

WORKSHOP INTERATTIVO FIBROMIALGIA ED OSTEOPOROSI

14 marzo 2026

HOTEL VILLA ARTEMIS – Via Dei Laghi, 253 00074 Velletri (Roma)

Responsabile Scientifico: LUIS SEVERINO MARTIN MARTIN

N. Partecipanti: 25 // Categorie Accreditate: MEDICO CHIRURGO TUTTE LE DISCIPLINE

ID PROVIDER 5112

1. RAZIONALE SCIENTIFICO
2. PROGRAMMA SCIENTIFICO
3. DESCRIZIONE CASI CLINICI
4. SCHEMA CV RELATORI

1 - RAZIONALE SCIENTIFICO

Le patologie reumatiche continuano a crescere nella popolazione, soprattutto per due fattori fondamentali:

- 1.- l'allungamento della speranza di vita, che comporta una maggiore incidenza di patologie croniche (reumatologiche, cardiovascolare, respiratorie...)
- 2.- una maggiore disponibilità di mezzi diagnostici per poter fare una diagnosi precoce, riducendo gli effetti a lungo termine della malattia.

A questi due fattori bisognerebbe aggiungere un terzo fattore, che non aumenta l'incidenza delle malattie ma le rende molto più vivibili e meno menomanti: la straordinaria efficacia delle terapie attualmente a disposizione, che permettono di trattare, con diversi livelli di aggressività ed in maggiore sicurezza, tutte queste patologie.

Ciò nonostante, ancora oggi la diagnosi precoce di queste patologie rimane un "traguardo lontano" da raggiungere; si continua a ricorrere raramente all'ecografia articolare e/o alla risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache per porre diagnosi precoce di un'artrite e/o di una spondiloartrite; si richiedono esami ematochimici spesso inutili (TAS, Waaler Rose, ASMA.....) e si dimentica l'importanza degli anticorpi anti peptide citrullinato per la diagnosi di Artrite Reumatoide; si esagera nell'esecuzione annuale della MOC-DEXA e si trascura la necessità di eseguire una Rx colonna con morfometria alla ricerca di fratture osteoporotiche asintomatiche; si trascura assolutamente la ricerca di familiarità psoriasica nei pazienti con artralgie di tipo infiammatorio.....

Tutto questo comporta un notevole ritardo nella diagnosi, riducendo spesso l'efficacia dei farmaci straordinari attualmente a disposizione, come i farmaci biotecnologici indicati nell'artrite reumatoide, nell'artrite psoriasica e nella spondilite anchilosante; i monoclonali (Denosumab e Romosozumab) e la Teriparatide/Abaloparatide e biosimilari da utilizzare con successo nella terapia dell'osteoporosi o gli inibitori della Fosfodiesterasi nell'artrite psoriasica. Appare, quindi, urgente fornire al medico di Medicina Generale, le nozioni essenziali per porsi il sospetto diagnostico e/o derivare immediatamente il paziente allo specialista di riferimento per iniziare tempestivamente la terapia opportuna.

Inoltre, deve essere informato che in molte patologie può (e dovrebbe) iniziare immediatamente la terapia al fine di inviare, se necessario, il paziente allo specialista dopo un primo tentativo terapeutico. Infatti, potrebbero essere così iniziata la terapia con Immunosoppressori di primo livello, come il Methotrexate, l'Idrossiclorochina... o la terapia con FANS o COXIBS nella terapia delle artropatie infiammatorie o degenerative in fase infiammatoria o la terapia con Condrotettori nella terapia cronica della malattia artrosica o la terapia con Vit D e Bisfosfonati nella terapia di prima linea dell'osteoporosi. Tutto questo comporterebbe un enorme vantaggio clinico per il paziente (se la terapia fosse efficace) ed un enorme vantaggio di tempo per lo specialista che vedrà successivamente il paziente (se la terapia di primo livello non fosse efficace) e così passare ad una terapia di secondo o terzo livello precocemente.

Un capitolo a parte meriterebbe l'approfondimento della terapia del dolore come scopo essenziale da inseguire, indipendentemente della causa alla base del dolore (infiammatorio, degenerativo, neuropatico, fibromialgico o traumatico). Ancora oggi, dopo 14 anni dall'approvazione della legge 38/2010 sulla terapia del dolore, si trastulla spesso in terapie non efficaci e/o costose prima di iniziare una terapia con oppioidi minori, rifugiandosi nella paventata "insorgenza di effetti collaterali possibili" e dimenticando che il dolore del paziente è una realtà non possibile ma evidente. Non per ultimo occorre prendere in considerazione il paziente con patologie articolari che, in considerazione di patologie precedenti (Ipertensione arteriosa, terapia con anticoagulanti orali, insufficienza renale cronica...) non può assumere farmaci tradizionali per la cura delle proprie malattie. In questi casi bisognerà informare il paziente dell'esistenza di prodotti nutraceutici in grado di ridurre gli effetti progressivi della propria patologia.

Infine, bisogna non dimenticare che i pazienti reumatologici, in senso lato, muoiono per patologie di tipo internistico: Ictus cerebri, Cardiopatia ischemica, BPCO, Infezioni intercorrenti, Fibrillazione atriale, Ulcere dell'apparato digerente, Tromboembolismo venoso, Insufficienza renale cronica... E spesso queste patologie insorgono o peggiorano a causa di una non oculata attenzione alle interazioni che i diversi farmaci che il paziente assume possono avere tra loro: pazienti osteoporotici che ancora oggi continuano con steroidi inalatori nonostante le linee guida GOLD e la nuova nota AIFA 99 stabilisca un approccio ben diverso per questa patologia; pazienti in terapia con FANS o COXIBS in cronico senza la necessaria protezione con inibitori di pompa protonica come stabilito dalla nota AIFA 1; pazienti con fibrillazione atriale e/o tromboembolismo venoso che continuano o iniziano la terapia con Dicumarolici nonostante questi farmaci creino notevoli problemi di gestione "pratici" per il paziente e di "interazioni" con altri farmaci per il medico nonostante la nota AIFA 97 abbia agevolato notevolmente la prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali; paziente ai quali viene sospesa la terapia con FANS e/o immunosoppressori per l'insorgenza di Ipertensione arteriosa anziché iniziare una terapia anti-ipertensiva sfruttando l'enormità di farmaci anti-ipertensivi (anche in combinazione) facilmente prescrivibili; pazienti con diversi fattori di rischio nei quali non viene calcolato il rischio cardiovascolari (come da tabelle ministeriali) al fine di iniziare una terapia con farmaci ipocolesterolemizzanti prima dell'evento fatale.....

Il progetto formativo prevede la realizzazione di tre incontri residenziali ognuno con singolo accreditamento ECM attuando un modello didattico innovativo, ovvero presentando ai discenti casi clinici interattivi simili a quelli che affrontano nell'attività clinica quotidiana: questi metodo favorirà il confronto fra medici di medicina generale e specialisti ed anche fra gli stessi medici di medicina generale.

L'evento del 14 marzo 2026, approfondirà nello specifico due patologie che coinvolgono prevalentemente la popolazione femminile. Fibromialgia ed osteoporosi.

La Fibromialgia è diventata la "nuova pandemia", soprattutto quando collegata alla sindrome "Post-Covid"; l'osteoporosi, chiamata anche "l'Epidemia silenziosa" colpisce un numero elevatissimo di donne, nonostante ci siano mezzi diagnostici e soprattutto terapie efficacissime per prevenire e trattare le fratture vertebrali.

L'obiettivo formativo dell'evento è individuare gli elementi essenziali per la diagnosi precoce è la diagnosi differenziale delle due patologie; l'efficacia ed eventuali effetti collaterali dei farmaci antiriassorbitivi e stimolanti dell'osteoblasta usualmente utilizzati nella terapia dell'osteoporosi e verrà affrontato il complesso argomento della terapia del dolore, specialmente l'uso degli oppioidi e oppioido-simile. Si porrà particolare attenzione ai quesiti clinici derivanti dalla corretta interpretazione delle note AIFA 79 e 96 ed al preciso utilizzo del codice TDL01 per i farmaci utilizzati nella terapia del dolore cronico.

L'incontro prevede il coinvolgimento attivo di tutti i partecipanti per stimolare la loro interazione sia con la faculty che con gli stessi colleghi; lo scopo è quello di interagire con il medico per prepararlo al confronto diretto con lo specialista di riferimento sulle specifiche patologie al fine di concordare le nozioni essenziali da applicare nella pratica quotidiana.

Per ultimo, al fine di implementare la connessione dello specialista territoriale con il medico di medicina generale del territorio, verrà creata una linea diretta fra entrambi al fine di garantire da parte dello specialista un'immediata presa in carico dei pazienti che i colleghi del territorio ritengano candidati ad una terapia e/o ad un'indagine diagnostica di secondo livello.

WORKSHOP INTERATTIVO FIBROMIALGIA ED OSTEOPOROSI

Programma nel dettaglio

Sabato 14 MARZO 2026

09.00 *Registrazione ECM*

09.30 Introduzione al corso Metodologie e strumenti formativi – **L. S. Martin Martin**

**SESSIONE DI PRATICA CLINICA 1
FIBROMIALGIA – OSTEOPOROSI – OSTEOPOROSI SEVERA
CRITERI CLASSIFICATIVI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

09.50 Analisi e sviluppo di un caso clinico reale in piccoli gruppi a cura dei discenti
10 minuti Anamnesi familiare e storica del paziente
50 minuti Sviluppo del caso, elaborazione delle proposte
20 minuti Presentazione del lavoro svolto, approccio diagnostico e terapeutico
Tutor L. S. Martin Martin

11.10 Confronto interattivo docente - discenti **L. S. Martin Martin**

**SESSIONE DI PRATICA CLINICA 2
FIBROMIALGIA – OSTEOPOROSI – OSTEOPOROSI SEVERA
DIAGNOSI DI SECONDO LIVELLO**

11.30 Analisi e sviluppo di un caso clinico reale in piccoli gruppi a cura dei discenti
10 minuti Anamnesi familiare e storica del paziente
50 minuti Sviluppo del caso, elaborazione delle proposte
20 minuti Presentazione del lavoro svolto, approccio diagnostico e terapeutico
Tutor L. S. Martin Martin

12.50 Confronto interattivo docente - discenti **L. S. Martin Martin**

13.10 *Pausa pranzo*

**SESSIONE DI PRATICA CLINICA 3
FIBROMIALGIA – OSTEOPOROSI – OSTEOPOROSI SEVERA
FARMACI E APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA**

14.00 Analisi e sviluppo di un caso clinico reale in piccoli gruppi a cura dei discenti
10 minuti Anamnesi familiare e storica del paziente



50 minuti Sviluppo del caso, elaborazione delle proposte
20 minuti Presentazione del lavoro svolto, approccio diagnostico e terapeutico
Tutor L. S. Martin Martin

15.20 Confronto interattivo docente - discenti **L. S. Martin Martin**

15.40 Questionario valutazione ECM

16.20 Chiusura Corso

3 – DESCRIZIONE CASI CLINICI

CASO 1:

Donna 56 anni, in menopausa. La mamma ha osteoporosi con frattura di femore, quindi vuole fare una prevenzione e per questo viene da voi.

Dall'anamnesi remota, fisiologica e dall'esame obiettivo emerge soltanto che la paziente non fuma, non presenta alterazioni dell'alvo, ha due figli, ha avuto una menopausa fisiologica a 50 anni e non assume alcuna terapia ormonale sostitutiva. Non sono evidenti deformazioni del rachide, pesa 61 Kg ed è alta 182 cm. Riferite sporadici episodi di asma allergico in terapia con anti-istaminici al bisogno.

Risposta della MOC, colonna -3 (Media -2.2) e fem -3 (Ward -5)

Calcio, Fosforo e Fosfatasi Alcalina normali; Vit D 14 e PTH molto alto

La paziente accetta di iniziare la terapia con Risedronato, ma ci chiede se deve anche aggiungere la vitamina D

La paziente ha sospeso tutta la terapia per intolleranza gastrica, con pirosi, nausea e/o vomito.

CASO 2:

La donna del caso clinico precedente torna da voi dopo 2 anni di terapia; ha iniziato una terapia con Risedronato 35.

La paziente ha iniziato la terapia steroidea (12.5 mg di prednisone) per peggioramento dell'asma, con controllo dallo pneumologo previsto fra 2 mesi.

La paziente, dopo 24 mesi di Risedronato e 30 giorni di terapia steroidea, torna alla visita di controllo e porta in visione la Rx colonna che mostra una deformazione a cuneo di D8 (>20%)

La paziente porta in visione gli esami ematochimici di controllo dopo 12 mesi di terapia con Teriparatide: Fosfatasi alcalina 128 (vn <122); Calcio <12.3 (vn 11.0); Fosforo 2.5 (vn >2.3).

CASO 3:

Donna di 42 anni, si presenta molto dolorante, con difficoltà per muoversi, per sedersi o alzarsi dalla sedia, trascina un piccolo trolley dal quale estrae una cartella con la sua storia clinica e gli esami eseguiti in perfetto ordine cronologico.

Alla domanda del motivo della visita, la paziente riferisce che questa visita rappresenta la sua ultima speranza. Ha visto numerosi medici, ha eseguito numerose terapie, si è sottoposta a numerosi esami strumentali, ma non ha avuto alcun beneficio sulla sintomatologia, che anzi che migliorare è peggiorata. Per colpa di questi dolori ha perso il suo ultimo lavoro.

L'esame obiettivo mostra una difficoltà di tipo antalgico ai movimenti articolari, senza segni di infiammazione né edema articolare, con lieve osteofitosi delle interfalangee distali delle mani.

Gli esami ematochimici eseguiti risultano nella norma, tranne una VES di 28 (vn <20); quindi permane il sospetto clinico di Fibromialgia.

Prima di iniziare qualunque tipo di terapia, bisogna porre diagnosi Fibromialgia.

La paziente ha iniziato un percorso di Mindfulness ed esegue regolarmente attività fisica con un personal-trainer, ma il dolore le impedisce di fare tutte queste attività regolarmente.

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Luis Severino Martin Martin	Medico Chirurgo	Medicina Interna	Ospedale "Paolo Colombo" Velletri (Roma)	<p>Dal 1° Ottobre 2020 ad oggi, dopo richiesta di cambio contestuale, lavora presso la Medicina Interna dell'Ospedale "Paolo Colombo" di Velletri (Roma) come Dirigente Medico di 1° Livello presso la Corsia di Medicina Interna e presso l'ambulatorio di Reumatologia.</p> <p>Dal 15 Gennaio 2018 al 30 Settembre 2020, presso Medicina Interna dell'Ospedale S. Eugenio di Roma, Dirigente Medico di 1° Livello</p> <p>Dal 1 Gennaio 1995 al 31/12/2017 ha lavorato presso l'Ospedale "Regina Apostolorum" di Albano Laziale (RM) come Dirigente medico di 1° livello nell'Unità Operativa di Medicina Interna.</p> <p>Dal 4 Luglio 1998, Ospedale Regina Apostolorum come Dirigente medico di 1° livello di ruolo nell'Unità Operativa di Medicina Interna.</p> <p>Dal 1997 è stato responsabile dell'Ambulatorio di Medicina Interna-Reumatologia Ospedale Regina Apostolorum e dal 1° Aprile 2002 è stato anche responsabile del "Ambulatorio per la prevenzione e cura dell'Osteoporosi". Nel mese di Marzo 2003 ha ricevuto un "Incarico di elevata specialità per la prevenzione e cura dell'Osteoporosi".</p> <p>Dal 1° Luglio 2003 al 30 Aprile 2004 ha lavorato a Madrid</p>

				<p>(Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso degli Ospedali “Madrid” e “Madrid-Montepincipe”.</p> <p>Dal 7 Febbraio al 31 Giugno 2004 ha lavorato a Guadalajara (Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dell’Ospedale Universitario “Principe de Asturias”.</p> <p>Dal 19 Luglio al 18 Agosto 2004 ha lavorato a Toledo (Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dell’Ospedale “Nuestra Señora del Prado” di Talavera de la Reina.</p> <p>.LAUREATO in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà di Medicina di Siviglia (Spagna) col voto "ottimo" nel 1988.</p> <p>SPECIALISTA in Medicina Interna presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Policlinico "A. Gemelli") col voto 50/50 e lode nel 1994.</p> <p>Master Universitario di II Livello 2014-2015: “Clinical Problem Solving in Reumatologia” superato in data 13 Novembre 2015.</p>
--	--	--	--	---

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditazione per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;