

# SCUOLA DI RICERCA

## CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



### LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

CI RACCONTIAMO  
XV EDIZIONE

A cura di Maria Zamparella

Redazione:

*Oscar Abbracciavento, Emanuela Castoro, Giammarco Ciaurro, Roberta De Blasi, Vincenzo Delvecchio, Giacomina Lanzillotta, Linda Lopez, Nadia Minerva, Anna Passarella, Marina Purzolu, Francesca Sannino, Raffaele Sanseverino, Margherita Stendorio, Angela Serafino, Teresa Tricarico, Maria Zamparella*

*La RICERCA In Cure Primarie*

*"Continuiamo a raccontarci..."*

*a cura di Maria Zamparella*

*"Continuiamo a raccontarci..."*

Siamo alla XV edizione, la prima per il nuovo Triennio 2022-2025.

I colleghi in formazione Specifica del nuovo Triennio, da me coordinato e iniziato lo scorso 12 maggio, sono già contaminati dall'entusiasmo di strutturare progetti di ricerca clinica e di aggiornarsi ricercando articoli scientifici di interesse per le Cure Primarie; il loro impegno ha già portato i primi "frutti" con la strutturazione di articoli utili ad arricchire il percorso formativo di contenuti scientifici, di conoscenze, di sapere e di competenze, utili a svolgere e migliorare l'assistenza in Primary Care e all'"effectiveness e efficiency" del benessere psico-fisico di ogni persona.

In questa XV Edizione nella "Finestra dedicata ai nostri lavori" saranno pubblicate le sintesi dei lavori elaborati per le Tesi di Diploma per la Medicina Generale dei colleghi del Triennio 2019-2022; un loro impegno proficuo che ha portato all'elaborazione di molte Tesi di ricerca clinica, alcune di alto profilo scientifico e di interesse per il "management" della medicina del territorio.

*"Continuiamo a raccontarci..."*

..... poiché

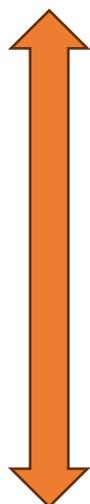
***"La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione".***



*Maria Zamparella*  
[zamparella.maria@gmail.com](mailto:zamparella.maria@gmail.com)

UNA FINESTRA SUI  
NOSTRI LAVORI

I colleghi in Formazione Specifica del triennio 2019-2022, conclusosi con l'esame finale lo scorso 13 dicembre 2023, hanno lavorato con ottimo proficuo e prodotto numerosi studi di ricerca clinica, molti dei quali già pubblicati negli Atti Congressuali del WORLD WONCA 2023 e di altri Congressi Nazionali ed Internazionali e in riviste indicizzate; molti sono stati utili a produrre tesi clinico-sperimentali e di ricerca clinica. In questa Edizione si è scelto di evidenziare alcuni di questi lavori pubblicando l'elaborato finale.



AGGIORNAMENTO

## **“ Red flags in cure primarie per la malattia di Alzheimer: diagnosi precoce”**

La malattia di Alzheimer è una patologia che rientra nel gruppo denominato “demenze”, malattie che presentano sintomi simili, tra cui perdita di memoria, disorientamento, comportamento conflittuale, problemi di linguaggio e motori. Secondo l'OMS il morbo di Alzheimer e le altre demenze sono la settima causa di mortalità a livello globale e ci sono più di 55 milioni di persone in tutto il mondo ad averne ricevuto diagnosi.

La diagnosi rappresenta ancora una sfida importante a livello globale, poiché coloro che la ricercano spesso devono affrontare lunghi tempi di attesa. [1]

In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione, di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer, circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari.

La demenza colpisce persone di ogni genere, cultura e etnia. Spesso si ritarda la diagnosi per stigmi culturali o perché, se sospettata in età avanzata si associa erroneamente al normale invecchiamento o alla depressione. Una diagnosi di demenza spesso lascia l'individuo e i suoi familiari privi di informazioni, in particolare su come potrebbe progredire e su come gestire le relative sfide quotidiane. Oltre a prescrivere un ciclo iniziale di farmaci che possono o meno alleviare i sintomi, la comunità medica non sempre fornisce materiale educativo utile, né fa riferimento a servizi di supporto nella comunità.

Il ruolo del medico di medicina generale, sia per il riconoscimento precoce dei sintomi e, per la conoscenza della sua storia familiare e professionale è il “bivio” fondamentale per indirizzare al percorso più appropriato una volta sospettata la patologia e alla gestione migliore che accompagnerà la persona malata e la sua famiglia.

## UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

REGIONE PUGLIA  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BARI  
CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE (DGR 1379 del 23/09/2018)  
Rinnovo 2020-2022  
Seu di Ricerca Clinica

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DELLA MEDICINA GENERALE  
NELLE STRA DELL'E-HEALTH:  
PREFERENZE, CRITICITÀ E POSSIBILI SOLUZIONI

RELAZIONE  
Dott. Emma MONTAUDO

MEDICO IN FORMAZIONE  
Dott.ssa Francesca SANNINO

### INTRODUZIONE

IL NOSTRO STUDIO:  
Percezioni e preferenze dei Medici di Assistenza Primaria e Ciclo di Scelta e dei Pazienti riguardo l'organizzazione dell'Ambulatorio

CRITICITÀ e proposte

ACCESS TO FAMILY DOCTORS SERVICES IN THE E-HEALTH ERA:  
PREFERENCES, CRITICAL ISSUES AND POSSIBLE SOLUTIONS

### MATERIALI E METODI

2 questionari

- Versione MMG (201) 21 domande
- Versione Pazienti (405) 18 domande

Descrizione	n
MMG	201
Pazienti	405

• Design Form  
• Distribuzione tramite app di messaggistica e social  
• Statistica tramite programma e-learning con metodo ANOVA via Fisher

### DISCUSSIONE

• Largo utilizzo mezzi tecnologici di comunicazione da entrambe le popolazioni intervistate  
• Medicina preventiva di accesso su appuntamento per:  
→ riduzione assenteamenti  
→ riduzione tempi di attesa  
→ aumento tempo a dipa dal medico  
• Appuntamento per servizio di segreteria e prenotazione appuntamento su App Calendar  
• Mezzo di contatto MMG/paziente: largo utilizzo di app di messaggistica (WhatsApp, mail e F2P, come in letteratura (Linderman et al, Novati et al)  
• Messaggi automatici di risposta e App/software ritenute utili ma diffidenti per:  
→ percezione negativa da parte dei pazienti  
→ difficoltà di utilizzo per alcuni pazienti  
• Concomitanza tra medici e pazienti su non conoscenza da parte dell'opinione pubblica del reale lavoro del MMG

CRITICITÀ dei mezzi tecnologici:  
1. Non appropriata per questioni più complesse (Pizzol et al)  
2. Riduzione contatto medico-paziente (Li et al)  
3. Non accessibile per tutti i pazienti  
4. Disprezzo/sovrastimazione (Alonso et al) e rischio di danni legati e sanitari (FRONCICI)

• Tecnologia NON sostituisce il contatto via o via Medico-Paziente  
• Gli assistiti del futuro saranno i cittadini tecnologici di oggi  
• Necessità di linee guida di utilizzo (FRONCICI)

### CONCLUSIONI

Soddisfazione su organizzazione studio = parametro di qualità

È risultato una comunicazione via web:

ottima occasione per la medicina generale

Necessità linee guida per l'azienda su il paziente che il medico

Non sostituisce del contatto via o via medico-paziente → miglioramento processo alle prestazioni, riduzione della burocrazia, più tempo per questioni più complesse

Libertà organizzativa del medico in base alle proprie necessità, a quelle del paziente e del contesto territoriale, sociale e culturale in cui esso opera!

Unica piattaforma per il MMG

Francesca Sannino



## Caratteristiche del morbo di Alzheimer

La caratteristica distintiva del morbo di Alzheimer è la presenza di beta amiloide e tau che si accumulano nel cervello al punto da ostacolare le normali funzioni cognitive. Questo di solito si manifesta con cambiamenti nella memoria, nel pensiero astratto, nel giudizio, nel comportamento, nell'umore e nelle emozioni. Sebbene un progressivo declino della memoria riguardo agli eventi recenti sia uno dei sintomi più comuni della demenza, possono esserci altri tipi di segnali precoci di allarme come la ricerca di parole, errori con le indicazioni stradali, il mancato riconoscimento di volti familiari, esitazione nel prendere decisioni e un cambiamento significativo nell'umore e nel comportamento. [1]

Non bisogna però commettere l'errore di associare il morbo di Alzheimer all'età senile, esistono forme definite "ad esordio precoce" o "esordio giovanile" quando la demenza viene diagnosticata in età inferiore ai 65 anni, anche se ad oggi tale limite è utilizzato in maniera arbitraria.

Tra le numerose malattie che causano demenza precoce, alcune sono degenerative come il morbo di Alzheimer, ma altre possono essere legate alla circolazione cerebrale, cancro o condizioni genetiche. Ad esempio, il genotipo APOE4 è un fattore di rischio generico comune associato ai sintomi legati alla demenza di Alzheimer con esordio prima dei 65 anni. Inoltre, vi sono i portatori della malattia di Alzheimer autosomica dominante che possono presentare sintomi di demenza già nella terza decade, tuttavia, queste famiglie sono rare. Nella malattia di Alzheimer sporadica, invece, quasi il 10% di questi individui può avere mutazioni de novo nei geni PS1, PS2 e APP. [1]

Recenti ricerche sui biomarcatori hanno anche dimostrato che la proteina tau e la neurodegenerazione piuttosto che l'amiloide sono correlate ai sintomi della demenza di Alzheimer (Figura 1). Questi modelli di distribuzione della tau osservati nelle scansioni PET costituiscono le firme di questi specifici sottotipi di malattia di Alzheimer. [1]



REGIONE PUGLIA  
 Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari  
 CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE  
 Triennio 2020/2022  
 (D.G.R. 1759 del 20/09/2019)

Tesi di Ricerca Clinica  
 CASE REPORT

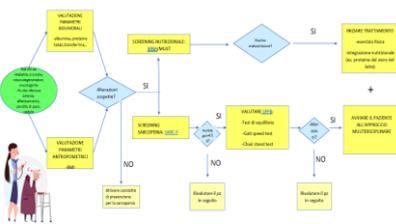
IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE SARCOPEICO NEL  
 SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Medico in Formazione Specifica  
 Dr.ssa Serafino Angela

Relatore  
 Dr. Velluto Antonio

Co-Relatore  
 Dr.ssa Zamparella Maria

**SARCOPEIA: PROPOSTA DI POTA**



**SARCOPEIA: SEZIONE SPERIMENTALE**

**RISULTI**

- Degi MMG dichiara di avere pz sarcopenici tra i propri assistiti **90,8%**
- Utilizzo di test di screening o test diagnostici ambulatoriali **63,1% MAI**
- Ignora obesità sarcopenica **15,4%**
- Prescrizione di AFA (attività fisica adattata) **46% MAI**
- Prescrizione prodotti nutrizionali e fito medicinali **10,8% MAI**
- Prescrizione prodotti nutrizionali e fito medicinali **66,2% QUALCHE VOLTA**
- Supporto distrettuale **53,8% ASSENTE**
- Supporto distrettuale **41,5% PRESENTE MA INSUFFICIENTE**
- Necessità di approccio multidisciplinare **95,4%**
- Sarcopenia: problema sottovalutato **96,9%**
- Mi piacerebbe ricevere una formazione più adeguata **98,5%**

**SCOPO**  
 Indagare sul territorio sulla percezione reale che i MMG hanno in merito alla portata della sarcopenia e di monitorare gli approcci e gli strumenti che mettono in atto nella gestione e nel trattamento di questa patologia

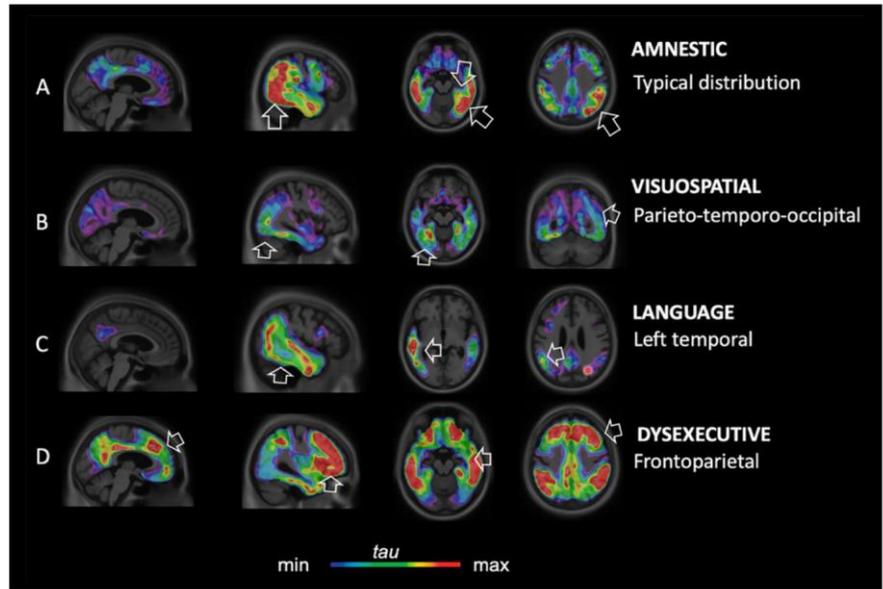
**MATERIALI E METODI**  
 È stata creata una survey anonima di 14 domande e somministrata a 65 MMG dell'ASL BA

**Mancanza di tempo: 36,7%**  
**Insufficienti conoscenze: 63,3%**

Angela Serafino



Figura 1.



Le immagini nella figura 1. rappresentano la distribuzione dei grovigli neurofibrillari (colore arcobaleno) sovrapposti in una risonanza magnetica strutturale (tono grigio). La forma amnesica della malattia di Alzheimer (A) presenta deposizioni di tau nelle aree trans ed entorinali, nelle cortecce limbiche, nella neocorteccia associativa e nei casi più avanzati nelle aree sensoriali primarie. Si noti che nelle varianti visuospatiale (B), linguistica (C) e disesecutiva della malattia di Alzheimer (D) i grovigli neurofibrillari si accumulano rispettivamente nelle regioni parieto-temporale-occipitale, temporoparietale sinistra e frontoparietale. [1]

Fattori di rischio modificabili

Ad oggi è sempre più marcata l'esigenza di programmare interventi preventivi che coinvolgano la medicina generale in seguito alle stime epidemiologiche [2] e la previsione dei costi futuri a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, è di fondamentale importanza il ruolo del MAP nella prevenzione della demenza partendo dai fattori di rischio e agendo anche pertanto sullo stile di vita. Le evidenze in letteratura, infatti, hanno permesso di definire i fattori di rischio modificabili associati alle demenze, che in totale sono 12: basso livello di scolarità, ipertensione, problemi di udito, fumo, obesità, depressione, inattività fisica, diabete, contatti sociali poco frequenti, consumo eccessivo di alcol, trauma cranico e inquinamento atmosferico.



Tesi di ricerca clinica

### L'INFLUENZA DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA SULL' ADERENZA ALLE TERAPIE NELLE CURE PRIMARIE

Medico in formazione specifica  
dr.ssa Margherita Splendorio

Relatore  
dr.ssa A. M. Maiorano  
Co-Relatore  
dr. S. Carusi

CFSMG 2019-2022

«È necessario crescere con gli ammalati, imparando a conoscerne i corpi e le esistenze. Le informazioni sulle famiglie, sulle paure e sulle speranze, la fiducia conquistata con attenzione, sono fondamentali per offrire buone cure. (...) Così, si costruisce una banca dati indispensabile per un'accurata prospettiva diagnostica e per una solida ALLEANZA TERAPEUTICA.»  
Rita Charon



### MODELLI TEORICI DELLA RELAZIONE MEDICO - PAZIENTE

- » MODELLO BIOMEDICO
- » MODELLO BIOPSIICOSOCIALE
- » MODELLO DI HOLLANDER: ATTIVO - PASSIVO
- » DIREZIONE COLLABORAZIONE
- » PARTECIPAZIONE RECIPROCA
- » MODELLO DI VON GERSATTEL
- » SCHEMA DI RAPPORTO INTERPERSONALE
- » MODELLO TECNICO DI SERVIZIO



### ELEMENTI COSTITUTIVI DELL' ALLEANZA TERAPEUTICA

COMUNICAZIONE

EMIPATIA

EFFETTO PIACERO

COUNSELLING



Modificare questi 12 fattori di rischio potrebbe prevenire o ritardare fino al 40% delle demenze [2].

I fattori di rischio possono contribuire nelle varie fasi della vita ad aumentare il rischio di demenza; sia quelli presenti nella prima infanzia, relativi all'istruzione, quelli presenti nell'età adulta relativi alle MCNT (patologie croniche degenerative non trasmissibili, quali ipertensione, obesità, diabete e BPCO) e altre dovute alle lesioni cerebrali traumatiche o abuso di alcol, e, quelli presenti nell'età avanzata relativi alla depressione, all'inattività fisica, all'isolamento sociale, al consumo di tabacco e inquinamento atmosferico.

Esistono evidenze scientifiche per tutti questi fattori di rischio, sebbene alcuni fattori in età avanzata, come la depressione, possano avere un impatto bidirezionale e facciano anche parte del prodromo della demenza. [3]

I fattori della prima infanzia, come la minore istruzione, influenzano la riserva cognitiva risultante. I fattori di rischio della mezza età e dell'età avanzata influenzano il declino cognitivo legato all'età e l'insorgere di sviluppi neuropatologici. L'ipotesi della riserva cognitiva è dimostrata dall'evidenza che le donne anziane hanno maggiori probabilità di sviluppare demenza rispetto agli uomini della stessa età, probabilmente in parte perché in media le donne anziane hanno avuto un'istruzione inferiore rispetto agli uomini più anziani. Invece, le persone in buona salute fisica possono sostenere un carico maggiore di neuropatologia senza deterioramento cognitivo.

Il fumo poi ha effetti vascolari e tossici. Allo stesso modo l'inquinamento atmosferico potrebbe agire attraverso meccanismi vascolari.

L'esercizio fisico, invece, potrebbe ridurre il peso e il rischio di diabete, migliorare la funzione cardiovascolare, diminuire la glutammina o migliorare la neurogenesi dell'ippocampo. Infine, colesterolo HDL più elevato potrebbe proteggere dal rischio vascolare e dall'infiammazione che accompagna la patologia da amiloide- $\beta$  ( $A\beta$ ) nel deterioramento cognitivo lieve. [3]

**RISULTATI**

COME VALUTI COMPLESSIVAMENTE IL TUO RAPPORTO CON IL TUO MEDICO CURANTE?

I dati raccolti hanno visto la partecipazione di 208 pazienti con una prevalenza femminile, principalmente nella fascia d'età tra i 30 e 60 anni, con un'istruzione prevalentemente di livello universitario.

LE PERCENTUALI RELATIVE AL TEMPO DI ASCOLTO DEDICATO DA PARTE DEL MMG SONO NETTE, SI AVVERA UN BUON GRADO DI SODDISFAZIONE, 112 PAZIENTI SU 208 SONO SODDISFATTI DEL TEMPO LORO DEDICATO, 64 PAZIENTI LO SONO SOLO PARZIALMENTE, 32 PAZIENTI (15,4%) NON SONO AFFATTO SODDISFATTI.

**RISULTATI**

SE SEGUI CORRETTAMENTE LE INDICAZIONI TEMPORALI DEL TUO MEDICO CURANTE?

I dati relativi all'aderenza alla terapia ci forniscono un'immagine chiara: i pazienti intervistati riferiscono di seguire correttamente le terapie indicate e nei giusti tempi. L'aderenza alla terapia da parte del paziente non vuol dire soltanto "seguire correttamente la terapia" ma anche adottare tutta una serie di comportamenti che se errati, in breve o in lungo tempo, possono comportare uno scarso risultato della stessa in termini di efficacia e possono esporre i pazienti a rischi sanitari e a complicanze talvolta ben peggiori della malattia in sé.

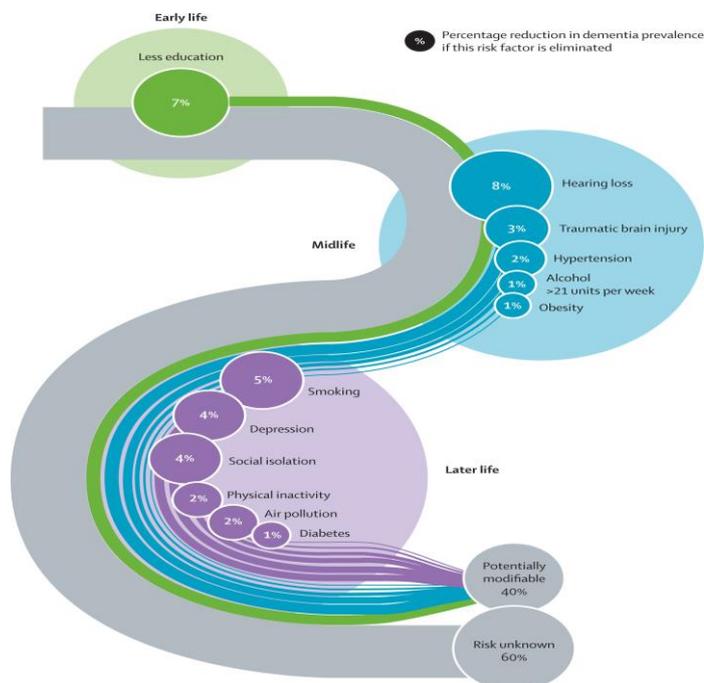
**CONCLUSIONI**

- La medicina generale dovrebbe concentrarsi sulla creazione di una alleanza terapeutica creando un ambiente collaborativo e fiducioso, promuovendo una migliore comprensione reciproca e una gestione efficace delle cure.
- Il tipo di ricerca svolto ha evidenziato come ci sia un buon grado di soddisfazione nel rapporto complessivo con il medico di medicina generale e ciò trova corrispondenza nell'aderenza alle terapie indicate. Il campione esaminato, però, potrebbe essere non sufficiente a delineare una significatività dei risultati. Progetti di studio futuri potrebbero indagare il tema dell'alleanza terapeutica con domande aperte e più approfondite, volte a comprendere punti di forza e proposte migliorative nel rapporto medico-paziente.

*Margherita Sblendorio*



Figura 2. Fattori di rischio potenzialmente modificabili suddivisi per fasce di età [3]



La Figura 3, invece, riassume i possibili meccanismi di protezione dalla demenza [3], alcuni dei quali comportano l'aumento o il mantenimento della riserva cognitiva nonostante la patologia e il danno neuropatologico. Con il termine riserva si tiene conto della differenza tra il quadro clinico di un individuo e la sua neuropatologia e divide ulteriormente il concetto in riserva neurobiologica del cervello (ad esempio, numero di neuroni e sinapsi in un dato momento), mantenimento del cervello (come capitale neurobiologico in qualsiasi momento, basato sulla genetica o sullo stile di vita che riduce i cambiamenti cerebrali e lo sviluppo di patologie nel tempo) e come adattabilità che consente la conservazione della cognizione o del funzionamento quotidiano nonostante la patologia cerebrale.

Tesi di Ricerca Clinica  
Dott.ssa Emanuela A. Costoso  
Relatore: dr.ssa Maria Zampogna

**Transitional care**  
*La presa in carico del paziente adolescente*

ADOLESCENZA	ADOLESCENZA = SALUTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>OMS età tra i 10 e i 19 anni</li> <li>SVILUPPO PUBERALE</li> <li>RICERCA DELLA PROPRIA IDENTITÀ</li> <li>SPERIMENTAZIONE DI NUOVI STILI DI VITA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>STUDI 20% adolescenti ha</li> <li>PATOLOGIE ACUTE</li> <li>PATOLOGIE CRONICHE</li> <li>PATOLOGIE TUMORALI</li> </ul>

---

**TRANSITIONAL CARE**

PRIMO APPROCCIO

- ANAMNESI FISIOLÓGICA: accrescimento, sviluppo puberale, alimentazione, abitudini di vita, stato vaccinale
- ANAMNESI PATOLOGICA: allergie, disabilità, malattie genetiche, malattie metaboliche, disturbi d'ansia, dell'umore, del comportamento alimentare
- ANAMNESI FAMILIARE: diabete, obesità, ipercolesterolemia familiare, malattie cardio-vascolari, tumori

---

**TRANSITIONAL CARE**

PATOLOGIE ACUTE	PATOLOGIE CRONICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>INFEZIONI</li> <li>TRAUMI</li> <li>DISTURBI ORMONALI</li> <li>CARENZE NUTRIZIONALI</li> <li>DISTURBI D'ANSIA O DELL'UMORE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASMA</li> <li>DIABETE MELLITO</li> <li>PNEUMOPATIE POST-INFETTIVE</li> <li>FIBROSI CISTICA</li> <li>CARDIOPATIE CONGENITE</li> </ul>

---

**PATOLOGIE TUMORALI**

- LINFOMI DI HODGKIN
- TUMORI DELLA TIROIDE
- LEUCEMIE
- TUMORI DELLE CELLULE GERMINALI
- LINFOMI NON-HODGKIN
- TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
- MELANOMA
- SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI
- TUMORI DELL'OSSE

---

**TRANSITIONAL CARE SURVEY**

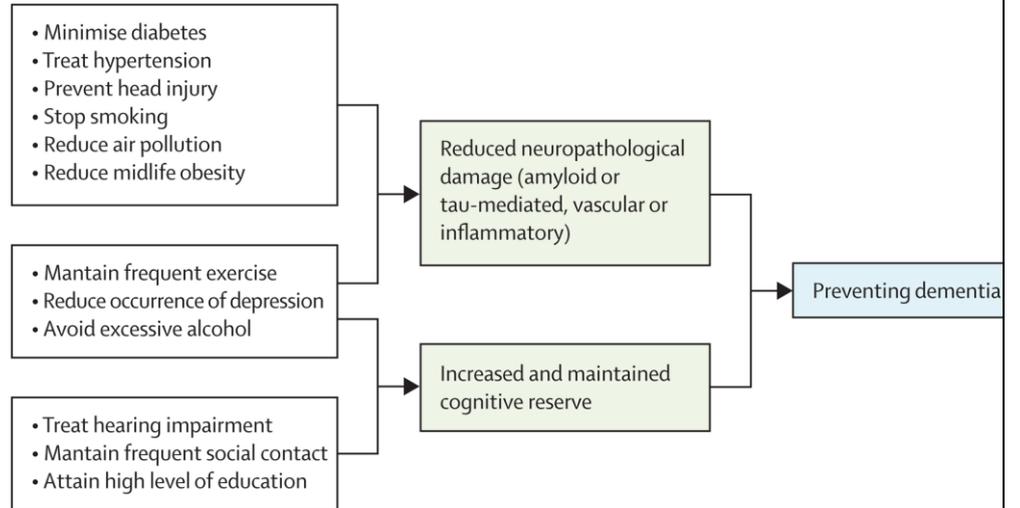
**BACKGROUND**  
PASSAGGIO DEL PZ ADOLESCENTE (13-19 anni) DAL SETTING DI CURA PEDIATRICO A QUELLO DELL'ADULTO

**PATOLOGIE ONCOLOGICHE**

- PREVENZIONE
- DIAGNOSI
- TERAPIA
- RECIDIVE
- COMPLICANZE TERAPIE-CORRELATE



Figura 3. Possibili meccanismi cerebrali per migliorare o mantenere la riserva cognitiva e la riduzione del rischio di fattori potenzialmente modificabili nella demenza. [3]



**Ruolo del MAP (medico di medicina generale)**

Il MAP è il primo medico che il paziente incontra ed ha quindi la massima possibilità di cogliere i segnali di allarme del disturbo, sia mnesici che comportamentali, di sospettare la “malattia” mediante strumenti idonei e di organizzare approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici.

## TRANSITIONAL CARE SURVEY

### AIM

INDAGARE SE E COME I MAP E I PLS RIESCONO AD INDIVIDUARE I BISOGNI DI SALUTE DEI LORO PZ ADOLESCENTI ONCOLOGICI E LUNGO SOPRAVVIVENTI

### MATERIALI E METODI

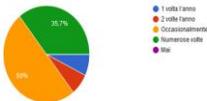
- \* GOOGLE MODULI
- \* 17 ITEMS
- \* MAP e PLS della REGIONE PUGLIA

## TRANSITIONAL CARE SURVEY RISULTATI

- \* Qualifica: 86.7% MDG 13.3% PLS
- \* Sesso: 53.3% donne 46.7% uomini
- \* Età: 60% 60-70aa 33.3% 40-60aa 6.7% <40aa
- \* Numero totale assistiti: >1300 40% 800-1300 33.3% 500-800 20% <300 6.7%
- \* Numero assistiti adolescenti (13-19aa):
- \* >30 46.7% <30 6.7% <20 26.7% <10 13.3% <5 6.6%
- \* Riusce a individuare i cambiamenti neurobiologici dei pz adolescenti: 60% no
- \* Come si presentano i pazienti adolescenti: 53.3% accompagnati dai genitori/parenti

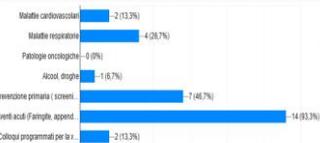
## TRANSITIONAL CARE SURVEY RISULTATI

- \* Quante volte in media visita i pz adolescenti durante l'anno: 50% occasionalmente



## TRANSITIONAL CARE SURVEY RISULTATI

- \* Principali motivazioni per cui si rivolgono a lei i suoi pazienti adolescenti: 93.3% eventi acuti



## TRANSITIONAL CARE SURVEY RISULTATI

- \* 60% dei MAP ha avuto pz adolescenti con tumore
- \* Tumori più fq: 80% leucemie/linfomi 20% tumori dell'osso
- \* % di guarigione ≠ a seconda del protocollo utilizzato, per adulti o pediatrico
- \* Invio presso un centro di onco-ematologia pediatrica
- \* Non conosce Progetti Ospedalieri dedicati esclusivamente agli adolescenti con tumore
- \* Non conosce i bisogni assistenziali di un adolescente con tumore lungo sopravvivenza
- \* Inserire nel CFS MG uno spazio dedicato alle patologie dell'adolescente e agli effetti tardivi delle tp

Figura 4. Red Flags sintomi malattia di Alzheimer. [1]



Pertanto, utile sarebbe stratificare gli assistiti sulla base dei fattori di rischio preesistenti e poi fare attenzione ad alcuni segnali come ad esempio:

- l'assistito che segue terapie croniche dimentica di farsi prescrivere un farmaco saltando la somministrazione, in tal caso sottolinearne la "dimenticanza" e indagarne i motivi sarebbe utile ad evidenziare i fattori di rischio;
- l'assistito che presenta alcuni dei fattori di rischio, in tal caso va prestata maggiore attenzione alla relazione medico-paziente e alla strutturazione del colloquio rivolgendogli domande basate su un algoritmo diagnostico.

In caso di dubbi si dovrebbe procedere con una valutazione cognitiva con l'ausilio di test cognitivi quali ad esempio il GPCog (General Practitioner assessment of Cognition). Il MAP dovrebbe essere formato in tal senso per poter iniziare il percorso diagnostico ed inviare successivamente il suo assistito allo specialista. Il mmg non deve sostituirsi alla figura dello specialista ma essere istruito nel riconoscere alcuni sintomi e segni di dubbio aiuterebbe nella diagnosi precoce di tale patologia che, sebbene

TRANSITIONAL CARE  
SURVEY  
CONCLUSIONI

- APPUNTAMENTI PROGRAMMATI per intercettare il pz adolescente
- AMBULATORI MULTIDISCIPLINARI per la gestione delle patologie complesse
- PROTOCOLLI DI SCREENING per gli adolescenti
- PROTOCOLLI DI GESTIONE dei pz adolescenti lungo-sopravvissuti
- LINEE GUIDA condense e standardizzate
- PDTA rivolti all'età adolescenziale

Emanuela Castoro



TESI DI RICERCA CLINICA  
Gloria Ferraro Inzaghi  
Relazione clinica Maria Campanella

### La Violenza in Sanità: indagine conoscitiva sui MAP pugliesi

SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSAS?"

- > 1450 sanitari M39% F61%
- > 29 items febbraio - settembre 2023
- > 590 MAP: M=85 F=305
- MMG 275
- PLS 80
- CA 234

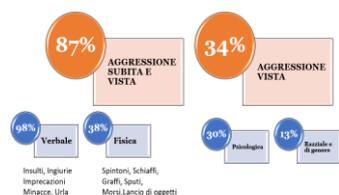
Età: 31-40 anni 16%, 41-50anni 15%, 51-70 anni 65%

SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSAS?"

Dai dati della survey cosa si evince?

- La Relazione medico e paziente è cambiata
- Rassegnazione alla violenza **53%**
- Nessuno si sente sicuro nel luogo di lavoro **90%**
- Nessuno si sente protetto dalle Istituzioni **95%**
- Le tecniche di De Escalation non sono conosciute **70%**
- La Metodologia Balint è poco conosciuta e poco usata **83%**
- **80%** degli atti aggressivi sono causati da: liste d'attesa, ridotto numero del personale dedicato e scarsa formazione.

SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSAS?"

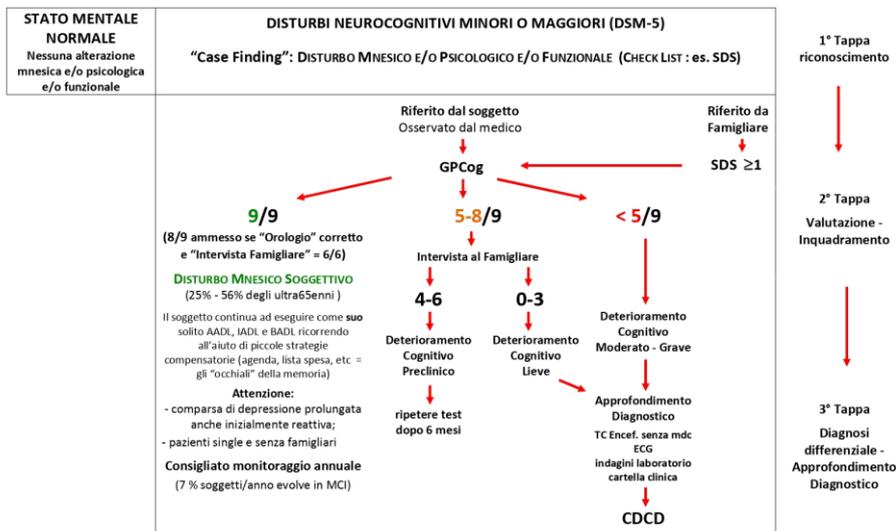


irreversibile, garantirebbe un più rapido accesso alle cure e un miglioramento nel tempo della qualità di vita fino all'inevitabile declino cognitivo.

Interessante è l'algoritmo diagnostico presentato di seguito [4]

Figura 5: Algoritmo diagnostico per la valutazione dello stato mentale in pazienti con età uguale o superiore ai 50 anni. [4]

Valutazione dello Stato Mentale in pazienti ambulatoriali ultra50enni in Medicina Generale  
Proponibile come "Sesto segno vitale"

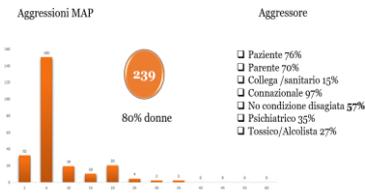


Conclusioni

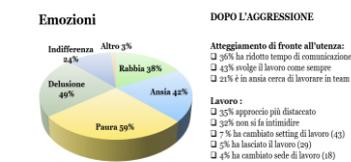
Il MAP è una figura chiave nel processo di presa in carico della persona con demenza rappresentando un importante punto di riferimento per la persona affetta da demenza e per tutti i professionisti coinvolti nella gestione di tale malattia.

Il MAP collabora nella fase diagnostica, partecipa al follow-up garantendo la necessaria continuità clinico-assistenziale, con particolare riguardo al monitoraggio clinico-terapeutico e alla gestione delle comorbidità e ha un ruolo fondamentale soprattutto non solo nella diagnosi precoce ma anche nella gestione dei vari fattori di rischio che possono rallentare e ritardare l'evoluzione più grave della stessa malattia.

SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"



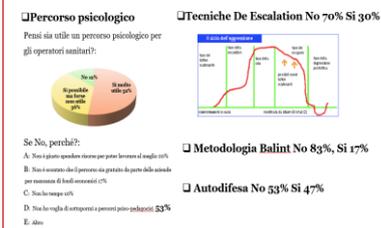
SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"



SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"



SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"



SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"

**Proposte**

	Molto utile	Utile	Abbastanza	Poco	Per niente
Inasprimento pene	51%	11%	3%	35%	0%
Porte blindate	9%	20%	41%	22%	7%
Sistema d'allarme	21%	9%	63%	9%	0%
Vie di fuga accessibili	62%	17%	21%	0%	0%
Portineria/Vigilantes	11%	17%	72%	0%	0%
Dive	14%	26%	40%	10%	4%
Tutela legale	33%	25%	38%	4%	0%
Piattaforma segnalazione anonima	3%	50%	16%	31%	0%

SURVEY DATA: LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"

**Conclusioni**

- La Violenza sugli operatori sanitari non accenna a diminuire nonostante entrata in vigore della legge n 113/2020.
- La Violenza nei confronti dei MAP si ridurrebbe del 80% con: l'aumento del numero del personale dedicato, la riduzione delle liste di attesa, l'istituzione di corsi di formazione sulla comunicazione empatica, sulle tecniche di De Escalation e sull'uso della Metodologia Balint.

*Teresa Tricarico*

Inoltre, attiva tutti i servizi socio assistenziali per garantire gli interventi, il supporto necessario e il giusto sollievo alla famiglia. La formazione del MAP in merito a tale patologia è quanto mai necessaria.

*Putzolu Maria*

**Bibliografia**

- [1] *Rapporto mondiale sull'Alzheimer 2021, Alzheimer's Disease Internationale*
- [2] *Guido Bellomo, Francesco Sciancalepore, Eleonora Lacorte, Giulia Remoli, Marco Canevelli, Clara Ricci, Domenico Italiano, Francesco Mazzoleni, Alessandro Pirani e Nicola Vanacore. Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione e nella gestione del paziente con demenza.*
- [3] *Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Brayne C, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Costafreda SG, Dias A, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Ogunniyi A, Orgeta V, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020 Aug 8;396(10248):413-446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6. Epub 2020 Jul 30.*
- [4]: [www.demenzemedicinagenerale.net](http://www.demenzemedicinagenerale.net)

**TECNOLOGIE DIGITALI E SALUTE PUBBLICA: UNO SGUARDO AL  
FUTURO ED IL RUOLO DEL MAP**



Gli ultimi anni hanno incrementato notevolmente l'integrazione tra tecnologie digitali e sistema sanitario: lo sviluppo della telemedicina e delle tecnologie come cloud, 5G, collaboration e AI, hanno assunto esponenzialmente un ruolo di rilievo, aprendo una nuova epoca digitale.

Questo ha portato ad un modello assistenziale volto sempre più verso una presa in carico del paziente in digitale che resta sempre al centro di tutto supportato da servizi di 'Business – Artificial Intelligence' e analisi dei dati, con le varie Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).

Abbiamo vissuto un'escalation mai vista prima nell'uso degli strumenti digitali a beneficio dell'assistenza primaria, in particolar modo quella domiciliare; infatti nell'ultimo triennio sono stati realizzati vari progetti, spesso in collaborazione con aziende, per un valore aggiunto rispetto agli anni precedenti di circa il 70%.

L'investimento da parte di enti sanitari territoriali (Aziende Sanitarie Locali) per tecnologie digitali supera i 900 milioni, con un focus incentrato sullo sviluppo di progetti di digitalizzazione dei dati sanitari attraverso cartelle cliniche elettroniche. Anche l'ausilio delle televisite è triplicato tra i Medici di Medicina Generale.





**NEWS**

Nell'ambito dello stato dell'innovazione digitale della Sanità particolare attenzione meritano le tecnologie per monitorare e assistere i pazienti a distanza e favorire la prevenzione. Le tecnologie digitali ci danno l'opportunità di attivare processi innovativi per migliorare la qualità di vita e salute dei pazienti, la produttività e il lavoro del medico. Anche il monitoraggio remoto gioca un ruolo molto importante nel garantire processi di assistenza ed esperienze di qualità nell'ambito salute.

La diffusione della Telemedicina come mezzo per garantire la continuità nelle cure e per rispondere alla domanda di sanità digitale da parte del cittadino ha visto crescere l'integrazione nel percorso sanitario di strumenti per il Telemonitoraggio a partire dalla Televisita da parte del personale assistenziale e socio-sanitario sul territorio, fino a raggiungere una vera e propria Telecooperazione tramite Teleconsulto con scambio di immagini e documenti clinici talvolta in tempo reale.

Ad oggi, anche la Puglia si è distinta grazie alla società InnovaPuglia per la sua iniziativa progettuale di ampliamento della digitalizzazione e dematerializzazione dei processi di lavoro nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale (SSR) attraverso un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie nei processi decisionali e di approvvigionamento.

Le componenti serventi dei servizi previsti in Convenzione e la relativa manutenzione sono stati acquisiti dalla Regione Puglia e resi disponibili a tutte le Aziende Sanitarie che, una volta acquisiti, hanno potuto migliorare notevolmente la fruibilità di tali servizi.

La rete di prossimità degli studi dei Medici di Assistenza Primaria (MAP/MMG) in questo contesto è un punto di riferimento, un capitale, un presidio fondamentale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e tale presidio, correlato ai processi di innovazione digitale dei processi assistenziali, diventa la risposta vincente in un modello organizzativo che vedrà una sinergia sempre maggiore tra i vari setting di assistenza sia nel pubblico che nel privato.

La Medicina Generale è stata la prima categoria medica ad informatizzarsi in Italia già molti anni fa attraverso una digitalizzazione di gestione e di processo ovviamente diversa dalla trasformazione odierna che grazie al

Gli Herpesvirus sono un gruppo di virus che determinano presentazioni cliniche solitamente benigne e autolimitanti, nonostante possano manifestarsi in modo più grave in pazienti immunocompromessi.

L'agente eziologico della varicella e dell'herpes zoster (noto anche come "fuoco di sant'Antonio") è il Varicella Zoster Virus (VZV), di cui l'uomo è l'unico reservoir naturale e il contagio primario avviene per via respiratoria, mentre la replicazione avviene nel tessuto tonsillare

e nelle mucose delle vie aeree.

La diffusione del virus avviene nelle vie ematiche e linfatiche, mentre una seconda viremia diffonde le particelle virali anche nella cute e nelle mucose, ove nello specifico si formeranno vescicole.

I maggiori siti di latenza sono i gangli dorsali delle radici dei nervi spinali, i gangli enterici e i gangli dei nervi cranici.

Il VZV può andare incontro a riattivazione in seguito ad immunosoppressione o in seguito alla naturale attenuazione dell'immunità acquisita. (1)

ruolo centrale dei pazienti, dei dati e della Intelligenza Artificiale è invece un netto cambiamento del modo stesso di concepire la salute e di fare medicina.

La Medicina Generale si sta confrontando con una trasformazione ed un processo di innovazione radicale, un vero e proprio cambio di paradigma.

In questo nuovo scenario, che espanderà le opportunità di relazione, di cura e di accesso alla salute per il cittadino, è fondamentale, per il MAP, proiettare nella sfera digitale il rapporto fiduciario con il proprio assistito, che è poi il fulcro dell'assistenza e le "fondamenta" della professione sanitaria e del ruolo nel SSN.

Come in tutti i settori, dobbiamo essere consapevoli che una buona digitalizzazione della sanità può solo comportare un miglioramento della relazione medico-paziente.

In futuro quindi, quello del MAP sarà un ruolo sempre più centrale: un cardine delle innumerevoli offerte innovative in tema di gestione della salute, capace in tal senso di creare una "fiduciarità digitale" quale espansione di quella interpersonale.

La corretta trasformazione digitale espande le capacità del Medico. Ovviamente, esiste un "tempo" di passaggio, di trasformazione e di adattamento, ma occorre avere una visione del futuro:

**"ORIENTARE E GESTIRE IL CAMBIAMENTO, NON SOLO OSSERVARLO ACCADERE".**

*Gianmarco Ciaurro*



Circa 1/3 degli adulti sviluppa lo Zoster nel corso della propria vita e l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età, fino ad arrivare al 50% nei pazienti con un'età maggiore di 85 anni. (2) (3) È stato evidenziato anche un rischio notevolmente aumentato di riattivazione nei pazienti infettati con SARS-CoV-2 pari al 60%. (4) In caso di riattivazione, il virus percorre l'assone in senso centrifugo raggiungendo la cute e causando delle eruzioni vescicolari con distribuzione

dermatomera, solitamente toracica ma anche con coinvolgimento trigeminale. La manifestazione cutanea si associa solitamente a prurito, parestesia e disestesia. L'interessamento del facciale si manifesta con alterazioni del canale uditivo, della lingua con disgeusia dei 2/3 anteriori e con paresi facciale omolaterale, nell'insieme questa prende il nome di Sindrome di Ramsay Hunt. Un'altra manifestazione di riattivazione è lo Zoster oftalmicus, causato dall'infezione del ganglio di Gasser della branca oftalmica del V° nervo cranico, il quale

## TECNOLOGIE DIGITALI E SALUTE PUBBLICA: UNO SGUARDO AL FUTURO ED IL RUOLO DEL MAP



Uno dei benefici previsti dall'impiego dell'Intelligenza Artificiale (IA) nella medicina generale è certamente la capacità di effettuare diagnosi più accurate, tempestive ed efficienti. I MAP sono la figura chiave per la trasformazione digitale della sanità e l'IA è un potente alleato per gli stessi medici di medicina generale.

Già attualmente osserviamo a una **"DISRUPTIVE INNOVATION"** che sta dimostrando un valore reale di miglioramento in termini di "effectiveness e quality" dell'assistenza ma anche di innovazione della professione medica incidendo sulle strategie e sui processi di produttività di salute.

può esitare in cecità permanente.

I neuroni coinvolti nella riattivazione possono essere danneggiati permanentemente dal virus stesso oppure dalla risposta immunitaria dell'organismo, questo provoca quella che chiamiamo nevralgia posterpetica, e nello specifico viene identificata quando il dolore urente persiste per un tempo maggiore di 90 giorni. La IASP (International Association of Study of Pain) definisce il dolore

neuropatico come diretta conseguenza di una lesione del sistema nervoso somatosensoriale, differenziandolo in dolore neuropatico centrale e dolore neuropatico periferico.

Il sottogruppo di dolore specifico della nevralgia posterpetica è quello neuropatico localizzato(5), il quale non identifica un meccanismo fisiopatologico differente di dolore neuropatico, ma giustifica l'utilizzo di trattamenti locali per ridurre il dolore stesso.

Studi epidemiologici mostrano una prevalenza di circa il 14% di PHN a tre mesi

Il processo di trasformazione digitale della salute con "l'arma della IA" ha e avrà sempre di più un impatto positivo per il benessere psico-fisico di ogni singola persona sana, malata e per il suo caregiver e, sicuramente, anche sul welfare delle istituzioni pubbliche e private che si occupano dei sistemi socio-sanitari e assistenziali.

*Maria Zamparella*



dalla manifestazione dello zoster, (6)percentuale che cresce con l'aumentare dell'età, fino ad un 30% nei pazienti over 80(7).

La nevralgia post erpetica è verosimilmente provocata da due meccanismi coesistenti che coinvolgono l'alterazione quantitativa e qualitativa delle fibre nocicettive di tipo C.

Dal punto di vista quantitativo si ha una riduzione delle fibre C a livello cutaneo, con una riorganizzazione nervosa a livello centrale, e come

risultato il paziente manifesterà allodinia.(8)

Qualitativamente parlando si avrà invece una riduzione della soglia di attivazione con un aumento della frequenza dei potenziali d'azione, provocando iperalgesia e allodinia. (9).

Sono stati elaborati anche diversi questionari per diversificare la tipologia di dolori e tra questi ritroviamo il PainDETECT, l'ID Pain e il DN4.

Ci sono tre possibili approcci per il controllo della PHN: trattamento della PHN manifesta, prevenzione della PHN attraverso una terapia

**PILLOLE**

**LA 6° MALATTIA CRONICA:**

**"CHRONIC PAIN"**

Il dolore cronico è, ormai, la domanda di salute più frequente negli ambulatori di Medicina Generale e spesso con richiesta di risoluzione tempestiva!!!

In base ad un'indagine realizzata dal Centro studi della FIMMG, su un campione di oltre 400 Medici di Medicina Generale, oltre il 90 % dei pazienti riceve la prima terapia dal medico di famiglia.

Il MMG è il medico di Assistenza Primaria (MAP) e il primo sanitario di contatto con il cittadino; inquadra il dolore sul piano clinico e sociale, disegna il percorso assistenziale individuale sulla base delle linee guida nazionali e internazionali, promuove l'adesione al percorso da parte del paziente e si rende garante dell'efficacia della presa in carico della persona. Sappiamo ancora molto poco sul dolore cronico, il quale non sarebbe più un campanello di allarme o un sintomo diretto, bensì un fenomeno autoreferenziale che si è emancipato dalle concause sottostanti, divenendo esso stesso una patologia.

Il Dolore cronico, infatti, pur senza assurgere - fino ad oggi - ad un effettivo riconoscimento scientifico, può essere comparato del tutto alle malattie croniche, essendo una patologia invalidante con notevole impatto sulla sfera emotiva, sociale, lavorativa e sulla qualità della vita.

A livello mondiale, "The Chronic Pain" rappresenta uno dei principali problemi sanitari sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento delle patologie cronico-degenerative (osteoarticolari, neurologiche e vascolari) e dei tumori.

L'assenza di una valutazione sistematica del dolore cronico rappresenta la principale criticità, difficoltà esacerbate, ulteriormente, dalla sovente non responsività al trattamento e dai seri rischi collaterali delle terapie che rendono lacunosa la risposta assistenziale.

precoce dello zoster oppure la prevenzione dello zoster stesso.

Tra i farmaci di prima linea ritroviamo gli antidepressivi, i quali sono in grado di potenziare le vie inibitorie discendenti inibendo la ricaptazione di noradrenalina e serotonina, oppure causando il rilascio di GABA da parte degli interneuroni. Tra essi i più efficaci sono i TCAs e in particolare l'amitriptilina e l'imipramina. Per far fronte ai vari effetti collaterali, sono stati

introdotti gli SNRI, come la duloxetina a dosaggi di 60 mg fino a 2/die(10)

Altri farmaci sovrapponibili sono i gabapentinoidi come gabapentin e pregabalin a dosi di 50 mg x3/die oppure 75 mg x 2/die, i quali agiscono a livello dei canali Ca dipendenti del SNC con effetti analgesici, ansiolitici e anticonvulsivanti (11)(12).

I trattamenti topici per la PHN sono il cerotto di capsaicina ad alta concentrazione ed il cerotto di lidocaina 700mg.

Il cerotto di capsaicina è disponibile nella concentrazione dell'8% ma è disponibile solo in ambiente

In un quadro normativo e clinico così carente, l'Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 10 luglio 2014 ha dato attuazione al comma 2 dell'articolo 5 della legge 38/2010, sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. Tale normativa prevede che l'assistenza in dette reti di cure sia garantita da figure professionali - quali il medico specialista in anestesia, in oncologia, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia e radioterapia, l'infermiere, il dietista e lo psicologo - di concerto con il medico di Medicina Generale.

Emerge da qui, la necessità di una comunicazione primaria simmetrica tra i vari professionisti coinvolti e il paziente, cosicché un'informazione più efficace diviene *la conditio sine qua non* per un'adeguata presa in carico del paziente ed una sua corretta gestione, al fine di prevenire e contenere la disabilità, ridurre le complicanze, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari.

Proprio in questo solco, sembrano ormai orientarsi alcune piattaforme digitali, ad iniziativa privatistica, come NetPain, la quale si avvale della consulenza scientifica della Associazione Italiana per lo studio del dolore.



#### Rilevanza del problema:

In Italia, un paziente su 4 soffre di dolore cronico e, in base ai dati della ricerca "Il dolore cronico moderato" della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), in 8 casi su 10 la causa è rappresentata da lombalgie, artralgie e dolori cervicali. Si stima che in Puglia i pazienti affetti da dolore cronico possano essere circa 800mila persone, con prevalenza per il sesso femminile.

ospedaliero, ed è possibile applicare un massimo di 4 cerotti per un massimo di 60 minuti.(13)

Il cerotto di lidocaina 700 mg è composto da un supporto in PET e da idrogel adesivo, i quali conferiscono alla patch una protezione dalle sollecitazioni meccaniche. Il cerotto ha nello specifico una somministrazione topica, quindi raggiunge il derma e le strutture nelle immediate vicinanze, senza avere effetti a livello sistemico poiché non raggiunge il sistema circolatorio.

Il cerotto viene posizionato a livello dell'area dolente per massimo 12 ore al giorno, con la possibilità di applicarne tre contemporaneamente.(14)(15).

Il trattamento precoce dello zoster invece è limitato all'utilizzo di farmaci antivirali come aciclovir (800 mg per 5 volte/die), famciclovir e valaciclovir (1000mg per 3 volte/die), i quali però devono essere utilizzati entro 72h dall'esordio del rash cutaneo. Sono state effettuate diverse reviews che però non hanno evidenziato nessuna riduzione di PHN con il

Segnatamente, dalla Banca Dati Assistito è emerso che i pazienti cronici in Puglia, in riferimento all'anno 2015, rappresentavano circa il 40% della popolazione, assorbendo quasi l'80% del valore tariffario delle prestazioni sanitarie erogate in Regione.

A livello nazionale, secondo i dati Istat resi disponibili a marzo 2017, la malattia del dolore comporta una spesa di 3,2 miliardi di euro, tra costi diretti e indiretti.

### **Comprendere il dolore**

Il dolore è una esperienza soggettiva, individuale e difficilmente condivisibile.

Proprio perché fenomeno esistenziale, antropologico, e socio-economico oltre che biologico, storicamente il dolore è stato definito, classificato, concepito e vissuto in modi eterogenei.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) fotografa il dolore come: "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". Oltre all'aspetto sensoriale secondario a una lesione organica, la definizione indica quindi l'esperienza del dolore in termini più complessi, cioè bio-psicologici.

Il dolore si definisce cronico se dura da almeno 3 mesi, con un'intensità non sempre correlata alla noxa patogena, spesso non rispondente a trattamento.

Il dolore cronico, secondo l'ICD (International Classification of Diseases) può essere suddiviso in:

- 1) dolore cronico primario, se è identificato come patologia (es.: fibromialgia);
- 2) dolore cronico secondario, se è collegabile ad una causa organica, come nel caso delle infiammazioni croniche di patologie muscolo-scheletriche o del sistema nervoso (es.osteoartriti, sclerosi multipla, dolore neuropatico e dolore neoplastico).

La classificazione patogenetica lo distingue in nocicettivo, neuropatico e nociplastico. Nocicettivo quando lo stimolo attiva fisiologicamente i nocicettori, che segnalano la sua presenza nella zona (dolore primario) o in una sede metamericamente correlata (dolore riferito), come nel caso del dolore alla spalla destra in una colica della colecisti.

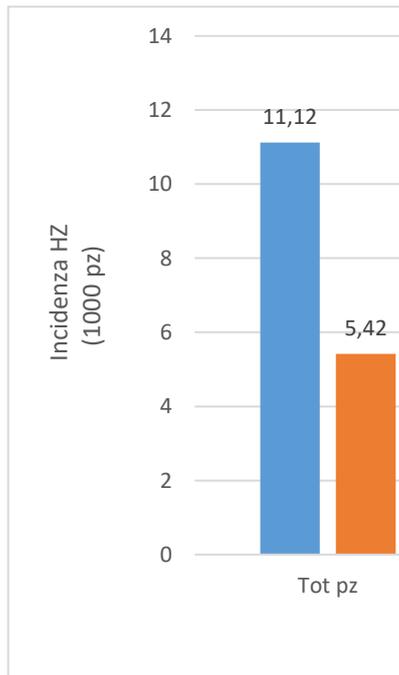
trattamento precoce mediante aciclovir. (16)

L'unico vantaggio è stato riportato dall'utilizzo del Valaciclovir rispetto all'Aciclovir nel trattamento del dolore acuto. (17)

L'unica terapia efficace ad oggi per ridurre l'insorgenza della PHN è rappresentata dalla vaccinazione, costituita da vaccino vivo-attenuato, il quale però è controindicato nei pazienti immunocompromessi, e da un vaccino ricombinante.(18)

Il vaccino vivo attenuato è in grado di ridurre l'insorgenza di herpes zoster del 51%, con

minore protezione per i pazienti over 70, nei quali il vaccino ha un'efficacia pari a quasi il 38%.



Neuropatico riguarda una lesione del sistema nervoso centrale o periferico come nella neuropatia diabetica o nevralgia post-erpetica.

La IASP definisce il dolore nociplastico come "un dolore derivante da un'alterazione del sistema nocicettivo, senza nessuna evidenza di danno tissutale effettivo o potenziale o evidenza di malattia o lesione del sistema somatosensoriale nocicettivo".

Esempio tipico di questa categoria è la fibromialgia, ma anche la sindrome da colon irritabile e la disfunzione temporomandibolare.

### La valutazione clinica e la misurazione del dolore

In termini clinici, il dolore è oggi concepito come il quinto segno vitale, accanto alla frequenza respiratoria e cardiaca, alla temperatura e alla pressione arteriosa per giunta con "l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica" come recita, per l'Italia, l'art. 7 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

Recentemente SIMG ha proposto un algoritmo diagnostico che parte dalla raccolta anamnestica completa del dolore adjuvato da esame clinico.

Detto Ente suggerisce, inoltre, l'utilizzo di un percorso sistematico, indipendente dal grado di dolore, che rivela l'identikit del dolore e il giusto ausilio terapeutico attraverso 5 step valutativi:

- 1) identificazione dell'area di dolore e della zona di maggior dolore con un pennello lavabile;
- 2) verificare se l'area corrisponde al territorio di innervazione di un nervo periferico, di un plesso o di una radice spinale, ricercare poi, nell'area del dolore, la presenza di alterazioni della superficie cutanea (es. vescicole nell'Herpes Zoster);
- 3) compulsare l'integrità delle fibre coinvolte nella trasmissione dell'impulso doloroso, sfiorando la cute con una garza e osservare le aree di ipo-anestesia tattile, termica e dolorifica (se il paziente non presenta alterazioni della sensibilità nelle prove eseguite, avremo la certezza che le vie di conduzione sono integre ed il dolore sarà nocicettivo, altrimenti sarà identificato come neuropatico);
- 4) ricercare i segni di una ipereccitabilità periferica, evocare il dolore del paziente con stimoli non dolorosi (applicare stimolo termico caldo sulla zona sofferente e compararlo con zone sane);
- 5) esaminare la sensibilizzazione dei neuroni spinali, sfiorare con una garza un'area priva di ogni lesione.

L'efficacia del vaccino nel burden disease è stata mediamente del 61%, con una riduzione della durata media del dolore e discomfort rispetto al placebo (21 vs 24 giorni).

**Table 2. Effect of Zoster Vaccine on the Burden**

Group of Subjects	Vaccine Group	
	No. of Confirmed Cases/No. of Subjects	BOI Score†
All subjects	315/19,254	2.21
Age		
60–69 yr	122/10,370	1.50
≥70 yr	193/8884	3.47
Sex		
Male	181/11,390	2.09
Female	134/7864	2.34

\* Efficacy analyses were performed with the use of a modified intention-to-treat population, which included only subjects with a confirmed case of herpes zoster developed within 30 days of randomization, and with a BOI score of 1 or greater (BOI score of 0 indicates no pain due to herpes zoster).  
 † For the total population and the subgroups stratified by age, sex, and severity of illness due to herpes zoster (BOI score of 0 for severity of illness due to herpes zoster), the BOI score was the weighted average of the observed BOI scores for the Shingles Prevention Study.

‡ For the total population and for subgroups stratified by age, sex, and severity of illness due to herpes zoster, the BOI score was the weighted average of the observed BOI scores, with weights proportional to the total number of patients in each group.  
 § VE<sub>BOI</sub> for all subjects was the protocol-specified efficacy.

Mentre per la PHN, l'incidenza è stata anch'essa inferiore del 66% nei pazienti inoculati.

Nel dolore somato-viscerale tale area è estesa al territorio a cui afferiscono gli impulsi del tessuto patologico.

Nella valutazione della efficacia e risposta terapeutica trovano invece il loro razionale le scale di valutazione della intensità del dolore (VAS visiva analogica).

**La gestione del dolore cronico**

La prevenzione pro-attiva del dolore cronico e l'adattamento dello stile di vita rappresentano il nucleo della gestione del dolore, insieme alla terapia analgesica e al dominio psicologico. Nel 1996 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una scala per la gestione farmacologica del dolore. Tale approccio, fornisce specifiche indicazioni per la scelta della terapia antidolorifica e consta di tre gradini, basati sull'intensità del dolore da cui deriva l'indicazione alla scelta della terapia analgesica più appropriata (Serlin et al., 1995): dolore lieve (1-4) è indicato il trattamento con FANS o paracetamolo ± adiuvanti; dolore moderato (5-6) è indicato il trattamento con oppioidi minori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti; dolore severo (7-10) è indicato il trattamento con oppioidi maggiori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti.

Ad oggi, in carenza di studi che dimostrino nuovi e alternativi approcci, la scala a tre gradini dell'OMS è ancora da considerarsi il caposaldo della strategia farmacologica per una appropriata gestione del dolore. Una terapia del dolore cronico ottimale è tuttavia personale, imbastita su misura tipizzando il paziente in base all'età, ai fattori di rischio e alle comorbidità, combinando l'azione sinergica di più farmaci per sbloccare il problema dolore.

I FANS, farmaci soggetti a nota AIFA 66, e l'acido acetilsalicilico possiedono proprietà antiflogistiche, antipiretiche e analgesiche, costituiscono la terapia di prima linea nel dolore nocicettivo infiammatorio senza sensibilizzazione spinale rilevabile o significativa (associati o meno al Paracetamolo e/o Oppiacei).

In considerazione del profilo di tossicità di tale classe di farmaci (gastrointestinale, renale, epatica, cardiovascolare, ipersensibilità individuale), è orientamento condiviso che se entro pochi giorni dalla terapia con FANS, non si riscontra una riduzione di sintomi, è indicata una rivalutazione e la considerazione di una diversa scelta farmacologia e invio

**Table 3. Effect of Zoster Vaccine on the Incidence of Postherpetic Neuralgia (PHN)**

Variable	No. of Confirmed Cases of Herpes Zoster with PHN	No. of Subjects
All subjects	27	19,2
Age		
60–69 yr	8	10,3
≥70 yr	19	8,8
Sex		
Male	19	11,3
Female	8	7,8
Persistence of PHN among all subjects§		
30 days	81	
60 days	45	
90 days	27	
120 days	17	
182 days	9	

\* For the secondary end point, postherpetic neuralgia (PHN) was defined as pain and discomfort appearing more than 90 days after the onset of herpes zoster rated as 3 or more, on a scale ranging from 0 to 10, at the time of the last follow-up interval that excluded the first 30 days after the onset of zoster. † Excluded subjects who withdrew or in whom a complication occurred. ‡ Of three subjects in whom more than one PHN episode occurred, only the first episode was included. § VEP<sub>PHN</sub> denotes vaccine efficacy for the prevention of PHN. ¶ For the total population and the subgroups stratified by age and sex, VEP<sub>PHN</sub> (vaccine or placebo) was the weighted average vaccine efficacy, with weights proportional to the total number of patients in each group. †† VEP<sub>PHN</sub> for all subjects was the protocol-specific vaccine efficacy. ‡‡ PHN was defined as the pain and discomfort appearing more than 30, 60, 90, 120, and 182 days after the onset of zoster.

(19)

Il numero di eventi avversi, ospedalizzazioni e morti tra i pazienti vaccinati e placebo è comparabile, con una maggior frequenza di eventi locali al sito di inoculazione.(20)

Tra il 2015 ed il 2016 è stato testato un vaccino ricombinante, il vaccino Shingrix, il quale ha mostrato un'efficacia maggiore in termini di insorgenza di zoster e PHN rispetto al precedente vaccino vivo attenuato.

Ha ricevuto la prima autorizzazione in Canada nel

a consulenza algologica (se vi è peggioramento del dolore nonostante trattamento appropriato condotto per almeno 15/20 giorni).

L'inquadramento è multidimensionale, volto soprattutto ai pazienti anziani, fragili con pluripatologie in cui l'uso cronico dei FANS tradizionali non selettivi è associato ad un inaccettabile rischio di sanguinamento gastrointestinale ed eventi cardiovascolari, questi ultimi comparabili con i COX-2 inibitori selettivi.

Nel 2021 rispetto al 2022, il consumo dei FANS è aumentato, in particolare per il Diclofenac (aumentato del 6,4%) e l'Ibuprofene (aumentato del 47,5%).

L'automedicazione, purtroppo, è una pratica fallace da scoraggiare ma anche da identificare, poiché molti pazienti assumono FANS senza conoscerne le controindicazioni, le interazioni con la terapia continuativa e gli effetti avversi.

Studi randomizzati e controllati dimostrano l'efficacia analgesica e la tollerabilità degli oppioidi, in particolare nel dolore nocicettivo meccanico strutturale, dolori artrosici gravi (Caldwell et al., 1999; Peloso et al., 2000; Roth et al., 2000) e in alcuni tipi di dolore neuropatico legati a patologie del sistema nervoso periferico.

Nella persona con dolore cronico refrattario può essere valutata l'associazione a terapie adjuvanti (corticosteroidi con buon profilo di sicurezza e noti effetti collaterali, antiepilettici, antidepressivi, neurolettici, benzodiazepine e miorilassanti ad azione centrale)-

La nota AIFA n. 4 consente la prescrizione a carico del SSN di Duloxetina, Gabapentin, Pregabalin nel trattamento dei pazienti affetti da dolore grave e persistente dovuto ad alcune patologie quali, neuropatia diabetica, nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente a infezione da Herpes Zoster, neuropatia associata a malattia neoplastica, dolore post-ictus o da lesione midollare, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risulti inefficace.

### Conclusioni

La gestione ottimale del dolore richiede approcci collaborativi e promozione di percorsi di integrazione ospedale territorio con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

2017 mentre nell'UE nel 2018, con prima indicazione nei pazienti adulti > 50 anni, successivamente anche nei pazienti > 18 anni con un rischio aumentato d'infezione.

È un vaccino che utilizza un sistema adiuvante che aumenta la protezione nel tempo da HZ, somministrato in due dosi a distanza di 2-6 mesi.

Inoltre, ad oggi, è il primo ed unico vaccino raccomandato nei pazienti immunocompromessi per la prevenzione nei confronti del HZ. (21)

Nello specifico è stata mostrata un'efficacia nel ridurre l'incidenza di Herpes zoster pari al 96% nei pazienti con età > di 50 anni e 90% nei pazienti con età > di 70 anni.

Mentre per la PHN l'efficacia è stata rispettivamente del 91,2% e del 88%. (22)(23)

Gli effetti collaterali gravi sono completamente sovrapponibili con il gruppo placebo.

Pertanto, sarebbe auspicabile sviluppare opportunità di apprendimento di gruppo interprofessionale e porre le basi per interventi di istruzione e formazione permanente, volti a garantire un'efficace traduzione in pratica della conoscenza in evoluzione del dolore.

*Giacoma Lanzillotta*

*Daniela Cramarossa*



#### Riferimenti Bibliografici:

1. Van Hecke, O., Torrance, N. & Smith, B. H. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br. J. Anaesth.* 111, 13–18 (2013). 3. Piccoliori, G., Pecchioli, S., Sessa, E., Aprile, P. L. Cancian, M. Pavone, Italian Pain reSearch : una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico Premessa e scenario. *Riv. della Soc. Ital. di Med. Gen.* 3, 1–8 (2009)

#### 2. Dati Istat

- Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. *Gazzetta Ufficiale*, 19 marzo 2010, n. 65.

- Accordo Stato-Regioni 10.07.2014 (Individuazione figure professionali)

<https://www.fedcp.org/curepalliative/normative/nazionali/accordo-stato-regioni-10-07-2014-individuazione-figure-professionali>.

Neoplasms benign, malignant and u  
 Injury, poisoni  
 Musculoskeleta  
 Respiratory, th  
 General disorders an  
 Me  
 Blood  
 Reproduc  
 Skin an  
 Congenit

Fig. 2. Serious Adverse Events reported within 1  
 Vaccine; Placebo = participants receiving placebo;  
 SOC = System Organ Class; SAE = Serious Adverse

Mentre gli effetti collaterali locali, identificati con dolore e infiammazione sono nettamente maggiori nei pazienti trattati con RZV. (24) In conclusione, è possibile asserire che l'Herpes Zoster danneggia in modo permanente il sistema nervoso sia centrale che periferico e le complicanze sono difficoltose da contenere mediante un trattamento precoce con antivirali. L'unica alternativa, ad oggi possibile, per ridurre l'incidenza delle complicanze è la prevenzione mediante vaccinazione con RZV.

Oscar Abbracciavento

**Parole chiave:** *Violenza in Sanità, Operatori Sanitari e Sociosanitari, Aggressione,*

- Deliberazione della Giunta Regionale 6 febbraio 2023, n. 57, [https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2139490/DEL\\_57\\_2023.pdf/6bc562df-1a32f916b9640bd?version=1.0&t=1679426396490](https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2139490/DEL_57_2023.pdf/6bc562df-1a32f916b9640bd?version=1.0&t=1679426396490)
- Srinivasa N. Raja, The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 September 01; 161(9): 1976–1982. doi:10.1097/j. Pain
- Cesare Bonezzi, Giuseppe Ventriglia, Pierangelo Lora Aprile, Alberto Magnih, La diagnosi di dolore: il metodo SIMG, [simg.it/Riviste/rivista\\_simg/2021/02\\_2021/RivSIMG\\_2\\_21\\_8.pdf](http://simg.it/Riviste/rivista_simg/2021/02_2021/RivSIMG_2_21_8.pdf)
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- NETPain, AISD
- Eccleston C., Williams A.C.D.C., Morley S. Psychological Therapies for management of Chronic Pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2, art. No. CD007407, 2009
- Cherny N., Ripamonti C., Pereira J., Davis C., Fallon M., McQuay H., Mercadante S., Pasternak G., Ventafridda V., Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol, 19: 2542-2554, 2001.
- Alessandro Vittori MD, Marco Cascella MD, Emiliano Petrucci MD, Andrea Cortegiani MD, Elena Giovanna Bignami MD, Massimo Antonio Innamorato MD, Arturo Cuomo MD, [Strategie per costruire e mantenere la competenza nella gestione del dolore, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papr.13207](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papr.13207)
- Ovidio Brignoli, Pierangelo Lora Aprile, Automedicazione per il controllo del dolore: quando “il fai da te” può essere appropriato?, [https://www.simg.it/Riviste/rivista\\_simg/2018/01\\_2018/7.pdf](https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2018/01_2018/7.pdf).



*Data Survey, Dati ONSEPS e FNOMCeO, Patient Safety & Worker Safety, Etica della Cura, Comunicazione è tempo di cura, Relazione di Cura, Psicologia Medica, Metodologia Balint- Gruppi Balint*

**NEWS**

Lo scorso 6 maggio si è svolto a Bari un congresso, organizzato dal gruppo Donne Medico OMCeO Bari “Agapanto”, per Manifestare e Proclamare la Violenza in Sanità e per offrire strumenti utili agli operatori sanitari e sociosanitari ad alleviare la “Fatica della Cura” e soprattutto per sottolineare che è ...**“il Tempo di Fare...”**. I temi trattati e argomentati hanno riguardato:

- ◊ la necessità di lavorare in sicurezza con l’affermazione della cultura dell’etica nella relazione di cura e della cultura del “Patient Safety & Worker Safety”;
- ◊ la necessità di apprendere le metodologie per saper

**FORMAZIONE**

## **IL RUOLO DEL “MAP” NELLA**

## **MEDICINA DEL TERRITORIO**

Ciascun giovane medico, subito dopo la laurea, nel vasto panorama di possibilità lavorative in cui orientarsi, si trova sempre dinanzi ad un’importante scelta: iniziare un corso di studi specialistici o affrontare il corso triennale di studi per diventare Medico di medicina generale.

Tra noi futuri MMG (MAP) ce ne sono alcuni, facilmente riconoscibili, che si sono iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia con la precisa idea di diventare ‘medici di famiglia’, altri, invece, l’hanno considerata una possibilità lavorativa solo in un secondo momento.

Noi, del triennio 2022-2025 siamo medici al 1° anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, consapevoli che abbiamo definitivamente maturata la nostra scelta; in questo articolo riportiamo le nostre riflessioni.

Le sensazioni che potrebbe sperimentare un corsista all’inizio di questo percorso non sono facili da riassumere brevemente. Queste righe vengono fuori dai caffè che abbiamo condiviso, all’inizio timidamente, dalle chat di reciproco aiuto su casi reali e questioni burocratiche, che abbiamo iniziato ad affrontare e da molte delle lezioni, audit, conferenze a cui abbiamo partecipato.

Ognuno di noi ha iniziato il corso con una sua idea di “medico di famiglia”: il medico che è a conoscenza della storia di una famiglia e dei suoi componenti, il medico che rappresenta la prima interfaccia del cittadino con il mondo della sanità, o, ancora, il medico che diventa un riferimento per tutto il corso della vita dei pazienti.

Ci è bastato poco, tuttavia, per comprendere che stiamo attraversando una profonda transizione nel campo della sanità, ed il medico di medicina generale non è esente da questa rivoluzione. Innanzitutto, il medico del futuro non può e non potrà più essere immaginato come il medico solitario, che fa diagnosi solo con un fonendoscopio e pochi altri strumenti, presenti

comunicare, di recuperare la psicologia Medica nella formazione post e Universitaria, fondamentale nei percorsi di cura e diagnosi per l'Umanizzazione e il raggiungimento dell'Empowerment. Tanto, per migliorare la relazione di cura, per svolgere in benessere il lavoro e per ridurre con un moderno sistema di cure i fattori di stress e di burn-out;

**NEWS**

◇ la necessità di conoscere ed apprendere la metodologia Balint, collaudata come formazione di gruppo e come strumento di supporto al curante, per lo sviluppo delle competenze emotivo-relazionali dello stesso.

Creata originariamente per l'addestramento psicologico dei medici di famiglia e, adattata successivamente ad altre figure professionali.

L'approccio balintiano considera di fondamentale importanza la comunicazione efficace e terapeutica tra professionista e paziente.

Il tema dell'aggressività e della violenza contro gli operatori sanitari e socio-

in tutti gli ambulatori. Grandi passi in avanti sono stati fatti con la costituzione delle reti e super reti, dei gruppi e super gruppi ed infine delle associazioni. Il medico del futuro dovrà, infatti, confrontarsi con le piattaforme informatiche, le nuove tecnologie, la telemedicina, che muove da qualche anno i primi passi e, certamente, anche con l'intelligenza artificiale. Il collegamento informatico di gruppi di pazienti, sempre più numerosi, e la condivisione di dati già rappresentano un enorme scarto rispetto al passato. Solo in questo modo, con studi aperti anche dodici ore al giorno, con la condivisione delle esperienze professionali tra colleghi, con il collegamento informatico e la condivisione dei dati, sarà possibile una medicina territoriale, efficiente, che davvero rappresenti per il cittadino una valida risposta a problemi di salute, senza la necessità di affollare ospedali e pronto soccorso. L'emergenza sanitaria che abbiamo recentemente fronteggiato ha chiaramente messo in evidenza la necessità di una riorganizzazione della sanità, anche a partire dal ruolo del MAP affinché questo rappresenti un valido supporto per il cittadino.

Tuttavia un giovane medico, all'inizio di questo corso, si confronta, immediatamente, con il probabile aumento del massimale di pazienti e della burocrazia, con l'idea di dover assumere collaboratori di studio, infermieri ed altro ancora. Insomma, tutti abbiamo iniziato a capire che il MAP è in realtà, un piccolo imprenditore che intesse reti con il territorio e con altri colleghi al fine di offrire al cittadino una esperienza sanitaria di adeguato livello, un miglioramento delle condizioni di salute e, quindi, diventi garante di un vero e proprio diritto alla salute.

Sono bastati, pertanto, pochi incontri e scambi di opinioni fra noi colleghi per renderci conto che anche il corso triennale meriti qualche modifica al passo con la rivoluzione sanitaria in atto in questo momento. Come ha sottolineato, in un recente incontro, il Presidente della FNOMCeO, il Dr Filippo Anelli, il corso prevede step formativi datati di oltre vent'anni ed anche la organizzazione stessa del corso, probabilmente, meriterebbe una cura rigenerativa. Diverse esperienze lavorative vissute finora, nei distretti, negli ospedali o negli ambulatori dei nostri tutor di medicina generale ci hanno già fatto percepire che qualche riforma dell'organizzazione del corso sia mandatoria.

sanitari ha acquisito negli ultimi tempi un'importanza crescente per i ripetuti episodi di aggressione fisica e verbale diventati un problema di rilevanza sociale ed un indicatore di trasformazioni culturali, nella percezione che le persone hanno dei diritti e doveri sanciti dal Sistema Sanitario Nazionale. *È dal rispetto reciproco che nasce una relazione che è alla base del*

NEWS

*percorso di cura e di un vivere civile.*

Nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure e ha inserito gli "atti di violenza a danno di operatore" fra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES. Con la legge 14 agosto 2020, n. 113 avente ad oggetto all'art. 2 "**Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**", si è istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEP), con specifici compiti di

D'altra parte, occorre positivamente sottolineare che il triennio formativo è articolato in un percorso didattico strutturato che ci ha visti, fin dai primissimi mesi, coinvolti nella partecipazione a congressi tematici calendarizzati. Inoltre, dato che il ruolo del MAP, sta subendo una profonda rivoluzione, siamo stati, fin sa subito, anche coinvolti nella stesura di lavori scientifici, di progetti di ricerca ed anche negli audit.

Tutte queste attività, siamo certi che, nel tempo, contribuiranno a modificare il ruolo del medico di famiglia, non più solo medico prescrittore, ma medico che partecipa attivamente alla ricerca scientifica di settore, come già accade nell'ambito della formazione specialistica.

Pertanto, resta un lavoro davvero tutto da scoprire, dalle mille sfaccettature in cui l'impegno burocratico e l'utilizzo delle tecnologie non dovranno mai oscurare o sminuire il ruolo umano, l'empatia e la relazione medico-paziente fondamentale nell'assistenza primaria; infatti il ruolo del MAP è soprattutto l'impegno a sviluppare una relazione con il paziente che sia duratura nel tempo e "sana" con l'obiettivo che si instauri una di reciproca fiducia utile all'umanizzazione delle cure e alla gestione del benessere psicofisico di ogni singolo assistito.

*Ad maiora a tutti noi.*

Linda Lopez  
Raffaele Sanseverino



monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti. I componenti dell'ONSEPS sono stati nominati con decreto del Ministro della salute del 17 febbraio 2022, per metà sono donne.

Testimonianza degli atti di violenza in Sanità, aumentati nel post-pandemia, sono i dati dell'Osservatorio FNOMCeO e quelli evidenziati

#### NEWS

da una Survey, "La Cultura della Sicurezza: "A NOI CHI CI PENSA?", a cura di Maria Zamparella con la collaborazione di Mariantonietta Monteduro e Teresa Tricarico. La Survey, divulgata in Regione Puglia a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari, è stata compilata da circa 1000 operatori che lavorano nell'ambito del SSN (fig. 1), ha indagato su come gli stessi possano difendersi, affermare il loro ruolo professionale, sostenersi e promuovere una cultura della comunicazione. Si evince (fig. 2) che la relazione curante-paziente è cambiata, vi è rassegnazione alla violenza, nessun operatore (l'80%) si sente sicuro nel luogo di



lavoro e protetto (il 95%) dalle Istituzioni, la metodologia Balint come supporto ai curanti è poco conosciuta e poco utilizzata e, che la **Comunicazione è tempo di cura**, come riconosciuto dalla Carta di Ottawa sottoscritta nel 1986 con gli stati appartenenti all'OMS.

**I dettagli sono evidenziati nelle figure: 3 - 4 - 5 e 6.**

**NEWS**

Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH 2002) definisce la violenza sul posto di lavoro come "atti violenti diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio" e non esclude quella tra i colleghi e, indica le tipologie della violenza: 1. aggressione fisica; 2. tentativo di aggressione (il più frequente poiché la maggior parte delle minacce e delle aggressioni provengono dai pazienti o dai loro familiari o amici); 3. aggressione emotiva, che si esplicita con atteggiamenti dannosi; 4. molestia sessuale verbale; 5. violenza sessuale.

I dati INAIL, evidenziano un aumento delle denunce, infatti nel 2005 sono stati

## AMBIENTE E SALUTE

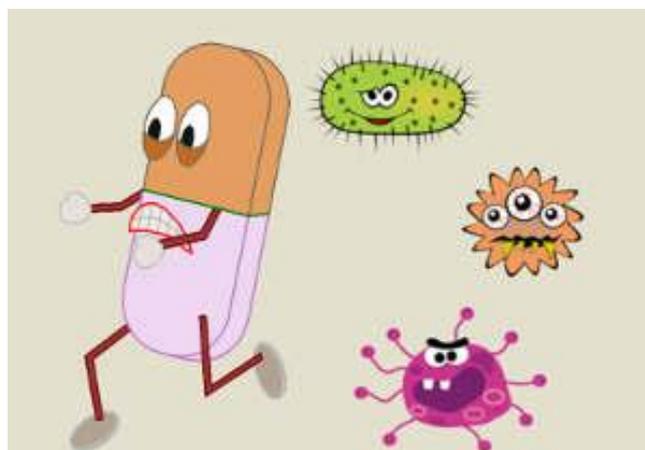
L'esposizione ai contaminanti presenti nell'aria, acqua, cibo e suolo può avere effetti nocivi sulla salute umana. La salvaguardia della qualità dell'ambiente in cui si vive consente di ridurre i fattori di rischio per la salute umana.

Le infezioni correlate all'ambiente sono infezioni esogene trasmesse dall'esterno, da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente, mentre le infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo sono endogene.

Tra le infezioni esogene ci sono le ICA (Infezione Correlate all'Assistenza) che provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso. In Europa, le ICA provocano ogni anno: 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza; 37.000 decessi attribuibili; 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa. I costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

**Le ICA sono un fenomeno frequente e non** tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima attualmente che possa esserlo una quota superiore al 50%.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.



denunciati e riconosciuti 429 episodi di violenza sugli operatori sanitari mentre nel 2021 sono stati denunciati e riconosciuti 1382 episodi analoghi di infortunio, con un incremento della numerosità di eventi pari al 322% (fig.7). I setting lavorativi più colpiti sono: Servizi di emergenza-urgenza; Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;

#### NEWS

Luoghi di attesa; Servizi di geriatria; Continuità Assistenziale.

Riconoscere il rischio e l'errore nella relazione di cura è utile a ridurre gli atti di violenza ma vi è necessità di mezzi di prevedibilità e prevenibilità e, il primo passo per la prevenzione della violenza è la valutazione dei fattori di rischio della violenza sul lavoro.

*Margaret Chan, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato: "La sicurezza delle strutture e degli operatori sanitari deve essere sacrosanta".*

La prevenzione è compito del Sistema di Cure che deve identificare gli elementi ambientali e organizzativi a

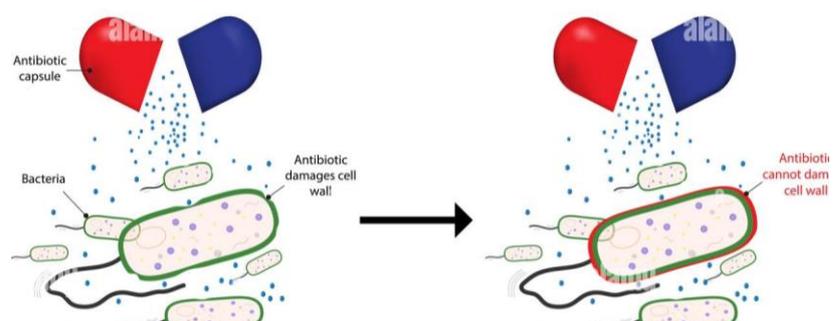
## AMBIENTE E SALUTE

Per **ridurre l'impatto delle ICA** vi è un'operatività continua e uniforme sul territorio mondiale e nazionale, infatti il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 evidenzia l'importanza della prevenzione e del controllo delle malattie infettive e dell'antibiotico-resistenza.

Le strategie raccomandate sono tante e per questo motivo che si è riportato l'articolo dedicato all'antibiotico resistenza e alle infezioni delle vie urinarie nell'Area del nostro giornale dedicata **all'Ambiente e Salute**.

*Maria Zamparella*

### ANTIBIOTICO – RESISTENZA



cui è associata l'insorgenza di azioni violente per prevenirne l'evenienza e formare il personale su come trattare e prevenire le situazioni di violenza attraverso la strutturazione di percorsi per acquisire competenze sulla Comunicazione Empatica, sull'identificazione precoce e sulla gestione della violenza attraverso le tecniche di De-escalation.

#### NEWS

*Non può esistere cura se l'approccio tra le persone è aggressivo e violento, allora quali strumenti gli operatori sanitari possono mettere in campo per attuare e preservare la relazione con i cittadini?*

**L'uso della metodologia Balint in ogni setting sanitario può essere uno strumento valido come supporto a Chi Cura. Il gruppo Balint** è una tecnica di formazione per migliorare le capacità dei medici di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico, sviluppato da **Michael Balint**, medico di famiglia e psicoanalista, nato a Budapest (1986-1970), si trasferì nel 1939 in Inghilterra,

## AMBIENTE E SALUTE

### L'ANTIBIOTICO-RESISTENZA NELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE



Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano un problema sanitario emergente con notevoli implicazioni socio-economiche. Sono molto comuni in tutto il mondo e sono le infezioni più frequenti dopo quelle dell'apparato respiratorio. Possono colpire persone di qualsiasi età. L'incidenza è più alta nelle donne a causa dell'anatomia delle vie urinarie inferiori e aumenta con l'età e la frequenza dell'attività sessuale.

I fattori di rischio delle IVU includono anomalie anatomiche e funzionali delle vie urinarie, come condizioni che predispongono allo svuotamento incompleto della vescica, insufficienza renale e incontinenza urinaria. Anche un sistema immunitario difettoso (diabete o neutropenia scarsamente controllati) e i dispositivi presenti nelle vie urinarie (cateteri urinari e stent) sono fattori predisponenti.

Le IVU si verificano quando gli agenti patogeni raggiungono le vie urinarie e superano le difese dell'ospite. I patogeni presenti nelle urine non portano inevitabilmente all'infezione poiché questa dipenderà dall'interazione tra l'agente patogeno, l'ospite e le condizioni locali all'interno delle vie urinarie. La maggior parte delle IVU è causata da batteri Gram- enterici, più frequentemente Escherichia Coli, responsabile di circa l'80% dei casi nei bambini e negli adulti, seguito da Klebsiella Pneumonie, il Proteus Mirabilis. Le IVU vengono generalmente classificate in base a un criterio fisiopatogenetico in:

- Non complicate, nelle donne non gravide, in pazienti senza comorbidità, né fattori di rischio.
- Complicate, in pazienti con fattori di rischio relativi all'ospite (diabete mellito, insufficienza renale cronica, disfunzioni del sistema

nel 1960 pubblicò il libro "Medico, paziente e malattia" e nel 1969 fonda la Balint Society. Nel gruppo Balint i due concetti fondamentali, sono l'ambiente e la qualità primaria della relazione: **"un'atmosfera in cui ognuno possa parlare senza fretta, mentre gli altri ascoltano con spirito libero e fluttuante..."** (Balint, 1957).

Gli Atti di Violenza in Sanità, la Patient Safety e Worker

**NEWS**

Safety e la Cura di chi Cura hanno percorsi paralleli che si intersecano nelle soluzioni, le quali **devono offrire un Sistema di cura Moderno centrato sulla Comunicazione e Supporto al Curante, "Il Curante Come Farmaco Somministrato con Competenza"**

**Bibliografia**

- > Commissione Europea Rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nel settore sanitario. Guida alla prevenzione e alle buone prassi 2012; 186-217
- > Chan M WHO Director-General addresses the 66th World Health Assembly WHO Geneva, 2013
- > Brunetti L, Bambi S. Le

immunitario, anomalie anatomiche o funzionali del tratto urinario) o fattori esterni (patogeni antibiotico-resistenti, ospedalizzazione, recenti manovre o procedure invasive sul tratto genitourinario, presenza di catetere vescicale a permanenza).

In base a un criterio di severità sono invece classificate in:

- Asintomatiche (in assenza di segni e sintomi clinici)
- Sintomatiche (in presenza di segni e sintomi clinici quali disuria, pollachiuria, stranguria, dolore lombare, febbre, nausea, vomito)
- Urosepsi, sepsi grave e shock settico in caso di IVU con SIRS (sindrome da risposta sistemica) associata o meno a ipotensione responsiva o non responsiva al riempimento volemico.

La gestione antibiotica può essere inquadrata nel "Modello delle cinque D di gestione delle infezioni delle vie urinarie: diagnosis, drug, dose, duration, de-escalation" (Tab. 1.)

Tabella 1.

The 5 Ds of Stewardship for UTI	Description	Main Challenge	Successful Intervention Strategies
 <b>Diagnosis</b>	Make and document the right diagnosis	Determining which patients have UTI	Clinical decision aids Appropriate collection of cultures Urine procurement by catheterization Reflex urine cultures Computerized decision support systems Selective reporting of urine culture results Text accompanying results to provide interpretation
 <b>Drug</b>	Use the right empiric antibiotic	Rising resistance makes empiric treatment challenging	Local susceptibility reports and stratified antibiograms Selective and cascade reporting of antibiotic susceptibility Provider education Computerized decision support systems Post-prescription review by pharmacists Audit and feedback
 <b>Dose</b>	Use the right dose of antibiotic based on site of infection and renal or hepatic dysfunction	Dosage errors are common	Computerized decision support systems Electronic order sets Audit and feedback
 <b>Duration</b>	Use antibiotics for the recommended duration	Many studies show a "longer is better" mentality	Computerized decision support systems Electronic order sets Audit and feedback
 <b>De-escalation</b>	De-escalate therapy based on susceptibilities and when urine cultures are negative	Labor intensive and occurs too late with UTI to make much impact	Post-prescription review by pharmacists

aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. Professioni Infermieristiche Aprile-Giugno 2013; 66 (2):109-16  
13. Biondi M.  
Comunicazione con il paziente: il metodo end.  
Roma: Alpes, 2014

#### NEWS

- > Chappell D & Di Martino V. Violence at work (Third edition). Geneva: Int. Labour Office, 2006
- 5. Hahn S, Muller M, Hantikainen V, et al. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. Int J Nurs Stud 2013;
- > Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2012;
- > Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ (Ottawa) 1999; 161(10):1245-8
- > Gascon S, Casalod Y, Jarreta BM, et al. Aggressions against healthcare workers: an approach to the situation in Spain and the victim's psychological effects. Leg Med

La sfida più grande per la gestione degli antibiotici in ambito ambulatoriale è l'incertezza diagnostica, in particolare per i pazienti con sintomi non specifici. È quindi necessaria una attenta anamnesi per evidenziare i sintomi di IVU. Se si sospetta clinicamente una IVU si esegue una urinocoltura appena possibile, idealmente prima di iniziare il trattamento antibiotico. Ciò serve a confermare la diagnosi e ad iniziare il trattamento mirato in base ai risultati di sensibilità. La sola presenza di batteri nelle urine non è un segno di infezione né una indicazione per un trattamento antibiotico. Questa condizione viene definita batteriuria asintomatica quando non sono presenti sintomi indicativi di IVU.

Ad ogni modo non vanno trattate se la batteriuria è asintomatica tranne in caso di intervento endoscopico che prevede una interruzione della continuità della mucosa, prima di procedure chirurgiche interessanti le vie urinarie, nella sostituzione di nefrostomia o stent e nelle donne in gravidanza.

L'antibiotico va scelto seguendo le linee guida del Manuale Antibiotici AWaRe (Aifa) per le IVU.



Poiché la terapia empirica delle infezioni settiche più gravi impone generalmente l'impiego iniziale di farmaci ad ampio spettro e spesso in associazione, l'identificazione dei germi e della loro sensibilità offre la possibilità al clinico di poter mirare la terapia utilizzando farmaci più specifici, meno tossici, con minor penetrazione tissutale, con minor effetto

2009; 11: S366-S367

> Gascon S, Leiter M P, Andres E, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2012; 22:3120-9 49.

Ministero della Salute  
Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

**NEWS**

> Balint, M. (1957): *Medico, paziente e malattia*, ed. Fioriti (nuova edizione, 2014)

> Anzieu, D. (1979): *Lo psicodramma psicoanalitico del bambino e dell'adolescente*, ed. Astrolabio Bachmann, J.-P.

(1993) "La mémoire et le corps dans le psychodrame-Balint".

*Psychothérapies*, n.1,

> p. 17; e *Quatre Temps*, no 11, mai 2007 (tr.it. M.Perini, "Corpo e memoria nello psicodramma Balint")

Bachmann, J.-

> P. (2016) "Gruppi Balint e Psicodramma Balint nella formazione dei curanti". Relazione ad Acanto (29.10.2016, Genova)

> Caïn, A. (1989): "Corps et langage dans la formation par la technique du psychodrame". In : M.Sapir (dir.) *Formation à la relation soignant-soigné*. La pensée sauvage, Grenoble.

> Caïn, A. (1993): "Introduction

di induzione di resistenze, di minor costo. Questo approccio viene definito de-escalation therapy.

Nonostante i benefici della terapia antibiotica siano noti, l'utilizzo eccessivo o inadeguato di antibiotici ha contribuito allo sviluppo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, un problema emergente di grande rilevanza in sanità, considerato dall'OMS una delle tre più importanti minacce per la salute pubblica del XXI secolo insieme alla crisi climatica e alla tendenza a rifiutare i vaccini.

Per Antibiotico resistenza si intende la capacità di un batterio di resistere all'attività di uno o più antibiotici e di sopravvivere e crescere in presenza di una concentrazione dell'agente antibatterico che risulti generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie.

L'antibiotico resistenza può essere acquisita oppure trasferibile:

- La resistenza acquisita si instaura nel momento in cui i batteri precedentemente sensibili ad un particolare antibiotico sviluppano insensibilità nei suoi confronti, in seguito a mutazioni cromosomiche o ad acquisizione di materiale genetico derivante da popolazioni batteriche correlate o meno a quella ricevente;
- Il fenomeno della resistenza trasferibile è più significativo e prevede la dislocazione di geni batterici in grado di conferire resistenza. Si tratta di un trasferimento genico che permette ai batteri riceventi di acquisire la capacità di attuare uno o più meccanismi di resistenza al fine di difendersi dall'attività antibiotica.

I dati dell'European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) indicano che l'Italia è uno tra i paesi europei con la più alta prescrizione di antibiotici e, conseguentemente, anche tra quelli con un maggior tasso di multi resistenze.

L'impatto epidemiologico dei batteri multi-resistenti (MDR) ha conseguenze dirette sul piano sociale sino all'exitus, sul piano assistenziale con l'allungamento delle degenze in ospedale e sul piano economico con il maggior utilizzo di procedure diagnostiche e di antibiotici più costosi.

Tutto questo ha reso necessaria una valutazione dell'impatto in sanità pubblica, specifica per patogeno, per antibiotico e per area geografica.

du psychodrame-balint dans la formation psychologique des médecins". *Psychothérapies*, n. 1.

- > Caïn, A. (1994): *Le Psychodrame-Balint, Méthode, Théorie et applications*, La Pensée Sauvage, Grenoble.
- > Dauchez, C. – Boukhobza, H. (2017) "Une expérience de Psychodrame Balint à la faculté". *Esprit et Corps*, n.7 (*La*

**NEWS**

*relation soignant-soigné, de la formation à la pratique*), pp. 15-62

- > Fontaine, P. (2002): "Le psychodrame-Balint, fantastique instrument de formation à la relation médecin-malade". *PrimaryCare*, 2:12–14

Il problema della resistenza agli antibiotici riconosce diverse cause:

- La principale causa è da ricercarsi nell'aumentato uso, spesso inappropriato di antibiotiche favorisce l'insorgenza e la moltiplicazione di ceppi resistenti all'interno delle strutture sanitarie e della comunità;
- Seguono l'uso empirico di antibiotici e l'eccessiva prescrizione di antibiotici da parte dei medici di medicina generale. Il medico tende spesso a prescrivere una terapia antibiotica basata sull'esperienza passata e sull'epidemiologia locale, senza preoccuparsi dell'accertamento preventivo. Il rischio a cui si va incontro attraverso questa pratica diffusa è quello del fallimento della terapia e la necessità di prescrivere ulteriori antibiotici che si presumono
- possano essere efficaci per l'agente patogeno, sottoponendo il microbiota del paziente a una ripetuta ed intensa pressione selettiva, utile nello sviluppo di antibiotico-resistenza;
- Inoltre, è spesso il paziente stesso che in prima persona inizia ad assumere terapia antibiotica senza aver prima consultato un medico, assumendo l'antibiotico presente in casa (avanzato da cicli terapeutici precedenti) o qualora il farmaco venga fornito da un parente o un amico. Il fatto che sia il paziente stesso a decidere la tipologia di antibiotico, la dose e il tempo di assunzione, porta all'uso di un farmaco spesso non appropriato per l'infezione in corso, in dosi non idonee e per tempi che sono generalmente inferiori rispetto a quelli necessari;
- Il crescente utilizzo di Internet e la possibilità di acquistare farmaci online rende ancora più complessa gestione e controllo del consumo di antibiotici e incoraggia l'automedicazione e la scarsa qualità della cura. Gli antibiotici venduti secondo questa modalità vengono forniti spesso senza la necessità di presentare una prescrizione medica o in seguito a diagnosi e prescrizioni online basate sulla storia clinica del paziente, promuovendo quindi uno standard di cura inappropriato. Questa attitudine all'acquisto e al consumo non controllato degli antibiotici è un fenomeno maggiormente diffuso nei Paesi in via di sviluppo a causa della scarsa regolamentazione



riguardante la vendita dei farmaci, delle pratiche di prescrizione inadeguate e della mancanza di farmacisti qualificati disponibili;

- La diffusione delle infezioni negli ospedali e nelle strutture cliniche;
- Un aumento dei viaggi e degli spostamenti internazionali causa una maggiore diffusione dei ceppi resistenti;
- L'uso non necessario degli antibiotici in agricoltura ed in allevamento;
- La scarsa igiene e carenze nelle pratiche di prevenzione.



I microrganismi multi-resistenti possono essere contrastati con diverse tipologie di strategie di prevenzione.

Le linee guida EAU (European Association of Urology) indicano alcune raccomandazioni per evitare l'insorgenza delle resistenze batteriche ossia:

- Conoscere dati locali sulle resistenze batteriche;
- Eseguire una accurata valutazione dei fattori di rischio del paziente e in particolare sulla storia di pregresse infezioni o pregressi trattamenti antibiotici;
- Scegliere gli antibiotici che hanno una elevata escrezione urinaria e che raggiungono concentrazioni urinarie elevate e soprattutto al di sopra delle MIC dei comuni uro-patogeni e con profili di farmacocinetica tali da ridurre al minimo il rischio di resistenza.





L'antibiotico resistenza è una emergenza di dimensioni mondiali che non può più essere ignorata né sottovalutata. È dunque necessario il coinvolgimento a livello globale di ogni settore e di ogni risorsa, unito alla consapevolezza da parte della popolazione dell'importanza degli antibiotici e della loro attuale precarietà dovuta alla presenza di patogeni resistenti. L'idea che questa emergenza sia un problema che non riguardi il singolo deve essere mutata nella presa di coscienza che è in realtà una questione che può interessare chiunque, che non conosce confini e che diventerà sempre più imponente ed ingestibile se non affrontata.

Investire oggi per un futuro migliore è l'unica via per riuscire ad evitare questa possibilità poiché se questa emergenza non verrà affrontata su un fronte comune risulterà estremamente difficile riuscire a superarla.

*Maria Roberta De Blasi*

*Nadia Minerva*

*Giuseppina Anna Passarella*

## ONCOLOGIA

Per ridurre il rischio di cancro la prevenzione è lo strumento più utile a diagnosticarlo nel tempo più **precoce e più curabile** e quando possibile prevenirlo; il rischio è sempre **individuale** ed è dovuto alla combinazione di diversi fattori, **genetici, ambientali, comportamentali e casuali**.

Una prevenzione efficace parte dalla conoscenza, dal sapere e dall'apprendere le competenze ad attuare quanto utile a fare diagnosi precoci.

In relazione ai vari tipi di prevenzione oncologica si è considerato essere utile aumentare le conoscenze e l'applicazione dell'esplorazione digito-rettale (EDR) in medicina generale e, a riportare nell'area oncologica del nostro giornale l'articolo dedicato all'EDR.

L'applicazione della metodica da parete del MAP ha utilità anche se non specifica e standardizzata alla prevenzione oncologica e alla diagnosi ma sicuramente è utile per approcciare diagnosi differenziali, stadiare e indicare percorsi terapeutici e approfondimenti diagnostici più appropriati.

*Maria Zamparella*

## EDR NELLE CURE PRIMARIE: ARTE OBSOLETA O UTILE

### AUSILIO DIAGNOSTICO?

L'esplorazione digito-rettale (EDR) è una parte integrante dell'esame obiettivo. Manovra d'ausilio diagnostico per diverse condizioni fisiopatologiche: dall'ipertrofia o cancro prostatico nell'uomo al prollasso del pavimento pelvico per lo più nelle donne. Gli internisti fanno affidamento all'EDR anche per identificare i sanguinamenti del tratto gastro-intestinale, fecalomi e persino, valutando il tono sfinteriale, i danni del midollo spinale o del plesso sacrale, risultando, quindi, utile anche per le valutazioni funzionali dello sfintere stesso.



Sebbene sia “storica” l’utilità dell’EDR, è sempre più evidente che viene spesso non eseguita o, comunque, eseguita in modo superficiale, probabilmente perché si fa sempre più affidamento sulle nuove tecnologie in campo diagnostico.

Sono però scarse le valutazioni sul “disuso” della pratica, tra queste una *survey* del 2012 ha cercato di analizzarne le cause e l’estensione del suo “disuso”, confrontando la diffusione della pratica tra medici internisti, divisi in specialisti dell’area gastroenterologica e non, studenti di medicina e medici in formazione specifica, tramite somministrazione di questionari.

Dai questionari è emerso che le evidenze principali riguardano innanzitutto il maggior impiego della EDR da parte degli specialisti gastroenterologi e meno dagli internisti, ancor meno tra i medici in formazione. Il maggior impiego della EDR da parte dei gastroenterologi ed internisti è attribuibile alla pertinenza dei pazienti che giungono a visita dai primi rispetto ad altri specialisti; diversamente il suo minor utilizzo da parte dei medici in formazione è imputabile verosimilmente alla minor esperienza e alla ridotta pratica medica, quindi alla scarsa formazione in materia nei primi anni di attività.

Il *discomfort* nell’eseguire la manovra e il rifiuto da parte dei pazienti sono altri due motivi che allontanano il medico dall’eseguire l’esplorazione, come emerge dalla *survey*. Principalmente questo nei medici in formazione e poi negli internisti. Probabilmente in quanto il paziente che si rivolge ad un gastroenterologo considera già in partenza che potrebbe essere sottoposto alla manovra (come avverrebbe ad esempio anche per l’urologo), a differenza di quanto avvenga per le altre categorie mediche citate, tra cui i medici di medicina generale. Inoltre, l’inesperienza o il *discomfort* nell’eseguirlo, più diffuso sicuramente nei medici più giovani o addirittura in formazione, potrebbero portare anche ad un approccio sbagliato nel proporla al paziente, e ciò potrebbe, di conseguenza, indurre più facilmente il paziente stesso a rifiutarla.

*Abbiamo visto quanto la procedura sia meno utilizzata negli specialisti più giovani, specie se non dell’area gastroenterologica; cosa possiamo però dire a proposito della sua utilità clinica?*

In merito vi sono più evidenze scientifiche che hanno risultati diversi, ma che possiamo riassumere in un’unica conclusione, ovvero che si tratta di una manovra utile, ma non sufficiente per la diagnosi, se da sola considerata.



Lo possiamo evidenziare in diversi campi, ma i più analizzati sono quello del cancro prostatico e quello del carcinoma rettale, ove vi sono sicuramente più dati vista la diffusione delle stesse patologie.

Nella valutazione e follow-up del paziente con carcinoma prostatico o iperplasia, ad esempio, vi sono diversi studi e metanalisi che hanno analizzato a fondo l'impiego della EDR rispetto alle altre metodologie diagnostiche. Risultato comune però, sebbene gli studi siano tra loro molto eterogenei, è la validità dell'EDR come "filtro" tra i pazienti che meritano o meno ulteriori approfondimenti. L'EDR, infatti, è una manovra ad alto valore predittivo negativo ed alta specificità. La sua bassa sensibilità però non consente di impiegarla come unica tecnica diagnostica. Il suo impiego, infatti, risulta più efficace combinando l'EDR con l'ecografia o gli esami ematochimici, tanto che l'associazione dell'EDR con un elevato PSA aumenterebbe il valore predittivo positivo per l'identificazione di carcinoma prostatico alla biopsia del 26-28% a seconda degli studi presi in esame, arrivando sino al 90% (rispetto ai pazienti con elevato PSA e con una prostata normale all'EDR). Per questo la EDR può essere un'utile procedura di screening per ridurre o comunque meglio indirizzare i test di approfondimento.

Anche per il carcinoma coloretale l'analisi dell'EDR è molto significativa, essendo questa patologia la seconda causa di morte per cancro; nella sua diagnosi e valutazione l'EDR svolge un ruolo chiave, specie nella chirurgia, dove "l'unica ragione per non eseguire l'EDR è l'assenza dell'ano o l'assenza del dito esploratore", dal momento che la manovra in esame permetterebbe di pianificare al meglio l'intervento in base alla distanza tra il complesso ano-sfinteriale e la neoplasia rettale. Nel setting delle cure primarie, ha sicuramente una minore affidabilità, pur conservando un ruolo importante come completamento dell'obiettività clinica. La manovra in tale circostanza consente non solo l'eventuale identificazione di patologia vegetante o stenotante ano-rettale, cosa che accade in un numero ridotto di casi, ma anche la valutazione del sanguinamento gastrointestinale ed ano-rettale e la sua distinzione dalla patologia proctologica benigna, quali la ragade o il sanguinamento emorroidario.



Il ruolo è tanto importante da porre il dubbio che il non-impiego dell'EDR possa ritardare la valutazione del paziente e l'invio allo specialista di riferimento, per proseguire l'iter di approfondimento clinico; ciò si rifletterebbe sulla spesa sanitaria, con conseguente aumento della stessa a seguito di ritardo diagnostico-terapeutico. Un esempio a riguardo è l'impiego del SOF non preceduto dall'EDR, da imputarsi allo scarso training del medico, al rifiuto da parte dei pazienti e all'eccessiva fiducia verso altri strumenti rispetto all'EDR. Un esempio paradossale è l'impiego improprio del SOF rispetto all'EDR nella valutazione dei sanguinamenti clinicamente evidenti, per la quale il SOF è sicuramente non appropriato e superfluo, e sarebbe più indicato l'utilizzo dell'EDR. L'EDR, infatti, pur avendo una sensibilità inferiore, rispetto ad altri strumenti quali il SOF, conserva una buona specificità e un buon valore predittivo negativo e andrebbe preferito al SOF, sicuramente nell'ottica di un corretto e appropriato utilizzo delle procedure mediche, ma anche nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse. L'EDR resta però una manovra a basso valore predittivo positivo, se considerata isolatamente nella diagnostica della patologia neoplastica colorettales, anche perché permette di individuare la patologia vegetante solamente nell'ultimo tratto ano-rettale ed in stadio sicuramente più tardivo. Ciò non toglie che, come strumento, vada solo correttamente impiegato nell'inquadramento del paziente; consente, infatti, la stadiazione della patologia oncologica ano-rettale, una diagnosi differenziale con la patologia proctologica benigna e la valutazione della patologia funzionale dello sfintere.

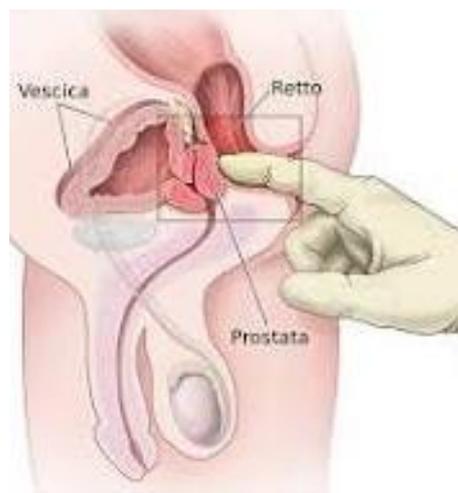
Quindi l'esplorazione digito-rettale è una manovra che dimenticheremo nei prossimi anni, o possiamo continuare ad utilizzarla e stimolarne la sua diffusione?

Sicuramente il suo significato nella pratica clinica è cambiato e continuerà a cambiare negli anni, per la diffusione di metodiche più sensibili ed affidabili per la diagnosi di varie patologie come quelle citate nell'articolo, ma come abbiamo visto continuare ad utilizzarla è fondamentale perché ci permette di meglio orientare la scelta medica in merito ad approfondimenti diagnostico-terapeutici e conseguentemente permette di ridurre la spesa sanitaria, meglio distribuendo le risorse disponibili.

Un obiettivo per il futuro per continuare ad impiegare l'EDR nel corso della valutazione dei nostri pazienti, diffondere e rendere più "efficace" la stessa manovra, sarebbe quello di formulare delle linee guida per una EDR standardizzata.

Questo sicuramente ne permetterebbe un impiego più corretto e renderebbe più agevole il suo insegnamento, anche nelle branche non gastroenterologiche.

*Vincenzo Delvecchio*



#### Bibliografia

- A. Hoogendam et al. - *"The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis"* – Family Practice, 1999; 16: 621-626.
- S. Safder, M. Rewalt, Y. Elitsur – *"Digital Rectal Examination and the Primary Care Physicians: A Lost Art?"* – Clin Pediatr. 2006; 45:411-414
- R.K. Wong et al. – *"The Digital Rectal Examination: A Multicenter Survey of Physicians' and Students' Perceptions and Practice Patterns"* – The American Journal of Gastroenterology 2012; 107: 1157-1163

- C.W. Ang, R. Dawson, M. Farmer – *“The diagnostic value of digital rectal examination in primary care for palpable rectal tumour”* – Colorectal Disease 10, 789-792
- O. Farooq, A. Farooq, S. Ghosh et al. – *“The Digital Divide: A Retrospective Survey of Digital Rectal Examinations during the Workup of Rectal Cancers”* – Healthcare 2021, 9 855



**NEWS**



## **LA NEURALGIA POSTERPETICA E LA VACCINAZIONE PER HERPES ZOSTER**

Gli Herpesvirus sono un gruppo di virus che determinano presentazioni cliniche solitamente benigne e autolimitanti, nonostante possano manifestarsi in modo più grave in pazienti immunocompromessi.

L'agente eziologico della varicella e dell'herpes zoster (noto anche come "fuoco di sant'Antonio) è il Varicella Zoster Virus (VZV), di cui l'uomo è l'unico reservoir naturale e il contagio primario avviene per via respiratoria, mentre la replicazione avviene nel tessuto tonsillare e nelle mucose delle vie aeree.

La diffusione del virus avviene nelle vie ematiche e linfatiche, mentre una seconda viremia diffonde le particelle virali anche nella cute e nelle mucose, ove nello specifico si formeranno vescicole.

I maggiori siti di latenza sono i gangli dorsali delle radici dei nervi spinali, i gangli enterici e i gangli dei nervi cranici.

Il VZV può andare incontro a riattivazione in seguito ad immunosoppressione o in seguito alla naturale attenuazione dell'immunità acquisita. (1)

Circa 1/3 degli adulti sviluppa lo Zoster nel corso della propria vita e l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età, fino ad arrivare al 50% nei pazienti con un'età maggiore di 85 anni. (2) (3)



È stato evidenziato anche un rischio notevolmente aumentato di riattivazione nei pazienti infettati con SARS-CoV-2 pari al 60%. (4)

In caso di riattivazione, il virus percorre l'assone in senso centrifugo raggiungendo la cute e causando delle eruzioni vescicolari con distribuzione dermatomera, solitamente toracica ma anche con coinvolgimento trigeminale. La manifestazione cutanea si associa solitamente a prurito, parestesia e disestesia.

L'interessamento del facciale si manifesta con alterazioni del canale uditivo, della lingua con disgeusia dei 2/3 anteriori e con paresi facciale omolaterale, nell'insieme questa prende il nome di Sindrome di Ramsay Hunt.

Un'altra manifestazione di riattivazione è lo Zoster oftalmicus, causato dall'infezione del ganglio di Gasser della branca oftalmica del V° nervo cranico, il quale può esitare in cecità permanente.

I neuroni coinvolti nella riattivazione possono essere danneggiati permanentemente dal virus stesso oppure dalla risposta immunitaria dell'organismo, questo provoca quella che chiamiamo nevralgia post-erpetica, e nello specifico viene identificata quando il dolore urente persiste per un tempo maggiore di 90 giorni.

La IASP (International Association of Study of Pain) definisce il dolore neuropatico come diretta conseguenza di una lesione del sistema nervoso somatosensoriale, differenziandolo in dolore neuropatico centrale e dolore neuropatico periferico.

Il sottogruppo di dolore specifico della nevralgia post-erpetica è quello neuropatico localizzato(5), il quale non identifica un meccanismo fisiopatologico differente di dolore neuropatico, ma giustifica l'utilizzo di trattamenti locali per ridurre il dolore stesso.

Studi epidemiologici mostrano una prevalenza di circa il 14% di PHN a tre mesi dalla manifestazione dello zoster, (6)percentuale che cresce con l'aumentare dell'età, fino ad un 30% nei pazienti over 80(7).

La nevralgia post erpetica è verosimilmente provocata da due meccanismi coesistenti che coinvolgono l'alterazione quantitativa e qualitativa delle fibre nocicettive di tipo C.

Dal punto di vista quantitativo si ha una riduzione delle fibre C a livello cutaneo, con una riorganizzazione nervosa a livello centrale, e come

risultato il paziente manifesterà allodinia.(8)

Qualitativamente parlando si avrà invece una riduzione della soglia di attivazione con un aumento della frequenza dei potenziali d'azione, provocando iperalgesia e allodinia. (9).

Sono stati elaborati anche diversi questionari per diversificare la tipologia di dolori e tra questi ritroviamo il PainDETECT, l'ID Pain e il DN4.

Ci sono tre possibili approcci per il controllo della PHN: trattamento della PHN manifesta, prevenzione della PHN attraverso una terapia precoce dello zoster oppure la prevenzione dello zoster stesso.

Tra i farmaci di prima linea ritroviamo gli antidepressivi, i quali sono in grado di potenziare le vie inibitorie discendenti inibendo la ricaptazione di noradrenalina e serotonina, oppure causando il rilascio di GABA da parte degli interneuroni. Tra essi i più efficaci sono i TCAs e in particolare l'amitriptilina e l'imipramina.

Per far fronte ai vari effetti collaterali, sono stati introdotti gli SNRI, come la duloxetina a dosaggi di 60 mg fino a 2/die(10)

Altri farmaci sovrapponibili sono i gabapentinoidi come gabapentin e pregabalin a dosi di 50 mg x3/die oppure 75 mg x 2/die, i quali agiscono a livello dei canali Ca dipendenti del SNC con effetti analgesici, ansiolitici e anticonvulsivanti (11)(12).

I trattamenti topici per la PHN sono il cerotto di capsaicina ad alta concentrazione ed il cerotto di lidocaina 700mg.

Il cerotto di capsaicina è disponibile nella concentrazione dell'8% ma è disponibile solo in ambiente ospedaliero, ed è possibile applicare un massimo di 4 cerotti per un massimo di 60 minuti.(13)

Il cerotto di lidocaina 700 mg è composto da un supporto in PET e da idrogel adesivo, i quali conferiscono alla patch una protezione dalle sollecitazioni meccaniche. Il cerotto ha nello specifico una somministrazione topica, quindi raggiunge il derma e le strutture nelle immediate vicinanze, senza avere effetti a livello sistemico poiché non raggiunge il sistema circolatorio.

Il cerotto viene posizionato a livello dell'area dolente per massimo 12 ore al giorno, con la possibilità di applicarne tre contemporaneamente.(14)(15).

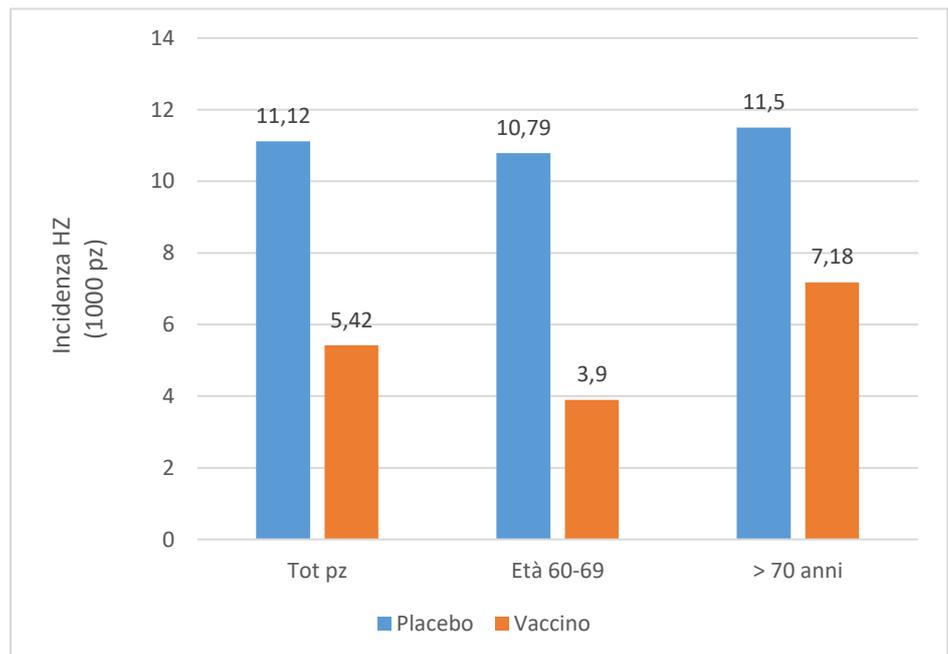
Il trattamento precoce dello zoster invece è limitato all'utilizzo di farmaci antivirali come aciclovir (800 mg per 5 volte/die), famciclovir e valaciclovir

(1000mg per 3 volte/die), i quali però devono essere utilizzati entro 72h dall'esordio del rash cutaneo.

Sono state effettuate diverse reviews che però non hanno evidenziato nessuna riduzione di PHN con il trattamento precoce mediante aciclovir. (16) L'unico vantaggio è stato riportato dall'utilizzo del Valaciclovir rispetto all'Aciclovir nel trattamento del dolore acuto. (17)

L'unica terapia efficace ad oggi per ridurre l'insorgenza della PHN è rappresentata dalla vaccinazione, costituita da vaccino vivo-attenuato, il quale però è controindicato nei pazienti immunocompromessi, e da un vaccino ricombinante.(18)

Il vaccino vivo attenuato è in grado di ridurre l'insorgenza di herpes zoster del 51%, con minore protezione per i pazienti over 70, nei quali il vaccino ha un'efficacia pari a quasi il 38%.



L'efficacia del vaccino nel burden disease è stata mediamente del 61%, con una riduzione della durata media del dolore e discomfort rispetto al placebo (21 vs 24 giorni).

**Table 2. Effect of Zoster Vaccine on the Burden of Illness in Herpes Zoster in the Modified Intention-to-Treat Population.\***

Group of Subjects	Vaccine Group			Placebo Group			VE <sub>BOI</sub> (95% CI)§
	No. of Confirmed Cases/No. of Subjects	BOI Score†	Incidence per 1000 Person-Yr‡	No. of Confirmed Cases/No. of Subjects	BOI Score†	Incidence per 1000 Person-Yr‡	
							%
All subjects	315/19,254	2.21	5.42	642/19,247	5.68	11.12	61.1 (51.1–69.1)
Age							
60–69 yr	122/10,370	1.50	3.90	334/10,356	4.33	10.79	65.5 (51.5–75.5)
≥70 yr	193/8884	3.47	7.18	308/8891	7.78	11.50	55.4 (39.9–66.9)
Sex							
Male	181/11,390	2.09	5.30	361/11,337	5.81	10.65	64.0 (51.4–73.4)
Female	134/7864	2.34	5.58	281/7910	5.47	11.79	57.3 (39.6–69.8)

\* Efficacy analyses were performed with the use of a follow-up interval that excluded the first 30 days after vaccination and in a modified intention-to-treat population, which excluded subjects who either withdrew from the study or in whom a confirmed case of herpes zoster developed within the first 30 days after vaccination. Of three subjects in whom more than one case of herpes zoster developed, only the first case was included. VE<sub>BOI</sub> denotes vaccine efficacy for the burden of illness due to herpes zoster (BOI), and CI confidence interval.

† For the total population and the subgroups stratified according to sex, the BOI score in each treatment group (vaccine or placebo) was the weighted average of the observed BOI stratified according to age, with weights proportional to the total number of subjects within each age group; subjects in whom herpes zoster did not develop were assigned a score of 0 for severity of illness due to herpes zoster on the basis of the Zoster Brief Pain Inventory, a questionnaire developed for the Shingles Prevention Study.

‡ For the total population and for subgroups stratified according to sex, the incidence of herpes zoster in each treatment group was the weighted average of the observed incidence of herpes zoster stratified according to age group, with weights proportional to the total number of person-years of follow-up in each age group.

§ VE<sub>BOI</sub> for all subjects was the protocol-specified primary end point.

Mentre per la PHN, l'incidenza è stata anch'essa inferiore del 66% nei pazienti inoculati. (19)



**Table 3. Effect of Zoster Vaccine on the Incidence of Postherpetic Neuralgia in the Modified Intention-to-Treat Population.\***

Variable	Vaccine Group			Placebo Group			VE <sub>PHN</sub> (95% CI)
	No. of Confirmed Cases of Herpes Zoster with PHN	No. of Subjects	Incidence per 1000 Person-Yr†	No. of Confirmed Cases of Herpes Zoster with PHN	No. of Subjects	Incidence per 1000 Person-Yr†	
All subjects	27	19,254	0.46	80	19,247	1.38	66.5 (47.5–79.2)‡
Age							%
60–69 yr	8	10,370	0.26	23	10,356	0.74	65.7 (20.4–86.7)
≥70 yr	19	8,884	0.71	57	8,891	2.13	66.8 (43.3–81.3)
Sex							
Male	19	11,390	0.56	51	11,337	1.50	62.8 (35.9–79.3)
Female	8	7,864	0.33	29	7,910	1.22	72.6 (38.6–89.2)
Persistence of PHN among all subjects§							
30 days	81		1.39	196		3.39	58.9 (46.6–68.7)
60 days	45		0.77	113		1.96	60.4 (43.6–72.6)
90 days	27		0.46	80		1.38	66.5 (47.5–79.2)‡
120 days	17		0.29	54		0.93	68.7 (45.2–83.0)
182 days	9		0.16	33		0.57	72.9 (42.1–88.6)

\* For the secondary end point, postherpetic neuralgia (PHN) was defined as the pain and discomfort associated with herpes zoster rated as 3 or more, on a scale ranging from 0 (no pain) to 10 (pain as bad as you can imagine), persisting or appearing more than 90 days after the onset of herpes zoster rash. Efficacy analyses were performed with the use of a follow-up interval that excluded the first 30 days after vaccination and the modified intention-to-treat population, which excluded subjects who withdrew or in whom a confirmed case of herpes zoster developed within the first 30 days after vaccination. Of three subjects in whom more than one confirmed case of herpes zoster developed, only the first case was included. VE<sub>PHN</sub> denotes vaccine efficacy for the incidence of PHN, and CI confidence interval.

† For the total population and the subgroups stratified according to sex, the incidence of PHN in each treatment group (vaccine or placebo) was the weighted average of the observed incidence of PHN stratified according to age group, with weights proportional to the total number of person-years of follow-up in each age group.

‡ VE<sub>PHN</sub> for all subjects was the protocol-specified secondary end point.

§ PHN was defined as the pain and discomfort associated with herpes zoster that was rated as 3 or more persisting or appearing more than 30, 60, 90, 120, and 182 days after the onset of herpes zoster rash.



Il numero di eventi avversi, ospedalizzazioni e morti tra i pazienti vaccinati e placebo è comparabile, con una maggior frequenza di eventi locali al sito di inoculazione.(20)

Tra il 2015 ed il 2016 è stato testato un vaccino ricombinante, il vaccino Shingrix, il quale ha mostrato un’efficacia maggiore in termini di insorgenza di zoster e PHN rispetto al precedente vaccino vivo attenuato.

Ha ricevuto la prima autorizzazione in Canada nel 2017 mentre nell’UE nel 2018, con prima indicazione nei pazienti adulti > 50 anni, successivamente anche nei pazienti > 18 anni con un rischio aumentato d’infezione.

È un vaccino che utilizza un sistema adiuvante che aumenta la protezione nel tempo da HZ, somministrato in due dosi a distanza di 2-6 mesi. Inoltre, ad oggi, è il primo ed unico vaccino raccomandato nei pazienti immunocompromessi per la prevenzione nei confronti del HZ. (21)



Nello specifico è stata mostrata un'efficacia nel ridurre l'incidenza di Herpes zoster pari al 96% nei pazienti con età > di 50 anni e 90% nei pazienti con età > di 70 anni.

Mentre per la PHN l'efficacia è stata rispettivamente del 91,2% e del 88%. (22)(23)

Gli effetti collaterali gravi sono completamente sovrapponibili con il gruppo placebo.

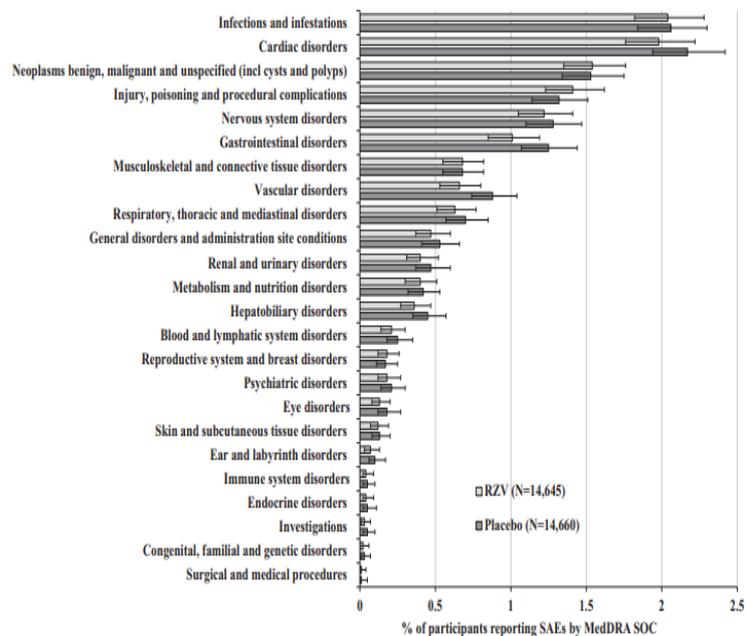


Fig. 2. Serious Adverse Events reported within 1 year post-last dose (Pooled Total Vaccinated Cohort). RZV = participants receiving the adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine; Placebo = participants receiving placebo; N = number of participants in the pooled total vaccinated cohort; MedDRA = Medical Dictionary for Regulatory Activities; SOC = System Organ Class; SAE = Serious Adverse Event.

Mentre gli effetti collaterali locali, identificati con dolore e infiammazione sono nettamente maggiori nei pazienti trattati con RZV. (24)

In conclusione, è possibile asserire che l'Herpes Zoster danneggia in modo permanente il sistema nervoso sia centrale che periferico e le complicanze sono difficoltose da contenere mediante un trattamento precoce con antivirali.

L'unica alternativa, ad oggi possibile, per ridurre l'incidenza delle complicanze è la prevenzione mediante vaccinazione con RZV.

*Oscar Abbracciavento*



1. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep* (2008) 57:1–30; quiz CE2-4.
2. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, Betts RF, Gershon AA, Haanpaa ML, McKendrick MW, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* (2007) 44 Suppl 1:S1-26. doi: 10.1086/510206
3. Schmader K, Gnann JW, Watson CP. The epidemiological, clinical, and pathological rationale for the herpes zoster vaccine. *J Infect Dis* (2008) 197 Suppl 2:S207-215. doi: 10.1086/522152
4. Chen Y-C, Ho C-H, Liu T-H, Wu J-Y, Huang P-Y, Tsai Y-W, Lai C-C. Long-term risk of herpes zoster following COVID-19: A retrospective cohort study of 2 442 686 patients. *J Med Virol* (2023) 95:e28745. doi: 10.1002/jmv.28745
5. Mick G, Baron R, Finnerup NB, Hans G, Kern K-U, Brett B, Dworkin RH. What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term. *Pain Manag* (2012) 2:71–77. doi: 10.2217/pmt.11.77
6. (Delaney A, Colvin LA, Fallon MT, Dalziel RG, Mitchell R, Fleetwood-Walker SM. Postherpetic neuralgia: from preclinical models to the clinic. *Neurotherapeutics*. 2009 Oct;6(4):630-7. doi: 10.1016/j.nurt.2009.07.005. PMID: 19789068; PMCID: PMC5084285.)
7. Pellissier JM, Brisson M, Levin MJ. Evaluation of the cost-effectiveness in the United States of a vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *Vaccine* (2007) 25:8326–8337. doi: 10.1016/j.vaccine.2007.09.066
8. (Oaklander AL. The density of remaining nerve endings in human skin with and without postherpetic neuralgia after shingles. *Pain*. 2001 May;92(1-2):139-45. doi: 10.1016/s0304-3959(00)00481-4. Erratum in: *Pain* 2001 Dec;94(3):325. PMID: 11323135).
9. Fields HL, Rowbotham M, Baron R. Postherpetic Neuralgia: Irritable Nociceptors and Deafferentation. *Neurobiol Dis* (1998) 5:209–227. doi: 10.1006/nbdi.1998.0204





10. . (Fornasari D. (2017). Pharmacotherapy for Neuropathic Pain: A Review. *Pain and therapy*, 6(Suppl 1), 25–33. <https://doi.org/10.1007/s40122-017-0091-4>).
11. . ( Stahl SM, Porreca F, Taylor CP, et al. The diverse therapeutic actions of pregabalin: is a single mechanism responsible for several pharmacological activities? *Trends Pharmacol Sci*. 2013;34:332–339. doi: 10.1016/j.tips.2013.04.001.).
12. Mallick-Searle T, Snodgrass B, Brant JM. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology, and pain management pharmacology. *J Multidiscip Healthc*. 2016 Sep 21;9:447-454. doi: 10.2147/JMDH.S106340. PMID: 27703368; PMCID: PMC5036669.
13. Blair HA. Capsaicin 8% Dermal Patch: A Review in Peripheral Neuropathic Pain. *Drugs*. 2018 Sep;78(14):1489-1500. doi: 10.1007/s40265-018-0982-7. PMID: 30251173.
14. Fornasari D, Magni A, Pais P, Palao T, Polati E, Sansone P. Changing the paradigm in postherpetic neuralgia treatment: lidocaine 700 mg medicated plaster. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022 May;26(10):3664-3676. doi: 10.26355/eurrev\_202205\_28862. PMID: 35647848.
15. Navez ML, Monella C, Bösl I, Sommer D, Delorme C. 5% Lidocaine Medicated Plaster for the Treatment of Postherpetic Neuralgia: A Review of the Clinical Safety and Tolerability. *Pain Ther*. 2015 Jun;4(1):1-15. doi: 10.1007/s40122-015-0034-x. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25896574; PMCID: PMC4470968.
16. (Chen N, Li Q, Yang J, et al (2014) Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD006866).
17. Dworkin RH, Boon RJ, Griffin DR, Phung D (1998) Postherpetic neuralgia: impact of famciclovir, age, rash severity, and acute pain in herpes zoster patients. *J Infect Dis* 178(Suppl 1):S76–S80.
18. Research C for BE and. Zostavax. *FDA* (2023) <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/zostavax> [Accessed December 18, 2023]
19. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, Arbeit RD, Simberkoff MS, Gershon AA, Davis LE, Weinberg A, Boardman KD, Williams HM, Zhang JH, Peduzzi PN, Beisel CE, Morrison VA, Guatelli JC, Brooks PA, Kauffman CA, Pachucki CT, Neuzil KM, Betts RF, Wright PF, Griffin MR, Brunell P, Soto NE, Marques AR, Keay SK, Goodman RP, Cotton DJ, Gnann JW, Loutit J, Holodniy M, Keitel WA, Crawford GE, Yeh SS, Lobo Z, Toney JF, Greenberg RN, Keller PM, Harbecke R, Hayward AR, Irwin MR, Kyriakides TC, Chan CY, Chan ISF, Wang WWB, Annunziato PW, Silber JL (2005a) A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med* 352(22):2271–2284.
20. Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR, Oxman MN, Boardman KD, Williams HM, Levin MJ, Schmader KE, Gelb LD, Keay S, Neuzil K, Greenberg RN, Griffin MR, Davis LE, Morrison VA, Annunziato PW, Shingles Prevention Study G (2010) Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med* 152(9):545– 554. doi:10.1059/0003-4819-152-9-201005040-00004.
21. Anderson TC, Masters NB, Guo A, Shepersky L, Leidner AJ, Lee GM, Kotton CN, Dooling KL. Use of recombinant zoster vaccine in immunocompromised adults aged ≥19 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(3):80–4. doi: 10.15585/mmwr.mm7103a2.



22. Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, Chlibek R, Díez-Domingo J, Hwang SJ, Levin MJ, McElhaney JE, Poder A, Puig-Barberà J, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *N Engl J Med.* 2015;372(22):2087–96. doi: 10.1056/NEJMoa1501184.
23. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang SJ, Díez-Domingo J, Godeaux O, Levin MJ, McElhaney JE, Puig-Barberà J, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *N Engl J Med.* 2016;375(11):1019–32. doi: 10.1056/NEJMoa1603800.
24. M L-F, L C, F D, M EI, L O, Fj DL, J D-D, Tc H, H L, Je M, et al. Safety profile of the adjuvanted recombinant zoster vaccine: Pooled analysis of two large randomised phase 3 trials. *Vaccine* (2019) 37: doi: 10.1016/j.vaccine.2019.03.043






**Edizione di gennaio 2024**