



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 03/2017



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr.ssa Federica Grosso
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

review). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: Sindrome fibromialgica : intervento multidisciplinare

Autori: Paiuzzi E.;¹ Sterpone R.;^{2*} Rocchetta P.A.³, Galeazzi A.⁴

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Sindrome Fibromialgica, Dolore, Terapia Cognitivo-Comportamentale, EMDR

¹ Psicologa Psicoterapeuta, referente Studio Medico Cittadella di Alessandria – Docente AIAMC

² Responsabile SS Psicologia ASO di Alessandria – Docente AIAMC

³ Ex Direttore S.S.D.Reumatologia - ASO di Alessandria

⁴ Università di Padova - Docente AIAMC

* Autore per la corrispondenza

E-mail : rsterpone@ospedale.al.it



ABSTRACT

Obiettivi: La visione multidimensionale del dolore, caratterizzato da componenti sia psicosociali che fisiologiche, pone le basi per l'utilizzo di tecniche di trattamento diverse. Nell'articolo verrà presentato un modello di intervento multicomponenziale che comprenda l'intervento del medico reumatologo, del medico psichiatra, dello psicologo-psicoterapeuta, del medico specializzato in agopuntura, del medico naturopata e del responsabile del settore ginnastica dolce e tai-chi, ponendo particolare attenzione agli approcci di psicoterapia cognitivo-comportamentale e EMDR.

Metodologia: La sindrome fibromialgica è una malattia reumatica complessa caratterizzata da un insieme di sintomi fisici tra cui dolore cronico e diffuso, fatica, rigidità e disturbi del sonno, che procurano notevole sofferenza a chi ne è affetto.

I criteri classificativi e la diagnosi differenziale mettono in evidenza la natura ancora controversa della Sindrome, nonostante la sua diffusione e il disagio che comporta a chi ne soffre. L'intervento è così strutturato: diagnosi medica, assessment psicologico, trattamento.

Risultati: proposta di intervento integrato

Conclusioni: intervento integrato in fase di applicazione su quattro pazienti



INTRODUZIONE

La Fibromialgia è una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata dalla disfunzione dei circuiti neuronali preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con estrinsecazione prevalente del dolore a livello muscolo-scheletrico. I sintomi principali di accompagnamento sono la fatica/stanchezza, l'astenia, i disturbi del sonno, i dolori addominali e alcuni sintomi cognitivi.

Colpisce dallo 0,5% al 5% della popolazione generale mondiale adulta (maschi: 0.1 – 3.3%; femmine sino a 4.9%), con una prevalenza in Italia del 3,7%,.

Il dolore pervasivo e persistente che caratterizza la Sindrome Fibromialgica risulta essere fortemente invalidante per la persona, riducendone la capacità funzionale e compromettendone la qualità di vita (Perrot, 2012).

La Fibromialgia è una Sindrome la cui eziopatogenesi non è ancora stata pienamente compresa. Quale fattore predisponente, emerge una ridotta tolleranza agli " stressors", probabilmente geneticamente determinata.

Anche il ruolo delle caratteristiche psicologiche della persona non è tutt'ora chiaro nonostante queste ultime siano state studiate fin dalle prime descrizioni della Sindrome Fibromialgica.

La Sindrome Fibromialgica si può trovare in comorbidità con altre patologie psicologiche quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, vulnerabilità allo stress, ridotti livelli di autoefficacia, scarso adattamento alla sindrome, insoddisfacente qualità di vita, ipervigilanza rispetto al dolore e ad altre sensazioni somatiche, locus of control prevalentemente esterno, conseguenze ad esposizione ad eventi traumatici nella storia di vita (Alciati, 2012), discognizione (Ambrose, 2012).

La sintomatologia prevalente sulla cui base viene effettuata la diagnosi è il dolore tipicamente diffuso e cronico perdurante da almeno 3 mesi. I nuovi criteri diagnostici preliminari dell'ACR (American College of Rheumatology) suggeriscono:

- l'uso dell'indice di dolore diffuso, associato al punteggio della scala per la severità dei sintomi
- la presenza della sintomatologia dolorosa da almeno tre mesi
- l'esclusione di altre patologie che possano spiegare in modo diverso il dolore.

Occorre tuttavia tenere separati Fibromialgia e Dolore Cronico Diffuso.

Tavola 1: FIBROMIALGIA: CRITERI CLASSIFICATIVI

ACR 1990	ACR 2010 *
Dolore diffuso da almeno tre mesi.	Indice di dolore Diffuso - WPI (Widespread Pain Index) che va da 0 a 19 a seconda delle zone indicate come dolenti
Mappa dei tender points: 11/18	Symptom Severity Score (SS-Score) o score per la severità dei sintomi + l'estensione dei sintomi Somatici: 0-12

* $WPI \geq 7/19 + SS\text{-score} \geq 5/12$
 $WPI 3\text{-}6/9 + SS\text{-score} \geq 9/12$

Molto importante risulta essere la diagnosi differenziale con la sindrome fibromialgica primaria (idiopatica), la sindrome fibromialgica secondaria, la sindrome fibromialgica concomitante, le sindromi dolorose simil-fibromialgiche (Sindrome da affaticamento cronico (CFS o PVFS o ME), Reumatismo psicogeno, Repetitive Strain Syndrome (RSS), Tetania normocalcemica (spasmodia), Multiple Chemical Sensitivity Syndrome, Sindrome da impianto di protesi mammaria al silicone, Gulf War Syndrome, Malattia di Lyme, Restless Legs Syndrome (RLS) e mioclono notturno, Sindrome da ipermobilità), e infine, le sindromi dolorose muscolo-scheletriche localizzate (Hauser, 2012).

In alcuni casi è importante inviare il paziente per una consulenza neurologica, in particolare alla presenza di:

- Sintomi neurologici lateralizzati ad un emisoma (dolore, parestesie, ipoestesia, impaccio motorio etc): lesione cerebrale o cervicale?
- Areflessia profonda e/o sintomi sensitivi solo alle mani e ai piedi: polineuropatia ?
- Cefalea con caratteri "sospetti" ovvero di recente insorgenza, non responsiva agli analgesici, ingravescente, associata ad altri sintomi neurologici etc: lesione cerebrale?

- d) Sintomi simmetrici solo agli AAII (insensibilità, parestesie etc): lesione midollare? da ricercare la eventuale presenza di un "livello sensitivo" o del fenomeno di Babinski
- e) Presenza di turbe sfinteriche (incontinenza, difficoltà nella percezione del passaggio di feci o urina): lesione cauda-cono
- f) Dolore o altri sintomi sensitivi a distribuzione radicolare: compressione di una radice?

La terapia farmacologica che talvolta viene proposta può essere a base di Fans/coxib, Analgesici, Miorilassanti, antidepressivi, Anticonvulsivanti o Altri farmaci come benzodiazepine, SAME.

MODELLO MULTICOMPONENZIALE DI APPROCCIO

La visione multidimensionale del dolore, caratterizzato da componenti sia psicosociali che fisiologiche, pone le basi per l'utilizzo di tecniche di trattamento diverse, tra cui l'approccio cognitivo-comportamentale.

Tenendo conto delle caratteristiche salienti della sindrome, si vuole mettere in evidenza l'importanza di un intervento multidisciplinare che coinvolga medico reumatologo, psicologo-psicoterapeuta, psichiatra, medico specializzato in agopuntura, medico naturopata, responsabile del settore ginnastica dolce e tai-chi.

Figura 1: FLOW-CHART





Viene effettuato un primo colloquio anamnestico durante il quale il paziente, sia quando conosce già la propria diagnosi, sia quando non si è ancora rivolto al medico reumatologo, si concentra prevalentemente sui sintomi fisici, sui disturbi del sonno, e sulle conseguenti difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, ponendo l'accento sul senso di affaticamento sia fisico che psicologico.

Nel caso in cui il paziente non si sia ancora rivolto al medico reumatologo si effettua l'invio dopo uno, due colloqui anamnestici.

Segue una fase di assessment durante il quale si vogliono approfondire alcuni aspetti quali:

- Le ricadute del disturbo nel qui ed ora, quali gli evitamenti e i vantaggi secondari
- Storia familiare e di attaccamento: l'obiettivo principale è quello di raccogliere informazioni relative alla storia attuale del paziente e alla sua percezione di supporto familiare, alle relazioni con le figure significative durante l'infanzia e al suo funzionamento passato e attuale
- Lutti e/o eventi traumatici: si indaga la presenza di lutti e/o eventi di vita stressanti che possono aver contribuito all'insorgere del disturbo (Giannantonio, 2009)
- Identificazione delle risorse: si indagano attraverso colloqui o test la percezione di efficacia, la resilienza, le strategie di problem solving, le abilità di coping

L'intervento si accompagna costantemente al senso di incertezza e ricerca, da parte del paziente, di soluzioni migliori di quelle trovate fino a quel momento.

Intervento con TCC

- Psicoeducazione (circa il concetto di dolore cronico, la relazione tra tensione muscolare-paura-dolore, i meccanismi di evitamento, l'importanza di svolgere le attività fisiche consigliate, il significato dei sintomi depressivi e ansiosi quali conseguenza della malattia fisica)
- La psicoeducazione viene anche fatta ai membri della famiglia affinché, involontariamente, non inneschino vantaggi secondari per la paziente (offerta di farmaci, astensione dal lavoro o dalle incombenze quotidiane)
- Ristrutturazione cognitiva (credenze disfunzionali che influenzano profondamente l'evoluzione della malattia, pensieri relativi alla colpa, al non controllo e al non essere più al sicuro, catastrofizzazioni, doverizzazioni) (Beck, 1988)



- Tecniche di respirazione e di rilassamento (finalizzate a ridurre i sintomi legati all'ansia)
- Biofeedback (in particolare sulla frequenza cardiaca)
- Desensibilizzazione sistematica e tecniche di esposizione (Galeazzi, 2004)
- Individuazione delle strategie di coping più efficaci

Obiettivi:

- ridurre la sintomatologia ansiosa legata al dolore e alla tendenza alla generalizzazione e al peggioramento del dolore stesso
- ridurre la sintomatologia depressiva e fobica conseguente agli innumerevoli evitamenti che la persona è costretta a mettere in atto
- aumentare le strategie di fronteggiamento
- modificare pensieri e credenze disfunzionali aiutando il paziente ad attribuire significati più utili e adattivi
- miglioramento globale della qualità di vita (Thieme, 2012)

L'intervento con EMDR ha l'obiettivo di (Shapiro, 2000):

- Riprocessare eventuali eventi dolorosi/traumatici che hanno caratterizzato la storia di vita e che sono, quindi, anche fattori di rischio per la compliance terapeutica
- Rendere il paziente più resiliente nelle diverse situazioni anche di dolore
- Aiutarlo ad attribuire significati più adattivi a sé nella malattia con conseguenti significativi miglioramenti nella qualità della vita.



BIBLIOGRAFIA

- Alciati. A., Sgiarovello P., Atzeni F., Sarzi-Puttini P. (2012). Aspetti psichiatrici della fibromialgia: relazioni cliniche neurobiologiche con i disturbi dell'umore. *In Reumatismo*, 64 (5), 292-299.
- Ambrose K.R., Gracely R.H., Glass J.M. (2012). Disturbi cognitivi nella fibromialgia: concetti e problematiche. *In Reumatismo*, 64 (4), 202-212.
- Beck A., Gary E., Ruth G. (1988). *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*. Roma, Astrolabio Ubaldini.
- Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e Comportamento*. Milano, Giunti Editore.
- Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia Fondamenti e strumenti operativi*. Torino, Centro Scientifico Editore.
- Hauser, W., Wolfe F. (2012). Diagnosi e test diagnostici per la sindrome fibromialgica. *In Reumatismo*, 64 (5), 279-291.
- Perrot S. (2012). Se la fibromialgia non esistesse, allora dovremmo inventarla noi. Breve storia di una sindrome controversa. *In Reumatismo*, 64 (5), 271-278.
- Shapiro, F. (2000). *EMDR*. Milano, McGraw-Hill Italia.
- Thieme K., Turk D.C.(2012)Terapia cognitivo-comportamentale e operante-comportamentale per persone con fibromialgia. *In Reumatismo*, 64 (5), 300-311.