni dei pazienti, il personale sanitario dei Servizi Territoriali Distrettuali delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie Integrate della Regione Friuli Venezia Giulia.

#### 4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE FIBROMIALGICO

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale definisce l'iter di un paziente sintomatico, dal primo contatto con il mondo sanitario, alla diagnosi, fino al raggiungimento dei risultati di cura definiti. L'accesso del paziente al percorso di cura comunemente avviene a seguito di visita ambulatoriale presso il MMG che procede all'inquadramento clinico del paziente con dolore muscolo-scheletrico, partendo dalla diagnosi differenziale tra dolore di tipo infiammatorio, meccanico, neuropatico periferico e centrale o dolore fibromialgico (da sensibilizzazione centrale). Di seguito nella Figura 1 sono riportate le caratteristiche distintive utili al MMG per la diagnosi differenziale.

**Figura 1:** Indicazioni per diagnosi differenziale del dolore.



Nel paziente con dolore muscolo-scheletrico cronico, ai fini del primo inquadramento diagnostico ed a completamento della valutazione clinica possono essere prescritti accertamenti diagnostici (biochimici e radiologici). Nella tabella 2 sono indicate le indagini biochimiche di 1° livello ritenute indispensabili dal gruppo di *consensus regionale*.

**Tabella 2:** Indagini di primo livello.

Esami ematici	DD
Emocromo, VES, PCR	Mal. Infiammatorie (PMR, AR, SpA)
CPK	miopatie
TSH, ft4	ipotiroidismo

- In assenza di segni clinici suggestivi, non è indicata la ricerca di autoAb (es. LES, AR...) → basso VPP del singolo test

Il MMG può essere in grado di effettuare la diagnosi di FM e di gestire autonomamente il paziente; in funzione della prevalenza di alcuni sintomi può richiedere la consulenza di altri specialisti (es. fisiatra, urologo, ginecologo,...) favorendo la gestione multidisciplinare del paziente e coinvolgendo anche le associazioni di pazienti.

In caso di difficoltà di inquadramento diagnostico e/o in presenza di altra patologia reumatica infiammatoria attiva lo specialista di riferimento è il reumatologo. Quest'ultimo attraverso una valutazione ambulatoriale del paziente, identifica i sintomi e la loro gravità, definisce il livello funzionale, conferma o effettua la diagnosi di FM anche con l'eventuale consulenza di altri specialisti, valuta la presenza di comorbidità, informa ed educa il paziente e la famiglia spiegando la patologia e le strategie di trattamento e stabilisce il follow up del paziente che viene riaffidato al MMG per la gestione della cronicità. Elemento centrale è la definizione del piano assistenziale individualizzato (PAI) che può prevedere interventi multidisciplinari e multiprofessionali.

Il paziente può essere inviato ad altri specialisti (neurologo, ginecologo, urologo, fisiatra, ...) per la gestione integrata di eventuali comorbidità e la definizione di piani terapeutici e progetti riabilitativi specifici. E' opportuno inoltre che la persona sia informata e indirizzata verso altri percorsi (ad es. programmi di attività fisica adattata - AFA, programmi di sostegno cognitivo comportamentali individuali o di gruppo, ...) gestiti dal servizio sanitario regionale anche in collaborazione con l'associazionismo.

#### 4.1 Riferimenti per la diagnosi di fibromialgia

Sono state esaminate le più recenti linee guida in termini di classificazione della patologia in esame. Nel 2010, l'American College of Rheumatology ha proposto una serie di nuovi criteri diagnostici (14), revisionati poi nel 2011 (15). I primi tengono maggiormente in considerazione i sintomi extra-scheletrici mentre i secondi non prevedono la valutazione dei tender points, ma l'utilizzo di questionari alternativi. Recentemente inoltre, le aree di localizzazione del dolore ed il numero dei sintomi da prendere in considerazione, sono stati allargati e sono stati sviluppati i criteri alternativi del 2014 (16).

Sono state infine esaminate le più recenti revisioni in termini di diagnosi e le evidenze di efficacia in ambito gestionale terapeutico (17, 18).

## 4.2 Criteri di invio allo specialista Reumatologo e ad altri Specialisti

### A. Invio del paziente a visita dallo **SPECIALISTA REUMATOLOGO**

- 1) **Necessità di diagnosi definitiva** (solo prima diagnosi).  
Qualora la diagnosi di FM sia dubbia per il MMG il paziente può essere inviato dal reumatologo per valutazione e conferma diagnostica *Impegnativa per visita reumatologica con **priorità P.***
- 2) **Dubbio diagnostico differenziale con malattia infiammatoria**  
Qualora l'MMG riscontri difficoltà nella diagnosi differenziale (prima diagnosi) tra FM e patologia infiammatoria reumatologica attiva e verso forme di dolore infiammatorio da altra malattia reumatica, può inviare il paziente allo specialista reumatologo presso il Centro Spoke di 1° livello territoriale o ospedaliero. In tal caso il criterio di priorità adottabile è 1 mese. *Impegnativa per visita reumatologica con **priorità D.***
- 3) **Quadro di FM secondaria a malattia reumatica infiammatoria.**  
Invio del paziente a visita specialistica reumatologica e presa in carico reumatologica anche nel follow-up in caso di FM con comorbidità reumatologiche infiammatorie croniche. Il paziente viene inviato presso il centro Spoke di 1° livello territoriale o ospedaliero di competenza; se il paziente è già seguito per la malattia reumatica infiammatoria in altro Centro spoke di 1°, 2° o 3° livello o in un Centro HUB, invio del paziente presso tale Centro. *Impegnativa per visita reumatologica **senza criterio di priorità.***
- 4) **Follow up reumatologico**  
Nel caso di pazienti con diagnosi di FM primaria e malattia attiva non responsiva, e dopo aver esaurito tutti i percorsi assistenziali e terapeutici (farmacologici e non-farmacologici) consigliati in precedenza dal reumatologo e eventualmente da altri specialisti, viene garantita una valutazione reumatologica/anno anche nel follow-up, sempre che non sia più opportuno, a giudizio del MMG, il follow-up da parte di altro specialista in funzione della sintomatologia prevalente. Tali pazienti saranno inviati al centro Spoke di 1° livello territoriale o ospedaliero di competenza.

### B. Invio del paziente (prima visita e follow-up) ad **ALTRO SPECIALISTA NON REUMATOLOGO**

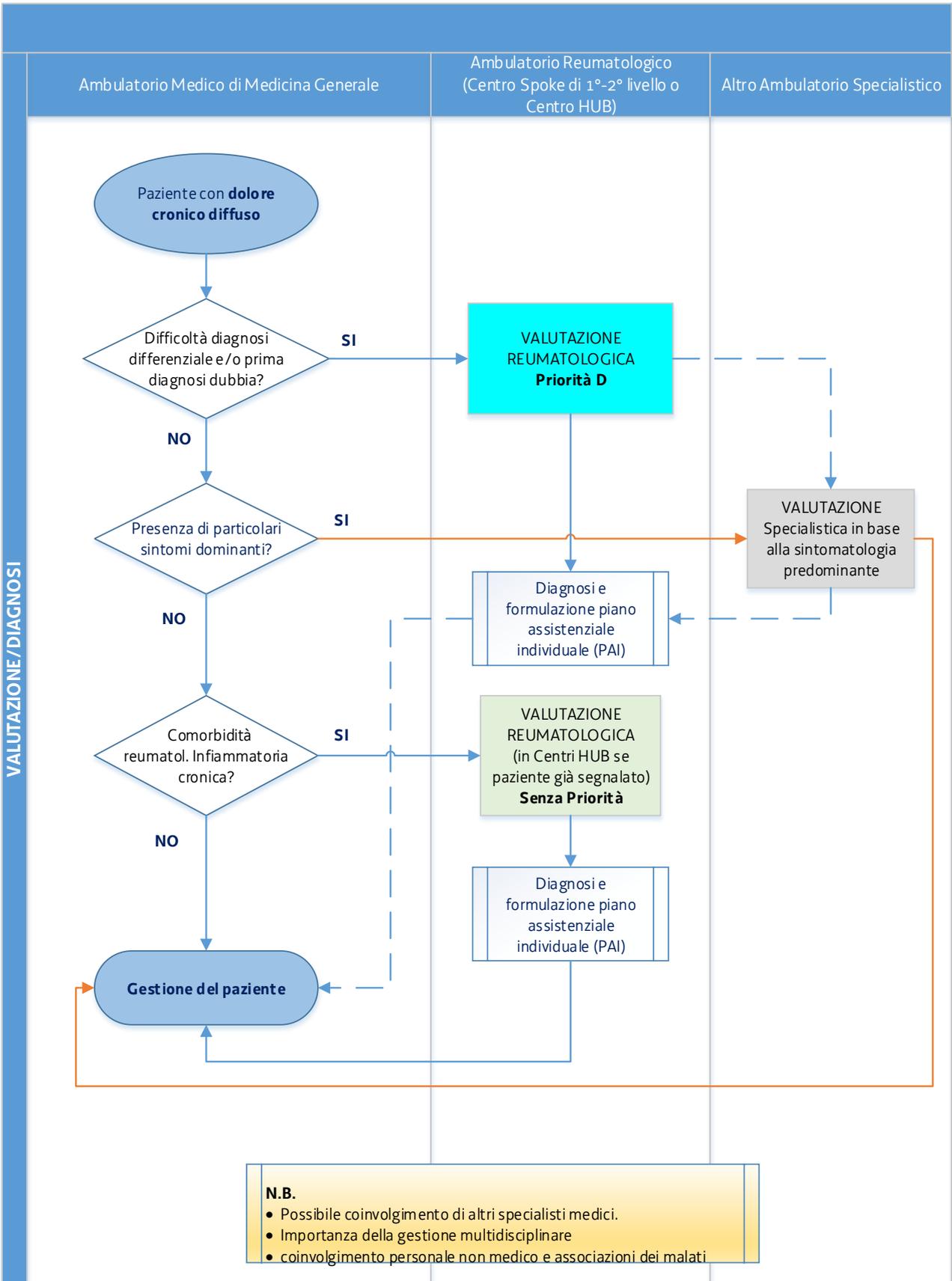
- 1) **Paziente con sospetta FM e presenza di particolari sintomi dominanti** (es. cefalea, dolore pelvico, disturbi gastroenterici, disturbi muscolo-scheletrici, ...), dove può risultare utile l'invio del paziente ad altri Specialisti (neurologo, urologo/ginecologo, gastroenterologo, fisiatra, ..).
- 2) **Paziente con FM secondaria a particolare malattia specialistica** (es. depressione od altra patologia psichiatrica, cefalea, malattia gastrointestinale, cistite interstiziale o altra patologia urologica o ginecologica) idonea la gestione della terapia da parte del MMG e/o con lo specialista di maggior pertinenza.

In ogni caso è importante che la gestione del paziente sia multidisciplinare e multiprofessionale con il coinvolgimento anche di personale non sanitario e delle Associazioni dei Malati.

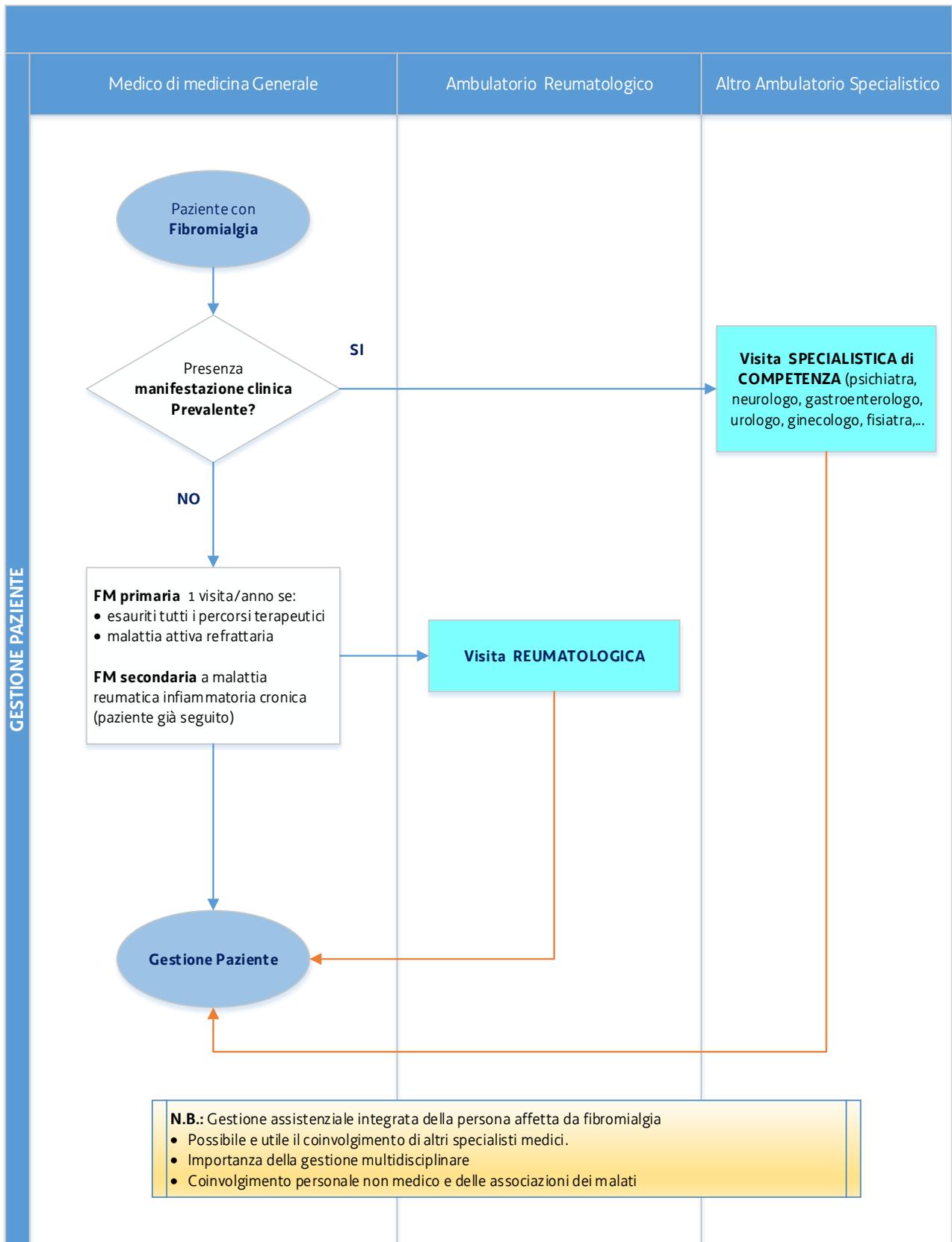
### 4.3 Percorso Assistenziale - Matrice Attività e Responsabilità

Attività	Responsabilità	Strumenti	Setting	Timing
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedere all'inquadramento clinico del paziente con dolore muscolo scheletrico, partendo dalla <a href="#">diagnosi differenziale (fig. 1)</a> fra dolore di tipo infiammatorio, meccanico, dolore in patologia primaria del SNC e SNP, dolore fibromialgico.</li> <li>- Ricercare eventuali manifestazioni cliniche per sospetta patologia infiammatoria.</li> <li>- Prescrivere l'esecuzione di esami di <a href="#">laboratorio di 1° livello (tab. 2)</a> e strumentali (<i>a discrezione del MMG, prescrizione subordinata alla valutazione clinica del paziente</i>).</li> <li>- Procedere a <a href="#">inquadramento diagnostico</a> se possibile.</li> <li>- Inviare il paziente, se diagnosi difficile/dubbia, allo Specialista Reumatologo in base ai <a href="#">criteri di invio definiti (cap. 4.2)</a></li> <li>- Inviare il paziente (<i>in prima visita e/o nel follow-up</i>) ad <a href="#">altro medico Specialista NON reumatologo</a> in caso di sospetta FM con particolari sintomi dominanti (es. cefalea, dolore pelvico, disturbi gastroenterici, disturbi muscolo-scheletrici,...).</li> </ul>	MMG	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p> <p>Impegnativa SSR per rich. esami</p> <p>Impegnativa per prima V. Reumatologica e/o Impegnativa per Visita Specialistica</p>	Amb. MMG	All'accesso ambul. MMG
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare il paziente e procedere alla <a href="#">diagnosi differenziale (fig. 1)</a> fra dolore di tipo fibromialgico, meccanico, infiammatorio o da patologia primaria del SNC e SNP.</li> <li>- Prescrivere l'eventuale esecuzione di esami di laboratorio e strumentali utili nel singolo caso</li> <li>- Richiedere la consulenza di altri specialisti in caso di presenza di sintomatologia prevalente.</li> <li>- Formulare la diagnosi, definire piano assistenziale individuale (PAI) e impostare un piano di trattamento qualora non già avviato (considerare modifiche terapeutiche in caso di failure o insufficiente controllo clinico). Riaffidare il paziente al MMG.</li> </ul>	<p>Reumatologo</p> <p>(Neurologo, Urologo, Ginecologo...)</p> <p>Reumatologo</p>	<p>Impegnativa SSR per esami</p> <p>Impegnativa SSR per valutazione specialistica</p> <p>Referto</p>	Amb. Reumatol. 1° livello ( <i>Spoke o Hub se paziente già segnalato</i> )	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestire la cronicità della patologia</li> <li>- Inviare il paziente a <a href="#">ri-valutazione Reumatologica</a> in presenza di FM primaria e malattia attiva non responsiva</li> </ul>	MMG con ev. supporto del Reumatologo o di altro specialista	<p>Eventuale contatto (telefonico/ telematico)</p> <p>Impegnativa SSR per valutazione Reumatologica</p>	Amb. MMG	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione reumatologica annuale.</li> </ul>	Reumatologo		Amb. Reumatol. 1° livello ( <i>Spoke o Hub se paziente già seguito</i> )	1 visita/ anno

#### 4.4 Flow Chart 1 -Inquadramento diagnostico del paziente con dolore cronico diffuso



#### 4.5 Flow Chart 2: Re-invio del paziente con Fibromialgia allo Specialista



## 5. INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO

- a. N. pazienti con diagnosi di FM accertata dal reumatologo / N. totale pazienti con diagnosi dubbia di FM e/o con dubbio diagnostico differenziale con malattia infiammatoria e/o quadro di FM secondaria a malattia reumatica infiammatoria inviati in prima visita al Reumatologo nell'anno  
**Target:**  $\geq 80\%$  (appropriatezza invio da parte del MMG).
- b. N. pazienti inviati o re-inviati dal MMG al reumatologo e visitati nei tempi previsti / N. totale dei pazienti inviati e visitati con FM sospetta o definita, nell'anno  
**Target:**  $\geq 60\%$  (rispetto delle priorità da parte dell'ambulatorio reumatologico).
- c. N. di pazienti con FM a gestione multidisciplinare, gestiti in team\*/ N. di pazienti con FM valutati dal reumatologo nell'anno  
**Target:**  $\geq 50\%$  (rispetto della multidisciplinarietà).

*\* (nella gestione del paziente devono essere coinvolti, oltre al MMG, almeno 2 persone tra i seguenti: altro specialista medico, altro personale non medico, associazione dei malati).*

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Sarzi-Puttini P, Atzeni F et al. Fibromyalgia: a never ending story of central and peripheral pain mechanism. *Arthritis Rheumatol.* 2014
2. Jones GT, et al. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol* 2015
3. 1990 classification criteria of fibromyalgia from the American College of Rheumatology. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Union Med Can.* 1990
4. Wolfe F. New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. *Arthritis Care Research* 2010
5. Birtane M, Uzunca K, Taştekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol.* 2007
6. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ. Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *J Rheumatol.* 2003 Jun;30(6):1318-25
7. Boonen A<sup>1</sup>, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, van der Linden S. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64(3):396-402. Epub 2004 Jul 22.
8. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract.* 2007
9. Altomonte et al, Fibromyalgia syndrome: preventive, social and economic aspects *Reumatismo*, 2008; 60: 70-78
10. Thompson JM, Luedtke CA, Oh TH, Shah ND, Long KH, King S, Branda M, Swanson R. Direct medical costs in patients with fibromyalgia: Cost of illness and impact of a brief multidisciplinary treatment program. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011;90(1):40-6
11. Knight T et al, Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2013; 5: 171-80
12. Marsico et al. I costi del dolore in reumatologia. *Reumatismo* 2014; 66(1):103-107
13. Hooten WH et al. ICSI Institute for Clinical System Improvement. Health care guideline. Assessment and Management of Chronic Pain. Nov 2013
14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600-10
15. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Ann Med.* 2011; 43(7):495-502
16. Bennett RM, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodhar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones KD. Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis Care Res* 2014; 6(9):1364-73
17. Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2015; 29: 6-19
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and Related Conditions. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(5):680-692

