



PIANETA STARDEA

Anno 2 - Numero 1 - Marzo 2024

Focus Fibromialgia

Cronobiologia

Riabilitazione Respiratoria

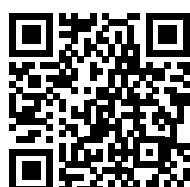
Protesi d'anca

ENERGIStar[®]

FLACONCINI

Carnitina, Pappa Reale, Panax Ginseng e complesso polivitaminico del gruppo B

RISVEGLIA L'ENERGIA!



1 flaconcino al giorno preferibilmente al mattino

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il 2024 di Stardea



Pietro
Trascinelli,
CEO
Stardea

2024, anno importantissimo per Stardea; un anno che ha come obiettivo quello di poter percorrere, a pieno titolo, la strada maestra del successo. Dovrà essere, e sarà, un viaggio che ci dovrà portare a far risplendere Stardea nel panorama del mondo della Salute. Lo faremo orientando la nostra bussola sempre in avanti, e con la consapevolezza che tutti i progetti che saremo chiamati a portare avanti saranno il carburante per raggiungere il nostro obiettivo.

L'anno appena concluso è stato salutato con una crescita importante; per la verità è da luglio 2022, da quando cioè abbiamo ripreso questo nuovo inizio, che siamo in costante crescita e questo dato è legato a doppio filo con una filosofia che accomuna le persone di Stardea: il voler far bene.

E se **“far bene le cose”** è la filosofia che guida quotidianamente Stardea, innovare è uno degli obiettivi di questo nostro percorso. Farsi portatori di nuove iniziative, di nuovi progetti, lanciare nuovi prodotti, avvicinare nuove vie non ancora percorse. Un modo di essere Azienda che si riassume in poche parole: cercare con ostinazione la **strada per il successo!**

Il successo, in qualsiasi ambito professionale, per essere raggiunto è un percorso fatto di impegno, di duro lavoro, di determinazione, di obiettivi che vanno prefissati, di sconfitte che non devono abbattere ma indicare dove è possibile migliorare, di vittorie che servono a far crescere l'autostima e di talento che, quando c'è, abbiamo il dovere morale, prima di tutto nei nostri confronti, di far esplodere per arrivare a cogliere le soddisfazioni che meritiamo.

Il nuovo anno si annuncia ricco di sfide impegnative. Sappiamo tutti che il mercato continuerà ad essere molto competitivo, ma sono convinto che potremo centrare gli obiettivi che ci siamo posti. E questo perché conosco le nostre capacità e la nostra determinazione, ed è proprio grazie ad esse che possiamo guardare con fiducia al futuro. La vera forza di Stardea dovrà essere generata dal talento e dalla voglia di successo delle donne e degli uomini che ci lavorano.

Per quanto riguarda il nostro lavoro, ho la certezza di aver compreso quanto sia necessario comunicare bene con la Classe Medica, mettendoci la faccia con orgoglio, carisma, generosità e umiltà, ma anche con trasparenza e onestà, perché le imprese vincenti sono lo specchio delle Aziende che le hanno create.

Adesso è il momento di dimostrare che siamo all'altezza della situazione e che siamo degni della storia che abbiamo alle spalle.

E solamente le cose che faremo e ciò che costruiremo ci renderanno l'onore che ci meriteremo.



12 Focus sulla Fibromialgia

3 Editoriale

6 Riabilitazione nelle patologie pneumologiche ostruttive

17 Panalgexx: approccio cronobiologico alla Fibromialgia

30 Protesi d'anca: nuovi orizzonti

ND

Natura docet: la Natura insegna

Medicina, Salute, Alimentazione, Benessere, Turismo e Cultura

Anno 2 - N° 1 - Marzo 2024

Supplemento al N° 3 - Marzo 2024 di ND

Autorizzazione di Tribunale di Verona n.2133 del 14/02/2020

Sede legale:

A.Na.M. - Via Caprera, 1 - 37126 Verona (VR)

Direzione scientifica e redazione:

Strada della Lodesana 649 SX - 43036 Fidenza (PR)

Direttore scientifico:

Massimo Enrico Radaelli radamass1@gmail.com

Direttore responsabile:

Gianluigi Pagano paganoprom@hotmail.com

Direttore editoriale:

Giovanni Battista Colombo gianbattista.colombo@libero.it

Direttore amministrativo:

Rosalba Lofrano rosalba.lofrano@gmail.com

Direttore commerciale:

Marcello Lofrano marcello.lofrano@icloud.com

Editing Manager:

Halyna Korniyenko halykor@gmail.com

Art Director:

Vito Moioli

Segreteria di Redazione:

Alisée Maksimovna Radaelli, Manuel Lofrano

Osservatorio internazionale:

Africa: Martin Obioha

Argentina: Santiago Spadafora

Azerbaijan: Tural Mammadov

Brasile: Patricia Urquiza Lundgren, Spartaco Bolognini

Cina: Giovanni Cubeddu

Giappone: Hiroshi Kazui

India: Luca Riccò

Israele: Moshe Jean

Kazakhstan, Kirgizstan: Anara Bayanova

Marocco: Miriem Dasser

Moldova: Tatiana Cojocar

Paesi balcanici: Olja Turanjanin

Paesi scandinavi: Simona Aramini

Romania: Bianca Constantin

Spagna: José Miguel Lainez

Sudafrica: Antonio Pappalardo

Sud Est Asiatico: Adriano Ciocca

Tunisia: Wael Toumi

Ucraina: Nataliya Dyachyk

Uruguay: Federico Dajas

Stampa:

Tipografia La Grafica di Frigerio Angelo & C. srl

23847 Molteno (Lc)

Eventuali detentori di copywriting sulle immagini ai quali non siamo riusciti a risalire, sono invitati a mettersi in contatto con amministrazione@saintgeorge.it. La Rivista è distribuita telematicamente in abbonamento gratuito e in versione cartacea a target selezionati. I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore per la spedizione della pubblicazione e di altro materiale da essa derivato.

Nessun testo può essere riprodotto con qualsiasi mezzo senza il consenso scritto.

Fausto Salaffi - Reumatologia (Ancona)
Presidente

Salim Adib - Pediatria (Bergamo)
Giorgio Anibaldi - Otorinolaringoiatria (Cesena)
Luigi Apice - Urologia (Vercelli)
Davide Barletta - Urologia (Pavia)
Gianfranco Beltrami - Medicina dello Sport (Parma)
Emanuele Bendia - Gastroenterologia (Ancona)
Domenico Benevento - Chirurgia Vascolare e Flebologia (Siena)
Cesare Biagini - Otorinolaringoiatria (Siena)
Mario Bonsanto - Urologia (Campobasso)
Matteo Bucalossi - Flebologia (Siena)
Salvo Bucchieri - Pneumologia (Palermo)
Gabriella Caprino - Dietologia (Alessandria)
Antonio Cardinale - Cardiologia (Matera)
Gabriella Carfora - Dietologia (Cuneo)
Marina Carotti - Radiologia (Ancona)
Franco Cortellessa - Otorinolaringoiatria (Roma)
Daniela Costanza - Reumatologia (Lecce)
Nicola D'Aprile - Cardiologia (Grosseto)
Luciano Di Mauro - Angiologia (Catania)
Maurizio Diambri - Urologia-Andrologia (Ancona)
Elisabetta Domina - Neurologia (Lodi)
Sonia Farah - Ingegneria Biomedica (Ancona)
Enrico Fedele - Scienze dell'alimentazione (Napoli)
Raffaele Ferri - Neurologia, (Enna)
Bruno Frediani - Reumatologia (Siena)
Michele Fusco - Gastroenterologia (Salerno)
Pietro Gracili - Otorinolaringoiatria (Roma)
Luca Grimaldi - Chirurgia Plastica (Siena)
Khalid Kussini - Medicina di Famiglia (Latisana UD)
Concetto La Piana - Neurologia (Cuneo)
Carmine Landi - Cardiologia (Salerno)
Maria Rita Luciani - Medicina di Famiglia (Roma)
Luca Lunardini - Urologia (Lucca)
Rodolfo Malberti - Ortopedia e Medicina dello Sport (Monza Brianza)
Domenico Mantova - Reumatologia (Napoli)
Vanni Mezzasalma - Medicina di Famiglia (Ragusa)
Simone Mininni - Cardiologia (Firenze)
Maurizio Miraglia - Medicina di Famiglia - Pneumologia (Caltanissetta)
Marco Missaglia - Dietologia - Endocrinologia (Lecco)
Giuseppe Nebbioso - Angiologia (Napoli)
Giovanni Palmisciano - Ortopedia (Agrigento)
Alfio Pennisi - Pneumologia (Catania)
Vincenzo Pizza - Neurologia (Salerno)
Ennio Pucci - Neurologia (Pavia)
Carlo Rogati - Ortopedia (Roma)
Giuseppe Ruggiero - Pediatria (Salerno)
Graziello Schiraldi - Medicina di Famiglia e Medicina dello Sport (Bitonto)
Marco Semprini - Angiologia (Roma)
Giovanni Siena - Medicina di Famiglia (Ascoli Piceno)
Elisa Trastulli - Medicina di Famiglia (Terni)
Claudio Vicini - Otorinolaringoiatria (Forlì)
Giovanni Vinciguerra - Medicina di Famiglia e Ginecologia (Catania)
Salvatore Voce - Urologia (Ravenna)

La riabilitazione respiratoria nelle patologie ostruttive



Alfio Pennisi
Responsabile dell'Unità Funzionale di Malattie dell'Apparato Respiratorio della Casa di Cura Musumeci - Gecas e Responsabile del Servizio di Fisiopatologia Respiratoria del Centro di Riabilitazione "Mons. Calaciura"

Quando l'obiettivo dell'équipe medica è quello di migliorare la funzionalità polmonare del paziente che si presenta con uno specifico quadro patologico, non può che ricorrere alla **riabilitazione respiratoria**.

Essa è da intendere come un trattamento multidisciplinare, che programmato ad hoc sul singolo caso clinico, coinvolge diversi aspetti della medicina, da quello respiratorio a quello fisiatrico ed internistico, interessando pure la branca cardiovascolare, nutrizionistica e psicologica, non prescindendo dalla terapia farmacologica di riferimento. (1)

Quanto ai casi nei quali è particolarmente indicata la riabilitazione respiratoria ci si può principalmente rifare ai due macro gruppi di patologie polmonari: le **patologie respiratorie croniche di tipo restrittivo** e le **patologie respiratorie croniche di tipo ostruttivo**.

Le prime, sono caratterizzate dalla riduzione della distensibilità dei polmoni, che va a compromettere l'espansione polmonare, causando così affaticamento e difficoltà inspiratorie. (2)

I sintomi manifestati dal paziente sono: dispnea, tosse secca, dolore al torace, sibili respiratori, debolezza muscolare e/o tracce di sangue nel catarro.

Tra queste patologie specifiche si annoverano la cifosi, la scoliosi, la silicosi, la polmonite, la tubercolosi, la fibrosi pleurica e polmonare, la spondilite anchilosante e le patologie neuromuscolari dei muscoli respiratori.

Le patologie respiratorie croniche di tipo ostruttivo, invece come suggerito dal nome, ostruiscono e dunque interrompono il flusso respiratorio; esse sono caratterizzate da perdita di elasticità polmonare ed aumentata distensibilità, facendo così registrare maggiori difficoltà nella fase espiratoria, oltre a danni strutturali e permanenti a carico degli acini e dei bronchioli. (2)

È in questo gruppo che rientrano:

- la **broncopneumopatia cronica ostruttiva**, comunemente conosciuta con la sigla di **BPCO**, che si manifesta come uno stato infiammatorio cronico delle vie aeree e del tessuto polmonare

che provoca progressivamente l'ostruzione dei bronchi e dei bronchioli, e la limitazione del flusso aereo. (3)

Tra i fattori di rischio, il fumo di sigarette è quello principale, tanto che la stessa BPCO è identificata come la "malattia del fumatore", ma anche l'inalazione di gas nocivi e sostanze chimiche risultano essere responsabili di una sua eventuale insorgenza, oltre al deficit di alfa-1-antitripsina, dovuto a malattie genetiche.

Nel paziente affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva i sintomi riscontrabili sono la tosse persistente, la dispnea, il fiato corto, il respiro sibilante, e pure la produzione eccessiva di muco, la febbre, un senso di oppressione al torace, la raucedine e la faringite; tutti segni abbastanza comuni, se presi singolarmente, tanto che lo specialista pneumologo per pronunciarsi sulla diagnosi ricorre ad una serie di esami strumentali, quali le analisi del sangue (per ricercare eventuali stati infettivi), la radiografia del torace (per valutare la presenza di infezioni estese), la TAC (per eventuali anomalie delle vie aeree), la spirometria (per misurare la quantità d'aria immessa nei polmoni), l'emogasanalisi (per valutare la quantità di ossigeno trasferita nei polmoni, il pH del sangue e l'eliminazione dell'anidride carbonica), il test di provocazione bronchiale (per misurare l'ossido nitrico nell'aria espirata), e gli esami di coltura sull'espettorato (per determinare la presenza, o l'assenza, di batteri nel muco). (4)

Senza alcun dubbio nel caso di pazienti fumatori, affetti da BPCO, l'abolizione totale del fumo di sigarette e tabacco è il primo passo al trattamento terapeutico, affiancato a cure farmacologiche da seguire scrupolosamente, che includono broncodilatatori, i quali favoriscono la respirazione, corticosteroidi che fungono da antinfiammatori, ed antibiotici utili a contrastare eventuali infezioni batteriche. Spesso il processo di cura è affiancato all'ossigenoterapia, che assicura la quantità necessaria di ossigeno per il funzionamento di organi e tessuti, ed alla riabilitazione polmonare, che è l'insieme di esercizi utili a raf-

forzare la muscolatura di sostegno nella respirazione e recuperare, qualora fosse necessario, la funzionalità polmonare compromessa o addirittura perduta.

Ulteriore raccomandazione fatta ai pazienti con BPCO è quella di vaccinarsi regolarmente contro l'influenza e la polmonite da pneumococchi, così da evitare ulteriori danni a carico dell'apparato respiratorio, già di suo compromesso. E se è vero che da questa patologia cronica non si guarisce, certo è che il suo trattamento allevia i sintomi, rallenta la sua progressione, previene eventuali complicazioni ed in generale migliora lo stato di salute del soggetto.

- l'**asma bronchiale**, è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree che provoca attacchi di tosse, mancanza di respiro, fiato corto, senso di costrizione toracica e dolore al petto. Correlate a questo stato infiammatorio sono le allergie, la sinusite cronica, le infezioni dell'orecchio medio ed i polipi nasali. Alla base dei fattori di rischio si annoverano la predisposizione genetica, l'etnia, il sesso, l'obesità e l'iperresponsività, ovvero l'iperreattività, delle vie aeree.

La valutazione specialistica avviene tramite l'esame spirometrico, il misuratore del picco (che valuta la forza dell'aria che si può emettere dai polmoni), il test di broncodilatazione, la radiografia del torace, i test allergologici, l'emogasanalisi e lo sputo indotto (necessario per la conta di eosinofili e neutrofili). (5)

Per la cura dell'asma bronchiale, lo specialista ricorre alla prescrizione di cortisonici, broncodilatatori, antistaminici, immunoterapia specifica e anticorpi monoclonali.

- l'**enfisema polmonare**, caratterizzato da un progressivo ed irreversibile danno agli alveoli, che sono le unità polmonari nelle quali avvengono gli scambi di ossigeno e di anidride carbonica, essi col tempo si presentano come sacche più grandi ed irregolari, con buchi all'interno delle pareti, così facendo la superficie polmonare risulta ridotta e ciò provoca la diminuzione della quantità di ossigeno che raggiunge il sangue.

La difficoltà a respirare è il sintomo che maggiormente viene registrato tra i pazienti, i quali dapprima la lamentano solo in situazioni di sforzo e successivamente anche quando sono a riposo; questa dispnea è associata pure a tosse con espettorazione cronica, cianosi delle labbra e delle unghie, senso di spossatezza, febbre, tachicardia e talvolta anche a problemi cardiaci.

(3) Un po' come per le patologie sopra descritte, anche nel caso dell'enfisema polmonare, il fumo di sigaretta, sia attivo che passivo, rappresenta una fonte di rischio, assieme all'esposizione a sostanze irritanti per i polmoni ed all'inquinamento ambientale.

Il medico specialista per diagnosticare l'enfisema polmonare ricorre, oltre che ad un esame obiettivo durante il quale viene analizzata l'entità della dispnea e la presenza di altri segni caratterizzanti la patologia, a radiografia toracica, TAC, emogasanalisi e spirometria. Corticosteroidi, broncodilatatori ed antibiotici sono i farmaci che, in base alla gravità dell'enfisema, il medico può prescrivere al paziente, raccomandando a quest'ultimo di non fumare e non esporsi nemmeno al fumo passivo e a sostanze irritanti e tossiche.

- le **bronchiectasie**, sono dilatazioni permanenti dei bronchi, che possono essere congenite, e dunque presenti dalla nascita, o acquisite, ovvero causate da malattie broncopolmonari, da infiammazioni e infezioni dei bronchi, dal fumo e dall'invecchiamento fisiologico dei tessuti. (6)

A far pensare che il paziente possa essere affetto da bronchiectasie è la presenza di febbre, la perdita di appetito e peso, la stanchezza cronica e la dispnea.

In questi casi, per la diagnosi è necessario che l'utente si sottoponga ad una HRCT, ovvero una TAC del torace ad alta risoluzione, o a seconda del caso è consigliata anche una tomografia computerizzata, che oltre ad identificare la malattia va a stabilirne l'entità e la gravità, o ancora una broncoscopia, esame attraverso il quale vengono osservati dall'interno le diramazioni bronchiali e raccolti dei campioni di muco, utili per l'esame colturale, che a sua volta andrà ad individuare la presenza, o l'assenza, di batteri responsabili dell'infezione.

Questa condizione patologica può essere trattata con farmaci appartenenti alla categoria dei broncodilatatori, dei cortisonici, dei mucolitici e degli antibiotici.

- la **bronchiolite**, è un processo flogistico acuto dei bronchioli, perlopiù riscontrato nei bambini al di sotto dei 2 anni, e che negli adulti può essere erroneamente diagnosticata come un comune raffreddore.

Sicuramente l'esposizione a luoghi affollati ed il fumo passivo incidono nella sua insorgenza, associati anche a malnutrizione, patologie cardiache e malattie polmonari.

Sintomi che portano il paziente, o il suo caregiver nel caso di neonati ed infanti, a consultare uno specialista, sono la presenza di stati febbrili, rinite, tosse, dispnea e apnee durante il sonno. Sarà poi il medico a ricorrere ad esami strumentali pressoché simili a quelli già elencati, per condurre una diagnosi differenziale dall'asma, dalla pertosse, dalla polmonite cronica e dalla fibrosi cistica.

Vero è che il paziente non può vaccinarsi contro la bronchiolite, ma una volta contratta può curarla, sempre sotto indicazione medica specialistica, con antibiotici, cortisonici, broncodilatatori, ma anche e soprattutto con frequenti lavaggi nasali ed aspirazione delle secrezioni di muco.

- la **bronchite cronica**, congiuntamente a quella acuta, è un'inflammatione delle pareti dei bronchi, però nel primo caso persiste nel tempo (almeno tre mesi nell'arco di un anno), mentre nel caso di quell'acuta dura pochi giorni. (3)

Per entrambe i sintomi che si manifestano risultano essere medesimi: tosse con produzione di catarro, difficoltà a respirare, asma, mal di testa, affaticamento, dolore al petto e febbre lieve con brividi.

All'origine della bronchite si hanno svariate cause, dal fumo di sigarette e tabacco (sia attivo che passivo), all'inquinamento atmosferico, sino all'esposizione in ambienti lavorativi saturi di sostanze irritanti per le vie respiratorie.

Generalmente i test che vengono effettuati per valutare la compromissione polmonare sono le analisi del sangue, con annessa spirometria ed RX del torace.

La somministrazione di antinfiammatori e/o di antibiotici è indicata per il suo trattamento, associati alla terapia fisica respiratoria.

- le **O.S.A.S.**, dall'inglese "**Obstructive Sleep Apnea Syndrome**", rappresentano la condizione medica caratterizzata da interruzioni nella respirazione durante il sonno, a causa dell'ostruzione delle vie aeree superiori.

Il paziente affetto da apnea ostruttiva notturna, o del sonno che dir si voglia, presenta un insieme di sintomi che sono facili da identificare, nello specifico durante la notte si registrano episodi di russamento abituale con risvegli improvvisi da soffocamento, eccessiva sudorazione, pause respiratorie mentre sta dormendo e necessità di urinare frequentemente. Mentre nelle ore diurne lo stesso paziente lamenta stanchezza, sonnolenza, cefalee perlopiù mattutine, riduzione della

concentrazione e dell'attenzione ed umore alterante.

Le principali cause che contribuiscono all'insorgenza di questo disturbo sono l'aumento di peso, che può anche far registrare obesità nel soggetto, il consumo di alcool e la dipendenza da tabacco, oltre che l'assunzione di specifici farmaci che inducono il sonno.

Una peculiarità della sindrome delle apnee notturne è quella legata alla sua diagnosi, la quale non può prescindere dall'interpellare il partner o i familiari conviventi, in quanto saranno loro ad accorgersi di eventuali disturbi respiratori durante il sonno.

Associato a tale anamnesi, vi è un esame obiettivo condotto dal medico specialista ed un esame strumentale, quest'ultimo prende il nome di polisonnografia. Essa va a tracciare i parametri necessari al medico, durante il sonno del paziente, in particolare il russare, l'ossigenazione del sangue, la frequenza cardiaca, i movimenti del corpo, i microrisvegli notturni e la qualità del sonno. (7)

Visti i fattori di rischio prevalentemente comportamentali, andare ad eliminarli risulterebbe già un ottimo trattamento, tanto di prevenzione quanto di cura, dunque il medico consiglierà al paziente di dimagrire, di ridurre l'assunzione di alcool, di astenersi dal fumo e di interrompere eventuali terapie con sonniferi ed ipnotici. Oltre a questi suggerimenti salutari, è alle volte prescritto l'utilizzo di protesi orali che vanno a migliorare il passaggio d'aria nelle vie aeree superiori e l'applicazione della C.P.A.P. (sigla che sta per "Continuous Positive Air Pressure"), che è una mascherina nasale collegata ad un apparecchio che insuffla aria.

Completato l'exkursus tra patologie respiratorie croniche restrittive ed ostruttive, necessario per fare il punto clinico-diagnostico, è il caso di ritornare a scrivere di riabilitazione respiratoria, attenzionando dapprima come viene impostato un **programma riabilitativo**, con diretto riferimento ai test utili per la sua organizzazione; e successivamente facendo un cenno a quelle che rappresentano le **tecniche di riabilitazione respiratoria** vere e proprie, concludendo poi con gli **obiettivi** che l'équipe assieme al paziente si prefiggono.

Quanto a quest'ultimo, di indubbia importanza è la sua collaborazione negli allenamenti consigliatigli dallo specialista, è fondamentale che egli rispetti l'intensità, la durata e la frequenza degli

esercizi prescritti, al fine di ottimizzare gli effetti benefici.

Il primo test a disposizione dell'equipe medica per organizzare un programma riabilitativo respiratorio è il **test del cammino**, che valuta la massima distanza che il paziente riesce a percorrere in un tempo prestabilito (2, 6 o 12 minuti). Durante questo esame vengono monitorati la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno nel sangue. (8) Altro strumento è lo **shuttle test**, che misura la tolleranza all'esercizio fisico nel corso di una camminata in piano.

Ulteriore parametro attendibile è la **scala di Borg**, che deve la sua denominazione al suo ideatore; essa va a valutare la percezione soggettiva dello sforzo fisico mentre il paziente sta praticando attività motoria.

Ultima, ma non per importanza, la **V.A.S. (o Scala Analogica Visiva)**, che è uno strumento semplice ed intuitivo messo a disposizione dello stesso utente, il quale andrà a tracciare lungo una retta (solitamente di 10cm), un segno (una X), che nello specifico caso della riabilitazione respiratoria rappresenta la sua difficoltà a respirare durante l'esercizio fisico. (1)

A proposito di quest'ultimo, le **tipologie di esercizio** proposte al paziente sono l'allenamento aerobico di resistenza, la cyclette, il tapis roulant, le scale e diverse combinazioni di più esercizi a corpo libero.

Per quanto concerne le **tecniche riabilitative**, lo specialista potrà insegnare all'utente: (6)

- il **respiro controllato**, che si compone di un respiro calmo attuato usando la parte inferiore del torace, mentre la parte alta e le spalle vanno mantenute rilassate;
- il **drenaggio posturale**, attraverso il quale va fornito al paziente un modello respiratorio utile ad espettorare secrezioni mobilizzate;
- l'**espirazione forzata**, che consiste in una o due espirazioni forzate, ma non violente, eseguite contraendo la muscolatura addominale e mantenendo la bocca e la glottide aperte;
- l'**assistenza alla tosse**, utile nei casi di utenti operati di chirurgia toracica o addominale. Con la sua applicazione viene chiesto al paziente di contenere le ferite chirurgiche manualmente oppure con apposite fasce o pancere, e contemporaneamente di flettere le anche, così da aumentare la pressione intraddominale, e garantire una migliore efficacia nella fase espulsiva;
- la **T.E.E.** (acronimo di **Thoracic Expansion**

Exercise), con la quale il paziente viene condotto a fare dei respiri profondi, senza mai però forzare le fasi di ispirazione ed espirazione;

- l'**eltgol**, che prevede che l'utente venga fatto giacere in decubito laterale, con la regione polmonare che si intende disostruire a contatto con il piano di appoggio, facendogli eseguire delle espirazioni lente con bocca e glottide aperte. Per poter adempiere a quanto scritto è necessario che un ciclo di riabilitazione respiratoria duri almeno 8 settimane, sino ad un massimo di 40 giorni circa, tempo dopo il quale viene posta al paziente la sfida propositiva e costruttiva di continuare a mantenersi attivo anche nella sua quotidianità, così da non perdere i benefici acquisiti. A conclusione, l'**obiettivo** prevalente di un programma di riabilitazione respiratoria è quello di migliorare la qualità di vita dell'utente, dal punto di vista fisico, psicologico e sociale, traguardi che per essere raggiunti necessitano sicuramente della disostruzione delle vie aeree, ma anche della rieducazione del paziente ad un corretto utilizzo della muscolatura respiratoria e dell'accrescimento della sua resistenza allo sforzo, per limitarne la dispnea.

Bibliografia

1. Terzano C., Malattie dell'apparato respiratorio. Milano: Springer Editore; 2008.
2. Larsen R., Ziegenfuß T., La respirazione artificiale. Basi e pratica. Milano: Springer Editore; 2007.
3. D'Amato G., Malattie allergiche respiratorie e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Asma bronchiale, rinite, BPCO. La patologia ostruttiva respiratoria alle soglie del terzo millennio. Napoli: Mediserve Editore; 2006.
4. Rugarli C., Medicina interna sistematica. Milano: Edra Editore; 2015.
5. Rossi O., L'asma bronchiale: dagli aspetti patogenetici alle applicazioni diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione. Firenze: SEE Editore; 2004.
6. Lazzeri M., Disostruzione bronchiale. Dalla teoria alla pratica. Milano: Masson Editore; 2015.
7. Goldman L., Schafer A.I., Medicina interna. Milano: Edra Editore; 2017.
8. Cacciatore F., Corrà U., Mezzani A., La valutazione funzionale del paziente con scompenso cardiaco cronico. Firenze: SEE Editore; 2008.

REBILFAST®

AMINOACIDI RAMIFICATI CREATINA VITAMINE MINERALI



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Focus sulla fibromialgia: dal corretto riconoscimento alla gestione ottimale della malattia



Fausto Salaffi

Clinica Reumatologica e Scuola di Specializzazione in Reumatologia - Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE

La fibromialgia (FM) è definita come “una sindrome da sensibilizzazione centrale, caratterizzata dalla disfunzione dei neuro-circuiti preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con prevalente estrinsecazione del dolore a livello dell'apparato muscoloscheletrico”. Oltre al dolore diffuso, possono essere presenti molteplici sintomi di accompagnamento. I principali sono la rigidità mattutina, l'affaticamento e l'astenia, il sonno non ristoratore, i disturbi del sistema nervoso centrale e neuro-cognitivi. Anche i disturbi neuro-viscerali sono comunemente osservabili nei pazienti con FM. In particolare, sintomi di tipo gastrointestinale, come difficoltà digestive, dolori addominali, alternanza di stipsi e diarrea, che si configurano nella “sindrome dell'intestino irritabile” (*Irritable Bowel Syndrome, IBS*). Alcuni pazienti riferiscono anche difficoltà alla deglutizione, presumibilmente secondaria ad un'alterazione della funzionalità della muscolatura intrinseca dell'esofago. Nel 20-70% dei casi sono riscontrabili, disturbi urinari, come l'aumento della frequenza delle minzioni o l'urgenza minzionale, in assenza di infezioni delle vie urinarie. In alcuni casi si può sviluppare una condizione dolorosa infiammatoria cronica della vescica definita come “cistite interstiziale”. La cistite Interstiziale (CI), conosciuta anche come “sindrome del dolore vescicale” (*Bladder Pain Syndrome - BPS*), sindrome della vescica dolorosa (*Painful Bladder Syndrome - BPS*) o sindrome della vescica ipersensibile (*Hypersensitive Bladder Syndrome - HBS*), è una condizione invalidante, la cui eziologia non è nota (1-3). Osservazioni recenti hanno riportato in questi pazienti una maggiore prevalenza di disfunzione defecatoria, dismenorrea e vulvodinia (4). La funzione sessuale è un elemento vitale nella donna, che implica una complessa interazione tra fattori biologici, socioculturali e psicologici. Le donne con FM presentano, in particolare, una riduzione significativa dell'eccitazione sessuale (OR, 2,01), una ridotta esperienza di orgasmo (OR, 2,22), una diminuita percezione del piacere nella masturbazione (OR,

1,91), un aumento della tensione vaginale durante la penetrazione (OR, 2,25) ed un incremento del dolore durante il rapporto sessuale. La vulvodinia (VD), in particolare, è stata documentata nel 20,6% delle donne con FM (5) e si caratterizza per la presenza di iperalgesia ed allodinia ed è diagnosticata sulla base delle caratteristiche del dolore, dopo aver escluso le patologie ginecologiche e dermatologiche. Il dolore è di tipo urente, accompagnato da sensazioni di pressione o taglio; è acuito da stimoli irritativi, quali indossare vestiti attillati o intimo colorato, fare passeggiate, usare il motorino, stare seduta a lungo ed altro. Il dolore alla penetrazione è spesso tanto intenso che le pazienti non riescono ad iniziare o devono interrompere il rapporto, con un grande disagio emotivo, che influisce sulla relazione affettiva. L'eziologia della disfunzione sessuale nella FM è spesso misconosciuta e si presume sia multifattoriale. Oltre ai sintomi tradizionali associati alla FM, è nota la correlazione fra la funzione sessuale l'ansia e la depressione, sintomi comunemente associati alla FM. In molti casi risulta, infatti, fortemente compromessa la sfera psicologica: con riduzione dell'autostima e della sicurezza. La qualità della vita può diventare molto scadente, con il rischio di depressione, perdita del sonno, ansia, stress, attacchi di panico e difficoltà ad avere dei rapporti sociali normali (1). Tale sovrapposizione di segni e sintomi con altre sindromi, rende, talora, difficile classificare la FM come un'entità clinica a sé stante. Sembra, tuttavia, corretto includere la FM nell'ambito delle “sindromi da sensibilizzazione centrale”, facendo riferimento, con questa definizione, al principale meccanismo patogenetico identificato come causa principale della sintomatologia, sia a livello dell'apparato muscolo-scheletrico che di altri organi.

La FM occupa, per frequenza, il 2° - 3° posto tra le malattie reumatiche e rappresenta il 12-20% delle diagnosi formulate in ambito ambulatoriale. Una recente revisione della letteratura fissa la prevalenza della FM al 2,7% della popolazione mondiale: il 4,2% delle donne ed il 1,3% degli uomini con un rapporto maschi-femmine di 1:3. La media

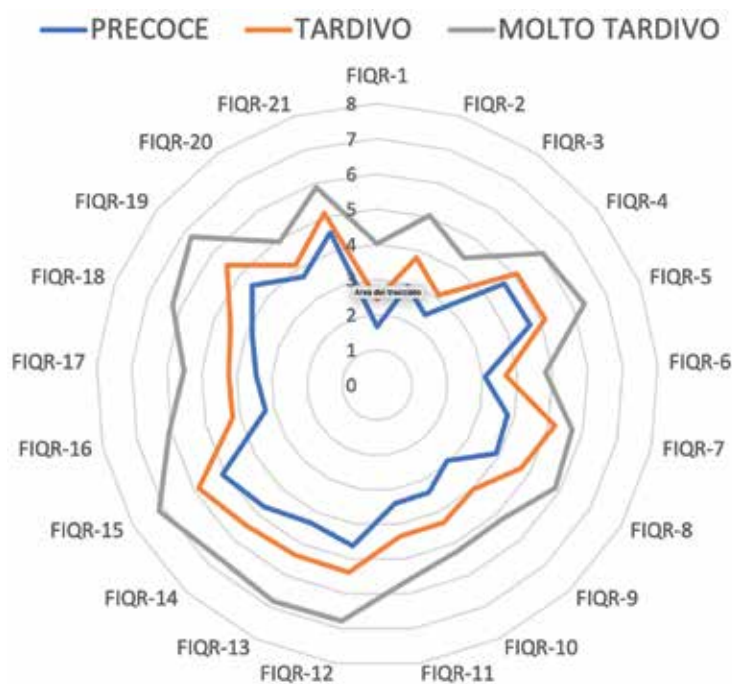


Figura 1. *Spydergram dei domini del FIQR in base alla gravità ed alle categorie di ritardo diagnostico (precoce, tardivo e molto tardivo). I punteggi dei domini sono tracciati da 0 (il migliore al centro) a 10 (il peggiore all'esterno). Attività funzionale del FIQR (items da 1 a 9); impatto globale sullo stato di salute del FIQR (items da 10 e 11); impatto dei sintomi del FIQR (items da 12 a 21).*

europea si attesta intorno al 2,5 %, quella americana al 3,1% e quella asiatica all'1,7%. La prevalenza riscontrata nella popolazione generale in Italia è pari al 2,2%, ed individuerrebbe nel nostro Paese 1.346.700 pazienti affetti da FM (6).

CRITERI DIAGNOSTICI

Il processo di diagnosi della FM per questo prototipico quadro sintomatologico, è ancora impegnativo per i clinici e soprattutto per i Medici di Medicina Generale (MMG), da cui viene fornita la maggior parte delle cure per la FM. In questo contesto, la natura soggettiva della malattia e l'assenza di test diagnostici validati hanno un impatto negativo sulla sua gestione e sono fonti un elevato numero di diagnosi ritardate (DD), con un danno socioeconomico rilevante per i pazienti e per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (7). Ciononostante, mancano ancora studi e ricerche sistematiche circa l'effetto della DD sullo stato della malattia, sulla severità dei sintomi e sulla qualità di vita di questi pazienti. Choy et al. in una ricerca effettuata su 800 pazienti affetti da FM, provenienti da sei Paesi Europei, Messico e Corea del Sud, ha dimostrato che il tempo medio per ottenere una diagnosi definitiva di FM è stato di


2,3 anni (range di 2,1 e 3,7 anni) (8). Allo stesso modo 900 pazienti affetti da FM provenienti dall'America Latina e dall'Europa hanno atteso rispettivamente 3,5 e 2,5 anni per una diagnosi definitiva di FM (9). Due ulteriori studi condotti negli Stati Uniti hanno addirittura dimostrato che i pazienti attendono spesso oltre 5 anni prima di ricevere una diagnosi definitiva di FM (10,11). In Italia, in uno studio, attualmente in corso, su un'ampia casistica di oltre 600 pazienti con FM reclutati nella Regione Marche, attraverso il Registro Nazionale della Fibromialgia, abbiamo documentato un ritardo diagnostico pari a 3,4 anni (SD 2,4 anni). Mediamente ogni paziente incontra cinque diversi specialisti prima di arrivare da un reumatologo, con un rilevante ritardo della presa in carico ed un conseguente peggioramento dei sintomi (Figura 1).

Negli ultimi decenni si è lavorato assiduamente per migliorare i criteri di screening e diagnostici della FM. Nel 1990, l'American College of Rheumatology (ACR) ha stabilito una serie di standard per differenziare la FM da altri tipi di dolore cronico (12). Sulla base dell'esame dei tender points, che risultavano positivi in almeno 11 su 18 sedi, sono stati stabiliti i criteri ACR. Tali criteri, tuttavia, presentavano diverse criticità. I MMG trovavano difficile eseguire l'esame dei tender points e, nei criteri richiesti per la diagnosi, non venivano considerati sintomi concomitanti significativi come affaticamento, disfunzioni cognitive e disturbi del sonno. Pertanto, nel 2010/2011, l'ACR ha proposto nuovi criteri per la FM (13,14). La nozione di "dolore diffuso" ha sostituito l'esame dei tender points. In questi criteri è stata inclusa anche una valutazione sistemica dei sintomi, basata sulla fatica, sui problemi del sonno e sui disturbi somatici e cognitivi. Il Widespread Pain Index (WPI), utilizzato per determinare il numero di sedi di dolore, non tiene conto, tuttavia, della distribuzione spaziale di tali sedi, pertanto, l'applicazione di questi criteri può comportare una classificazione errata. Inoltre, non esiste una definizione accettata di dolore generalizzato, il che rende difficile distinguere tra la sindrome del dolore miofasciale ed altre sindromi dolorose funzionali localizzate. Le criticità dei criteri ACR 2010/2011 sono stati brevemente riassunti come: incoerenza, perdita di specificità ed incapacità di rilevare la FM in comorbilità in pazienti con altre malattie. Nel 2016 l'ACR ha, pertanto, pubblicato criteri aggiornati per risolvere questi problemi (15). I criteri dell'ACR del 2016 sono ancora i più accurati (Figura 2).

Criteria diagnostici 2016 (Fibromyalgia Severity Scale)

Indice di Diffusione del Dolore (Widespread Pain Index-WPI)
(1 punto per ogni casella spuntata; Range di punteggio: 0-19)

1- Indicare se si è provato dolore o indolenzimento nel corso degli ultimi 7 giorni, nelle aree riportate in figura. Spuntare le caselle in corrispondenza di ogni area interessata dal dolore o dall'indolenzimento.



Punteggio: _____/19 aree

Indice di Gravità dei Sintomi (Symptom Severity Scale-SSS)
(Range di punteggio: 0-12)

2- Per ognuno dei sintomi elencati esprimere la loro gravità nel corso degli ultimi 7 giorni, utilizzando la scala di seguito riportata.

0= *Nessun problema*
1= *Problema lieve*: generalmente lieve e intermittente
2= *Problema moderato*: disturbo di considerevole entità; presente spesso e/o di grado moderato
3= *Problema grave*: continuo, che ostacola le attività della vita quotidiana

	0	1	2	3
A. Astenia, spossatezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Stanchezza al risveglio, sonno non ristoratore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3- Indicare la presenza o assenza dei 3 sintomi (D, E, F) negli ultimi sei mesi

	Assente	Presente
	0	1
D. Dolori o crampi addominali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Depressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Emicrania, cefalea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Criteria aggiuntivi (senza punteggio)

4- I sintomi delle domande 2 e 3 e il dolore diffuso sono stati avvertiti per almeno tre mesi? Sì No

5- E' presente una patologia che può motivare il dolore avvertito? Sì No

Punteggio Totale _____/31

Figura 2. Criteria diagnostici proposti dall' American College of Rheumatology (ACR) del 2016 per la diagnosi di FM (15).

TEST DI SCREENING: SIMPLE FIBROMYALGIA SCREENING (SIFIS) QUESTIONNAIRE

Il SIFIS - *Simple Fibromyalgia Screening questionnaire*, si propone come valido strumento di screening, di semplice utilizzo nella pratica ambulatoriale e di utilità negli studi epidemiologici (16). Le diverse tappe dello sviluppo del SIFIS

hanno comportato: (i) l'identificazione di una popolazione specifica di pazienti, (ii) lo sviluppo e la selezione di una serie numerosa di item, (iii) la semplificazione del numero degli item e (IV) lo studio finale di validazione dello strumento, condotto su 230 pazienti con FM. Sensibilità, specificità, valori predittivi positivi, rapporti di

verosimiglianza (LR+ e LR-) e probabilità post-test dei sei item identificati, sono stati determinati allo scopo di studiare la migliore combinazione possibile. Il valore di LR+ dei 6 item è risultato compreso fra 3.37 e 5.00 (16). La verifica della probabilità post-test è stata indagata mediante la formula di Bayes (o teorema di Bayes o teorema della probabilità delle cause) e l'algoritmo matematico è stato implementato nell'applicazione (App-SIFIS) (Figura 3).

La App approntata per la determinazione del SIFIS propone di semplificare il calcolo e l'interpretazione dell'algoritmo matematico, consentendo una facile ed immediata visualizzazione della probabilità post-test. Una risposta positiva a 4 delle sei domande del questionario o un valore di post-test superiore all'80% induce a prospettare l'ipotesi di una FM.

Tale test di screening ha trovato una utile collocazione nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (P.D.T.A) per la FM (17,18).

La realizzazione di un P.D.T.A per la FM nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia ed assistenza dei pazienti affetti da tale malattia (Figura 4). Il P.D.T.A

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 FM (Figura 4). Esso 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 le modalità e l'efficacia delle cure prestate ai malati reumatici sull'intero territorio nazionale;
- fornire ai pazienti una opportunità di cura nelle fasi precoci della FM;
- ridurre i tempi di attivazione delle procedure ed abbattere le liste di attesa;

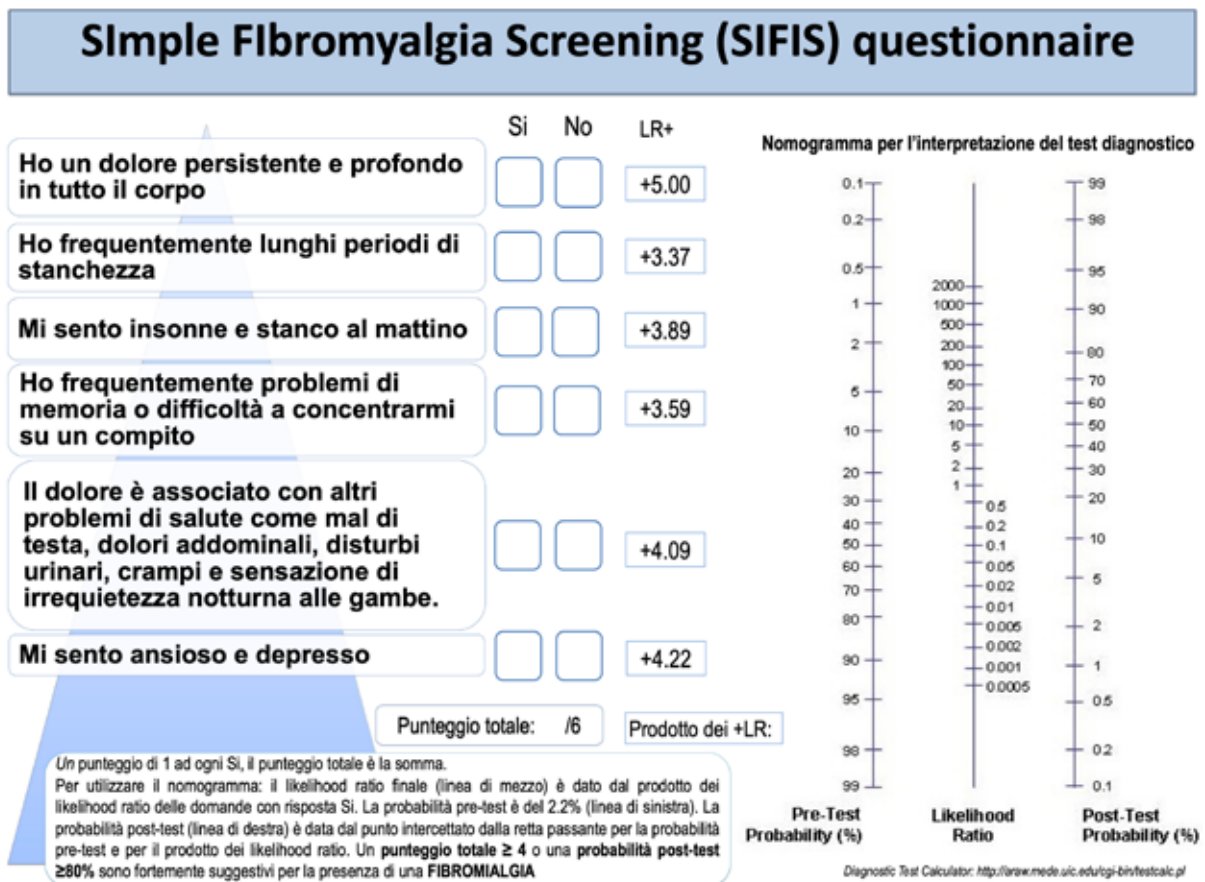


Figura 3. Simple Fibromyalgia Screening questionnaire (SIFIS) (16): Items costituenti il questionario con relativo rapporto di verosimiglianza positivo (LR+) e nomogramma per l'interpretazione del test diagnostico.



Development and validation of the Simple Fibromyalgia Screening questionnaire for improving the recognition of fibromyalgia in daily practice

F. Salaffi¹, S. Farah¹, G. Beci¹, M. Schettino¹, M. Carotti², M. Di Carlo¹

Il SIFIS - Simple Fibromyalgia Screening questionnaire, si propone come un valido strumento di screening, di semplice utilizzo nella pratica ambulatoriale e di utilità negli studi epidemiologici.

La SIFIS-App consente di semplificare il calcolo e l'interpretazione dell'algoritmo matematico, e quindi, una facile ed immediata visualizzazione della probabilità post-test. Una risposta positiva a 4 delle sei domande del questionario o un valore di post-test superiore all'80% induce a prospettare l'ipotesi di una fibromialgia.

Clin Exp Rheumatol 2019; 37 (Suppl. XX): 500-500.

Figura 3. App approntata per la determinazione del SIFIS per dispositivi mobile (smartphone e tablet) (Download in Google play: https://play.google.com/store/apps/details?id=it.hs.sifis&hl=en_IN&gl=US; Download in App Store: <https://apps.apple.com/us/app/sifis/id1477173387?l=es>)

- definire le attività da svolgere e gli indicatori di monitoraggio;
- scambiare informazioni;
- ridurre i costi che gravano sul Sistema Sanitario Regionale e Nazionale dovuti alla diagnosi tardiva della FM.

Il MMG 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 FM. Esso fornisce, in accordo con il reumatologo, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili. 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 MMG riveste, 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 FM ed indirizzare il paziente dallo specialista reumatologo, fornendo quindi - con questo primo livello di valutazione - un rilevante contributo nella riduzione dei ritardi diagnostici, nello sviluppo di complicanze e nell'utilizzo im-

proprio di risorse e trattamenti impropri del paziente che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato. L'impiego del SIFIS si propone come un valido strumento di *screening* nel contesto della realizzazione di un corretto **P.D.T.A.** nella FM (16) (Figura 4). La definizione dei livelli di severità della FM, operata dallo specialista reumatologo in una corretta impostazione del **P.D.T.A.**, consente di stratificare differenti gruppi di pazienti, al fine sia di monitorarli adeguatamente nel follow-up, sia di personalizzare l'intervento terapeutico. Inoltre, determinare in maniera affidabile e replicabile il livello di severità di malattia è fondamentale per permettere il riconoscimento della FM come malattia cronica e per una corretta implementazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Figura 4).

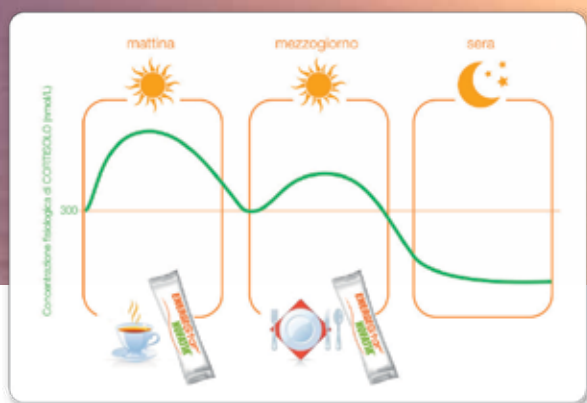
Le multiformi espressioni cliniche della malattia rendono, tuttavia, difficile una oggettiva determinazione dello stato di severità di malattia. Gli strumenti più utili in questo senso sono la *versione modificata del Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQR), il *Fibromyalgia Assessment Status modificato* (FAS mod.) ed il *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS) (19-21).

Il FIQR comprende 21 domande, strutturate su

ENERGIStar[®] NOFATIK[®]

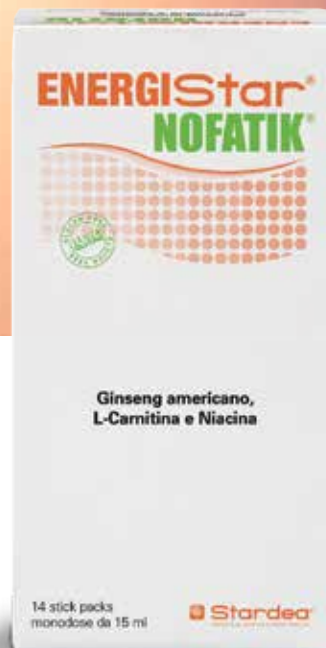
Ginseng americano, L-Carnitina e Niacina

Mi sento di fare...
...Ho la forza di fare!



1 stick al mattino e/o a mezzogiorno
in concomitanza con i pasti, può
essere assunto puro o diluito a
piacere.

SENZA GLUTINE
Gusto ACE



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

 **Stardea**[®]
Natura al Servizio della Salute

Gestione della fibromialgia: il trattamento cronoterapico PANALGEXX® per un sollievo efficace dai sintomi



Claudia Vignali
Direzione scientifica
Stardea

La fibromialgia è una malattia che colpisce prevalentemente le donne in età adulta e si manifesta con:

- dolori diffusi e intensi che coinvolgono muscoli, tendini e legamenti;
- aumento della tensione muscolare e rigidità in numerose sedi dell'apparato locomotore;
- affaticamento.

Questi sintomi possono essere associati anche a disturbi psichiatrici, depressione e ansia.

Poiché la sintomatologia è aspecifica e comune ad altre malattie, questa patologia è difficile da accertare e spesso si arriva alla diagnosi in seguito all'esclusione di altri disturbi, come sclerosi multipla e artrite reumatoide. Inoltre, la fibromialgia non altera gli indici di infiammazione (come la VES), né la struttura di muscoli e tessuti fibrosi.

I sintomi della fibromialgia sono molti e di natura diversa. Quasi sempre è presente un dolore cronico e diffuso in tutto il corpo che interessa muscoli, tessuti fibrosi (tendini e legamenti) e articolazioni. Le zone più colpite sono le spalle, il collo, il torace, le cosce e le braccia. Il dolore tipicamente aumenta se viene esercitata pressione coi polpastrelli in alcuni punti, detti punti sensibili, o tender points.

Possono manifestarsi anche stanchezza e affaticamento (astenia), disturbi dell'umore e del sonno (irritabilità, nervosismo, ansia, insonnia), disturbi correlati allo stress (come il disturbo post-traumatico da stress), sindrome del colon irritabile, emicrania, rigidità muscolare, formicolii in entrambi i lati del corpo, patologie a carico del tessuto connettivo (come le artriti reumatoidi o il lupus).

Le cause della fibromialgia non sono ancora del tutto note. Pare ormai accertato, però, che alla base vi sia una ipersensibilità al dolore, causata da una reazione anomala del cervello agli stimoli

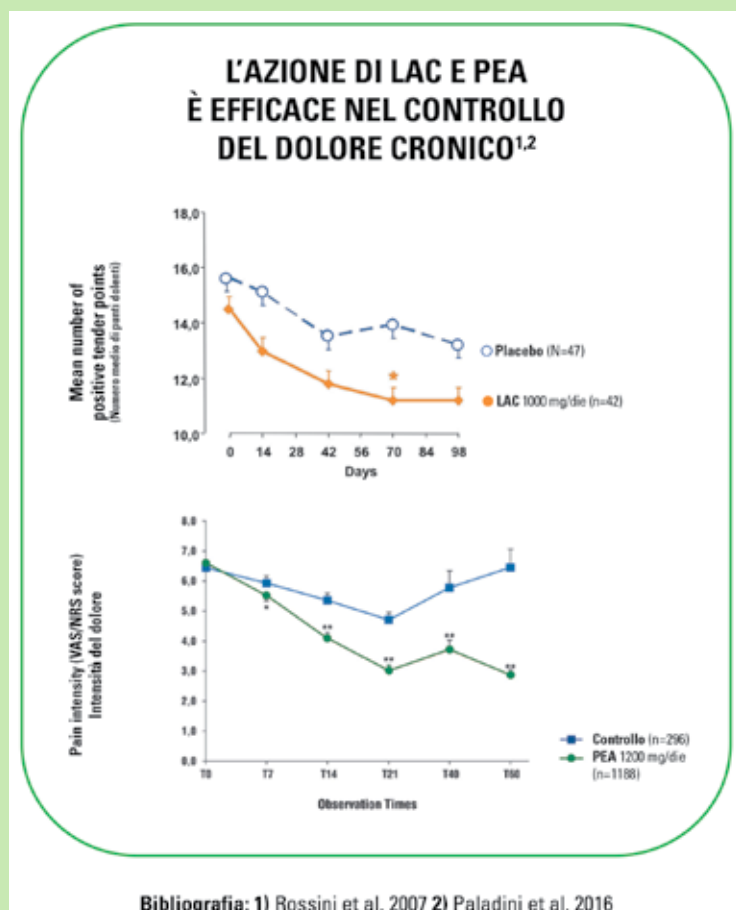
dolorosi. Si tratta quasi sicuramente di una patologia a geni multifattoriale, cioè, scatenata da più elementi: fattori genetici, come la predisposizione familiare o alcune mutazioni genetiche; cause ormonali, con alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene; un'anomalia dei neurotrasmettitori, come l'alterazione dei livelli di serotonina, dopamina, noradrenalina.

La fibromialgia non è una malattia reumatica degenerativa, quindi non danneggia progressivamente l'apparato muscolo-scheletrico. Tuttavia, il dolore cronico e spesso intenso e gli altri sintomi possono essere logoranti e possono peggiorare notevolmente la qualità di vita, rendendo difficile lo svolgimento delle attività quotidiane e della vita sociale.

Non esiste una cura risolutiva per la fibromialgia, che nella maggior parte dei casi è una condizione cronica, anche se talvolta si può assistere a una remissione spontanea se diminuiscono i fattori di stress. Nonostante non sia possibile vincere la fibromialgia, è però possibile conviverci, alleviandone significativamente i sintomi.

A seconda della severità del disturbo può essere utile la combinazione di diversi approcci terapeutici, come per esempio: l'impiego di farmaci per gestire il dolore e per migliorare la qualità del sonno (antidolorifici e antidepressivi, antiepilettici e miorilassanti); alimentazione corretta e integrazione di sostanze neuroprotettive e analgesiche; esercizio fisico (soprattutto attività aerobiche e stretching per allungare i muscoli); tecniche di rilassamento per gestire lo stress (terapia cognitivo comportamentale, meditazione, tecniche di respirazione profonda).

La fibromialgia è caratterizzata da somministrazione temporale del dolore, anche conosciuta come wind up: è un fenomeno fisiologico che si verifica nel sistema nervoso centrale in risposta a stimoli dolorosi ripetuti o prolungati. Questo meccanismo può essere descritto come una sorta



di accumulo del dolore nel tempo, in cui la percezione del dolore diventa sempre più intensa.

Il processo di somministrazione temporale del dolore coinvolge principalmente i neuroni del corno posteriore del midollo spinale. Quando si verificano stimoli dolorosi ripetuti, i neuroni sensoriali che captano il dolore inviano segnali elettrici al midollo spinale attraverso le fibre nervose. Questi segnali vengono poi trasmessi ai neuroni del corno posteriore, dove avviene la trasformazione del dolore in una risposta elettrochimica.

All'inizio, i neuroni del corno posteriore rispondono al dolore in modo relativamente moderato. Tuttavia, se gli stimoli dolorosi persistono o si intensificano nel tempo, questi neuroni possono subire una sorta di iperattivazione. Ciò significa che diventano più sensibili ai segnali dolorosi, amplificando la risposta elettrochimica e incrementando l'intensità del dolore percepito.

In alcune condizioni patologiche, come appunto la fibromialgia o l'iperalgia, questo meccanismo può diventare alterato e contribuire a un'esperienza di dolore cronico molto intensa. In pratica, stimoli che corrispondono a una risposta dolorosa lieve, diventano per il paziente fibromialgico dolori insopportabili, proprio a causa

del meccanismo di somministrazione del dolore. Comprendere questo meccanismo è essenziale per il trattamento del dolore cronico e per migliorare la qualità di vita delle persone che ne soffrono.

La cronoterapia è una strategia terapeutica che sfrutta i ritmi biologici interni dell'organismo per ottenere benefici in termini di salute e benessere. Essa si basa sul concetto che il corpo umano è influenzato da ritmi circadiani, che regolano molte funzioni fisiologiche.

Uno dei principi fondamentali della cronoterapia è che ciò che facciamo in determinati momenti della giornata possa avere un impatto significativo sulla nostra salute.

Ad esempio, l'assunzione di farmaci può essere ottimizzata prendendo in considerazione i ritmi circadiani dell'organismo. Alcuni farmaci, infatti, possono essere più efficaci se assunti in determinati momenti del giorno, quando il corpo è più reattivo a quegli effetti.

È stato dimostrato che il dolore segue un ritmo circadiano e che diversi tipi di dolore presentano espressioni variabili lungo questo ritmo. In una Review di 39 studi (Knezevic et al., 2023) è stato riscontrato un pattern circadiano del dolore nei casi di dolore nocicettivo, neuropatico, centrale e misto.

La fibromialgia è associata a punteggi di dolore più elevati al mattino verso le ore 10:00.

La somministrazione dei principi attivi analgesici e antiinfiammatori in momenti diversi della giornata può aiutare a controllare il dolore fibromialgico interrompendo la sua somministrazione temporale (wind-up).

PANALGEXX® MATTINA è un integratore alimentare a base di L-acetilcarnitina e Vitamina B6. L' L-acetilcarnitina (LAC) è un composto amminoacidico naturalmente presente nel nostro corpo che svolge diverse funzioni cruciali per il corretto funzionamento dell'organismo. Oltre ad essere coinvolta nel metabolismo energetico e nel trasporto degli acidi grassi, l'L-acetilcarnitina è stata studiata anche per il suo potenziale ruolo nella gestione del dolore. La Vitamina B6 contribuisce al normale funzionamento del sistema nervoso, supporta il metabolismo energetico e contribuisce a ridurre la stanchezza e l'affaticamento, completando quindi l'azione della L-acetilcarnitina.

Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che l'L-acetilcarnitina ha proprietà antinfiammatorie e antiossidanti, che possono contribuire ad alleviare il dolore. Questo composto è in grado di

migliorare l'apporto di ossigeno e nutrienti alle cellule, supportando la guarigione e riducendo l'infiammazione.

Numerosi studi hanno riportato risultati molto promettenti riguardo all'efficacia dell'L-acetilcarnitina nel ridurre il dolore neuropatico. In uno studio condotto su pazienti affetti da neuropatia diabetica, per esempio, si è osservato che coloro che hanno assunto l'L-acetilcarnitina hanno sperimentato un significativo miglioramento del dolore, dei sintomi neurologici e della qualità della vita rispetto al gruppo di controllo.

L'L-acetilcarnitina sembra agire sul dolore neuropatico attraverso diversi meccanismi. Uno dei meccanismi principali riguarda la capacità di migliorare la funzionalità delle cellule nervose danneggiate, promuovendo la rigenerazione e riparazione dei nervi. Inoltre, l'L-acetilcarnitina può ridurre la produzione di radicali liberi e svolge un'azione antinfiammatoria, contribuendo a diminuire l'infiammazione che spesso accompagna il dolore neuropatico.

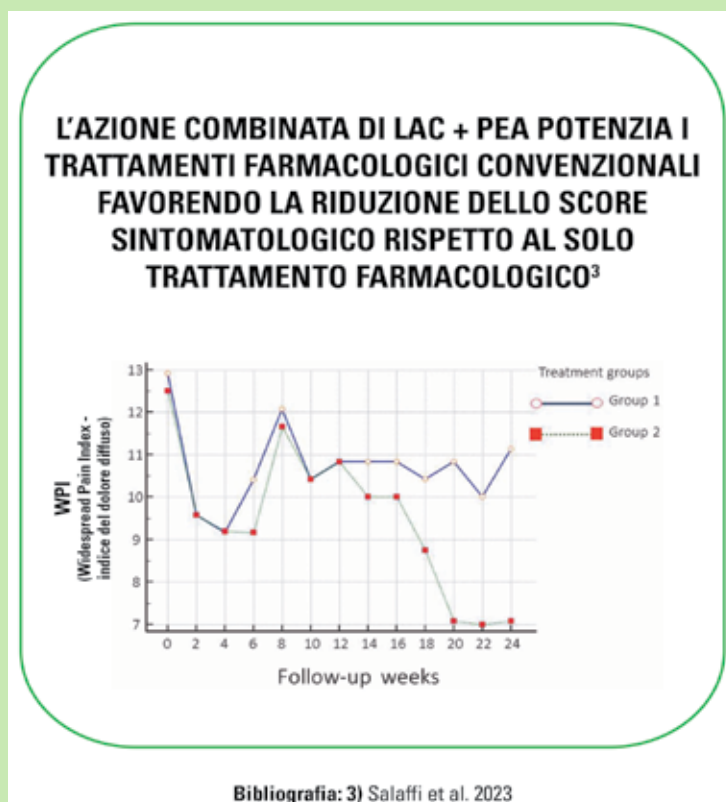
È importante sottolineare che l'L-acetilcarnitina non è un analgesico e non agisce direttamente sul sistema nervoso centrale. Tuttavia, il suo potenziale benefico nel ridurre il dolore neuropatico lo rende un integratore interessante da considerare per la gestione della fibromialgia.

PANALGEXX® SERA è un integratore alimentare a base di Palmitoiletanolamide (PEA) e Magnesio. La PEA è un composto naturale che svolge un ruolo fondamentale nella gestione del dolore e dell'infiammazione nel nostro corpo. Questo lipide endogeno è stato oggetto di numerosi studi scientifici che ne hanno dimostrato l'efficacia nel trattamento di diverse condizioni dolorose. Il Magnesio contribuisce alla normale funzione muscolare e del sistema nervoso, supporta il metabolismo energetico e contribuisce a ridurre la stanchezza e l'affaticamento.

La funzione principale della PEA è quella di agire come un modulatore dell'infiammazione e del dolore, inibendo la produzione di sostanze infiammatorie e riducendo l'ipersensibilità dei recettori del dolore.

La PEA si è dimostrata particolarmente efficace nella gestione del dolore cronico. Numerosi studi clinici hanno evidenziato i suoi effetti positivi nel trattamento del dolore neuropatico, della fibromialgia, dell'osteoartrosi e di altre condizioni croniche dolorose.

Uno degli aspetti più interessanti della PEA è la sua capacità di agire senza provocare effetti



collaterali significativi. Questo è un grande vantaggio rispetto ad altri farmaci antinfiammatori e analgesici, che possono causare una serie di effetti indesiderati come gastrite, ulcere o danni renali. Grazie alla sua azione selettiva e mirata, la PEA si mostra sicura ed efficace anche a lungo termine.

Stardea ha sviluppato un trattamento nutrizionale in grado di gestire il dolore diffuso dovuto a fibromialgia, sfruttando l'azione analgesica della LAC al mattino in grado di modulare la percezione de dolore e l'azione antinfiammatoria della PEA alla sera in grado di ridurre l'amplificazione del dolore.

La strategia cronoterapica di PANALGEXX® ha l'obiettivo di interrompere il fenomeno del wind-up e supportare il paziente fibromialgico migliorando la sua qualità di vita.

Per ottimizzare il controllo dei sintomi è consigliato assumere 1 stick pack di PANALGEXX® MATTINA sciolto in un bicchiere dalle ore 7:00 alle 9:00 di mattina e 1 stick pack di PANALGEXX® SERA dalle ore 19:00 alle 21:00. PANALGEXX® MATTINA ha un gradevole sapore di arancia mentre PANALGEXX® SERA di miele e limone. Si consiglia un periodo di attacco di 28 giorni consecutivi e un successivo periodo di mantenimento a giorni alterni per almeno 3 mesi.

PANALGEXX[®] MATTINA

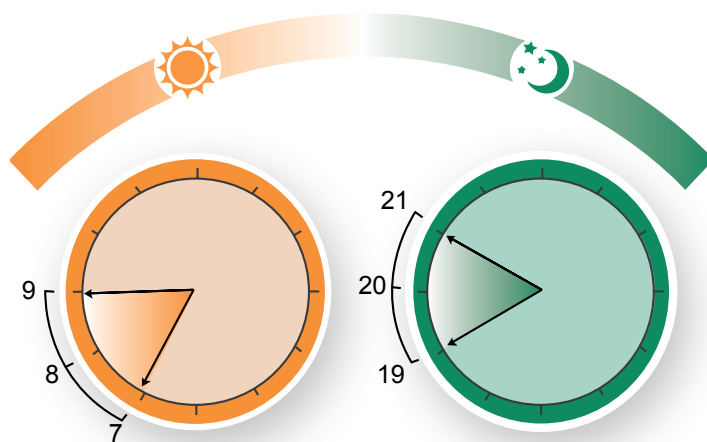
PANALGEXX[®] SERA

L-acetilcarnitina e Vitamina B6

Palmitoiletanolamide PEA* e Magnesio

*RePea[®] polvere fine WD dispersibile in acqua

TRATTAMENTO CRONOTERAPICO PER IL CONTROLLO DEL WIND-UP



GUSTO
ARANCIA



GUSTO
MIELE e LIMONE



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

 **Stardea**[®]
Natura al Servizio della Salute

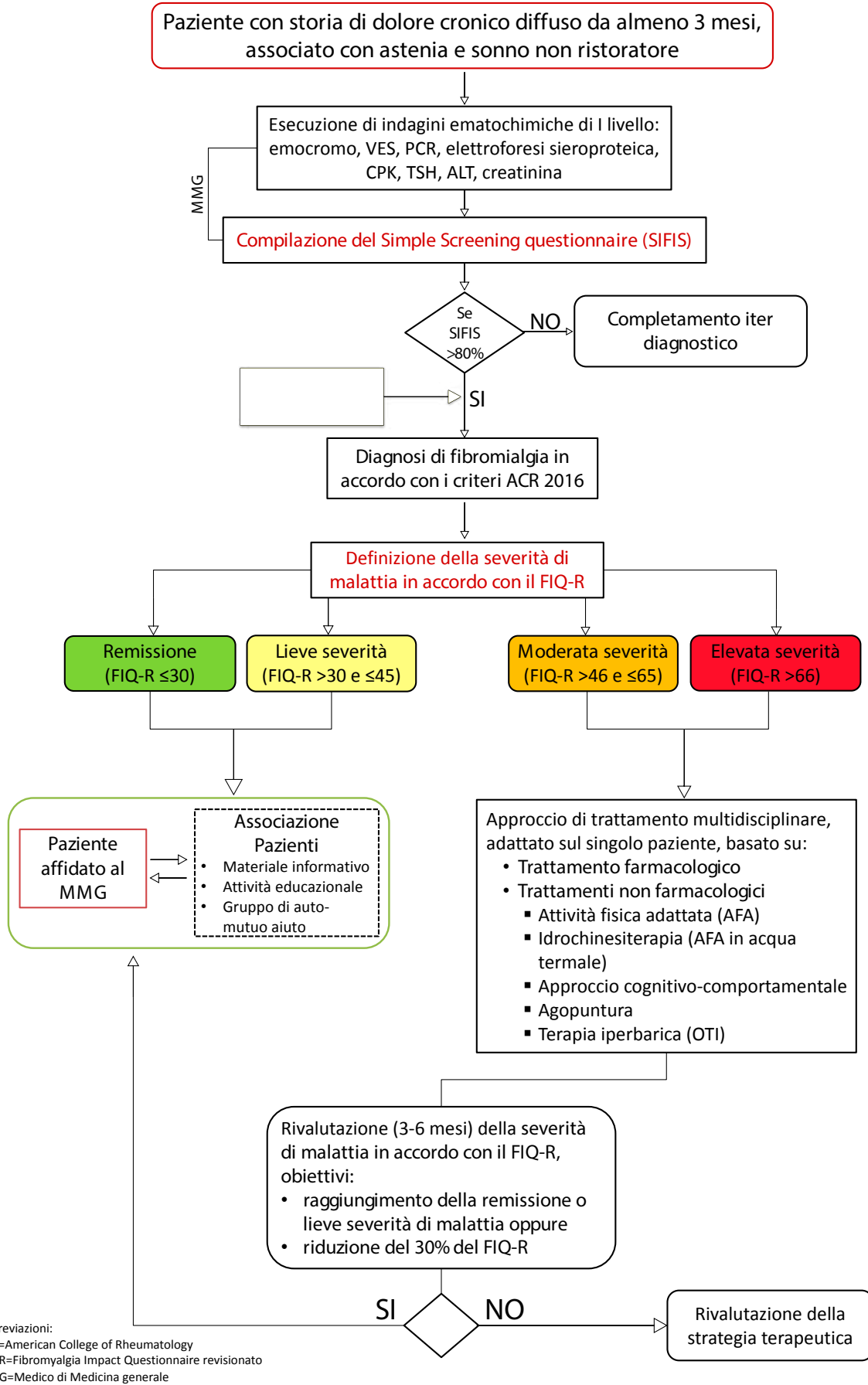


Figura 4. Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (P.D.T.A.) predisposto per la FM (Salaffi et al. 2024).

scale di valutazione numerica comprese tra 0 e 10. I quesiti vengono suddivisi in tre distinti domini: la funzione fisica (9 quesiti), in relazione alla difficoltà di assolvere le comuni attività della vita quotidiana; lo stato di salute generale (2 quesiti), che indaga l'impatto della malattia sullo svolgimento dell'attività lavorativa; l'autovalutazione dell'intensità/gravità dei sintomi correlati alla malattia (10 quesiti). Il FAS modificato prevede la valutazione della stanchezza e dei disturbi del sonno (su scale numeriche da 0 a 10), nonché del numero delle aree dolenti. Il punteggio complessivo (compreso fra 0 e 39) è ottenuto dalla somma dei tre parametri. Il PDS è calcolato dalla somma dei punteggi conseguiti da 2 sotto-indici: indice di diffusione del dolore (WPI): corrisponde alla somma delle aree dolorose presenti (comprese da 0 a 19) indice di gravità dei sintomi (Symptom Severity Scale-SSS): corrisponde alla somma dei livelli di gravità di 3 sintomi (astenia, sonno non ristoratore, problemi cognitivi), misurati con una scala ordinale a 4 livelli, e alla presenza/assenza di altri 3 sintomi (emicrania, dolore / crampi addominali, depressione). Il punteggio massimo ottenibile è pari a 12 (19-22).

LA STRATEGIA TERAPEUTICA

Non esiste una terapia specifica eziopatogenetica per il paziente con FM, ma un approccio terapeutico "multimodale", in cui vengono variamente integrate terapie farmacologiche e non farmacologiche che appaiono appropriate al supporto di diversi sintomi. La pubblicazione delle raccomandazioni *European League Against Rheumatism* (EULAR) (23) e della *Società Italiana di Reumatologia* (SIR) (24) per il trattamento della FM ci consente di trarre spunti significativi dalla revisione dei dati della letteratura. Le terapie a disposizione, sia farmacologiche che non farmacologiche sono innumerevoli e la visione più moderna è quella di individuare per ogni singolo paziente un approccio multidisciplinare che conduca alla medicina di precisione e dia al paziente gli strumenti necessari per adottare una capacità strategica definita "self-management" e che consenta al paziente di scegliere le terapie più opportune ed idonee per il suo caso specifico, secondo l'approccio chiamato di "medicina personalizzata e/o di medicina di precisione". I principali obiettivi della strategia terapeutica nella FM sono:

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

TERAPIE FARMACOLOGICHE

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 Sistema Nervoso Centrale (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.

ANTIDEPRESSIVI

Questi farmaci comprendono gli antidepressivi triciclici (amitriptilina) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) (paroxetina, fluoxetina) 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 FM a bassi dosaggi, di solito la sera, prima di coricarsi. Nei pazienti con FM, 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'F.D.A per il trattamento della FM) ha già dato buoni risultati in termini di efficacia e tollerabilità. 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 riportino un miglioramento della qualità del sonno, tale effetto varia da persona a persona. In aggiunta questi farmaci hanno effetti collaterali come sonnolenza diurna, costipazione, bocca asciutta e aumento dell'appetito.

MIORILASSANTI

La ciclobenzaprina (CBP), 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 ciclobenzaprina. 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 con FM 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, ma in via generale la loro tollerabilità non è certo superiore a quella degli SNRI.

ANTICONVULSIVANTI

Diversi meccanismi d'azione propri dei farmaci antiepilettici possono interferire con la nocicezione.

Sebbene il meccanismo d'azione connesso all'effetto analgesico non sia del tutto chiarito, si ritiene 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 ed 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, in particolare, 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. Il pregabalin ha anche dimostrato risultati significativi nei pazienti con FM, grazie ad un buon profilo di efficacia e tollerabilità, ed ha ottenuto l'indicazione per il trattamento della FM dall'ente regolatorio americano (FDA).

PRODOTTI NUTRACEUTICI

Evidenze scientifiche recenti suggeriscono che il dolore del paziente con FM è associato ad una alterazione generalizzata del sistema somatosensoriale centrale e, di riflesso, del sistema somatosensoriale periferico. L'attivazione delle cellule non neuronali (microglia, mastociti) è stata indicata come fattore causale nello sviluppo e mantenimento della sensitizzazione periferica e centrale (peripheral / central sensitization).

Tale meccanismo, che si basa su uno stato di neuroinfiammazione sistemica, spiega come la FM possa essere caratterizzata dal tipico dolore nociplastico.

L'alterazione reattiva della microglia, deputata al controllo della sensitività neuronale centrale, attiva i meccanismi della neuroinfiammazione neurogenica spinale contribuendo all'ingravescenza del dolore cronico e dei disturbi comportamentali (ansia, stress, depressione) nel paziente con FM. Tale meccanismo, che si basa su uno stato di neuroinfiammazione spinale, spiega come le sindromi da sensitizzazione centrale possano indurre dolore neuropatico, inducendo una generalizzata allodinia ed iperalgesia, tipica nella FM.

Nei soggetti con FM sono presenti livelli elevati di sostanza P nel liquor cerebro-spinale; tale sostanza, con un meccanismo recettoriale attiva le cellule microgliali, a localizzazione spinale, portandole ad un rilascio incontrollato, di IL-6, TNF- α , IL-1 β e IL-8, quest'ultima citochina pro-infiammatoria capace di aumentare sia l'attività simpatica, sia il passaggio dei mastociti e dei neutrofilii attraverso le pareti della barriera emato-spinale. È noto che la sofferenza spinale si traduce in iperestesia periferica comportando attivazione mastocitaria e alterando la fisiologica funzionalità dei nocicettori muscolari (corrispondenti ai recettori polimodali C), capaci di indurre un dolore infiammatorio persistente, sordo, profondo (il cosiddetto "secondo dolore"). Questo nuovo contesto ha posto le basi per lo sviluppo di vari innovativi approcci terapeutici volti ad intervenire sui fenomeni neuroinfiammatori.

Tra questi approcci desta particolare interesse una classe di molecole denominate ALIAMidi, il cui capostipite è la palmitoiletanolamide (PEA), in grado di modulare l'attività delle cellule non neuronali. È stato osservato che tale molecola influenza l'attività degranulatoria dei mastociti e l'iper-reattività della microglia, interagendo attraverso un meccanismo fisiologico denominato ALIA (Autacoid Local Injury Antagonism). La somministrazione esogena di PEA micronizzata e

ultra-micronizzata ha dimostrato esplicitare effetti modulatori, permettendo il controllo dei processi neuroinfiammatori neurogenici e del dolore misto conseguente.

La PEA ha effetti anti-iperalgescici e antinfiammatori che sono spiegati da diversi meccanismi: l'attivazione sulla superficie cellulare del recettore cannabinoide (CB) 2-like o del recettore orfano G accoppiato a proteine (GPR)-55, o il recettore nucleare della famiglia dei recettori attivati dal proliferatore del perossisoma (PPAR) e il meccanismo di down-regulation dei mastociti (MC).

Una ulteriore molecola dotata di un buon profilo di sicurezza e tollerabilità nel trattamento della FM, del dolore neuropatico e di altri tipi di dolore cronico, è risultata essere l'acetil-l-carnitina (LAC).

La LAC è una molecola endogena che non solo svolge un ruolo nel metabolico energetico, ma ha anche proprietà antiossidanti, protegge dallo stress ossidativo, modula i neurotrasmettitori a livello cerebrale come acetilcolina, serotonina e dopamina, e agisce sui fattori neurotrofici come il fattore di crescita nervoso (NGF) e i recettori metabotropici del glutammato (mGlu) mediante dei meccanismi epigenetici. In sostanza, la somministrazione della LAC può avvantaggiare i pazienti FM in vari domini:

- 1) La sensibilizzazione neurale può migliorare grazie ai meccanismi epigenetici della LAC che portano a un aumento della densità dei recettori mGlu2 nelle terminazioni nervose, che fornisce un effetto di lunga durata. L'incremento dei livelli di proteina mGlu2 nelle corna dorsali del midollo spinale rispecchia una analgesia di lunga durata generata dalla LAC;
- 2) Può proteggere i pazienti con FM dallo stress ossidativo e dalla produzione di marcatori dell'infiammazione;
- 3) Pazienti con FM, specialmente quelli con sinto-

mi depressivi ed alterazioni dell'umore, possono beneficiare dei suoi effetti neuroprotettivi e anti-depressivi;

4) Le disfunzioni cognitive nei pazienti con FM possono essere migliorate dall'integrazione con L-acetil-carnitina;

5) La LAC può migliorare l'analgesia e la densità delle fibre nervose nei pazienti con FM con neuropatia delle piccole fibre.

La LAC e la PEA sono, pertanto, molecole aggiuntive che possono essere inserite in una terapia combinata, per esempio con antidepressivi o anti-convulsivanti o analgesici, per ottenere un migliore risultato (25).

I nostri dati confermano il valore integrativo di PEA e LAC in termini di efficacia, quando associati a pregabalin (PGB) e duloxetina (DLX) nei pazienti con FM (25). Tale associazione ha consentito, infatti, un ulteriore significativo miglioramento dei sintomi valutati, mediante il FIQR, in pazienti in trattamento combinato con PGB+DLX (Figura 5).

TERAPIE 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 integrative (agopuntura, stimolazione nervosa elettrica transcutanea o TENS, stimolazione del nervo vago transcutaneo (tVNS), altre tecniche cognitivo-comportamentali come mindfulness e tecniche di meditazione, biofeedback).

La FM presenta una frequente comorbidità con disturbi psichiatrici che oltre a rappresentare di per sé una patologia altamente disturbante, possono

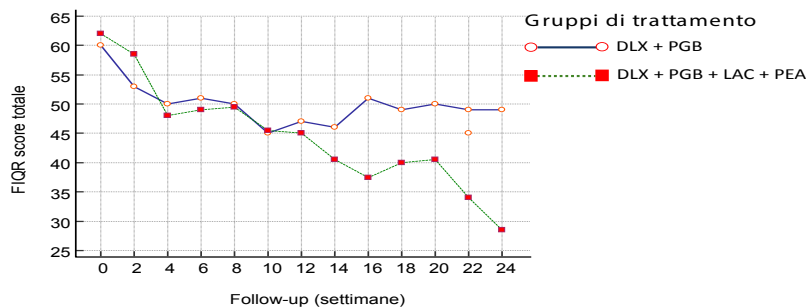


Figura 5: Confronto fra pazienti con FM in trattamento combinato con DLX+PGB e quelli addizionati con LAC+PEA. La differenza è risultata significativa in termini di risultati favorevoli misurati con il FIQR ($p=0.0033$).

PANALGE»[®] MATTINA

PANALGE»[®] SERA

L-acetilcarnitina e Vitamina B6

Palmitoiletanolamide PEA* e Magnesio

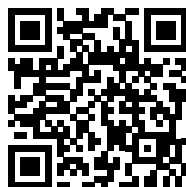
*RePea[®] polvere fine WD dispersibile in acqua



Per 28 giorni



SENZA GLUTINE
Adatto alle persone
intolleranti al Lattosio



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

 **Stardea**[®]
Natura al Servizio della Salute

interferire a vari livelli con il quadro clinico, 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 reumatologo quando i disturbi psichiatrici in comorbidità con la FM:

- non rispondono a trattamenti adeguati alla 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 un'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).

CONCLUSIONI

In conclusione, sembra ormai ineludibile seguire un nuovo percorso di presa in carico e cura del paziente con FM che non può prescindere da un potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare, anche con specifico riferimento a quanto definito nel Piano Nazionale delle Cronicità.

Il Piano, infatti, fornisce indicazioni per favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul MMG, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stato di severità e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso precoce della persona con malattia cronica nel **P.D.T.A** multidisciplinare;
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

In questo contesto la figura, il ruolo e la formazione del MMG va rivista, rendendolo parte integrante e funzionale del sistema sanitario. Inoltre, il **P.D.T.A.** dovrebbe partire dallo specialista reumatologo, con il coinvolgimento del MMG, del farmacista e dell'Associazione Pazienti, ove presente. Creando un sistema di *red flags*, collegate ad una serie di parametri che diano un *warning* al MMG per la possibile presenza di una FM, o lavorando in gruppo si potrebbero ridurre i tempi di diagnosi e gestire meglio la malattia.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Thornton KGS, Robert M. Prevalence of Pelvic Floor Disorders in the Fibromyalgia Population: A Revisione sistematica. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020; 42 (1): 72-79.
2. Salaffi F, Mozzani F, Draghessi A et al. Identificazione dei domini sintomatici e funzionali nei pazienti con fibromialgia: risultati di un'indagine trasversale basata su Internet in Italia. *J Pain Res* 2016; 9: 279-286.
3. Salaffi F, Di Carlo M, Farah S, Giorgi V, Mosca N, Sarzi-Puttini P. Overactive bladder syndrome and sexual dysfunction in women with fibromyalgia and their relationship with disease severity. *Clin Exp Rheumatol.* 2022;40(6):1091-1101.
4. Kalichman L. Association between fibromyalgia e disfunzione sessuale nelle donne. *Clin Rheumatol.* 2009; 28 (4): 365-369.
5. Shaver JL, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS (2006) Problemi di salute delle donne con sindrome fibromialgica. *J Womens Health (Larchmt)* 15:1035-1045.
6. Salaffi F, De Angelis R, Grassi W; MARCHE Pain Prevalence; INvestigation Group (MAPPING) study. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23(6):819-828.
7. Hughes G, Martinez C, Myon E, Taïeb C, Wessely S. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum.* 2006;54(1):177-183.
8. Choy E, Perrot S, Leon T. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):102.
9. Clark P, Paiva ES, Ginovker A, Salomon PA. A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14:188. doi: 10.1186/1471-2474-14-188.
10. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(5):457-464.
11. Fibromyalgia: facts and statistics; 2013. Available from: <http://nationalpainfoundation.org/articles/849/facts-and-statistics>. Accessed April 20, 2023.
12. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The

- American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160–172.
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:600–610.
 14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38:1113–1122.
 15. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;46:319–329.
 16. Salaffi F, Farah S, Beci G, Schettino M, Carrotti M, Di Carlo M. Development and validation of the Simple Fibromyalgia Screening questionnaire for improving the recognition of fibromyalgia in daily practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2020; 38 Suppl 123(1):9-16.
 17. Giorgi V, Bazzichi L, Batticciotto A, Pellegrino G, Di Franco M, Sirotti S, Atzeni F, Alciati A, Salaffi F, Sarzi Puttini P. Fibromyalgia: one year in review 2023. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(6):1205-1213.
 18. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Atzeni F, Gorla R, Kosek E, Choy EH, Bazzichi L, Häuser W, Ablin JN, Aloush V, Buskila D, Amital H, Da Silva JAP, Perrot S, Morlion B, Polati E, Schweiger V, Coaccioli S, Varrassi G, Di Franco M, Torta R, Øien Forseth KM, Mannerkorpi K, Salaffi F, Di Carlo M, Cassisi G, Batticciotto A. Fibromyalgia position paper. *Clin Exp Rheumatol.* 2021;39 Suppl 130(3):186-193.
 19. Salaffi F, Di Carlo M, Farah S, et al. Diagnosis of fibromyalgia: comparison of the 2011/2016 ACR and AAPT criteria and validation of the modified Fibromyalgia Assessment Status. *Rheumatology (Oxford)* 2020;59:3042–3049.
 20. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Gasparini S, Atzeni F, Grassi W. Development and validation of the self-administered Fibromyalgia Assessment Status: a disease-specific composite measure for evaluating treatment effect. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R125.
 21. Salaffi F, Di Carlo M, Di Franco M, Bianchi G, Bazzichi L, Tirri R, Guiducci S, Gorla R, Atzeni F, Giacomelli R, Di Donato E, Guggino G, Fischetti F, Tirri E, Biasi G, Foti R, Dagna L, Carubbi F, Gremese E, Govoni M, Cutolo M, Iannone F, Lippolis I, Conti F, Tramontano G, Marino V, Farah S, Sarzi-Puttini P; Società Italiana di Reumatologia (SIR). Determining the PASS cut-off points for the FIQR, FASmod and PSD in patients with fibromyalgia: a registry-based study. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(6):1275-1282.
 22. Salaffi F, Di Carlo M, Bazzichi L, Atzeni F, Govoni M, Biasi G, Di Franco M, Mozzani F, Gremese E, Dagna L, Batticciotto A, Fischetti F, Giacomelli R, Guiducci S, Guggino G, Bentivegna M, Gerli R, Salvarani C, Bajocchi G, Ghini M, Iannone F, Giorgi V, Farah S, Cirillo M, Bonazza S, Barbagli S, Gioia C, Santilli D, Capacci A, Cavalli G, Carubbi F, Nacci F, Riccucci I, Sinigaglia L, Masullo M, Polizzi BM, Cutolo M, Sarzi-Puttini P. Definition of fibromyalgia severity: findings from a cross-sectional survey of 2339 Italian patients. *Rheumatology (Oxford).* 2021;60(2):728-736.
 23. 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;76(12):e54.
 24. Ariani A, Bazzichi L, Sarzi-Puttini P, Salaffi F, Manara M, Prevete I, Bortoluzzi A, Carrara G, Scirè CA, Ughi N, Parisi S. The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia Best practices based on current scientific evidence. *Reumatismo.* 2021 Aug 3;73(2):89-105
 25. Salaffi F, Farah S, Sarzi-Puttini P, Di Carlo M. Palmitoylethanolamide and acetyl-L-carnitine act synergistically with duloxetine and pregabalin in fibromyalgia: results of a randomised controlled study. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(6):1323-1331.

Linea **VASOStar**[®]

GAMBE BELLE E IN SALUTE A QUALSIASI ETÀ'



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

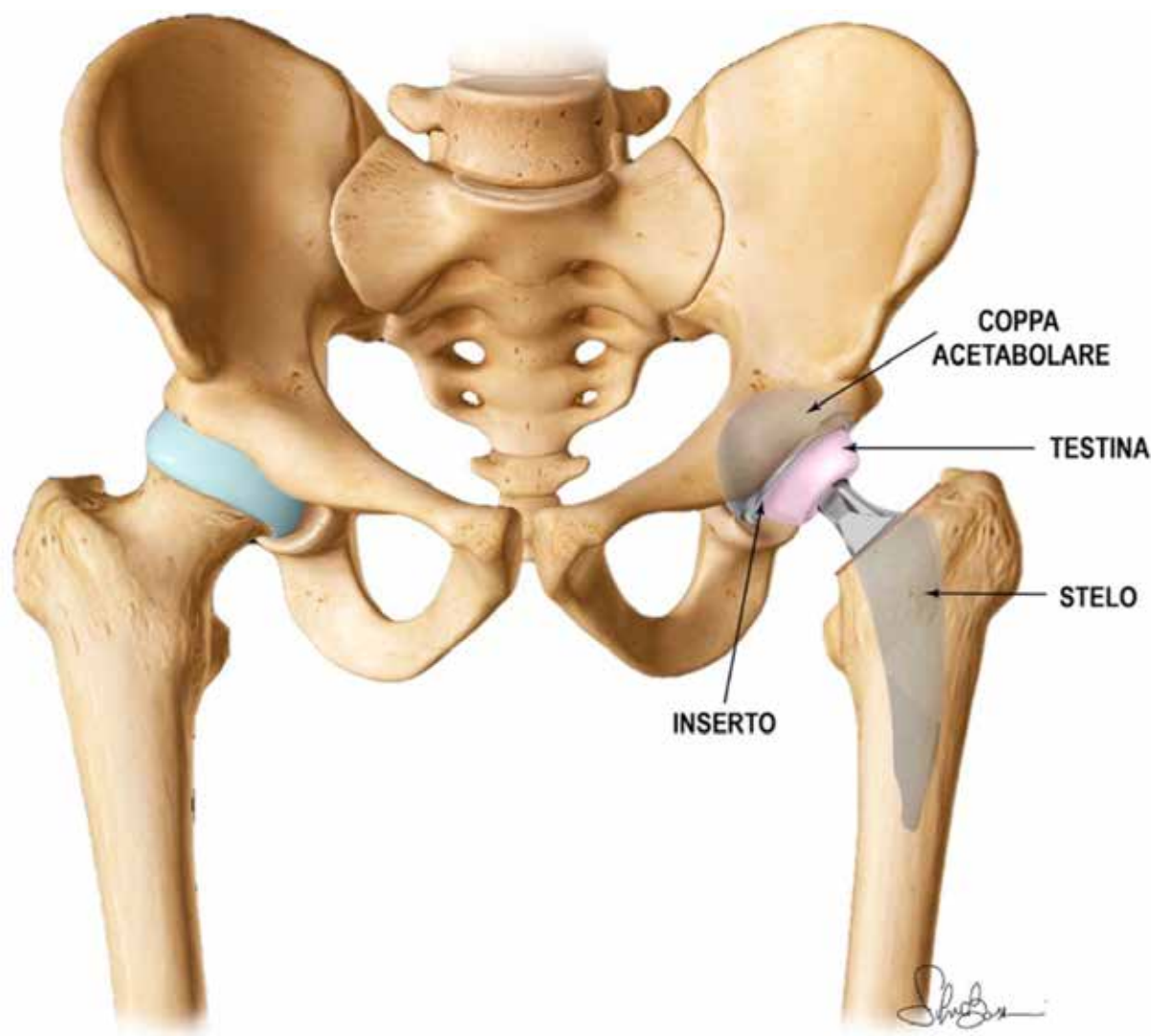
La protesi d'anca in una nuova versione grazie a tecniche mininvasive ed a moderne tecnologie

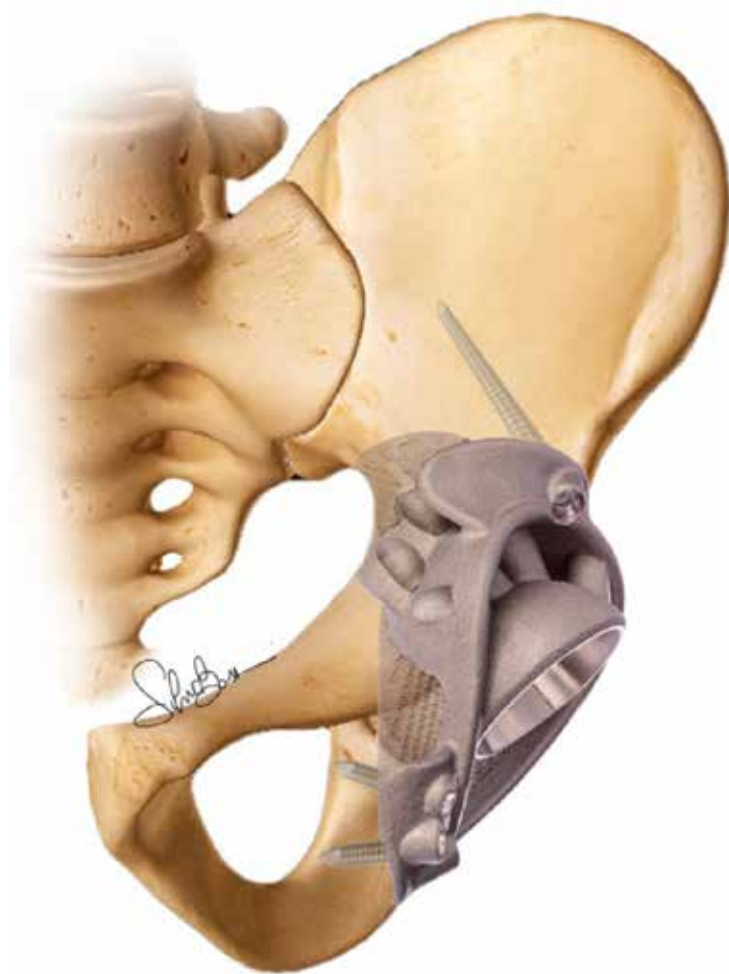


Dr. Federico Raggi
Specialista in
Ortopedia e
Traumatologia
Clinica
2° Istituto
Ortopedico
Riccoli -
Bologna

L'intervento chirurgico di protesi d'anca ha rivoluzionato la gestione e il trattamento dell'artrosi della coxo-femorale. Tale patologia è caratterizzata dalla degenerazione dell'articolazione a causa dell'usura della cartilagine articolare fra la testa del femore e l'acetabolo nel bacino. In conseguenza all'allungamento della vita media la coxartrosi è una patologia sempre più frequente nella popolazione. L'intervento chirurgico consiste nel sostituire l'articolazione dell'anca degenerata con componenti pro-

tesiche progettate al fine di ristabilire la fisiologica escursione del movimento articolare in assenza di dolore. Grazie ai moderni materiali protesici l'emivita della protesi d'anca si è allungata notevolmente consentendo di estendere l'indicazione chirurgica anche nei pazienti più giovani affetti da coxartrosi. L'intervento chirurgico di sostituzione protesica dell'anca si rende necessario, inoltre, in caso di necrosi avascolare della testa del femore e di fratture del collo femorale che compromettono la





vascularizzazione dell'anca. In ultimo l'intervento risulta risolutivo nella gestione degli esiti di patologie pediatriche come la displasia congenita dell'anca, l'epifisiolisi cronica della testa del femore e la Malattia di Legg-Calvè-Perthes.

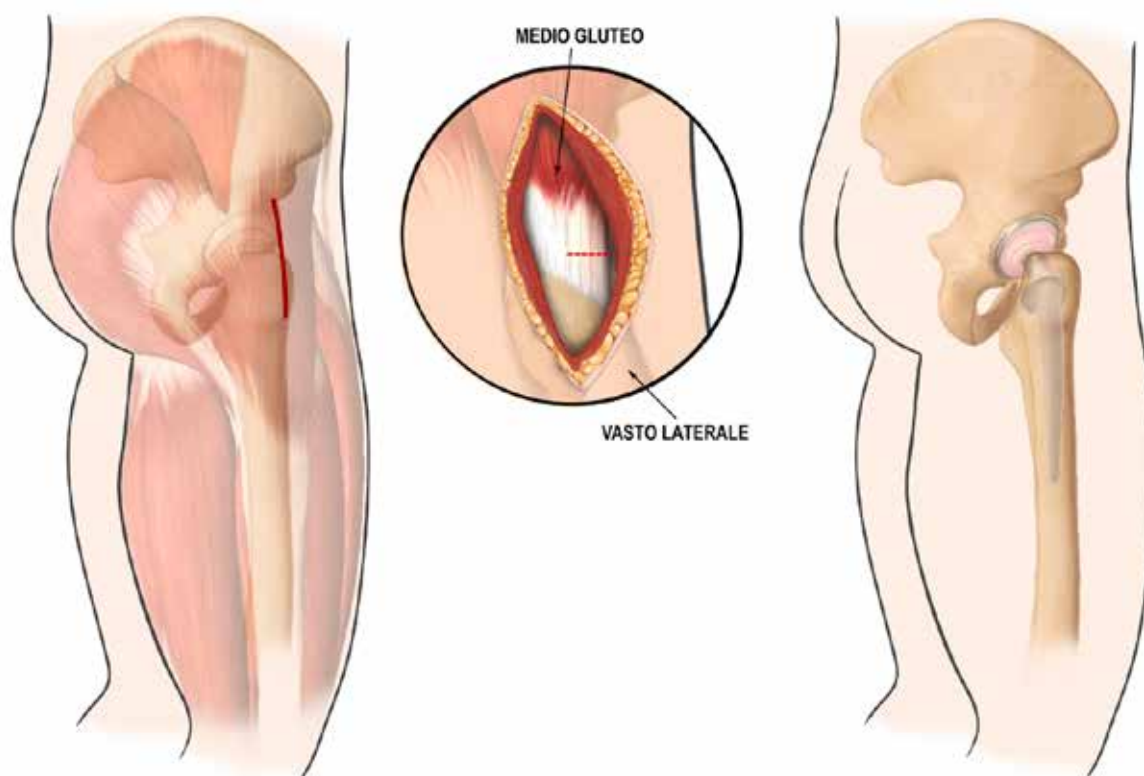
LA TECNICA CHIRURGICA

Per eseguire la sostituzione protesica dell'articolazione utilizziamo i materiali più moderni disponibili sul mercato. Sia la componente femorale che quella acetabolare sono costituite da una base di titanio. L'acetabolo protesico è generalmente rivestito da polvere di titanio che grazie alla sua elevata porosità garantisce un incastro ottimale sull'osso e una solida stabilità. Lo stelo protesico invece è solitamente rivestito da idrossiapatite che garantisce una più rapida osteointegrazione con il canale femorale. L'inserto e la testina sono costituiti da una particolare ceramica detta "Delta", la più recente sviluppata, che ha dimostrato un'otti-

ma biocompatibilità e un minor tasso di usura (fig. 1).

La protesi d'anca va studiata e personalizzata a seconda della fisionomia e della patologia da cui è affetto il paziente. Allo stato attuale abbiamo infatti a disposizione diverse soluzioni protesiche da scegliere a seconda delle necessità e dell'anatomia del paziente, partendo da impianti primari standard fino ad arrivare ad **impianti Custom-Made** necessari nei casi di importante deficit osseo o gravi deformità articolari (fig. 2). Questi ultimi sono impianti protesici progettati su misura per il paziente, realizzati tramite stampante 3D, frutto di una stretta collaborazione fra chirurgo, ingegneri e azienda produttrice. Al fine di ottenere un ottimale posizionamento delle componenti protesiche, la nostra Unità Operativa si avvale dell'utilizzo in sala operatoria di un sistema di **navigazione chirurgica computerizzata**. (fig. 3). L'utilizzo di tale tecnologia non invasiva permette al chirurgo di controllare in tempo reale il corretto posizionamento della protesi durante l'intervento (parliamo di una precisione nell'ordine di 1 millimetro) al fine di ottenere il miglior posizionamento e la miglior stabilità dell'impianto come pianificato grazie all'accurato planning preoperatorio digitale. Il nostro reparto è fra i due centri in Italia e dieci in Europa che hanno a disposizione questo innovativo strumento chirurgico.





LE VIE D'ACCESSO CHIRURGICO ALL'ANCA

Nella nostra pratica clinica utilizziamo differenti vie d'accesso all'anca mini-invasive in base alle caratteristiche del paziente. A seconda del sesso, fisionomia ed età del paziente, scegliamo l'approccio mini-invasivo all'anca più indicato senza violare i tessuti peri-articolari e muscolari.

Un approccio mini-invasivo garantisce al paziente una minor perdita ematica intraoperatoria e permette una riabilitazione e un recupero post-operatorio più rapido. Inoltre, al termine dell'intervento oggi, in sostituzione delle classiche suture, la cute viene chiusa grazie ad una innovativa colla chirurgica che garantisce una guarigione ottimale e una miglior cosmesi della cicatrice chirurgica.

Nello specifico ci avvaliamo attualmente delle vie d'accesso postero-laterale e antero-laterale. Tramite l'accesso postero-laterale (paziente in decubito laterale) si raggiunge l'articolazione distaccando i muscoli extra-rotatori brevi più prossimali dell'anca ed eseguendo una capsulotomia posteriore.

Ci avvaliamo di questa via di accesso in casi di grave deformità specialmente acetabolare dove è necessaria una visualizzazione ampia

dell'articolazione, ed in quei casi in cui il paziente presente una contrattura in extrarotazione dell'anca artrosica. Al termine della procedura la capsula articolare viene risuturata ed il tendine del muscolo piriforme reinserito al femore.

Questa via d'accesso presenta il vantaggio di permettere una rapida riabilitazione, in quanto la muscolatura glutea non viene disinserita dal femore (fig. 4).

La via d'accesso antero-laterale (paziente in decubito supino) prevede l'esposizione dell'articolazione distaccando parzialmente la porzione anteriore dei muscoli piccolo e medio gluteo ed una capsulotomia anteriore. Una volta impiantata la protesi, la capsula viene risuturata ed i glutei accuratamente reinseriti sul gran trocantere in maniera anatomica. Questa via d'accesso è caratterizzata da un ridotto tasso di lussazione dell'impianto protesico e dalla possibilità di controllo diretto intraoperatorio dell'eumetria degli arti inferiori. (fig. 5).

LA FISIOTERAPIA DEL PAZIENTE OPERATO DI PROTESI D'ANCA

La fisioterapia in seguito all'intervento di sostituzione protesica dell'anca è fondamentale per avere un adeguato recupero funzionale dell'ar-

ticolazione. Grazie alla stretta collaborazione con Medici Fisiatri, Anestesisti e Fisioterapisti il paziente inizia il trattamento riabilitativo dalla prima giornata post-operatoria secondo il protocollo Fast Track. Il protocollo prevede una stretta sorveglianza anestesiológica per un ottimale controllo del dolore post-operatorio per i giorni di degenza.

Il ricovero medio è di circa 3 giorni in cui il paziente proseguirà il trattamento riabilitativo e inizierà a deambulare con l'ausilio di due stampelle, fino a salire e scendere le scale.

Mediamente il paziente nel post-operatorio a domicilio deambula con carico progressivo sull'arto operato fino ad abbandonare le stampelle a 30 giorni dall'intervento chirurgico.

Durante tale periodo la riabilitazione prevede esercizi di rinforzo muscolare per i glutei e per il quadricipite, kinesioterapia dell'anca operata e rieducazione deambulatoria.

Dopo il primo mese il paziente è in grado di tornare alle normali attività quotidiane come per esempio guidare o andare in bicicletta.

Grazie ai materiali protesici di ultima generazione, ad un approccio personalizzato sul singolo paziente e ad un'eccellente fisioterapia il ritorno alle comuni attività lavorative e ricreative è rapido e, grazie alle moderne tecniche chirurgiche ed al design degli impianti di ultima generazione, è possibile il ritorno all'attività sportiva a livello amatoriale e non solo (fig. 6).



DEFLOGO SD[®]

COMPRESSE

Bromelina (520 FIP U - 153 mg), Superossidodismutasi (SOD) e Vitamina D3, compresse gastroprotte* *tecnologia, n° EP 1 225 876 B1

RIDUCE L'EDEMA, MODULA L'INFIAMMAZIONE E ACCELERA IL PROCESSO RIPARATIVO



1-2 compresse al giorno

SENZA GLUTINE
Adatto alle persone
intolleranti al
lattosio



Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.



SII UN PROFESSIONISTA SANITARIO e conseguì la **LAUREA** in: **Scienze Estetiche Integrate**

UNA SCELTA SICURA E RESPONSABILE



- Laurea EQF 6
- Abilitazione sanitaria aus.

PERCORSI DI LAUREA IN TEMPI BREVI



COMMUNICATION GENERAL CAMPUS

**AGENZIA AUTORIZZATA PER LA COMUNICAZIONE
GESTIONE DEI PERCORSI DI LAUREA
www.communicationgeneralcampus.com**

Richiedi Informazioni

Chiama Ora

Tel. 0364 536046

ATEROStar[®] FORTE DUO

Riso rosso e Berberina,
VASOLEA[®], Tè verde e Vitamine

Stardea Longevity Project:
PREVENIRE L'INVECCHIAMENTO DEL CUORE



1 compressa al giorno preferibilmente alla sera

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.

PANALGE»[®]
MATTINA

PANALGE»[®]
SERA



**AL TUO FIANCO
CONTRO IL DOLORE**



 **Stardea**[®]
Natura al Servizio della Salute

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di uno stile di vita sano.