



**Azienda Sanitaria Locale  
della provincia di Brescia**

---

**Percorso  
di qualificazione  
professionale  
per Medici  
di Continuità Assistenziale**

---

pubblicazione 07

Luglio 2007



**Percorso di qualificazione  
professionale  
per Medici  
di Continuità Assistenziale**

Progetto curato dalla Direzione Sanitaria dell'ASL di Brescia  
Direttore Sanitario: Dott.ssa Annamaria Indelicato

### **Coordinamento scientifico e redazionale a cura di:**

Dott. Fulvio Lonati e Dott.ssa Lucilla Zanetti  
Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia

*Gli autori, i curatori e l'editore di quest'opera hanno posto ogni attenzione nel garantire che le terapie farmacologiche consigliate ed i relativi dosaggi siano in accordo con quanto previsto dalla Evidence Based Medicine (EBM) al momento della pubblicazione.*

*La medicina è una scienza in perenne sviluppo; l'evoluzione delle conoscenze può portare, come conseguenza, alla modifica delle terapie farmacologiche e del trattamento dei pazienti.*

*In considerazione di ciò, nonché della possibilità sempre presente di eventuali errori umani, gli autori, i curatori, l'editore e tutti i soggetti coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera, non garantiscono che le informazioni ivi contenute siano complete in ogni loro parte; essi, inoltre, non possono essere ritenuti responsabili di eventuali errori od omissioni commesse da coloro che utilizzano la presente pubblicazione ovvero dei risultati ottenuti dall'utilizzo delle informazioni ivi contenute.*

*I lettori dovranno sempre verificare le informazioni presso altre fonti; in particolare dovranno verificare le informazioni contenute nella scheda tecnica dei farmaci che intendono somministrare per assicurarsi che non siano intervenute modificazioni nelle dosi raccomandate, né nelle controindicazioni; tale verifica è particolarmente importante nel caso di farmaci di recente introduzione.*

Si ringrazia Pfizer Italia s.r.l. per il supporto alla realizzazione del presente manuale e delle correlate iniziative formative

### **Progetto Grafico:**

WellComm di Giulio Castellazzo

### **Tipografia**

ENDI s.n.c. - Bagnolo Mella (BS)

Finito di stampare nel mese di luglio 2007

Ogni uso del materiale qui contenuto diverso dal presente deve essere preventivamente autorizzato dall'ASL della provincia di Brescia

### **ASL della provincia di Brescia**

Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi 15 – 25124 Brescia

Tel. 030/38381 – Fax 030/3838233

[www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) - [informa@aslbrescia.it](mailto:informa@aslbrescia.it)

**Capitoli 1° e 2°:** Aspetti introduttivi che evidenziano la **mission e la collocazione del Servizio di Continuità Assistenziale**.

**Capitoli 3° e 4°:** Presentazione degli **strumenti operativi** "trasversali".

**Capitolo 5°:** Approfondimenti su **relazione medico paziente**.

**Capitoli 6°-13°:** Affrontano le **principali manifestazioni sintomatologiche** che si possono presentare al Medico di Continuità Assistenziale (MCA) e, a partire dal principale disturbo denunciato dall'assistito, guidano il processo. In linea di massima, per ciascun sintomo/quadro sindromico è stato seguito il seguente schema:

- *Aspetti introduttivi:* sono sintetizzate le eventuali definizioni generali, le basi teoriche a cui fare riferimento, i criteri clinico prognostici di rilievo.
- *Intervista preliminare (telefonata o accesso diretto):*
  - dati anagrafico-logistici da utilizzare in senso clinico,
  - elementi sintomatologici rilevanti da richiedere subito,
  - elementi anamnestici rilevanti da indagare subito,
  - possibili prime ipotesi di inquadramento diagnostico e criteri per la scelta del tipo di intervento da adottare (consiglio telefonico, visita domiciliare, avvio al Pronto Soccorso, chiamata 118, altro).
- *Durante la visita domiciliare o ambulatoriale:*
  - Percorso per l'inquadramento diagnostico: a partire dal quadro sintomatologico iniziale è descritta la sequenza di ulteriori rilievi anamnestici e clinici per giungere all'inquadramento diagnostico;
  - Approccio terapeutico: per ogni inquadramento diagnostico è evidenziata la terapia da prescrivere / attuare subito, con eventuale indicazione dei farmaci essenziali (con formulazione e dosaggio consigliato) che il MCA deve avere a disposizione (nell'ambulatorio e/o nella borsa).
- *Raccordo con il Medico curante:* sono evidenziati gli elementi informativi che si ritiene siano fondamentali per garantire la continuità clinico-terapeutica.
- *Raccordi esterni:* sono evidenziate le situazioni dove è vincolante / appropriato / inappropriato attivare uno specifico raccordo esterno (Servizio Sanitario Urgenza ed Emergenza - SSUEm 118, Pronto Soccorso, reperibilità igienistica, strutture di ricovero, consulenze specialistiche e / o di telemedicina).
- *Quando ricoverare / non ricoverare:* sono evidenziate le specifiche condizioni cliniche che rendono tassativo / opportuno / controindicato il ricovero.

**Capitolo 14°:** Affronta le **sindromi pediatriche**.

**Capitoli 15°-18°:** Focalizzati su particolari tipologie di assistiti, nei confronti dei quali è necessario adottare specifiche e diversificate attenzioni professionali:

- **pazienti con bisogni assistenziali complessi,**
- **malati in cure palliative,**
- **l'assistito straniero,**
- **l'assistito alcool tossico dipendente.**

**Capitolo 19°:** Breve manuale per gli **interventi di emergenza**.



## Percorso di qualificazione professionale per Medici di Continuità Assistenziale

- 7** Presentazione  
*Dott. Carmelo Scarcella, Direttore Generale dell'ASL di Brescia*
- 9** Evoluzione della figura del Medico di Continuità Assistenziale  
nella Sanità che cambia  
*Dott. Carmelo Scarcella, Direttore Generale dell'ASL di Brescia*
- 15** Il significato del Servizio di Continuità Assistenziale nella rete  
dei servizi sanitari  
*Dott.ssa Annamaria Indelicato, Direttore Sanitario dell'ASL di Brescia*
- 21** Operare nel Servizio di Continuità Assistenziale in sicurezza  
per la sicurezza degli assistiti  
*Dott. Fulvio Lonati, Direttore Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia*
- 31** Gli strumenti di lavoro del Medico di Continuità Assistenziale  
*Dott.ssa Lucilla Zanetti, Responsabile Servizio Assistenza Medica Primaria  
dell'ASL di Brescia*
- 47** La relazione medico paziente nel contesto del Servizio di Continuità  
Assistenziale  
*Dott. Piergiorgio Muffolini, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 55** Febbre, ipertermia, iperpiressia  
*Dott. Leonardo Ardigò e Dott. Gianluca Bettini,  
Medici di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 63** Dispnea  
*Dott. Germano Bettoncelli, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 75** Dolore toracico e sindrome coronaria acuta  
*Dott. Angelo Rossi, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 87** Dolore addominale  
*Dott. Angelo Rossi, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 97** Cefalea  
*Dott. Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 111** Perdita di coscienza  
*Dott. Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*

- 123** Insorgenza di disturbi della sensibilità e del movimento  
*Dott. Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 131** Manifestazioni psichiatriche  
*Dott. Erminio Tabaglio, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 141** Sindromi pediatriche  
*Dott. Andrea Rolla, Pediatra di Libera Scelta dell'ASL di Brescia*
- 151** Problemi di pazienti con bisogni assistenziali complessi  
*Dott. Piercarlo Pelizzari, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 169** Cure palliative  
*Dott. Pierangelo Lora Aprile, Medico di Medicina Generale dell'ASL di Brescia*
- 197** Il Servizio di Continuità Assistenziale per l'assistito straniero  
*Dott. Issa El Hamad e Dott.ssa Maria Chiara Pezzoli,  
Centro Salute Internazionale e Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia*
- 205** Il Servizio di Continuità Assistenziale per l'assistito alcool tossico dipendente  
*Dott.ssa Antonia Cinquegrana e Dott.ssa Mariagrazia Fasoli, Dipartimento Dipendenze  
dell'ASL di Brescia*
- 223** Basic Life Support e defibrillazione  
*Dott. Lauro Morandini, Direttore Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale  
di Vallecamonica*
- 245** Bibliografia

## PRESENTAZIONE

**Dott. Carmelo Scarcella**

**Direttore Generale dell'ASL di Brescia**

Il Medico del Servizio di Continuità Assistenziale, istituito per “dare continuità” in orario notturno e festivo all'attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, agisce in un contesto operativo peculiare, ben diverso sia da quello del Medico del Servizio Emergenza Urgenza 118, che deve dare una risposta immediata ma può avvalersi di infrastrutture organizzate con una rete ad hoc, sia da quello del Medico di Famiglia, che conosce il malato, la sua storia, il suo contesto e lo segue nel tempo: il Medico di Continuità Assistenziale si trova infatti nella necessità di prendere decisioni cliniche in breve tempo, senza supporti specialistico-strumentali, senza conoscenza dell'assistito che richiede l'intervento medico e senza possibilità di prenderlo in carico per seguirlo nel tempo.

L'ASL di Brescia, da tempo ha ritenuto di rilevanza strategica valorizzare il Servizio di Continuità Assistenziale, mediante un processo di qualificazione professionale dei Medici che vi operano, di razionalizzazione dei supporti logistici, di sviluppo degli strumenti di lavoro. In tale direzione, sono state realizzate diverse iniziative di formazione mirate ed i Medici di Continuità Assistenziale sono stati inseriti, a fianco dei Medici di Medicina Generale, tra i destinatari dei piani di formazione annuali delle Cure Primarie; tuttavia, proprio da tali esperienze, è chiaramente emersa l'esigenza, e l'opportunità, di “pensare” e realizzare un percorso strutturato di qualificazione mirato. Infatti, la peculiare condizione professionale del Medico di Continuità Assistenziale lo pone nella condizione di affrontare ciascuna problematica clinica emergente da una angolatura del tutto particolare, che richiede una professionalità specifica.

Proprio per tali motivi, si è pensato di allestire uno strumento formativo apposito, utilizzabile anche al di fuori dei confini dell'ASL di Brescia, finalizzato in modo mirato al miglioramento professionale dei Medici di Continuità Assistenziale, raccogliendo nel presente manuale come trattare le diverse problematiche lungo un percorso che, a partire dal quadro sintomatologico segnalato, consenta di giungere al corretto inquadramento diagnostico e al successivo approccio terapeutico.

La prospettiva è di contribuire a sviluppare un immaginario collettivo che veda il Me-

dico di Continuità Assistenziale come un operatore sanitario che occupa uno spazio ben definito, riconosciuto, in possesso di una professionalità specifica.

Ciò si inserisce in un disegno strategico, volto a valorizzare le diverse componenti del sistema dei servizi sanitari attivi a livello locale, promuovendone la piena e reciproca integrazione per migliorare progressivamente la qualità, l'efficacia, la continuità e la personalizzazione delle cure prestate a ciascun assistito.

# EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA SANITÀ CHE CAMBIA

*Dott. Carmelo Scarcella*

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sorto con la legge 833 del 23/12/78, si colloca sulla base dei principi enunciati dall'art. 32 della Costituzione, che recita "... *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...*".

La situazione antecedente la legge di riforma sanitaria era caratterizzata dall'attribuzione disorganica di competenze tra molteplici enti ed organismi, tendenzialmente orientati alla presa in carico di problematiche sanitario-sociali settoriali.

Per quanto riguarda l'assistenza primaria, i medici, convenzionati con numerose "casse-mutua" legate a diverse tipologie sociali e lavorative, si configuravano come l'unica figura sanitaria di base a cui l'assistito, a prescindere dall'età, poteva fare riferimento.

Il servizio di emergenza sanitaria territoriale non esisteva ed il medico mutualista, quindi, svolgeva contemporaneamente ed in modo indifferenziato quelle che attualmente sono le funzioni del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico di continuità assistenziale e, in buona misura, del medico dell'emergenza.

Era invece differenziata, in base all'ente mutualistico di riferimento, la tipologia ed il livello dei servizi prestati, con possibilità di erogazioni in forma "diretta" o "indiretta" o, per i cittadini senza altra copertura assicurativa, con prestazioni essenziali da parte del "medico condotto", di emanazione comunale.

Solo nel periodo immediatamente antecedente la riforma sanitaria, sono state avviate sporadiche iniziative prototipali di "guardia medica" per far fronte a esigenze locali, in particolare in Lombardia, ad opera dei Comitati Sanitari Zonali, i CSZ, entità che prefiguravano quelle che sarebbero poi diventate le Unità Sanitarie Locali (USL).

A fronte del precedente sistema frammentario, la riforma sanitaria ha determinato una profonda trasformazione istituzionale: ha fatto dell'unitarietà il proprio caposaldo al fine di attuare, in condizioni di uguaglianza, su tutto il territorio nazionale, gli

obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), definito come il complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna.

Per effetto di questa riforma, le Regioni hanno istituito le USL, definite come strutture operative emanazione dei Comuni singoli o associati, che hanno assunto le caratteristiche di una organizzazione funzionale nella quale amministratori, operatori ed utenti, sono stati chiamati a svolgere, ciascuno, un ruolo determinante.

In questo contesto le Regioni hanno accentuato il proprio ruolo ed hanno determinato, con proprie leggi, l'assetto istituzionale specifico e dettagliato delle USL, la loro articolazione organizzativa, gli ambiti territoriali che ciascuna era chiamata a servire. A dare attuazione ai dettami della Legge 833 in materia di assistenza medico generica, in data 13 agosto 1981 viene approvato il primo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la regolamentazione dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG), ai sensi dell'art. 48 della Legge 833 del 23/12/1978.

L'ACN, tra l'altro, norma l'organizzazione del Servizio di Guardia Medica, così definito nell'articolo 33: *"In ogni Regione è istituito un servizio di guardia medica urgente notturna e festiva che ha inizio alle ore 20 del giorno feriale e cessa alle ore 8 del giorno successivo, alle ore 14 del sabato e cessa alle ore 8 del postfestivo; infine alle ore 14 del prefestivo e cessa alle ore 8 del postfestivo"*.

Successivamente, in data 4 febbraio 1982 viene stipulato l'Accordo Collettivo Nazionale ex art. 48 della legge 833/78, per la disciplina dei rapporti libero professionali con i Medici addetti ai Servizi di Guardia Medica che, nel definire i compiti del Medico di Guardia Medica recita: *"...Il Medico di Guardia Medica deve effettuare prontamente tutti gli interventi d'urgenza che gli siano richiesti entro la fine del turno cui è preposto..."*.

Il concetto dell'urgenza è ribadito anche in materia di prescrizione farmaceutica: *"Le prescrizioni farmaceutiche sono limitate ai farmaci che, nell'ambito del pronto soccorso terapeutico, trovano indicazione in una terapia di urgenza..."*.

Con dichiarazione a verbale *"le parti riconoscono che, in base alle indicazioni della programmazione regionale, l'attività (della guardia medica) ..... può essere organicamente integrata, sia con i servizi di trasporto che con altre attività sanitarie del territorio, in modo da assicurare una più valida risposta, anche a livello territoriale, nei casi di emergenza sanitaria"*.

Con l'istituzione della Guardia Medica, l'ACN viene, tra l'altro, a modificare i compiti dei medici "mutualisti" che non sono più chiamati a dare una risposta nell'arco dell'intera giornata.

Va anche evidenziato che l'attuazione operativa della Guardia Medica si realizza in un momento storico in cui non esistono vincoli all'accesso alle Università di Medicina e Chirurgia e, conseguentemente, il numero di medici in attesa di prima occupazione è elevato. Il nuovo servizio frequentemente diventa, pertanto, la prima attività lavorativa del giovane medico, momento transitorio in attesa di una attività professionale

stabile meglio retribuita; per tale motivo il servizio viene ad assumere un ruolo marginale all'interno del sistema ed è caratterizzato da un elevato turn over.

Solo successivamente, a seguito dell'introduzione di meccanismi di limitazione dell'accesso alla Facoltà di Medicina ed alle Scuole di Specializzazione, si giungerà ad una progressiva stabilizzazione del pool di operatori impegnati nella Guardia Medica.

Con l'ACN del 25 gennaio 1991, l'organizzazione dell'Emergenza Sanitaria viene demandata alle Regioni cui compete il compito di individuare “ *i criteri tecnici e organizzativi per attuare un collegamento funzionale tra l'attività (della Guardia Medica) ..... con i servizi di pronto soccorso e di guardia medica ospedaliera, di trasporto protetto degli infermi, di cura intensiva e di altre attività sanitarie del territorio*”...(articolo 22 dell'ACN 25 gennaio 1991). Viene confermata, tuttavia, la specificità del Servizio di Guardia Medica come servizio deputato a rispondere alle necessità urgenti degli assistiti.

Poco più di un anno dopo, nel Marzo 1992, viene emanato il DPR che da avvio all'istituzione del Servizio Emergenza Urgenza, attribuendo alle Regioni il compito di attivare operativamente il “118”.

A seguito dell'emanazione di questi atti, si avvia il processo di separazione organizzativa dei due differenti servizi, uno destinato a dare risposta ai problemi caratterizzati da emergenza-urgenza, l'altro orientato a garantire l'accesso ai servizi sanitari di base nell'arco dell'intera giornata per tutta la settimana. Anche la dipendenza gerarchica ed organizzativa delle due figure, di guardia medica e dell'emergenza-urgenza, si vanno differenziando: la prima afferisce ai servizi sanitari di base, la seconda ai servizi specialistici.

Va anche evidenziato che, nel 1991, l'ACN prevede, per la prima volta, l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), ovvero la possibilità che il MMG acceda al domicilio dei malati “non ambulabili” con bisogni assistenziali complessi, in modo programmato e coordinato con gli altri operatori sanitario-assistenziali, al fine di erogare cure integrate: si va infatti ponendo ormai in modo chiaro l'esigenza di garantire una risposta adeguata e continuativa ai malati critici o con compromissione dell'autosufficienza.

Il MMG si pone, a livello territoriale, come attore imprescindibile, che deve integrarsi, e coordinare dal punto di vista clinico, le altre figure sanitario-assistenziali.

Si pone all'orizzonte anche il problema dei ricoveri inappropriati, in quanto motivati da problematiche cliniche a carattere non acuto o da prevalenti bisogni socio-assistenziali.

Il territorio, e con esso anche il Medico di Guardia, inizia quindi ad essere coinvolto in questo processo, correlato anche al progressivo aumento del numero di malati cronici.

Con la pubblicazione dell'ACN 484 del 22 luglio 1996, al capo V vengono dettate le prime norme per il conferimento degli incarichi e lo svolgimento dell'attività di *Emergenza Sanitaria Territoriale*, mentre, al capo III, quello che era in precedenza il Servizio di *Guardia Medica* assume la denominazione di Servizio di *Continuità Assistenziale*.

Rimangono, invero, all'interno della Continuità Assistenziale, riferimenti alla tipologia di "attività urgenti" espletate dal Servizio; riferimenti ancora presenti anche nell'ACN del 28 luglio 2000.

Si tenga presente che la dizione "Guardia Medica" era mutuata dalla "Guardia Medica Ospedaliera"; la sostituzione del termine "Guardia" con quello di "Continuità Assistenziale" corrisponde e contrassegna un passaggio culturale e organizzativo radicale, dove il Servizio di Continuità Assistenziale, afferente le Cure Primarie, assume completa autonomia e dignità rispetto ai Servizi Ospedalieri.

Inizia infatti in questo momento storico il processo di identificazione e riqualificazione del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) all'interno del Sistema delle Cure Primarie.

Tale processo è contemporaneo alla sempre maggiore difficoltà che i giovani medici incontrano nell'accedere alla convenzione per la Medicina Generale o ad incarichi di dipendenza presso strutture di ricovero; l'attività di MCA tende a diventare, dunque, un impegno stabile che, insieme con altre attività libero professionali compatibili, garantisce un livello retributivo accettabile.

Sull'altro fronte, parallelamente allo sviluppo degli strumenti di lavoro e dell'organizzazione delle Cure Primarie, cresce e si differenzia il Servizio Emergenza-Urgenza 118.

Solo il nuovo ACN del 23 marzo 2005 toglie in modo inequivocabile dal Servizio di Continuità Assistenziale ogni riferimento all'urgenza, conferendo ai Medici incaricati il preciso compito di garantire effettivamente la continuità assistenziale ai cittadini, al di fuori degli orari di attività dei Medici di Famiglia ed eliminando, quindi, quegli elementi di confusività con l'attività più propriamente affidata all'Emergenza Territoriale, fino ad allora presenti.

Con gli ultimi ACN, in particolare con quello del 23 marzo 2005, inoltre, viene introdotta la possibilità, da normare con specifici Accordi Regionali, di sperimentare nuove forme organizzative del Servizio di Continuità Assistenziale, nell'ambito delle Equipe Territoriali o delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), intese come *"forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, (finalizzate a realizzare) la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi dei programmi distrettuali."* (articolo 26 dell'ACN 23 marzo 2005).

Il Medico di Continuità Assistenziale tende, quindi, ad essere sempre più strettamente integrato nel sistema delle Cure Primarie e diventare una figura di riferimento stabile con cui il Medico di Famiglia si rapporta al fine di garantire la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24.

Gli elementi innovati che caratterizzano il Servizio di Continuità Assistenziale delineato dai nuovi ACN sono sostanziali e vanno ad inserirsi in un contesto organizzativo ben diverso da quello esistente quando fu istituita la Guardia Medica.

Innanzitutto, va tenuto presente che i pool dei medici impegnati nei Servizi di Continuità Assistenziale tendono ormai ad essere stabili nel tempo: numerosi sono i

MCA con più di 10-15 anni di anzianità lavorativa.

Benché una eccessiva cristallizzazione di tali pool possa comportare alcuni rischi, prevalgono certamente i vantaggi: rispetto a quanto avveniva sino a pochi anni fa, risultano infatti ora possibili percorsi di identificazione della specificità del ruolo e di qualificazione professionale, in grado di innalzare significativamente la potenzialità e l'efficacia di intervento:

- itinerari formativi di riqualificazione mirati ed evoluti;
- affidamento ai MCA di protocolli e strumenti di lavoro strutturati ed articolati, anche quando comportano una gestione impegnativa;
- adozione di modalità e canali comunicazione organici con il MMG ed il PLS per garantire una effettiva integrazione e continuità di cura.

Ciò rappresenta un'ottima premessa per poter far fronte alla richiesta ormai prioritaria di garantire diffusamente la continuità di cura nei confronti dei malati con bisogni assistenziali complessi, in numero crescente, dato il progressivo prolungamento della sopravvivenza e l'incremento della numerosità delle fasce di età più elevate. La possibilità di garantire capillarmente la continuità di cura nell'arco dell'intera giornata/settimana risulta possibile, nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale italiano, solo mediante il coinvolgimento dei Servizi di Continuità Assistenziale, presenti ubiquitariamente su tutto il territorio nazionale.

Ciò assume particolare significato nelle fasi successive alla dimissione ospedaliera o in seguito dell'emergenza di problemi clinici minori che, se non prontamente e efficacemente gestiti, possono portare il malato con bisogni assistenziali complessi al Pronto Soccorso o al ricovero.

In tal senso, il MCA diventa un interlocutore dell'ospedale autonomo e distinto dal MMG.

Non va per altro trascurata l'importanza di mettere a disposizione di tutta la popolazione uno sportello extraospedaliero del Servizio Sanitario ad accesso diretto, in grado di offrire, anche a fronte di dubbi e ansie circa l'insorgenza di problemi clinici, una prima risposta con un preliminare inquadramento della problematica e l'offerta di informazioni atte ad orientare l'assistito nella rete dei servizi.

Quale futuro quindi per il Servizio Continuità Assistenziale? Un nuovo scenario organizzativo, operativo e professionale, di un Servizio così caratterizzato:

- connesso in modo organico e strutturato con il sistema distrettuale delle Cure Primarie;
- in rete, organizzativa e informativa, con MMG/PLS;
- in rete con l'ospedale, sia in fase di accesso che dopo dimissione;
- supportato da strumenti tecnologici evoluti:
  - strumentazione telefonica flessibile;
  - collegamento informatico;
  - connessione a call center;
  - accesso a help desk informatici,
  - accesso a teleconsulti specialistici e servizi di telemedicina;

- attore integrato nel sistema delle cure domiciliari rivolte a malati con bisogni assistenziali complessi e/o con cure palliative;
- in grado di erogare non solo prestazioni ma anche di:
  - fornire informazioni,
  - effettuare un primo inquadramento di problemi clinici ed avviare, in tempo differito, ad altri servizi sanitari e assistenziali, garantendo la continuità di cura;
  - avviare la presa in carico di malati con bisogni assistenziali complessi.

Ci si augura che questi nuovi elementi portino a modificare l'immaginario collettivo del MCA, in modo che non sia più visto come una sorta di "tappabuchi", ma venga identificato come un Medico che occupa uno spazio ben definito, riconosciuto, sostenuto da una professionalità specifica, proprio nei momenti della giornata e della settimana in cui la maggior parte dei servizi è inattiva.

# IL SIGNIFICATO DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI SANITARI

*Dott.ssa Annamaria Indelicato*

In un contesto sanitario caratterizzato, da un lato, dalla crescita della domanda nell'ambito delle malattie croniche e, dall'altro, dallo spostamento delle cure dall'ospedale al territorio, la continuità assistenziale si deve configurare sia come l'ottimale raccordo tra settori di cura (ospedale/territorio), sia come integrazione dell'attività tra operatori sanitari (interdisciplinarietà e multidisciplinarietà), sia come continuità di cura nel tempo.

A differenza del Medico del Servizio Sanitario Emergenza Urgenza 118 (SSUEm 118), che deve dare una risposta immediata, avvalendosi di infrastrutture organizzate con una rete ad hoc, l'attività del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) è elettivamente volta a far fronte a problematiche cliniche caratterizzate da urgenza differibile o non urgenza, completando così la presenza delle Cure Primarie nell'arco delle 24 ore.

L'organica ed armonica collocazione del Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) all'interno della rete dei servizi è di rilevanza strategica per garantire, a livello locale, un sistema sanitario in grado di affrontare in modo razionale e completo ogni evenienza.

## **Integrazione con il Servizio Emergenza Urgenza 118**

L'articolo 67 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per i Medici delle Cure Primarie (ACN), in vigore dal 23 marzo 2005, individuando i compiti del MCA e le modalità di espletamento della sua attività, indica come aspetto saliente e sua specifica mission, garantire la continuità assistenziale nei confronti dell'intera popolazione, nei momenti in cui non operano i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PSL), assicurando le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini. L'Accordo, quindi, non affida più al SCA l'incarico di gestire l'urgenza, ma quello di essere garante della continuità assistenziale: interpretare e prendere in carico

i problemi posti dagli assistiti, suggerendo, nel caso di richiesta inappropriata, il percorso più agevole affinché l'utente possa, presso altri Servizi, trovare la risposta più appropriata.

L'ACN evidenzia l'indispensabile necessità di realizzare sull'intero territorio nazionale la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente. A tal fine, prevede che debbano essere definiti i compiti, le funzioni e le relazioni tra le figure impegnate, MMG, MCA e SSUEm 118.

L'Accordo attribuisce, inoltre, all'ambito degli Accordi Regionali, il compito di garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, prevedendo meccanismi di operatività sinergica tra MMG, MCA e SSUEm 118, al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia.

A differenza del SSUEm 118, che ha la competenza, nell'arco delle 24 ore, della gestione degli interventi di primo soccorso, delle attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria per interventi di soccorso in caso di maxi emergenze o disastro, il SCA è istituito per "dare continuità", in orario notturno, festivo e prefestivo, all'attività del MMG del PLS nelle funzioni di loro competenza: gestione delle patologie acute e croniche, tramite attività clinica svolta a livello domiciliare e ambulatoriale che non riveste il carattere di "urgenza/emergenza".

Il ricorso al Medico delle Cure Primarie (MMG o PLS durante l'orario diurno; MCA durante le notti e i festivi) per la gestione degli interventi per i quali la tempestività del soccorso, l'utilizzo di strumentazione sanitaria (respiratore automatico, bombola di ossigeno, defibrillatore, etc.) o l'effettuazione di prestazioni tipiche del Medico Specialista Rianimatore (tracheotomia, assistenza respiratoria, etc) così come il tempestivo trasposto in ospedale, sono determinanti nell'evoluzione clinica della patologia, può comportare una perdita di tempo prezioso per il paziente. Tali interventi sono elettivamente di pertinenza del SSUEm 118.

Per contro, risulta controproducente l'intervento del SSUEm 118 per far fronte a problematiche cliniche caratterizzate da urgenza differibile o non urgenza. Infatti tale intervento comporta dispendio e, per taluni aspetti, pericolo di sovraccarico di un Servizio che deve essere attentamente riservato ad una casistica ben precisa.

Peraltro, la prestazione del MCA, effettuata entro un limite di tempo congruo dall'insorgenza della patologia, se non addirittura programmata concordemente dal MMG e dal MCA stesso, consente di gestire in modo ottimale la continuità terapeutica assistenziale nei confronti dei malati critici con bisogni assistenziali complessi.

Al fine di garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, di limitare le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, è necessario prevedere meccanismi di operatività sinergica tra Medici di Famiglia, SCA, SSUEm 118 e Strutture di Ricovero.

Un possibile strumento in tal senso può essere la definizione condivisa di un Protocollo Tecnico-Organizzativo per l'integrazione tra il SCA e SSUEm 118, che definisca compiti, modalità di accesso, interazioni tra i due servizi.

Gli aspetti rilevanti del documento potrebbero essere:

- produzione collaborativa, in particolare da parte del Dipartimento Cure Primarie e del SSUEm118;
- individuazione degli altri attori coinvolti: oltre ai servizi SCA e SSUEm 118, risulta necessaria la partecipazione di: Direzione Sanitaria dell'ASL, MMG e PLS, Distretti Socio Sanitari, Dipartimento Cure Primarie, Direzioni Sanitarie delle Strutture di Ricovero.
- Validazione da parte degli interlocutori istituzionali, in particolare dei referenti delle Strutture di Ricovero e Cura Accreditate e del Comitato Aziendale della Medicina Generale.
- Esplicitazione della mission dei due Servizi:
  - Il SCA, istituito per “dare continuità”, in orario notturno, festivo e prefestivo, all'attività del MMG nelle funzioni di propria competenza: gestione delle patologie acute e croniche, tramite attività clinica svolta a livello ambulatoriale e domiciliare preferibilmente tramite appuntamento, spesso programmata, che non riveste il carattere di “urgenza/emergenza”.
  - Il SSUEm 118, con la competenza, nell'arco delle 24 ore, di gestire gli interventi di primo soccorso e le attività di coordinamento-intervento in caso di maxi emergenze o disastro.
- Individuazione delle modalità operative di integrazione, specificamente per l'accesso telefonico ai servizi da parte degli assistiti e per razionalizzare le comunicazioni e l'integrazione tra i Servizi.
- Definizione delle azioni per la fase di avviamento, in particolare per quanto riguarda l'inserimento del Protocollo nel manuale operativo del SSUEm 118, l'informazione a tutti i MMG e PLS a livello di ciascun Distretto, la presentazione alla popolazione al fine di favorire il buon uso sia del SCA che del SSUEm 118.

## Integrazione con le strutture ospedaliere

Nel caso in cui il MCA ravvisi l'opportunità di proporre il ricovero ospedaliero, è raccomandabile che:

- relazioni schematicamente anche utilizzando il modello allegato E dell'ACN, quando non si configurino situazioni di urgenza/emergenza, il quadro clinico riscontrato, evidenziando in particolare le motivazioni che l'hanno indotto a proporre il ricovero;
- contatti direttamente, in tutti i casi, la Struttura di riferimento e comunichi al Medico che accoglierà l'assistito ogni elemento utile al tempestivo inquadramento clinico-terapeutico, fornendo in particolare le motivazioni che l'hanno indotto a proporre il ricovero.

Nel caso in cui il MCA evidenzi la necessità di effettuare indagini strumentali urgenti (ad esempio ECG, radiografia del torace, etc.), ne formula proposta su ricettario “bianco” da presentare al Pronto Soccorso, evidenziando il sospetto diagnostico.

## Integrazione con il MMG e PLS

L'opportunità di una piena integrazione tra Medico di Continuità Assistenziale e MMG è sancita dall'ACN art. 56, che demanda all'ambito degli Accordi Regionali la definizione di Linee Guida che identifichino le tipologie di assistiti presso il domicilio dei quali si ritenga di dover rendere disponibile la documentazione sanitaria necessaria per garantire una corretta assistenza da parte del MCA.

L'ACN individua inoltre ulteriori aspetti:

- articolo 67, comma 16: *“Sono inoltre obblighi e compiti del Medico.... la segnalazione personale diretta al Medico di Assistenza Primaria che ha in carico l'assistito, dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza...”*
- articolo 69, comma 3: *“Il Sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza ed un efficace integrazione delle professionalità operanti nel territorio, interagisce con il Medico di fiducia e con le strutture aziendali, secondo modalità da definirsi nell'ambito degli Accordi Aziendali”.*
- articolo 69, comma 4: *“...il Sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al Medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo, di cui una copia è destinata al Medico di fiducia o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero, da consegnare all'assistito e l'altra viene acquisita agli atti del Servizio.”*
- articolo 69, comma 5: *“La copia destinata al Servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra Regione o da Stato straniero”*
- articolo 69, comma 6: *“Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e, se del caso, la motivazione che ha indotto il Medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare”.*
- articolo 69, comma 7: *“Saranno altresì segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche d'urgenza”.*

Al di là di quanto espressamente previsto dalla normativa, è indispensabile che MMG e MCA mettano in atto idonei strumenti di comunicazione finalizzati a consentire la continuità terapeutica dell'assistito.

A maggior ragione, nel caso di paziente in condizioni critiche, l'interazione tra le due figure mediche è indispensabile e deve essere attuata preventivamente, per consentire al MCA di operare in modo integrato con MMG e gli altri operatori, così da poter diventare una risorsa importante per raggiungere l'obiettivo di assistenza domiciliare.

L'integrazione è oltremodo necessaria e dovrebbe essere attuata preventivamente, al fine di evitare che l'intervento del MCA si traduca in una ospedalizzazione altrimenti evitabile, nel caso di pazienti con bisogni assistenziali complessi (ad esempio portatori di catetere, di sondini, di PEG, in alimentazione artificiale, con respiratore

automatico, con lesioni da decubito, con esiti recenti di interventi chirurgici/ortopedici) o addirittura di pazienti in cure palliative.

## **Integrazione con il sistema delle cure domiciliari**

Il MCA si troverà sempre più frequentemente ad intervenire nei confronti di malati con bisogni assistenziali complessi, per i quali risulta indispensabile garantire la continuità e l'unitarietà delle cure erogate da diversi attori.

L'integrazione del MCA nel sistema delle cure domiciliari è certamente favorito dalla presenza, nel contesto locale, di strumenti operativi e di raccordo tra gli Enti.

È comunque indispensabile che il MCA intervenga tenendo sempre presente come obiettivo irrinunciabile il suo inserimento armonico nel piano individuale di intervento che deve essere attivato nei confronti di ogni assistito con bisogni assistenziali complessi.

## **Integrazione con il Dipartimento di Prevenzione Medico**

Oltre alla ovvia collaborazione per quanto riguarda la denuncia delle malattie infettive e gli eventuali interventi di polizia mortuaria, è opportuno che il MCA tenga presente la possibilità di confrontarsi e/o attivare il Medico Igienista reperibile (trattamento sanitario obbligatorio, grave malattia infettiva, accertamento della realtà della morte, etc.).

## **Emergenze di massa**

In caso di eventi a carattere straordinario, il MCA, così come gli altri Medici delle Cure Primarie, può essere chiamato a collaborare con l'ASL per far fronte a situazioni emergenziali, contribuendo fattivamente alla loro gestione e risoluzione.

In occasione di qualsiasi evento critico, proprio per la presenza capillare degli attori delle Cure Primarie e per la loro peculiare modalità di interagire in modo personalizzato, risulta indispensabile che ciascun Medico di Famiglia, così come il MCA, sia informato e sensibilizzato al fine di ritrasmettere "a cascata" informazioni "sintoniche" con le strategie adottate per fronteggiare l'evento critico stesso. Infatti, la possibilità di amplificare ansia e disorientamento nella popolazione a causa di messaggi discordanti è elevatissima.

Il sistema delle Cure Primarie, una volta adeguatamente informato e sensibilizzato, può pertanto essere utilmente valorizzato sia per riscontrare situazioni individuali da monitorare/proteggere (ad esempio: anziani soli fragili a rischio, soggetti che presentano sintomi ben definiti a rischio), sia per informare sistematicamente con specifici contenuti tutti i soggetti che si rivolgono al servizio, sia per intervenire proattivamente, ad esempio indirizzando i soggetti da supportare emotivamente ai punti di counseling psicologico attivati.

Va inoltre evidenziata la necessità di differenziare l'approccio relazionale e clinico in considerazione alle diverse tipologie dei possibili eventi critici di massa:

- **Minaccia di un possibile evento critico di massa:** eventi pericolosi per la collettività potenzialmente imminenti (ad esempio il riscontro di positività per BSE o di casi di SARS in zone che potenzialmente interessano il territorio dell'ASL);
- **Accadimento di un evento critico di massa che non ha effetti diretti sulla salute delle persone** ma solo sulle cose: eventi critici di massa senza effetti diretti sulla salute umana (es. un terremoto o una esondazione che non ha provocato vittime o feriti), che in genere determinano comunque problemi di carattere igienico sanitario e sovraccarico dei servizi sanitari routinari;
- **Accadimento di un evento critico di massa con effetti diretti sulla salute umana:** nei casi in cui l'evento critico ha effetti diretti sulla salute di un numero considerevole di persone, il Sistema Sanitario ha una responsabilità diretta nel garantire una risposta pronta e diversificata su tutti i fronti necessari. L'ASL è chiamata ad attivarsi in modo articolato e complesso, al fine di promuovere il coordinamento dei diversi Enti Sanitari coinvolti localmente (dell'emergenza, specialistici e di base) e ad integrarsi con gli altri Enti competenti in materia di protezione civile. In tal senso, il MCA può essere significativamente coinvolto.

# OPERARE NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN SICUREZZA PER LA SICUREZZA DEGLI ASSISTITI

*Dott. Fulvio Lonati*

Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) agisce in un contesto operativo peculiare sia rispetto alla figura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera scelta (PLS), sia dei Medici delle Strutture di ricovero, ambulatoriali o dell'emergenza-urgenza: gli orari di lavoro, il decentramento delle postazioni, il lavorare da soli o al massimo in piccoli gruppi sono condizioni che impongono precise attenzioni per poter far fronte in sicurezza agli innumerevoli eventi che possono accadere.

Per affrontare in modo razionale la problematica, è opportuno prevedere anticipatamente, con appositi Protocolli, le misure organizzative ed operative da mettere in atto sia preventivamente che nell'evenienza di situazioni critiche.

A tal fine, vengono presentate nel presente capitolo:

- le misure cautelative da attuare in caso di eventi critici;
- le misure da adottare per la prevenzione di infortuni biologici e le procedure da effettuare in caso di una loro evenienza accidentale.

## **Misure cautelative da attuare per la gestione in sicurezza del Servizio di Continuità Assistenziale in caso di eventi critici**

### **Misure da attuare preventivamente**

Per ciascuna postazione deve essere individuata la/e postazione/i di supporto da attivare/coinvolgere in regime di eventi critici.

*Informazioni che devono essere accessibili presso ogni postazione:*

- Numeri telefonici (fissi e mobili) aggiornati per accedere, in regime di eventi critici, a:
  - Servizio tecnico dell'ASL (con indicazione delle modalità per richiederne l'attivazione),

- Guardia igienistica distrettuale,
- Direttore di Distretto o suo delegato,
- Servizi emergenza comunali (con indicazione delle eventuali modalità per richiederne l'attivazione),
- Forze dell'ordine più vicine alla postazione;
- Indirizzi e numeri telefonici aggiornati delle postazioni di Continuità Assistenziale dell'ASL, con evidenziazione delle priorità da osservare nel caso sia necessario che postazioni viciniori sostituiscano postazioni non più operative;
- Indicazioni tecniche per effettuare:
  - deviazione di chiamata, in regime di emergenza, verso la postazione attiva più vicina;
  - attivazione di messaggi in segreteria telefonica,
- Raccolta dei Protocolli Tecnico-Operativi per la gestione di eventi critici; in particolare dovranno essere disponibili:
  - Protocollo per Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO),
  - Protocollo per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO),
  - Protocollo infortuni biologici e infortuni generici;
- Modalità per accedere, se disponibile, all'autovettura utilizzabile in caso di emergenze.

Dispositivi che devono essere presenti e attivati presso ogni postazione:

- Lampade portatili di emergenza (in numero congruo rispetto alle dimensioni della postazione), a ricarica automatica.

Deve essere effettuato un controllo periodico della operatività della corretta messa in atto di tutte le misure di sicurezza previste:

- il Direttore di Distretto individua l'incaricato a svolgere il controllo;
- l'esito del controllo deve essere documentato (data, ora, chi l'ha effettuato).

### Misure generali da attuare in occasione di ogni evento critico

Il MCA deve individuare, a seconda della tipologia di evento critico e delle peculiarità logistiche locali, la modalità ottimale e più sicura per mantenere il collegamento con gli altri Servizi, secondo la seguente priorità:

- telefoni fissi;
- telefoni mobili;
- spostamento presso la postazione più vicina;
- richiesta di supporto alle Forze dell'ordine.

### Misure da attuare in caso di specifici eventi critici

#### Black out elettrico

- il MCA attiva, secondo le modalità predefinite, il Servizio tecnico dell'ASL;
- il MCA, nel caso in cui non sia possibile riattivare gli impianti elettrici, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, attiva la postazione di Continuità Assistenziale più vicina per le eventuali azioni sostitutive.

**Blocco comunicazioni telefoniche**

- il MCA attiva, secondo le modalità predefinite, il Servizio tecnico dell'ASL;
- il MCA, nel caso in cui non sia possibile riattivare le comunicazioni telefoniche, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, affigge un cartello informativo per l'utenza e si trasferisce nella postazione di supporto.

**Blocco sistema di riscaldamento**

- il MCA attiva, secondo le modalità predefinite, il Servizio tecnico dell'ASL;
- il MCA, nel caso in cui il blocco non possa essere rimosso, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, attiva la deviazione di chiamata / inserisce idoneo avviso in segreteria telefonica, affigge un cartello informativo per l'utenza e si trasferisce nella postazione di supporto.

**Blocco circolazione stradale (neve, frana, interruzione strada, etc.)**

- il MCA attiva, secondo le modalità predefinite, il Servizio tecnico del Comune;
- il MCA, nel caso in cui il blocco non possa essere rimosso, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, trasferisce l'attività, per il territorio raggiungibile, nella postazione di supporto.

**Guasto autovettura durante un trasferimento sul territorio**

- il MCA chiede supporto alla postazione di Continuità Assistenziale più vicina (tramite telefono cellulare o primo telefono fisso raggiungibile) e concorda le modalità logistiche per essere riportato alla postazione e per accedere alla vettura dell'ASL sostitutiva (se disponibile);
- il MCA, nel caso in cui non sia possibile accedere alla vettura sostitutiva, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, informa la postazione di supporto per la gestione delle visite domiciliari e rimane nella propria postazione per la gestione delle richieste telefoniche e delle visite ambulatoriali.

**Tentativo di intrusione**

- Il MCA, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, denuncia l'accaduto alle Forze dell'ordine;
- il MCA attiva, se necessario, secondo le modalità predefinite, il Servizio tecnico dell'ASL.

**Paziente pericoloso, in stato di agitazione** (psichiatrico, tossicodipendente, alcolista, agitazione verbale, agitazione fisica)

- Il MCA valuta la possibilità di richiedere supporto da parte di un Medico operante presso la postazione di supporto;
- Il MCA valuta l'opportunità di richiedere l'intervento delle Forze dell'Ordine e di attivare un Accertamento Sanitario Obbligatorio oppure un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

**Telefonate sospette di tono minatorio**

- Il MCA valuta l'opportunità di segnalare il problema alle Forze dell'Ordine, comunicando il numero telefonico del chiamante, se visualizzabile;
- Il MCA informa il Direttore di Distretto o suo delegato.

### **Infortunio biologico occorso al MCA**

- il MCA attiva le azioni previste dal relativo Protocollo.

### **Altro infortunio occorso al MCA**

- il MCA valuta l'opportunità di attivare il Servizio Emergenza Urgenza 118;
- il MCA, sentito il Direttore di Distretto o suo delegato, valuta l'opportunità, di attivare la postazione di Continuità Assistenziale più vicina per le eventuali azioni sostitutive;
- il MCA attiva le azioni previste dall'ASL per la gestione di tali evenienze.

## **Misure da adottare per la prevenzione di infortuni biologici e procedure da effettuare in caso di una loro evenienza accidentale**

### **Prevenzione contatti accidentali con sangue o altri liquidi biologici**

Il MCA, così come tutto il personale sanitario, in considerazione del fatto che l'anamnesi e gli accertamenti diagnostici non sono in grado di identificare con certezza i pazienti potenzialmente infettanti (HCV, HBV, HIV etc.), deve adottare le precauzioni di seguito esplicitate nei confronti di ogni paziente.

### **Il MCA deve utilizzare i guanti nelle seguenti situazioni:**

- tutte le attività che possono esporre al contatto con materiali biologici (sangue, urine, secreti ed escreti);
- se si manipolano recipienti contenenti liquidi o prodotti biologici (padelle, pappagalli, drenaggi ecc.);
- in caso di soluzioni di continuo della cute delle mani o altre lesioni che possano pregiudicare l'effetto barriera meccanica della cute nei confronti dei microrganismi.

### **Per il corretto uso dei guanti è necessario:**

- lavare ed asciugare le mani prima di indossare qualsiasi tipo di guanti;
- indossare i guanti immediatamente prima di eseguire le procedure a rischio e rimuoverli al termine;
- lavare sempre le mani dopo la rimozione dei guanti;
- utilizzare il guanto della misura idonea;
- sostituire i guanti se lesionati;
- non riutilizzare i guanti monouso.

### **Procedure da effettuare in caso di infortunio biologico**

In caso di infortunio per ferita da taglio, per puntura accidentale o contaminazione cutaneo-mucosa è necessario immediatamente:

- aumentare il sanguinamento (schiacciando a monte della ferita, senza tamponare);
- lavare abbondantemente con acqua e sapone;
- disinfettare.

In caso di infortunio per schizzo endooculare è necessario immediatamente:

- lavare l'occhio con acqua corrente a bassa pressione;
- tenere le palpebre aperte con due dita della mano;
- lasciare che il flusso d'acqua venga a contatto con la parte anteriore dell'occhio.

Messe immediatamente in atto le misure preventive prima evidenziate, il MCA deve segnalare subito l'accaduto al Direttore di Distretto o suo delegato, in modo che possa essere avviata la sorveglianza epidemiologica per infezione occupazionale che prevede le seguenti procedure:

- Il Direttore di Distretto o suo delegato, avuta notizia dell'evento infortunistico a potenziale rischio biologico deve verificare che il MCA si rechi, munito di richiesta di visita medica per infortunio (secondo il modello tipo riportato di seguito) e, possibilmente, della propria documentazione vaccinale, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento per la compilazione del primo certificato medico di infortunio, la valutazione infettivologica ed il prelievo al tempo zero.
- Nel caso in cui la fonte contagiante sia conosciuta il Medico raccoglie i dati sulla fonte contagiante, secondo il modello tipo riportato di seguito, che dovrà essere esibito al Pronto Soccorso. La compilazione di tale modello è raccomandata in quanto permette all'infettivologo la programmazione di interventi preventivi adeguati (follow-up mirato, eventuale chemioprolassi, etc.).
- Il Direttore di Distretto o suo delegato valuta l'opportunità di attivare la postazione di Continuità Assistenziale di supporto per il periodo di assenza del MCA;
- Il Direttore di Distretto o suo delegato, ogni qual volta possibile, dopo aver ottenuto il consenso informato da parte del contagiante (secondo il modello tipo riportato), lo invita ad effettuare un prelievo ematico presso il Distretto nella prima giornata lavorativa utile, per la ricerca degli anticorpi per HCV, HIV, determinazione dell' HBsAg e TPHA. Deve essere riempita una ulteriore provetta da sierologia con la dicitura "SIEROTECA" che verrà conservata presso il Laboratorio per eventuali ulteriori controlli.
- Il Direttore di Distretto o suo delegato avvisa dell'infortunio il più rapidamente possibile (entro 48 ore al massimo) il Servizio di Medicina Preventiva per la programmazione del follow-up.

***In caso di infortunio con fonte contagiante positiva, o fortemente sospetta di positività, per HIV, il MCA si deve rivolgere al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di riferimento.***

Si ricorda che negli infortuni con rischio di contagio HIV è molto importante che il tempo fra l'esposizione al materiale potenzialmente infetto e l'inizio della eventuale profilassi con antiretrovirali sia molto breve: (ottimali 1 - 4 ore dopo l'incidente, max 24 ore; dopo tale termine la chemioprolassi non è più raccomandata).

modello di

## RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER INFORTUNIO

IL SOTTOSCRITTO DIRETTORE DI DISTRETTO (O SUO DELEGATO) \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

presenta al Medico del Pronto Soccorso, per la visita ed il rilascio del primo certificato medico, il Medico di Continuità Assistenziale:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_,

operante presso il Presidio di Continuità Assistenziale di: \_\_\_\_\_

che il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, ha riportato un infortunio sul lavoro nelle seguenti circostanze:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DI DISTRETTO  
(o suo delegato)

\_\_\_\_\_

DELEGA PER INVIO ACCERTAMENTI

Il / la sottoscritt... \_\_\_\_\_ delega l'Amministrazione della AO ad inviare l'esito degli accertamenti eseguiti al Servizio di Medicina Preventiva dell'ASL

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

modello di

### RACCOLTA DATI "FONTE CONTAGIANTE"

<b>Paziente fonte :</b>	HIV +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	HBsAg +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	HCV +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	Vaccinato per HBV	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Data ultimi accertamenti ematochimici _____				
Eventuali altri dati (esempio viremia) _____				
_____				
Trasfusioni negli ultimi 6 mesi		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Tossicodipendenza		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	precedente <input type="checkbox"/>
Emofilia		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

<b>Partner:</b>	HIV +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	HBsAg +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	HCV +	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	Tossicodipendenza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	precedente <input type="checkbox"/>
	Emofilia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

Note : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma Medico di Continuità Assistenziale  
compilatore

\_\_\_\_\_

## SCHEMA DEGLI ESAMI LABORATORISTICI PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA POST ESPOSIZIONE A RISCHIO BIOLOGICO

### **Fonte contagiante sconosciuta, HCV positiva o HBsAg positiva**

*Prelievo al tempo zero (effettuato presso il Pronto Soccorso Ospedaliero):*

Transaminasi, HCV Ab, HIV Ab,

+

- se operatore vaccinato  $\Rightarrow$  HBsAb quantitativo (se titolo non documentato)
- se operatore NON vaccinato  $\Rightarrow$  HBsAg, HBeAg, HBcAb, HBsAb

*Prelievo a 45 giorni:*

transaminasi, HCV Ab, HbsAg (se infortunato non vaccinato o non responder)

*Prelievo a 90 giorni:*

transaminasi, HCV Ab, HIV Ab, HbsAg (se infortunato non vaccinato o non responder)

*Prelievo a 180 giorni:*

transaminasi, HCV Ab, HIV Ab

+

HBsAg (se operatore non vaccinato al momento dell'infortunio o non responder)

### **Fonte contagiante negativa**

*Prelievo al tempo zero:*

Transaminasi, HCV Ab, HIV Ab,

+

- se operatore vaccinato  $\Rightarrow$  HBsAb quantitativo (se titolo non documentato)
- se operatore NON vaccinato  $\Rightarrow$  HBsAg, HBeAg, HBcAb, HBsAb

*Prelievo a 180 giorni:*

transaminasi, HCV Ab, HIV Ab,

+

HBsAg (se operatore non vaccinato al momento dell'infortunio o non responder)

### **Fonte HIV positiva o fortemente sospetta**

La prestazione di Pronto Soccorso e il prelievo al tempo zero devono essere effettuati, al più presto, presso l'Ospedale di riferimento.

Se il MCA è HBsAg positivo:

- al prelievo al tempo zero aggiungere  $\Rightarrow$  HDV Ab (IgG e IgM)
- ulteriore prelievo a 90 giorni con  $\Rightarrow$  HDV Ab (IgG e IgM)
- Ogni qual volta dagli esami al tempo zero risulti l'operatore come non vaccinato per epatite B, sarà proposta la vaccinazione iniziando nel più breve tempo la relativa scheda. Somministrazione al tempo 0 e poi a 1 - 2 - 6 mesi.
- Se non si hanno notizie documentate sulla copertura vaccinale per il tetano richiedere, al tempo zero, dosaggio anticorpi antitetano.

modello di

RICHIESTA ALL'ASSISTITO  
DI EFFETTUAZIONE DI PRELIEVO EMATICO DI CONTROLLO  
A SEGUITO DI INFORTUNIO BIOLOGICO

Egregi.. Signor... \_\_\_\_\_  
durante l'espletamento dell'assistenza sanitaria prestatale in data     /     /  
 Postazione di Continuità Assistenziale di \_\_\_\_\_

nella sua abitazione sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
si è determinato un infortunio che ha coinvolto il Medico di Continuità Assistenziale

Dott. \_\_\_\_\_

Per poter adottare i più opportuni provvedimenti di tutela del nostro operatore, Le chiedo di volersi sottoporre, con la garanzia della salvaguardia dell'anonimato e senza alcun costo, ad un prelievo ematico per l'effettuazione dei seguenti tests:  
anticorpi anti HCV, anticorpi anti HIV, HbsAg.

Scusandomi per il disagio procuratoLe, La ringrazio per la cortese collaborazione e la invito a voler apporre una firma di consenso al prelievo come previsto dalla Legge 135/90 art.5 comma 3.

L'esito degli accertamenti Le sarà trasmesso al recapito che vorrà indicare in calce alla presente.

Distinti saluti.  
Il Direttore di Distretto  
\_\_\_\_\_

Firma per il consenso all'effettuazione del prelievo \_\_\_\_\_

Indirizzo al quale si desidera aver recapitato l'esito degli accertamenti ematochimici

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (     )

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



# GLI STRUMENTI DI LAVORO DEL MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Dott.ssa Lucilla Zanetti

## Compiti del Medico di Continuità Assistenziale

I compiti del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) sono chiaramente individuati dall'Accordo Collettivo Nazionale in vigore dal 23 marzo 2005, in particolare modo dagli articoli 67 e 69.

Art. 67, comma 1: *“Il Medico di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell’ambito territoriale afferente alla sede di servizio...”*

Art. 67, comma 2: *“Il Medico ... deve essere presente, fin dall’inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dall’Azienda... e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi domiciliari o territoriali.”*

Art. 67, comma 3: *“In relazione al quadro clinico prospettato dall’utente o dalla centrale operativa, il Medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali.... Il Medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell’ambito degli Accordi Regionali”.*

Il MCA è tenuto a dare risposta, secondo scienza e coscienza, alle prestazioni richieste; tale obbligo sorge dallo stato giuridico del Medico stesso, al quale compete la qualifica di Incaricato di Pubblico Servizio.

In virtù di tale qualifica, la mancata risposta alla chiamata può configurare, per il responsabile, il reato di omissione di atti d’ufficio, indipendentemente dal fatto che ciò abbia o non abbia comportato un danno per la salute del paziente.

E’ di fondamentale importanza, pertanto, che il MCA curi la relazione con ciascuno degli utenti per evitare di generare ansie, equivoci e il vissuto “di non essere stato capito” o, peggio, “ascoltato”.

E’ inoltre necessario che i problemi posti dagli assistiti vengano interpretati e presi in carico; nel caso di richiesta inappropriata il Medico deve suggerire il percorso

più agevole affinché l'utente possa, eventualmente presso altri Servizi, trovare la risposta più appropriata.

Il Medico, peraltro, è tenuto a segnalare al Direttore di Distretto o suo delegato, gli utenti che usino in modo improprio il Servizio, affinché possano essere effettuate eventuali contestazioni.

### Presenza e rintracciabilità

Il Medico deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dall'Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi richiesti. Egli deve essere presente fino all'arrivo del Medico che continua il Servizio, proprio per assicurare che non intervengano soluzioni di continuità del Servizio stesso.

### Registrazione delle richieste e degli interventi effettuati

Art. 67, comma 7: "Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:

- *nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;*
- *generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito;*
- *ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;*
- *ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato."*

Devono, quindi, essere registrate tutte le prestazioni richieste, sia che si tratti di prestazioni domiciliari, ambulatoriali o consigli telefonici; deve essere, inoltre, identificabile il nominativo del Medico che effettua la prestazione.

La tabella nella pagina a fianco riporta una proposta di elementi informativi per il registro del Servizio di Continuità Assistenziale (SCA), corredati da indicazioni per semplificarne e uniformarne la compilazione.

### Tipologia degli interventi

In relazione alle necessità dell'assistito, gli interventi del MCA possono, dunque, essere espletati tramite consigli telefonici, visite ambulatoriali, laddove la Direzione Distrettuale abbia istituito un apposito ambulatorio in relazione alle necessità espresse sul territorio, oppure, più tradizionalmente, visite domiciliari.

Nel caso di visita domiciliare per patologia acuta, insorta nel corso di una situazione morbosa già nota ed in trattamento da parte del Medico curante, è necessario un inquadramento diagnostico preciso.

A tale riguardo, al di là di ogni considerazione di ordine clinico e deontologico sulla necessità di tenere conto della terapia già in corso, occorre ricordare che, proprio per evitare eventuali mutamenti dello schema terapeutico, magari nocivi per il paziente, è previsto che il Medico di Famiglia valuti l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione dell'intervento non programmato.

	data	gg/mm/aa della segnalazione
	ora	hh/mm della segnalazione
assistito	cognome	
	nome	
	comune	
	via/n.	
	telefono	
	MMG/PLS	M=MMG; P=PLS; + segnalare nominativo
segnalazione	chi segnala	ASS=assistito; PAR=parente; CON=conoscente; 118=SSUEm118; ALT=altro (specificare)
	tipo segnalazione	AMB=accesso diretto in ambulatorio; TEL=telefonica; FAX=tramite Fax per accesso programmato ADI; INF=tramite e-mail per accesso programmato ADI
	sintomi segnalati	IPE=iperipressia; DOL=sindrome algica; DIS=dispnea; TRA=trauma; NEU=manifestazioni neurologiche; PSI=manifestazioni psichiatriche; PED=sindromi pediatriche; PAL=cure palliative; ADI=complicanza insoggetto noto in ADI; PRO=anomalia dispositivi protesici
intervento effettuato	intervento	TEL=consulenza telefonica; AMB=visita ambulatoriale; DOM=visita domiciliare; ADI=visita domiciliare programmata ADI
	ora uscita	Specificare hh/mm per le visite domiciliari
	obiettività	Descrizione sintetica
	diagnosi o sospetto diagnostico	Descrizione sintetica
	prescrizioni	FAR=farmaci; MAL=certificato di malattia; RIC=ricovero; ALT=altro
	terapia somministrata	TO=topica; OS=per os; SC=sottocute IM= intramuscolo; IV=endovenosa
	PPIP erogate	PM=prima medicazione; SM=successive medicazioni; SU=Sutura ferita superficiale; RS=rimozione punti sutura; CM=cateterismo maschile; CF=cateterismo femminile; FL=fleboclisi; AL=altro
	attivazioni	SSUEm118
	consulenze specialistiche	TEL=telefonica TCN=teleconsulto (telemedicina); specificare specialità ECG=refertazione ECG (telemedicina)
	guardia igienica	Specificare nominativo contattato
	avvio ricovero	PS= Pronto soccorso; RIC= Ricovero; + specificare la destinazione, se nota
	altro	Specificare
	Km percorsi	Specificare hh/mm per le visite domiciliari
	ora rientro	
	note	Specificare nazionalità se diversa da italiana

La prestazione terapeutica non presenta particolari aspetti sotto il profilo medico legale; è da ricordare il limite rappresentato dal consenso del paziente, con la sola eccezione della terapia da praticarsi in stato di necessità.

In caso di chiamata a domicilio, con necessità di intervento terapeutico, va ancora ricordato che l'Accordo Collettivo, prevede che il MCA compili il modulo informativo destinato al Medico di fiducia, indicandovi tutte le notizie utili per la prosecuzione delle cure.

A ciò si dovrebbe aggiungere che la prestazione terapeutica da parte del MCA, ispirata ai necessari criteri di prudenza e diligenza, dovrebbe prevedere le terapie necessarie fino al momento in cui subentrerà il Medico curante.

### Prescrizione farmaci

Art. 67, comma 9: *“Il Medico utilizza, solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura ‘Servizio Continuità Assistenziale’, fornitogli dall’Azienda, per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di tre giorni; le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia”.*

Non sono, quindi, ammesse prescrizioni a persone diverse da quelle per le quali è stato richiesto l'intervento del Servizio.

Per quanto attiene alle richieste di prescrizione, su ricettario regionale, di proposte terapeutiche a seguito di dimissioni ospedaliere, il MCA può, qualora ne condivida la necessità clinica, effettuare tali prescrizioni nel caso si tratti di terapia da intraprendere con tempestività e/o per garantire la continuità assistenziale, qualora sia effettuata da Specialisti o Strutture non in possesso del ricettario regionale.

Si segnala che le strutture Private Accreditate, ancorché dotate di Pronto Soccorso, non sono in possesso del ricettario regionale.

Il MCA è tenuto, nella prescrizione di farmaci, ad attenersi a quanto previsto dalla normativa in merito a indicazioni terapeutiche autorizzate sulla scheda tecnica, classi di rimborsabilità, rispetto delle note AIFA, numero di confezioni prescrivibili per ricetta, modalità di utilizzo del ricettario unico.

Per quanto attiene alla prescrizione di farmaci a cittadini stranieri, il Medico utilizza il Ricettario Unico, compilandolo anche nella parte posteriore, così come previsto dalla normativa vigente. Va ricordato che il Ricettario Unico non può essere utilizzato per l'assistenza protesica, integrativa diabetica e dietetica (limitatamente i prodotti per celiaci).

E' anche raccomandabile il ricorso a farmaci che, a parità di efficacia terapeutica, presentino il profilo di costo inferiore, nonché a farmaci equivalenti, laddove esistono.

### Prescrizione sostanze stupefacenti appartenenti alla Tabella II

La prescrizione di sostanze stupefacenti o psicotrope appartenenti alla Tabella II Sezioni A, B, C, D, E per il trattamento del dolore viene, di norma, effettuata dal Medico di Medicina Generale che ha in cura il paziente; può, ad ogni modo, accadere che il MCA si trovi nella condizione di dover prescrivere o rinnovare la prescrizione di tali sostanze.

In ogni caso, il MCA è tenuto ad effettuare, qualora lo ritenga clinicamente necessario, la prescrizione di tali sostanze, dotandosi di idoneo ricettario, per quanto attiene la prescrizione di farmaci appartenenti alla Tabella II Sezione A.

Il MCA è tenuto ad attenersi, nella prescrizione di tali farmaci, a quanto previsto dalla normativa vigente.

### Prestazioni di particolare impegno professionale

Art. 67, commi 12 e 13: *“Il Medico in Servizio di Continuità Assistenziale può eseguire, nell’espletamento dell’intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario..., finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell’assistenza e un minore ricorso all’intervento specialistico e/o ospedaliero. “Le prestazioni di cui al comma 12 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante”.*

Le prestazioni aggiuntive riconosciute dal vigente ACN sono riportate di seguito:

- Prima medicazione (va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata);
- Sutura di ferita superficiale;
- Successive medicazioni;
- Rimozione di punti di sutura e medicazione;
- Cateterismo uretrale nell’uomo;
- Cateterismo uretrale nella donna;
- Tamponamento nasale anteriore;
- Fleboclisi;
- Lavanda gastrica;
- Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica;
- Iniezione sottocutanea desensibilizzante.

### Certificazione di malattia

Art. 67, comma 16: *“Sono obblighi del Medico...la certificazione di malattia per i lavoratori turnisti...”*

Il MCA è, pertanto, tenuto, qualora lo ritenga clinicamente necessario, a certificare l’incapacità a prestare regolare servizio, per i cittadini che siano costretti, per turno, a lavorare nelle giornate festive e prefestive.

Il Medico, utilizzando il ricettario presonale, stila una prognosi di malattia per un periodo di tempo limitato, rinviando al Medico di fiducia ogni ulteriore decisione in merito.

### Certificazioni necroscopiche

Art. 67, comma 16: *“Sono obblighi del Medico...la constatazione di decesso..”*

Al MCA può essere richiesto di stilare il certificato di “constatazione di decesso” delle persone per le quali sia stato richiesto il suo intervento e delle persone per le quali sussista la necessità di accertare la morte; si ricorda che quello che viene chiamato “constatazione di decesso” è un documento che non ha alcun fine necroscopico, ma si configura come atto medico eventualmente necessario per stabilire che non ricorra più alcuna necessità terapeutica. Tale documento va, ad ogni modo rilasciato in tutti i casi in cui il Medico agisca come Ausiliario di Polizia Giudiziaria (quando cioè tale certificazione gli sia richiesta dalle Forze dell’Ordine). In tali casi, ovviamente, il Medico dovrà certificare solo le notizie di cui sia a diretta conoscenza.

E’ opportuno, peraltro, in particolare nei casi di morte improvvisa, che il Medico corrisponda alle richieste di constatazione di decesso formulate dai familiari del defunto, tenuto conto del particolare stato emozionale dei parenti e dell’eventuale necessità di prestare assistenza ai parenti stessi.

Spetta, invece, al Medico Necroscopo (di norma Medico del Dipartimento di Prevenzione) l’accertamento della realtà della morte, che viene certificata con una visita eseguita entro le 24 ore dal decesso.

Per quanto riguarda la denuncia della causa di morte (modello ISTAT), il MCA potrà compilarla solo qualora conosca le reali cause del decesso; in caso contrario la scheda di morte sarà compilata dal Medico curante o dal Medico Necroscopo, nel caso in cui la morte sia avvenuta senza assistenza medica (si tratta prevalentemente di omicidi, suicidi, incidenti, etc.).

### Referto

*“Chiunque, avendo nell’esercizio di una professione sanitaria, prestato la propria assistenza od opera, in casi che possono presentare i caratteri di un delitto, per il quale si debba procedere d’ufficio, omette o ritarda di riferirne all’Autorità ..... è punito...”* (Codice Penale, art. 365).

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Il referto deve contenere i seguenti dati:

- le generalità della persona che ha richiesto l’intervento;
- il luogo, il tempo e le altre circostanze dell’intervento;
- il luogo in cui, in quel tempo, si trovi l’offeso;
- le generalità dell’offeso o quanto altro serva per identificarlo;
- tutte le notizie che servano a stabilire:
  - le circostanze;
  - le cause del delitto;
  - i mezzi con i quali è stato commesso;
  - gli effetti che ha cagionato o che può cagionare.

*“Chi ha l’obbligo del referto deve presentarlo entro le 24 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente.”* (Codice Procedura Penale, art. 4)

Il referto va presentato:

- al Pubblico Ministero;
- a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria (Ufficiali e Sottufficiali dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, del Corpo degli Agenti di Custodia, della Pubblica Sicurezza) del luogo in cui il Medico ha prestato la propria opera o assistenza;
- in loro mancanza, all’Ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino.

## **Protocolli di lavoro per il Medico di Continuità Assistenziale**

### **Denuncia di malattie infettive**

La patologia infettiva, in virtù della diffusibilità degli agenti che la determinano, costituisce da sempre uno dei principali problemi di Sanità Pubblica.

La Regione Lombardia, con la DGR 30 settembre 2004 n° 7/18853 ha ritenuto di ridefinire il sistema regionale di sorveglianza delle malattie infettive al fine, tra l’altro, di potenziare la sorveglianza passiva tramite una semplificazione della notifica e delle modalità di segnalazione.

Al fine di rendere la segnalazione di malattia infettiva, effettuata dal Medico che fa diagnosi, più tempestiva, completa, semplice è necessario che la comunicazione contenga gli elementi che si riportano di seguito:

- dati relativi al paziente (nominativo, data di nascita, sesso, residenza o domicilio, recapito telefonico);
- collettività frequentata (es: scuola materna, casa di riposo);
- data inizio sintomi;
- eventuale ricovero ospedaliero (specificare dove);
- criteri di diagnosi (clinica, sierologia, esame diretto/istologico, esame colturale, altro);
- dati relativi al Medico (nominativo, recapito telefonico).

Il MCA deve comunque utilizzare le modalità, la modulistica ed i flussi informativi previsti dall’ASL.

Le malattie infettive per le quali la segnalazione è obbligatoria (☒ da segnalare immediatamente, ☒ segnalazione differibile) sono:

AIDS ☒	Febbre ricorrente epidemica ☒
Antrace ☒	Febbre tifoide e paratifo ☒
Blenorragia ed altre infezioni ST ☒	Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare ☒
Botulismo ☒	Lebbra ☒
Brucellosi ☒	Legionellosi ☒
Colera ☒	Leishmaniosi cutanea e viscerale ☒
Dermatofitosi (tigna) ☒	Leptosirosi ☒
Diarree infettive (anche campylobacter, yersinia, EHEC, criptosporidiosi) ☒	Listeriosi ☒
Difterite ☒	Malaria ☒
Encefalite trasmessa da zecche ☒	Malattia di Lyme ☒
Encefalopatia spongiforme trasmissibile, MCJ ☒	Malattia invasiva da pneumococco ☒
Epatiti virali (A,B,C,D, E n.d.) ☒	Malattia invasiva da meningococco ☒
Febbre gialla ☒	Malattia invasiva da HIB ☒
Febbri emorragiche virali (Lassa, Marburg, Ebola) ☒	Meningite ed encefalite batteriche e virali ☒
Pediculosi (in forma epidemica) ☒	Mononucleosi ☒
Parassitosi intestinali e non (Giardiasi, Amebiasi, ecc.) ☒	Morbillo ☒
Parotite ☒	Scarlattina ☒
Pertosse ☒	Shigellosi ☒
Poliomielite ☒	Sifilide ☒
Rabbia ☒	Tetano ☒
Rickettsiosi ☒	Trichinosi ☒
Rosolia congenita e non ☒	Toxoplasmosi ☒
Salmonellosi non tifoidee ☒	Tubercolosi e Micobatteriosi non TB ☒
Scabbia ☒	Tularemia ☒
	Vaiolo ☒
	Varicella ☒

## Trattamento Sanitario Obbligatorio

In base all'art. 32 della Costituzione, *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge”*.

L'art. 34 della Legge di Riforma Sanitaria n° 833 del 23/12/1978 prevede la possibilità di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) qualora esistano le seguenti condizioni:

- presenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- se gli stessi non sono accettati dal paziente;
- mancanza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

L'art. 33 della Legge 833/78 definisce che il TSO può essere proposto esclusivamente per patologie psichiatriche e non può essere utilizzato per il trattamento di affezioni morbose produttive di nocimento, anche estremo, alla sola salute individuale.

IL TSO è un provvedimento di tipo amministrativo e come tale è disposto dal Sin-

daco nella sua veste di Autorità Sanitaria. Nella fase di attuazione di un'ordinanza di TSO, il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione del medesimo e quindi un potere – dovere di vigilanza da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Municipale, in quanto l'impostazione forzata che ne discende riveste il carattere di una operazione di “polizia amministrativa”.

Durante l'esecuzione dell'ordinanza, il Medico è titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente sottoposto al provvedimento. Qualora si renda necessario l'uso della coazione fisica per vincere la particolare resistenza opposta dal paziente, subentra la specifica competenza della Polizia Municipale, istituzionalmente chiamata all'esecuzione del provvedimento.

L'intervento della Polizia Municipale non può ritenersi, quindi, eventuale e subordinato a quello del Medico, bensì contestuale.

E' sempre opportuna una consultazione preventiva tra operatori sanitari e Polizia Municipale sulle modalità e sui possibili rischi connessi all'operazione.

Con ogni paziente, in particolare se minorenne, è necessario affrontare il problema con i genitori e i familiari di riferimento. Nel caso in cui la resistenza del congiunto sia svantaggiosa per il paziente, è opportuno usare un vigoroso convincimento; in alternativa va attivata l'Autorità Giudiziaria, poiché possono ravvisarsi in tale comportamento varie specie di reato (abbandono di minore o di persona incapace, violazione degli obblighi di assistenza familiare, maltrattamenti in famiglia, lesioni volontarie o colpose, violenza privata tentata o consumata, etc).

IL TSO può essere:

- TSO in regime ospedaliero (Legge 833/78).
- TSO extraospedaliero (Direttiva regionale 1457/89);

### **TSO in regime ospedaliero**

Per effettuare il TSO in regime ospedaliero è necessario seguire una procedura precisa.

- **La Polizia Municipale** interviene per “mettere a disposizione” il paziente per il trattamento ed esercita l'eventuale potere coercitivo necessario.
- **Il primo Medico** (qualunque Medico), valutate personalmente le condizioni del paziente, redige la PROPOSTA motivata ed esauriente; tale proposta deve indicare il luogo del ricovero (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale più vicino). La proposta va redatta in tre copie, tutte firmate e timbrate in originale.
- **Il secondo Medico** (appartenente ad una Struttura Sanitaria Pubblica, Specialista Psichiatra, Medico del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL, Medico del Servizio di Continuità Assistenziale, Medico del Pronto Soccorso), nel caso in cui riconosca le condizioni previste dall'art. 34 legge 833/78, redige, con nuova certificazione, la CONVALIDA; essa va redatta in tre copie, tutte firmate e timbrate in originale.
- **Il Sindaco** dispone l'ORDINANZA di ricovero, che viene emessa entro 48 ore dalla convalida del secondo Medico.
- **Il Giudice Tutelare**, a cui l'ordinanza viene inviata entro 48 ore dal ricovero,

convalida il provvedimento entro ulteriori 48 ore; in caso di mancata convalida da parte del Giudice, il Sindaco dispone la cessazione del TSO.

IL TSO in regime di degenza ospedaliera dura sette giorni, con possibilità di proroga. Il MCA può essere chiamato in causa sia come proponente il TSO, che come convalidante la proposta effettuata da altri Medici (può avverarsi anche il caso che due MCA fungano l'uno da proponente e l'altro da convalidante). Di norma la funzione di Medico convalidante spetta al Medico Psichiatra Pubblico; spetta al MCA e/o al Medico reperibile del Dipartimento di Prevenzione Medico, negli orari notturni e festivi.

### **TSO extraospedaliero**

E' possibile ricorrere al TSO extraospedaliero quando si verificano le prime due condizioni previste dalla legge 833/78 e cioè:

- gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- non consenso alla cura.

Per l'effettuazione di tale modalità di TSO sono necessarie condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere; si ritiene che tale tipologia di TSO male si coniughi con l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale (SCA).

### **TSO nel caso di assistiti minorenni**

Può verificarsi la condizione in cui l'assistito per il quale procedere ad un TSO sia minorenne; in tale caso è opportuno che uno dei due Medici (proponente o convalidante) sia un Neuropsichiatra infantile e dell'adolescenza.

### **Accertamento Sanitario Obbligatorio**

L'ASO, istituto di carattere eccezionale, definito dalla Direttiva Regionale n°1457/89, si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via preventiva, si ha il fondato sospetto della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Per effettuare un ASO è necessario seguire la procedura di seguito indicata.

- **La Polizia Municipale** interviene per "mettere a disposizione" il paziente per il trattamento ed esercita l'eventuale potere coercitivo necessario.
- **Il Medico** (qualunque Medico), valutate personalmente le condizioni del paziente, redige la PROPOSTA motivata ed esauriente di accertamento che deve essere effettuato da un Medico del Servizio Psichiatrico. Tale proposta va redatta in tre copie, tutte firmate e timbrate in originale.
- **Il Sindaco dispone** l'ORDINANZA che deve indicare il luogo dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, Pronto Soccorso, Comunità protetta)

Al fine di facilitare il lavoro, si riportano di seguito:

- *Modulo tipo per "Proposta di Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)*
- *Modulo tipo per "Proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)*
- *Modulo tipo per "Convalida di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)*

modello di

PROPOSTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)\*

li, \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Il /la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

visitato/a il /la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

localizzato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

AVENDO CONSIDERATO:

le condizioni cliniche del/della paziente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

le modalità della sua presentazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

l'opposizione del/della paziente alle cure motivata da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ATTESA INOLTRE

la necessità di dover intervenire per la mancanza di condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie;

PROPONE

per il/la paziente un Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO), da effettuarsi nel luogo e nel tempo di seguito indicato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico proponente \_\_\_\_\_

*\*da compilare in tre copie tutte firmate e timbrate in originale*

modello di

**PROPOSTA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)\***

li, \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Il /la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

visitato/a il /la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

localizzato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**AVENDO CONSIDERATO:**

le condizioni cliniche del/della paziente:

\_\_\_\_\_

le modalità della sua presentazione:

\_\_\_\_\_

l'ambiente familiare e sociale del medesimo/a:

\_\_\_\_\_

gli interventi terapeutici proposti al/alla paziente:

\_\_\_\_\_

i trattamenti e le terapie precedentemente eseguite presso gli ambulatori ed il Centro Psico Sociale di \_\_\_\_\_

gli esiti di tali interventi: \_\_\_\_\_

l'opposizione del/della paziente alle cure motivata da:

\_\_\_\_\_

**ATTESA INOLTRE**

la necessità di dover intervenire urgentemente per la mancanza delle condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere;

**PROPONE**

per il/al paziente Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), in condizioni di degenza ospedaliera (ai sensi della legge 13/05/1978 n° 180 della Legge 833/78).

da effettuarsi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico proponente \_\_\_\_\_

*\*da compilare in tre copie tutte firmate e timbrate in originale*

modello di

CONVALIDA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)\*

li, \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Il /la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

visitato/a il /la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

localizzato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CONVALIDA

la proposta del Dott. \_\_\_\_\_

La presente convalida è motivata dalle seguenti considerazioni cliniche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si attesta, inoltre, la necessità di intervento urgente e la mancanza delle condizioni e delle circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, ai sensi della legge 833/78:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il ricovero viene proposto presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera di:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico convalidante

\_\_\_\_\_

*\*da compilare in tre copie tutte firmate e timbrate in originale*

## La borsa del Medico di Continuità Assistenziale

Per attuare interventi efficienti ed efficaci è necessario, tra l'altro, che il MCA abbia organizzato in modo funzionale i propri "strumenti di lavoro": di seguito si propongono tre elenchi dei materiali che si ritiene opportuno siano presenti nella borsa di lavoro.

### Modulistica

- Ricettario SSR
- Ricettario Stupefacenti
- Ricettario personale
- Timbro "Servizio di Continuità Assistenziale"
- Timbro personale
- Modulare informativo per Medico di fiducia
- Modulo per rendicontazione di "Prestazioni Particolare Impegno Professionale (PIPP)"
- Informatore farmaceutico
- Schede per TSO
- Scheda per ASO
- Numeri telefonici di riferimento (postazione di supporto, Direttore di Distretto o suo delegato, Forze dell'ordine, Reperibilità igienistica)
- Numeri telefonici Centro Antiveleni

### Strumenti

- Guanti
- Fonendoscopio
- Sfigmomanometro
- Termometro
- Abbassalingua
- Glucometro
- Stick urinari
- Otoscopio
- Saturimetro
- Misuratore di picco di flusso
- Laccio emostatico
- Siringhe

## Farmaci

<b>ATC A:</b>	Atropina fl Scopolamina Butilbromuro fl Antagonisti recettori H <sub>2</sub> fl Metoclopramide fl
<b>ATC B:</b>	Acido tranexanico fl
<b>ATC C:</b>	ACE inibitori cpr Adrenalina fl Nitroglicerina sublinguale cpr Furosemide fl e cpr Clonidina fl Nifedipina cpr
<b>ATC H:</b>	Corticosteroidi (prednisone, metilprednisolone, betametasona) cpr e fl
<b>ATC M:</b>	FANS (diclofenac, flurbiprofene, ibuprofene, ketorolac) cpr e fl
<b>ATC N:</b>	Aloperidolo gtt e fl Acido acetilsalicilico cpr 100mg Diazepam gtt e fl Paracetamolo cpr Promazina fl Morfina cloridrato fl
<b>ATC R:</b>	Beta 2 stimolanti sol Clorfenamina maleato fl Aminofillina fl
<b>ATC V:</b>	Naloxone fl Glucosio 33% Soluzione Fisiologica



# LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NEL CONTESTO DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

*Dott. Piergiorgio Muffolini*

Il rapporto medico paziente è uno scambio comunicativo, influenzato da entrambi i soggetti che mettono in gioco il loro vissuto, i loro atteggiamenti, le loro emozioni, i loro stili di vita. Nessuna tecnica e nessuna strategia di seguito descritte possono prevedere l'andamento dell'incontro. Con l'aiuto di questi strumenti, il medico migliora il corso della visita e realizza uno scambio autentico col paziente che permette a quest'ultimo di sentirsi compreso, condizione "sine qua non" per sentirsi soddisfatto.

## Definizione

La relazione medico-paziente nella continuità assistenziale mette a confronto due persone quasi sempre sconosciute l'una all'altra, ognuna con un ruolo specifico ed entrambi affrontano l'incontro con le proprie esperienze precedenti e con il loro vissuto. Questa relazione, istituzionalizzata dalle leggi di protezione sociale, ha una duplice conseguenza: di DIAGNOSI, cioè di "spiegazione" di un malessere provato dalla persona con l'analisi delle sue diverse cause e di CURA, in tutte le accezioni della parola:

- riparazione del danno
- rinforzo delle difese naturali dell'organismo
- sostegno morale alla persona sofferente
- attenzione alla persona in difficoltà.

Qualsiasi siano le occasioni contingenti di ogni incontro il malato ed il medico si aspettano l'uno dall'altro consciamente ed inconsciamente tutta una serie di comportamenti, di qualità e di risposte ampiamente predeterminate dai ruoli sociali, ma anche dalle esperienze individuali di sofferenza, di aiuto reciproco e di scambio di servizi.

Ciò significa che ognuno dei due partner della relazione affronta ogni incontro con le sue aspettative particolari e che il modo di porsi condiziona la possibilità di venire capito o di non esserlo, di venire soddisfatto o deluso.

## Responsabilità medico legale

L'attività della continuità assistenziale costituisce una delle situazioni che giungono all'attenzione del medico legale per le implicazioni della responsabilità professionale a volte per imperizia, negligenza, colpa, ma più spesso per una comunicazione medico-paziente inefficace.

E' necessario che ogni trattamento sanitario sia subordinato ad una completa ed esauriente informazione fornita al paziente relativamente alla diagnosi posta, alla relativa prognosi, alle possibili terapie attuabili. Tale consenso deve essere libero, attuale, valido, personale, consapevole, informato: questo è il principio che regola il rapporto medico paziente.

La qualità dell'informazione fornita condiziona il successo stesso dell'atto medico in funzione dell'alleanza terapeutica stipulata tra medico e paziente. Ne deriva una coinvolgente comunicazione che genera fiducia e comprensione reciproca tra medico e paziente. In linea con tale principio la cassazione civile sez. III, 25 novembre 1994, n° 10014, ai fini dell'ottenimento del consenso informato, ribadiva il dovere dell'informazione da parte del medico circa la natura dell'intervento, la portata di esso, l'estensione, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili: tale necessità scaturisce sia dal dovere che ha il medico di porre in essere trattative che portano alla formazione del contratto con caratteristiche di BUONA FEDE (art. 1337 C.C.) sia della indispensabilità della corretta informazione perché il consenso abbia quelle caratteristiche di consapevolezza che lo rendono valido.

Nella stessa sentenza si afferma anche il principio che senza un valido consenso il trattamento terapeutico chirurgico sarebbe impedito sia in ossequio all'art. 32 comma 2 della Costituzione (nessuno può essere per obbligo sottoposto a trattamento sanitario se non per disposizione di legge) sia dal precedente art. 13 che garantisce la inviolabilità della libertà personale ivi compresa la propria salute ed integrità fisica. Viene anche fatto riferimento all'art. 33 della legge 833 del 23.12.1978 nel quale viene negata qualsivoglia possibilità di effettuare accertamenti e trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi è in grado di esprimerla e se non ricorrono gli estremi dello stato di necessità di cui all'art. 54 del C.P.

Non sussiste più per il medico il semplice "dovere di curare" ma la "potestà di curare con il consenso del paziente".

Il medico di continuità assistenziale deve chiedere il consenso scritto ad ogni paziente? La legge sulla privacy prevede che il consenso orale sia sufficiente in quanto nella relazione medico-paziente si cerca di instaurare una alleanza terapeutica. Il consenso/non consenso scritto è opportuno ottenerlo nel caso la relazione medico-paziente diventi conflittuale, in tal caso è opportuno che il paziente firmi sul ricettario del medico il suo assenso/non assenso a ciò che il medico stesso propone.

## Comunicazione telefonica

La comunicazione telefonica prevede che uno dei tre canali (verbale, paraverbale, non verbale) presenti nella comunicazione non ci sia; questo ha delle conseguenze, obbliga ad una maggiore attenzione. Una telefonata si compone di:

1. *apertura*
2. *comprensione delle esigenze*
3. *soddisfazione delle esigenze*
4. *chiusura*

1) *L'apertura* si caratterizza dal fatto che si rende nota la propria identità, si accoglie l'interlocutore e gli si infonde la sensazione di essere ben accolto e ci si prepara all'ascolto (c'è una formula di apertura? Sì. "Buongiorno o buonasera" è il segnale di benvenuto. "Sono il Dott...." è un'assunzione di responsabilità e di disponibilità nel momento in cui si dà il proprio titolo. Devo evitare un tono di voce annoiato o innervosito.)

2) *La comprensione delle esigenze* è la fase centrale della telefonata. Si circoscrive il problema, si lascia parlare, si ascolta attivamente e si riassume brevemente il problema fornendo informazioni chiare, sintetiche (devo evitare di sminuire l'interlocutore, es.: "È sicuro di aver fatto così?" oppure sbuffare, interrompere bruscamente).

3) *La soddisfazione delle esigenze* è rispondere alle aspettative dimostrando competenza, aiutare proponendo soluzioni, mantenendo sempre la calma e la pazienza, chiedere al paziente di ripetere una frase che non si è capita, con altre parole (devo evitare silenzi prolungati, linguaggio tecnico e gergale).

4) *La chiusura* è il momento in cui si conclude la breve storia relazionale col paziente. È il momento in cui lasciamo al paziente il "sapore" del servizio di cui ha usufruito e serve per verificare che le nostre informazioni siano state chiare, comprese e che abbiano soddisfatto. Serve per fornire un saluto (devo evitare frasi che autosvalutano es.: "Spero che le sia stato di aiuto.../ spero di aver risolto il suo problema..." oppure espressioni brusche come: "Scusi, ho altre chiamate in linea, buongiorno" oppure "Se è tutto chiaro la saluto").

## Comunicazione diretta con il paziente

La relazione tra paziente e medico consiste di dialogo. Da una ricerca condotta dall'università La Sapienza di Roma risulta che solo il 21% dei malati ha compreso la diagnosi, che solo il 36% ha capito correttamente le terapie che deve eseguire e infine che solo il 7% ha una idea precisa della prognosi; oltre alle specifiche competenze mediche la comunicazione è l'elemento centrale del rapporto con il paziente.

Una diagnosi accurata, un trattamento farmacologico mirato sono elementi importanti per un corretto esercizio delle funzioni mediche. Ma, da soli, risultano inefficaci

se non sono accompagnati da una corretta comunicazione medico-paziente. Infatti, tra tutti gli aspetti del trattamento medico, lo scambio comunicativo è l'elemento che maggiormente influisce sulla soddisfazione del paziente rispetto alla interazione con il medico. Il tempo che il medico dedica a fornire informazioni chiare e spiegazioni comprensibili, il lessico che utilizza, la prossemica, la disponibilità, il suo modo di rapportarsi al paziente, sono tutti elementi che incidono sulla comprensione della malattia da parte di quest'ultimo e sul suo livello di soddisfazione. E quanto più questo livello è alto, tanto maggiore sarà la capacità di fronteggiare la malattia e attenersi alle prescrizioni mediche. Generalmente, quando si incontra per la prima volta uno sconosciuto, sono alte sia le aspettative che la tensione emotiva. Ancor più nel caso dell'incontro medico-paziente, in quanto il paziente porta con sé la sua malattia, la sua richiesta di aiuto, le sue ansie, il suo bisogno di assicurazione. Anche il medico ha una sua storia, con aspettative, credenze, atteggiamenti: tutti fattori che influiscono sull'incontro.

Le problematiche connesse a questa particolare relazione sono varie e complesse: si va dal fenomeno della compliance al problema del consenso informato, dal ruolo che gioca la comunicazione non verbale alla specifica asimmetria del rapporto, senza dimenticare che gli stessi protagonisti della relazione non possono essere classificati in categorie uniformi. Gli studi sulla comunicazione sono recenti. Per anni, è prevalsa una prospettiva "disease centred", orientata esclusivamente allo studio della malattia, dove la malattia è definita in termini puramente biologici. A partire dagli anni '50 un cambiamento di prospettiva è avvenuto come risposta per le critiche rivolte a questo approccio. Il medico viene accusato di non trattare il paziente come una persona, ma di focalizzare l'attenzione soltanto sull'aspetto fisico del disturbo o della patologia. Comunicare in modo corretto con il paziente, può determinare una migliore e più pronta guarigione, mettendo in risalto il ruolo giocato dalla comunicazione evidenziando quanto la malattia non sia staccata da colui che ne è portatore. La medicina "patient centred" esprime questo ribaltamento prospettico, fondata sul dare una diagnosi completa al paziente, con riferimenti al mondo in cui egli vive, alle sue aspettative, al suo carattere, alle sue interpretazioni della malattia. Il medico è la prima medicina e con ciò si sottolinea la funzione terapeutica che svolge la sua relazione con il paziente, la medicina "centrata sul paziente" diviene un metodo clinico in cui hanno pari dignità sia la patologia, in senso biologico del malato, che il suo vissuto della malattia: la medesima malattia, pur presentando caratteristiche uniformi che la rendono riconoscibile da malato a malato, è vista anche in ciò che distingue un paziente dall'altro, nel modo, cioè, in cui ogni malato la vive a seconda della propria storia. Le competenze comunicativo-relazionali costituiscono uno strumento indispensabile per l'esercizio della professione medica. La comunicazione permette:

1. *la raccolta di informazioni dal paziente*
2. *la restituzione da parte del medico di informazioni al paziente*

Naturalmente, come in ogni interazione comunicativa, anche in questa si articolano

due ruoli caratteristici, che assumono vicendevolmente sia il medico che il paziente. Nella fase di raccolta di informazioni è il paziente a fungere da emittente ed il medico da ricevente. Nella fase di restituzione, il flusso comunicativo va dal medico al paziente. Quindi, in quest'ultimo caso, il ruolo di emittente appartiene al medico ed il paziente è colui che deve decodificare le informazioni sulle sue condizioni di salute.

### **1. La raccolta delle informazioni**

Durante il colloquio, il paziente lancia una serie di segnali, di indizi che rimandano al punto di vista del malato, alle sue condizioni di salute, ai sentimenti ed alle aspettative che nutre nei confronti della malattia. Sta al medico decifrarli ed interpretarli per un corretto confronto con il paziente. La raccolta di informazioni permette al medico di fare una diagnosi appropriata, di capire come il paziente affronta la malattia quotidianamente e, di conseguenza, di organizzare un piano terapeutico adatto. Il medico deve, dunque, saper chiedere, ma anche saper ascoltare. Le domande possono essere aperte oppure chiuse. Quelle aperte danno al paziente l'opportunità di fornire elementi su di sé in modo più libero; infatti, esse richiedono risposte elaborate e complesse che permettono al malato di includere informazioni non previste. Ogni domanda rivolta a conoscere il punto di vista del paziente è una domanda aperta; essa può essere diretta ("Da quanto tempo avverte questo disturbo?") o indiretta ("Mi parli meglio di queste vertigini..."). In questo tipo di colloquio è spesso utilizzata un'altra tecnica di comunicazione: la tecnica di "eco". Si tratta della ripetizione in forma interrogativa di un termine utilizzato dal paziente, su cui l'intonazione del parlato, la mimica e la gestualità hanno catturato l'attenzione del medico. La tecnica dell'eco dà l'occasione al paziente di approfondire ulteriormente il discorso. Tra domande aperte e tecnica di eco vi è, comunque, una sostanziale differenza: mentre le prime sono interamente nelle mani del medico, che può decidere di usarle per esplorare uno specifico aspetto della malattia, la seconda agisce in funzione di una sollecitazione che arriva dal malato e, in un certo senso, restringe l'autonomia del medico. Per quanto riguarda, invece, le domande chiuse, esse sono le più utilizzate dai medici nelle consultazioni. Una domanda chiusa prevede una risposta specifica e breve. Ad esempio, se il medico chiede: "Signora, quanto ha avuto di febbre?", sta formulando una domanda chiusa, che prevede come risposta un numero, ad indicare la temperatura del paziente. Non è prevista alcuna divagazione, le domande di questo tipo non danno spazio a nessuna apertura verso il vissuto del paziente. "Un colloquio caratterizzato da numerose domande chiuse è definito in letteratura "high control style", stile tipico della medicina, indispensabile per focalizzare una sintomatologia, funzionale all'acquisizione di dati per la formulazione di una diagnosi strettamente legata alla patologia". Le domande chiuse riducono, dunque, il numero di informazioni date liberamente dal paziente. Per una diagnosi corretta, che vada oltre l'analisi dei sintomi, è opportuno che il medico alterni domande aperte a domande chiuse, anche se questo porta ad una perdita momen-

tanea dell'autonomia del medico rispetto al paziente. È interessante notare come sia molto più rara la formulazione di domande aperte da parte del malato. Infatti, il fare domande al medico dipende anche da alcune caratteristiche socio-culturali: gli anziani, le persone meno istruite e quelle meno competenti, tendono a fare poche domande. Una delle difficoltà legate al porre dei quesiti può essere ricondotta al fatto che la relazione medico-paziente è generalmente concepita, sia dai medici sia dai pazienti, come una "richiesta-offerta di aiuto" piuttosto che una "richiesta-offerta di conoscenze" considerata forse appropriata per un altro tipo di rapporto, quello tra docente e discente. Ritornando alla fase di raccolta di informazioni, dal punto di vista del medico, un altro elemento da non dimenticare, per una buona riuscita del colloquio, è la capacità di ascoltare.

Nei casi più difficili, come quelli di patologie gravi, questa capacità, di per sé importantissima per mettere a proprio agio il paziente, si accompagna ad un autocontrollo della comunicazione non verbale. A tal proposito, è fondamentale l'uso consapevole e strategico del silenzio. L'ascolto e le sue tecniche garantiscono la possibilità di accedere ad informazioni del tutto imprevedute. Il silenzio del medico permette al malato di esplicitare le sue interpretazioni sulla malattia, eventuali timori e dubbi. Benché molto semplice da mettere in atto, questa tecnica del silenzio viene utilizzata solo nel 7% delle visite. Ma l'effetto di un comportamento comunicativo ricco di interruzioni può influenzare in maniera negativa il rapporto medico-paziente e compromettere la completezza della raccolta di informazioni. L'ascolto del paziente può, inoltre, essere favorito dall'uso di alcune tecniche di comunicazione, rappresentate da frasi brevi che invitano il paziente a continuare il discorso. Possono essere semplici vocalizzazioni ("Mmmm"...), oppure parole come "bene", "continui"; elementi questi che servono sia a mostrare interesse per l'argomento, sia a mettere a proprio agio l'interlocutore. La letteratura suggerisce "una strategia a cono per la raccolta dei dati, che utilizzi inizialmente domande aperte, per poi stringere, con domande più focalizzate e chiuse, soltanto quando l'area dell'inchiesta diviene più chiara: una buona visita è caratterizzata da un inizio in cui la voce del paziente dovrebbe sentirsi, e molto meno quella del medico. Più avanti il medico dovrebbe intervenire più frequentemente.

## **2. La restituzione delle informazioni**

La restituzione delle informazioni è caratterizzata da un flusso comunicativo che va dal medico al paziente. Compito del medico è quello di facilitare la comprensione e la memorizzazione delle informazioni da parte del malato. Oltre alla comunicazione della diagnosi, in questa fase egli dovrà verificare se ha ben compreso le informazioni ricevute dal paziente; inoltre, dovrà accertarsi che il paziente abbia compreso le sue prescrizioni. Nel comunicare la diagnosi, è importante che il medico spieghi in modo chiaro ed esaustivo le problematiche della malattia, senza utilizzare termini eccessivamente tecnici. Un lessico complicato, infatti, diventa nel processo comunicativo una sorta di "rumore" che impedisce al paziente di decodificare il mes-

saggio e lo spinge in uno stato di tensione e confusione. Spiegare le cose in modo semplice non significa, però, perdere la necessaria professionalità agli occhi del paziente, dal momento che questa costituisce uno degli aspetti che maggiormente contribuiscono a rassicurare il paziente. Nella fase in cui occorre verificare se quello che il medico ha compreso coincide con le informazioni fornite dal paziente, è opportuno utilizzare parafrasi e brevi ricapitolazioni. Questo momento del colloquio, infatti, serve a costruire un terreno comune di informazioni condivise. Se pensiamo alle interpretazioni e alle idee del paziente nei confronti della malattia, è chiaro che riproporre con parole diverse l'informazione comunicata dal soggetto può evitare al medico inutili fraintendimenti. Inoltre, approfondire argomenti che sono apparsi molto cari al paziente aumenta l'effetto relazionale tra i due. L'ultima fase che interessa analizzare è quella della verifica circa il modo in cui il paziente ha recepito le informazioni sulle sue condizioni di salute. È bene, a tal proposito, riassumere al paziente la sua situazione clinica con tono amichevole e partecipativo. Nel momento finale della visita, il medico può ricapitolare in modo schematico prescrizioni e consigli ed accertarsi della comprensione di questi con alcune brevi domande. Il medico non deve temere di essere ridondante; sembra infatti che un'accurata spiegazione della sintomatologia, con aspetti legati al vissuto del paziente, aumenti il grado di soddisfazione del malato, nonché la compliance.

Una tecnica frequentemente utilizzata nella fase finale è quella delle categorizzazioni. Queste sono frasi che anticipano la categoria all'interno della quale si colloca ciò che si sta per fare. Ad esempio, usare una frase come: "Prima di salutarci le scrivo il prospetto per la terapia...", serve a comunicare esplicitamente che ci si trova nella categoria "fine della visita"; in questo modo il malato viene informato che il tempo a sua disposizione sta per concludersi. Le categorizzazioni permettono al paziente di comprendere meglio le varie fasi del colloquio clinico e riducono il rischio del fenomeno di "by the way", che in italiano potremmo tradurre con la frase "dottore, dimenticavo...". Con tale esclamazione, il paziente introduce, a visita ormai conclusa, un nuovo sintomo che costringe il medico a raccogliere ulteriori informazioni e a rielaborare la sua diagnosi. Sempre nell'ultima fase del colloquio, il medico può utilizzare brevi domande, quali ad esempio: "*E' tutto chiaro?*" o "*Ci sono dubbi?*", per capire meglio il livello di comprensione del malato, ed integrare eventualmente la propria spiegazione.



# FEBBRE, IPERtermIA, IPERPIRESSIA

*Dott. Leonardo Ardigò e Dott. Gianluca Bettini*

La temperatura (T) normale varia da soggetto a soggetto (35,8-37,1) ed ha variazioni nell'ambito della giornata (picco tra le 18 e le 22, minimo tra le 2 e le 4).

La febbre è uno dei sintomi più frequenti nella pratica clinica e può essere la prima manifestazione di numerose malattie, in particolare le infezioni, ma può essere espressione anche di malattie neoplastiche, malattie vascolari (infarto del miocardio ed embolia polmonare), malattie immunologiche, malattie metaboliche (gotta) o malattie ematologiche (anemia emolitica acuta).

## Definizione

**Il comune rialzo febbrile:** 2 misurazioni separate con valori superiori a 38°; è dovuto ad una alterata regolazione del centro ipotalamico

**Iperpiressia:** una T corporea superiore a 41.5° (rettale).

**Ipertermia:** si ha un incremento incontrollato della T corporea che supera le capacità di termodispersione (ad es. colpo di calore)

La causa in assoluto più frequente di rialzo febbrile acuto è l'infettiva. In caso di febbre persistente solo nella metà dei casi vi è un'infezione mentre sono cause rilevanti: le neoplasie ed emopatie (20%) le collagenosi (20%), i deficit immunitari, reazioni allergiche, i traumi meccanici, gli accidenti vascolari, le malattie metaboliche e febbre da farmaci.

### Misurazione e valori normali della T

**Ascellare:** la più comune ma non affidabile (v.n. - 0,5 rispetto T orale)

**Rettale:** da usare fino a 4-7 anni (v.n. + 0,5 rispetto T orale)

**Orale:** indicata dopo i 4-7 anni (v.n. 37°). La T orale non va misurata dopo che il paziente ha bevuto bevande fredde o bollenti!

**Auricolare:** rapida, sufficientemente affidabile

**Inguinale:** misurazione non del tutto affidabile

## Intervista preliminare: telefonata o accesso diretto

E' importante ricordare che vi è una notevole differenza tra il vissuto del paziente nei confronti del sintomo febbre e quello che essa rappresenta per il medico. Spes-

so per il paziente è un'urgenza ciò che non è per il medico e viceversa.

#### **Dati anagrafici ed epidemiologici utili:**

- Età del paziente: le età estreme sono le più a rischio per malattia seria concomitante allo stato febbrile. L'età è inoltre importante perché le malattie infettive possono avere andamento atipico con possibilità di rapido deterioramento delle condizioni generali. Nel neonato sino ai 2 mesi e, in particolare nella prima settimana di vita, vi è un alto rischio di gravi infezioni batteriche. Tra i 2 e i 36 mesi il rischio di batteriemia va dal 3 al 7%
- Recenti viaggi all'estero
- Criterio epidemiologico (presenza sul territorio in quel momento di fatti epidemici noti, es: influenza)

#### **Elementi sintomatologici rilevanti che si possono richiedere subito**

Sintomi o segni associati che segnalano la gravità della malattia che richiedono un intervento immediato:

- Stato confusionale, ipotensione, shock
- Petecchie (infezioni da meningococco)
- Immunosoppressione nota o sospetta o terapie immunosoppressive
- Protesi valvolari
- Tossicodipendenza
- Sintomi sospetti come cefalea, letargia, dispnea, disturbi urinari, diarrea, nausea, vomito, perdita di peso, dolore toracico e addominale
- Febbre preceduta o accompagnata da brividi scuotenti (polmonite, infezione con batteriemia, pielonefriti)

#### **Altri elementi anamnestici rilevabili subito**

- Durata della febbre
- Malattie da cui è affetto il paziente in particolare le malattie immunodepressive (AIDS, diabete, cirrosi)
- Uso di eventuali farmaci causa di febbre (barbiturici, sulfamidici, salicilati, anti-staminici, penicilline, rifampicina, ibuprofene, aloperidolo, isoniazide, cefalosporine, lassativi, ormoni tiroidei, progesterone e altri di uso meno frequente)

#### **Prima fase di inquadramento diagnostico**

- Va valutato se il paziente non ha fattori di rischio e se il quadro sindromico si accorda con quello epidemiologico in atto (ad es. epidemia influenzale in corso)
- Ma talvolta la febbre si presenta da sola:

### ELENCO DI ALCUNE PATOLOGIE CHE POSSONO PRESENTARSI INIZIALMENTE CON LA SOLA FEBBRE

- COLPO DI CALORE
- POLMONITI (inizialmente assente la tosse)
- BRUCELLOSI
- FEBBRE TIFOIDE E PARATIFI
- INFEZIONI DA EBV O CMV
- VIROSI EPIDEMICHE INFANTILI NELLA FASE PRODROMICA (varicella, parotite, sesta malattia)
- LEPTOSPIROSI
- TIROIDITE SILENTE
- AIDS (ricordare che la prima infezione da HIV si può manifestare con febbre)
- PSITTACOSI
- TUMORI, LINFOMI, LEUCEMIE

#### Criteria per la scelta del tipo di intervento da adottare

Già nell'intervista telefonica il medico deve cercare di capire la gravità del processo febbrile al fine di graduare modalità e tempi del suo intervento

Anche nei confronti dei pazienti che chiedono solo consigli telefonici per una febbre è opportuno adottare criteri di estrema prudenza dapprima indagando che l'ammalato non presenti fattori di rischio o segni e sintomi di allarme e ricordarsi inoltre di:

- fornire istruzioni chiare, verificare che il paziente o il familiare abbiano capito facendo riformulare le istruzioni date.
- essere avvisati in caso di variazioni cliniche
- richiedere un contatto telefonico nelle 24 ore successive o in caso di variazioni delle condizioni del paziente

### Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

#### Percorso per l'inquadramento diagnostico

L'approccio diagnostico al paziente con febbre sul territorio è principalmente basato sull'anamnesi e l'esame obiettivo.

In caso di febbre, soprattutto quando questa non si accompagna ad altri sintomi indicativi di una specifica patologia d'organo o di una evidente infezione respiratoria, si deve stabilire una strategia diagnostica che tenga conto della frequenza delle malattie note.

Diventa quindi importante effettuare una accurata anamnesi delle possibili cause di febbre al fine di orientare le decisioni diagnostico terapeutiche.

#### Anamnesi

In caso di febbre che non presenti la necessità di ricovero immediato ed urgente,

una buona anamnesi può indirizzare verso possibili patologie specifiche.

L'indagine deve essere orientata su:

1. Modalità di insorgenza; durata e caratteristiche.
2. Comparsa di eruzioni cutanee.
3. Sintomi che possano ricondurre la febbre ad una specifica patologia d'organo, ad esempio un sintomo respiratorio o della sfera ORL in corso.  
Spesso però i pazienti enfatizzano il sintomo febbre e sottovalutano alcuni sintomi che possono invece indirizzare il medico nella diagnosi.

Non è sufficiente chiedere genericamente alla persona se ha altri disturbi oltre la febbre, ma bisogna porre domande mirate. In caso di infezioni urinarie, ad esempio, bisogna chiedere se il paziente ha disuria, pollachiuria, dolore lombare ecc, sintomi che spesso vengono "confusi" nel malessere generale di un processo febbrile.

4. Patologia endocrina (attenzione alla tiroide)
5. Condizioni cliniche note che possono indurre immunodepressione (HIV, tossicodipendenza, diabete, alcolismo, ecc.).
6. Comportamenti sessuali a rischio (abbiamo già ricordato che la prima manifestazione dell'infezione da HIV può essere una forma simil mononucleosica o anche solo febbre per alcuni giorni).
7. Soggiorno recente in stati esteri, in particolar modo in quelli nei quali la malaria è endemica. La malaria va sempre sospettata di fronte ad un paziente con febbre sospetta che torna da un viaggio in paesi a rischio. Talvolta la stessa profilassi antimalarica può fallire seppur assunta correttamente.

I viaggiatori possono, ovviamente, contrarre anche malattie comuni come l'influenza; questo crea ulteriore difficoltà decisionali per il medico che deve porre estrema attenzione verso un paziente febbrile che ritorna da un viaggio all'estero. Ricordiamo, ad ogni modo, alcune altre malattie contratte all'estero che possono manifestarsi con febbre (elenco non esaustivo): Dengue, Gastroenteriti, Tubercolosi, HIV, Rickettsiosi.

Non vanno dimenticate, inoltre, le situazioni di allarme sanitario per la circolazione di malattie altamente diffuse e mortali (vedasi SARS e influenza aviaria). Nei casi sospetti di tali malattie i comportamenti e le procedure da effettuare nei confronti del paziente sono normate da disposizioni sanitarie che è assolutamente necessario eseguire scrupolosamente.

8. Anamnesi relativa ai farmaci comunemente assunti per le patologie note al paziente.
9. Anamnesi relativa ai farmaci assunti dal paziente per la febbre in corso: non va dimenticato che è prassi comune assumere spontaneamente farmaci per la febbre e talvolta anche antibiotici senza aver consultato il medico.
10. Anamnesi di recente intervento chirurgico o recenti cure odontoiatriche.
11. Anamnesi di recenti ustioni o ferite, anche non gravi, comprese quelle causate dagli animali.

12. Anamnesi di punture di insetto.
13. Anamnesi lavorativa: particolare attenzione va posta al personale sanitario potenzialmente esposto ai contagi e, talvolta, con microbi ospedalieri pluriresistenti agli antibiotici.
14. Assunzione di droghe.
15. Gravidanza, puerperio.
16. Anamnesi di patologie organiche che si possono complicare con infezioni: malformazioni urinarie, diverticolosi del colon, BPCO e bronchite cronica, sinusite cronica, valvulopatie, neoplasie.
17. Particolari condizioni del paziente: pazienti splenectomizzati, anziani con pluripatologie, portatori di cateteri vescicali, accessi venosi (ad esempio per PCT in corso), protesi varie.
18. Indagine sullo stato psico-sociale del paziente (febbre fittizia).

### Esame obiettivo

L'esame obiettivo segue naturalmente l'anamnesi e deve essere generale ed accurato, ma non sempre può evidenziare subito la patologia d'organo e tanto meno sistemica in causa (ricordiamo ad esempio che in alcune forme di polmonite e soprattutto nell'anziano la clinica può essere del tutto silente). Per questo, nelle situazioni dubbie, è importante la sorveglianza del paziente. Qualsiasi processo febbrile può evolvere anche rapidamente verso una condizione clinica severa e pertanto in caso di evolutività dei sintomi può essere necessario disporre il ricovero.

Una distinzione clinica importante riguarda la diagnosi differenziale tra **febbre elevata** e **iperpiressia** da un lato e **ipertermia** dall'altro (quest'ultima spesso è potenzialmente fatale). Pur non esistendo criteri assoluti di distinzione all'esame clinico nell'ipertermia la cute può essere calda, arrossata e secca (per alterazione della termodispersione) e vanno indagate esposizione a calore eccessivo, sforzo fisico intenso, particolari condizioni climatiche, assunzione di farmaci e malattie tiroidee.

### Segnalazioni dei parenti

All'atto della visita può essere utile tenere in considerazione le segnalazioni dei parenti dell'ammalato febbrile, i quali possono aver notato un comportamento anormale e preoccupante del loro familiare.

### Approccio terapeutico

Il reale ruolo della febbre nei vari processi di malattia è ancora discusso; la T, comunque, va abbassata solo quando costituisce un reale fastidio o pericolo per il paziente.

In caso di febbre alta, successivamente alla somministrazione dei farmaci, si possono aggiungere, se tollerate, misure di raffreddamento del corpo quali riduzione del vestiario e impacchi refrigeranti. È importante non effettuare spugnature con

alcool, che viene assorbito! E' necessario fornire istruzioni per un'adeguata idratazione (acqua, thè leggero, spremute, camomilla), senza forzare l'alimentazione. Nell'anziano con patologie cardiache o respiratorie croniche è ragionevole un'atteggiamento più aggressivo verso il sintomo febbre; in questi soggetti le estreme oscillazioni della T causate dagli antifebbrili possono essere fonte di disagio perciò, se si è deciso di usare gli antipiretici, può essere opportuno somministrarli regolarmente a seconda della cinetica del farmaco.

#### ALCUNI FARMACI USATI PER LA FEBBRE

- **PARACETAMOLO** – farmaco di prima scelta nella quasi totalità dei casi. Tossico in caso di sovradosaggio (l'antidoto in tale caso è l'Acetilcisteina per via e.v.). Attenzione al suo uso nei pazienti epatopatici. **INTERFERISCE** con i farmaci anticoagulanti, per cui è necessario monitorare l'INR.  
**Dosaggio nell'adulto:** 500-1000 mg /8 ore (max: 4 gr. die) .  
**Dosaggio nel bambino:** 10-15 mg/Kg per dose ogni 6 ore .
- **ASA** – da usarsi con molta cautela – controindicata nei bambini per possibile insorgenza di sindrome di Reye quando utilizzata in corso di virosi – controindicata nei pazienti affetti da ulcere gastroduodenali, in trattamento anticoagulante, in gravidanza, nei soggetti affetti da asma da FANS, nei linfomi e nella sepsi da Gram negativi.
- **PIRAZOLONICI** (Noramidopirina) – uso sconsigliabile per la mielotossicità ed i frequenti casi di ipotensione
- **IBUPROFENE** – E' un FANS meno gastrolesivo e che interferisce meno con le terapie anticoagulanti. Valgono comunque anche per esso le precauzioni da adottare per ogni FANS.  
**Dosaggio nell'adulto:** 400/600 mg 3 volte al dì .  
 Presente anche in formulazione pediatrica (non prima dei sei mesi di età).  
**Dosaggio pediatrico giornaliero:** 20-30 mg/Kg die suddiviso in 3 somministrazioni

### Raccordo con il medico curante

In caso di gestione domiciliare di un paziente febbrile è indicato rilasciare un'esauriente descrizione di quanto eseguito, sia in termini diagnostici che terapeutici.

### Raccordi esterni

In caso di malattia infettiva soggetta a denuncia obbligatoria, segnalare con apposito modulo la presenza di tale patologia con le modalità previste. E' importante ricordare che l'obbligo di segnalazione riguarda qualsiasi medico abbia avuto un sospetto di malattia denunciabile, anche se il Paziente viene ricoverato.

Come già precedentemente indicato, in caso di allerta per patologie altamente diffuse (SARS, influenza aviaria) è opportuno, nei casi sospetti, seguire le procedure che abitualmente vengono indicate dalle autorità sanitarie per evitare la diffusione del contagio.

### Strumentazione necessaria

- Termometro (andrebbe sempre effettuata una misurazione della T, da confrontare con quella dichiarata dal paziente o dai familiari; infatti, alterazioni di lettura, strumenti imprecisi, febbre fittizia, misurazione scorretta possono causare inutili preoccupazioni e indurre a scelte inopportune).
- Stick urinario con reagenti per sangue, chetoni, leucociti, nitriti (molto utile per le forme urinarie paucisintomatiche).

Possono inoltre risultare utili:

- Glucometro, in caso di anamnesi o sospetto per diabete.
- Ossimetro digitale per valutare la gravità di un processo febbrile legato a fatti polmonari.

### Quando ricoverare / non ricoverare

Una decisione importante riguarda la possibile ospedalizzazione del paziente febbrile.

L'ospedalizzazione diventa urgente in presenza di segni di compromissione dello stato generale e di segni di interessamento severo d'organo quali : shock, cianosi, dispnea, scompenso cardiaco, oligoanuria, ipotensione, segni di irritazione meningea, agitazione, delirio confusione, coma, porpora, ecchimosi, anemizzazione, gangrene cutanee simmetriche periferiche, convulsioni e ipertermia.



# DISPNEA

*Dott. Germano Bettoncelli*

Con il termine *dispnea* intendiamo la sensazione soggettiva e spiacevole di mancanza di respiro sproporzionata sia per l'entità che per il tipo di attività fisica cui fa seguito. Spiacevole perché, a differenza dell'alterazione del respiro che segue normalmente un determinato esercizio fisico, la dispnea patologica crea in genere una sensazione di allarme nel paziente. Si tratta quindi di un sintomo e non di un segno, che prevalentemente si correla a patologie a carico dell'apparato cardiovascolare o polmonare. Spesso questo sintomo può essere di difficile valutazione.

Gli impulsi afferenti al cervello che generano la sensazione di dispnea, originano da svariati siti, tra i quali i polmoni, le articolazioni della gabbia toracica e i muscoli respiratori, compreso il diaframma. I chemocettori centrali e periferici inviano parte degli impulsi sensoriali che sembrano essere coinvolti nella dispnea, sia direttamente che indirettamente; anche altri stimoli viscerali, nervosi ed emotivi possono di volta in volta entrare in gioco.

## **Punti chiave**

1. L'identificazione delle cause della dispnea è il primo passo per la gestione efficace del paziente
2. Le patologie più frequentemente in causa in caso di dispnea sono le malattie respiratorie e cardiache, l'obesità e l'iperventilazione funzionale.
3. Nei pazienti extraospedalieri le cause più frequenti di dispnea sono l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
4. L'ostruzione delle vie aeree generalmente produce un sibilo respiratorio
5. I sibili respiratori sono caratteristici del paziente con asma, ma vi sono asmatici che non presentano sibili e non sempre i sibili sono espressione dell'asma.
6. Lo stridore deriva in genere da un'ostruzione delle alte vie aeree.
7. Altre patologie respiratorie causa di dispnea sono le malattie restrittive quali le fibrosi polmonari, il versamento pleurico, il pneumotorace
8. In generale la presenza di una dispnea a riposo è più frequente in caso di asma, mentre la dispnea che compare sotto sforzo è più frequente in presenza di car-

diopatia o di BPCO.

9. La dispnea è presente nel 60% dei pazienti con cancro del polmone.

### **Approccio al paziente**

E' essenziale differenziare la dispnea da cause polmonari da quelle cardiache: determinante la raccolta anamnestica dal paziente, se questi è in grado di esprimersi, o eventualmente dai famigliari o da chiunque possa collaborare.

### **Possibili gravi patologie che si manifestano con il sintomo dispnea**

#### *Cardiovascolari*

- Scompenso cardiaco acuto
- Embolia polmonare
- Dissecazione aneurisma
- Cardiomiopatia
- Tamponamento pericardio
- Tamponamento cardiaco

#### *Neoplasie*

- Carcinoma bronchiale

#### *Infezioni gravi*

- Polmonite
- Epiglottide acuta nel bambino
- Patologie respiratorie
- Corpi estranei
- Processi ostruenti vie aeree superiori
- Pneumotorace
- Atelettasia

#### *Malattie neuromuscolari*

- Polinevrite infettiva
- Poliomielite

#### *Possibili errori*

- Alveolite allergica estrinseca
- Pneumopatie chimiche
- Acidosi metabolica
- Radioterapia
- Insufficienza renale (uremia)
- Embolia polmonare disseminata
- Ansia, depressione
- Patologie tiroidee
- Anemia (in genere Hb<8 mg/dl)
- Farmaci (Induttori di fibrosi polmonare interstiziale: citostatici, amiodarone, sulfasalazina, penicillamina, nitrofurantoina, spray adrenergici. Intossicazioni da salicilati, alcol metilico, teofillina)

## Intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

Di seguito alcune modalità con le quali il paziente può percepire e quindi riferire al medico la propria difficoltà respiratoria:

- Difficoltà respiratorie nel compiere sforzi modesti (rapportati ovviamente al paziente)
- Sensazione di sforzo, o di affaticamento dei muscoli respiratori, nell'inspirio o durante l'espriro
- Rallentamento della fuoriuscita dell'aria dai polmoni durante l'espiazione
- Necessità impellente di inspirare ancor prima che l'espiazione sia completata
- Sensazione di costrizione toracica
- Difficoltà respiratoria in posizione supina, necessità di affacciarsi alla finestra per respirare
- Nel bambino la difficoltà respiratoria può anche manifestarsi con una perdita della consueta vivacità ed un comportamento insolitamente tranquillo.

### Modalità di insorgenza della dispnea

<i>Dispnea</i>	<i>Presentazione</i>	<i>Cause prevalenti</i>
<b>Acuta</b>	Nel giro di ore o pochi giorni	Edema polmonare (insufficienza ventricolare sinistra) asma bronchiale, embolia polmonare pneumotorace, aspirazione corpi estranei, edema laringeo, iperventilazione funzionale
<b>Cronica</b>	Nel giro di alcuni giorni, settimane o mesi, andamento progressivo	Insufficienza ventricolare sinistra, pneumopatie ostruttive croniche, enfisema polmonare, neoplasie

## Durante visita domiciliare o ambulatoriale

È utile tentare di definire l'intensità della dispnea. Al letto del paziente spesso il medico non dispone di strumenti in grado di valutare la funzionalità respiratoria. Si possono usare invece delle scale (standardizzate) che fanno riferimento a criteri puramente soggettivi.

### Scala della dispnea dell'American Thoracic Society

<i>Classificazione</i>	<i>Livello di gravità</i>	<i>Descrizione</i>
0	Nessuna dispnea	Nessun disturbo durante la corsa in pianura o nel salire un modesto pendio

1	Lieve	Fiato corto durante la corsa in pianura o salendo un modesto pendio
2	Moderata	Andatura più lenta rispetto a persone di pari età, pause per respirare anche camminando al proprio passo
3	Grave	Necessità di fermarsi per respirare dopo alcuni minuti di cammino o dopo 100 m a passo d'uomo
4	Molto grave	Fiato eccessivamente corto per uscire di casa, "fame d'aria" nel vestirsi, spogliarsi, fare toilette

La classificazione NYHA è invece molto usata per l'insufficienza cardiaca.

#### NYHA Classificazione di gravità dello scompenso cardiaco

NYHA I	<b>Stadio A</b>	Nessuna limitazione: l'attività fisica abituale non provoca astenia, dispnea, palpitazioni	Paziente a rischio di evoluzione verso l'insufficienza cardiaca senza segni di cardiopatia strutturale
NYHA II	<b>Stadio B</b>	Lieve limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo; l'attività fisica abituale provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina	Paziente con cardiopatia strutturale che non ha ancora sviluppato sintomi di scompenso
NYHA III	<b>Stadio C</b>	Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma attività fisica di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi	Paziente con sintomi pregressi o attuali di scompenso associati a cardiopatia strutturale
NYHA VI	<b>Stadio D</b>	Incapacità a svolgere ogni attività senza disturbi: sintomi di scompenso presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività	Stadio terminale che richiede strategie e centri specializzati

#### Percorso per l'inquadramento diagnostico

Spesso la dispnea è associata a dolore toracico:

- Un dolore toracico ad insorgenza improvvisa, in un soggetto giovane, accompagnato da riduzione del murmure vescicolare da un lato, da dispnea, talora irregolarità del battito cardiaco, può essere espressione di un pneumotorace.
- La dispnea che fa seguito ad un dolore toracico di tipo stenocardico esprime uno stato di scompenso successivo ad un possibile infarto del miocardio. Ma in un

soggetto a rischio la crisi ischemica può esordire anche solo con i sintomi ed i segni dello scompenso.

- La dispnea con dolore toracico monolaterale, esacerbato con gli atti del respiro, accompagnato da tosse, febbre e fini crepiti localizzati, può indicare la presenza di una pleurite. La reazione pleurica può essere un elemento concomitante ad un focolaio broncopneumonico.
- Una dispnea con dolore toracico localizzato o diffuso, tachicardia, in genere assenza di rumori respiratori o di particolari segni obiettivi toracici, deve far pensare all'embolia polmonare. Determinante la ricerca di fattori predisponenti: immobilità, patologia venosa degli arti inferiori.
- Dispnea, dolore toracico ed emottisi, sono possibile espressione di infarto polmonare o di neoplasia polmonare.
- Una dispnea da limitata escursione della gabbia toracica è compatibile con toracoalgie dovute a patologia neurologica o osteoarticolare.

### Elementi per l'inquadramento anamnestico delle malattie polmonari causa di dispnea acuta

#### *Anamnesi: considerazioni generali*

Al momento della chiamata il medico deve cercare di farsi un'idea delle condizioni del paziente. In funzione di questo può decidere l'urgenza del suo intervento e l'eventuale necessità di chiamare, contemporaneamente al suo intervento, un'unità di pronto soccorso. Spesso, al cospetto del paziente, in situazioni di emergenza manca il tempo per una dettagliata raccolta anamnestica, a volte le domande vanno poste mentre già si inizia a visitare il paziente, infine può accadere che questi non sia in grado di rispondere.

Alcune domande utili per un iniziale inquadramento:

- Quale posizione peggiora (es. disteso) o migliora (es. seduto, in piedi) la dispnea
- Abitudine al fumo anamnestica
- Presenza di malattie intercorrenti e pregresse
- Farmaci assunti abitualmente e/o recentemente
- Fattori scatenanti la dispnea
- Presenza di febbre (brivido?)
- Presenza di dolori associati
- Perdita di peso recente
- Rino-congiuntivite, faringite in atto o recente
- Espettorazione: tipo, volume, colore

### Elementi per l'inquadramento delle malattie polmonari causa di dispnea acuta

- **Polmonite.** Spesso successiva a infezioni delle vie aeree superiori, cui segue febbre (anche elevata e con brivido), tosse secca, poi con espettorato ("rugginoso", purulento), dolore toracico (reazione pleuritica). Dispnea. Quadri paucisin-

tomatici nell'anziano: a volte esordio con obnubilamento della coscienza.

- **Riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).** In genere storia di tabagismo, tosse e catarro cronici. Eventuale peggioramento funzionale del paziente tramite esame spirometrico. Frequente storia di periodici episodi analoghi (aumento di frequenza in rapporto allo stadio di gravità). Spesso recente episodio virale a carico delle alte vie aeree. Accentuazione dei sintomi normalmente presenti, in particolare tosse e catarro e, negli stadi più evoluti della dispnea. Febbre e purulenza dell'espettorato non sempre presenti anche perché non sempre la causa è un'infezione batterica.
- **Embolia polmonare acuta.** Anamnesi di immobilità prolungata, recente intervento chirurgico, scompenso cardiaco, trauma recente specie agli arti inferiori. Nelle donne storia di tromboflebite o insufficienza venosa arti inferiori, terapia estroprogestinica. Soggetti con anemia falciforme, policitemie, deficit congeniti di fattori della coagulazione.
- **Pneumotorace spontaneo.** Più frequente in soggetti giovani, longilinei. Storia di dolore toracico improvviso e dispnea insorti spontaneamente o spesso dopo sforzo, colpo di tosse, viaggio aereo. Nell'anamnesi sono fattori predisponenti l'enfisema polmonare, traumi toracici, le interstiziopatie polmonari (in particolare il granuloma eosinofilo).
- **Asma bronchiale acuto.** Possibile ad ogni età, ma la prima crisi è più frequente in soggetti con meno di 40 anni. In genere malattia nota in precedenza. Spesso familiarità per asma. Anamnesi positiva per atopia. Spesso insorgenza di notte o dopo esposizione a sostanze scatenanti (asma estrinseco). Anche le infezioni virali delle prime vie aeree spesso sono fattori scatenanti.
- **Inalazione di corpi estranei.** Ovvio quando il paziente ricorda l'evento. Meno quando l'aspirazione non è stata avvertita e risale magari a tempo addietro oppure il paziente non era cosciente o sotto, l'effetto dell'alcol, o si tratta di un bambino.
- **Edema polmonare non cardiogeno.** *Sindrome del distress respiratorio dell'adulto.* Si ha comparsa di dispnea in genere dopo 24-72 ore dall'insorgenza di una patologia grave quale uno shock emorragico o settico, una pancreatite acuta, in un soggetto politraumatizzato, una polmonite. L'esordio può essere insidioso. *Inalazione di gas nocivi:* storia di inalazione di gas nocivi, talora frutto della miscela di prodotti usati per la pulizia della casa. *Edema da altitudine:* in soggetti giovani che raggiungono quote elevate privi di acclimatamento o che compiono sforzi eccessivi ad alta quota. *Edema polmonare neurogeno:* possibile in soggetti epilettici dopo la crisi convulsiva o in pazienti con aumentata pressione intracranica.
- **Edema polmonare cardiogeno.** Presenza dei tipici sintomi dello scompenso cardiaco, quali dispnea, ortopnea, nicturia, edema agli arti inferiori. Questi sintomi possono precedere la comparsa della dispnea acuta di giorni o settimane. Spesso vi è una storia di cardiopatia. Possibile causa le disfunzioni valvolari in

particolare della mitrale.

- **Iperventilazione.** Si tratta spesso di soggetti giovani, sottoposti a stress emotivi, privi di anamnesi per altre patologie.

### **Esame obiettivo: considerazioni generali**

L'esame obiettivo dovrebbe essere sempre accurato, con particolare riguardo a:

*Ispezione:* posizione tenuta dal paziente, valutazione delle condizioni generali, stato nutrizionale, stato di coscienza, temperatura cutanea, sudorazione, frequenza respiratoria, pattern respiratorio, ortopnea, atteggiamento obbligato per l'espansione forzata, impegno dei muscoli respiratori accessori, rientramento dei muscoli intercostali, cianosi. Presenza dei segni di ipossia cronica quali dita a bacchetta di tamburo ed unghie a vetrino d'orologio, torace con aumento del diametro antero-posteriore o in atteggiamento inspiratorio (a botte), presenza di itto sollevante, edema, segni di stasi circolatoria.

*Palpazione, percussione del torace (da effettuare secondo i criteri di anatomia topografica):* ricerca punti dolenti, di ottusità plessica e sua eventuale mobilità con il cambio di posizione come nel caso di versamento pleurico, valutazione trasmissione fremito vocale tattile e sua riduzione o accentuazione, reflusso epato-giugulare, valutazione della frequenza e ritmo cardiaco, eventuale epatomegalia.

*Auscultazione:* valutazione del murmure vescicolare, ricerca di crepitii e loro modifica con gli atti del respiro o con la tosse, localizzazione basale, mono/bilaterale, sparsi, presenza di sibili, ronchi, rantoli, soffi cardiaci. La presenza di un'ostruzione dell'albero tracheobronchiale produce caratteristici rumori respiratori: sibili prevalentemente nella fase espiratoria, stridore in quella inspiratoria. I sibili possono essere:

#### *Localizzati*

- Corpi estranei
- Tappi di muco
- Compressioni estrinseche

#### *Generalizzati:*

- Asma
- BPCO

### **Principali segni obiettivi rilevabili nelle malattie respiratorie causa di dispnea acuta**

- **Polmonite.** Nella pratica quelle di più comune riscontro sono le polmoniti di comunità (CAP), di origine batterica. I segni variano a seconda della fase evolutiva della malattia. In genere segni di consolidamento parenchimale, rumori bronchiali secchi o umidi, fremito vocale tattile (FVT) accentuato, egofonia. Nell'area coinvolta dal processo flogistico si può rilevare una diminuzione dei suoni respiratori e rantoli a piccole bolle. Presenti crepitii fini se si associa una reazione pleurica. In caso di versamento pleurico rumori bronchiali e FVT diminuiti

o assenti, ipofonesi plessica. Nelle forme virali l'obiettività è scarsa o del tutto assente.

- **Riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).** Rantoli sparsi a piccole, medie o grosse bolle, ronchi e sibili, iperfonesi plessica se associato stato enfisematoso. Febbre a volte con brivido. Possibili edemi agli arti inferiori ed altri segni di scompenso cardiaco.
- **Embolia polmonare acuta.** Possibile variabilità dei sintomi. A volte esordio con sincope. Tachipnea e tachicardia. Nell'area interessata possibili rantoli, sfregamenti pleurici o segni di versamento. Diminuzione dei suoni bronchiali. A livello cardiocircolatorio possibili segni di scompenso destro (3° tono di origine destra - galoppo), soffio da rigurgito della valvola polmonare, aumento di intensità del 2° tono (componente polmonare).
- **Pneumotorace.** A carico dell'emitorace coinvolto si riscontra una diminuzione dei suoni respiratori, un'iperfonesi plessica, una diminuzione del FVT. Possibile spostamento ("sbandieramento") mediastinico verso il lato opposto. In caso di pneumotorace iperteso visibile turgore giugulare (nei casi gravi anche enfisema sottocutaneo). Abbassamento della pressione arteriosa per diminuito ritorno al cuore.
- **Asma bronchiale.** Difficoltà prevalentemente espiratoria. Possibile iperfonesi plessica alla percussione del torace. All'ascoltazione sibili, fischi e rari piccoli rantoli sparsi. In caso di attacco molto grave e di stenosi bronchiale serrata, l'ascoltazione del torace può essere muta e pertanto ingannevole.
- **Aspirazione di corpi estranei.** Possibile percezione di sibilo localizzato nella zona in cui il corpo estraneo si è posizionato, con associata diminuzione dei rumori respiratori. Caratteristica anche la presenza di "stridore" in genere da ostruzione delle alte vie aeree.
- **Edema polmonare non cardiogeno.** Nella sindrome da *distress respiratorio dell'adulto* il paziente può essere in stato di shock. Possibili rantoli al torace, ma meno diffusi rispetto ad altre forme di edema polmonare. Nei casi di *inalazione di gas nocivi*, il paziente può presentare irritazione delle mucose con congiuntivite, faringite, bronchite, con sibili respiratori. A ciò può far seguito un quadro di edema polmonare vero e proprio con rantoli bilaterali diffusi. Nell'*edema polmonare da altitudine*, pur in assenza di segni di scompenso cardiaco, si possono percepire fini rantoli alle basi.
- **Edema polmonare cardiogeno.** Possibile riscontro di segni legati ad un peggiorato stato di ipertensione arteriosa o di cardiopatia. Il rilievo di un itto puntale spostato in basso e lateralmente deve far sospettare una cardiomegalia. Sull'area cardiaca non infrequente presenza di un 3° tono, di un galoppo di somministrazione, di soffi. Fini rantoli bi-basilarali e talora sibili. La presenza di uno scompenso destro è da sospettare in presenza di edemi periferici, turgore giugulare, epatomegalia.
- **Iperventilazione.** Accanto alla dispnea ed alla tachipnea non si riscontrano i se-

gni tipici di altre condizioni patologiche (febbre, cianosi, ecc.). Il soggetto appare in stato ansioso pur non essendone in genere consapevole ed anzi spesso si mostra restio ad accettare la diagnosi.

### Raffronto tra le caratteristiche della dispnea da cause polmonari e cardiache

Malattia polmonare	Malattia cardiaca
Anamnesi di malattia polmonare	Anamnesi di ipertensione, cardiopatia ischemica, valvulopatie
Lenta evoluzione	Rapida evoluzione
Presente a riposo	Soprattutto durante esercizio fisico
Tosse produttiva	Tosse non frequente, eventualmente secca
Aggravata da infezioni respiratorie	Non modificata da infezioni respiratorie

### Caratteristiche differenziali dell'asma cardiaca e dell'asma bronchiale

	Cardiaco	Bronchiale
Dispnea	Prevalentemente inspiratoria	Prevalentemente espiratoria
Tosse	Segue alla dispnea	Precede la dispnea
Espettorato	Roseo e schiumoso	Spesso gelatinoso
Miglioramento	In ortostasi, dopo somministrazione di diuretici o morfina	Con l'espettorazione, dopo broncodilatatori
Segni obiettivi	Prevalentemente crepiti	Prevalentemente sibili

### Approccio terapeutico

Una delle prime e più importanti decisioni che il medico deve prendere è se trattare il paziente a domicilio o provvedere al ricovero ospedaliero in relazione alla gravità del quadro clinico.

### Interventi terapeutici praticabili a domicilio del paziente

Patologia	Trattamento
<b>Polmonite batterica</b>	Riposo a letto, idratazione, antifebbrili. Antibioticoterapia (riferimento Linee Guida ATS-American Thoracic Society o IDAS-Infectious Diseases Society of America) Macrolide se soggetto giovane con sospetta Polmonite da Micoplasma
<b>Riacutizzazione di BPCO</b>	$\beta_2$ -stimolanti a breve durata d'azione per via inalatoria (Salbutamolo 100 mcg/dose), o incremento del dosaggio se già assunti. Corticosteroidi per via orale (Prednisone 25 mg/die per os o metilprednisolone 40-60 mg e.v.). Antibiotici se segni di infezione bronchiale.

<b>Asma bronchiale</b>	<p>β2-stimolanti a breve durata d'azione per via inalatoria (Salbutamolo 100 mcg/dose) con dosaggio in relazione alla gravità, o incremento del dosaggio se già assunti (fino a 3 somministrazioni/30min.).</p> <p>Utilizzo di distanziatori se il paziente non sa inalare correttamente il farmaco.</p> <p>Steroidi per via sistemica (Prednisone 25 mg/die per os o metilprednisolone 40-60 mg e.v.). Ossigenoterapia.</p> <p>Utilizzo di Peak Flow Meter per valutare l'entità della broncostruzione e la risposta alla terapia.</p>
<b>Embolia polmonare</b>	Ossigenoterapia durante il trasporto in ospedale (con maschera)
<b>Pneumotorace</b>	Ossigenoterapia durante il trasporto in ospedale (con maschera)
<b>Edema polmonare cardiogeno</b>	<p>Morfina 2-5 mg/ev</p> <p>Furosemide 20-80 mg/ev</p> <p>Nitroglicerina 5 mg sublinguale e Ac. Acetilsalicilico 160-325 mg/os se sospetta ischemica coronaria.</p> <p>ACE-inibitori.</p> <p>Ossigeno se Sat. O2 bassa.</p>

## Quando ricoverare/non ricoverare

### Condizioni per le quali il paziente deve essere ricoverato

Patologia	Condizioni che consigliano il ricovero
<b>Polmonite (vedi criteri di Fine)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grave stato settico, Shock</li> <li>- Comorbidità</li> <li>- Malattia multi-lobare</li> <li>- Età avanzata</li> <li>- Scadimento stato di coscienza</li> <li>- Pressione Arteriosa sistolica &lt; 90mmHg, diastolica &lt;60</li> <li>- Saturazione Ossigeno ≤ 92%</li> </ul>
<b>Riacutizzazione di BPCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significativo incremento della gravità dei sintomi (improvvisa insorgenza di dispnea a riposo, alterazioni di coscienza), frequenza respiratoria &gt; 25 /min, frequenza cardiaca &gt;110 min.)</li> <li>- Saturazione Ossigeno ≤ 92%</li> <li>- Storia di BPCO severa</li> <li>- Insorgenza di nuovi segni fisici (cianosi, edemi periferici)</li> <li>- Assenza di miglioramento con il trattamento medico iniziale</li> <li>- Importanti patologie associate (polmonite, miopatia da steroide, malnutrizione)</li> <li>- Aritmia cardiaca di recente insorgenza</li> <li>- Incertezza diagnostica</li> <li>- Età avanzata, mancanza supporto familiare</li> </ul>

<b>Asma bronchiale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stato di male asmatico, turbe cardiocircolatorie</li> <li>- Storia di uso protratto di steroidi</li> <li>- Pregressa intubazione per esacerbazioni asmatiche</li> <li>- Anamnesi di ripetuti ricoveri, specie se ravvicinati</li> <li>- Episodi anamnestici di pneumotorace o pneumomediastino</li> <li>- Apparente non risposta alla somministrazione di <math>\beta</math>2-stimolanti</li> <li>- Trend di funzionalità respiratoria in peggioramento</li> <li>- Presenza comorbidità</li> </ul> <p><u>Attenzione:</u>  Pazienti a rischio di morte per asma o con asma "quasi-fatale"  Pregresso episodio di rischio di morte (ventilazione meccanica, acidosi respiratoria, ricovero in terapia intensiva)".  Ricovero o accesso pronto soccorso per asma nell'anno precedente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia con tre o più farmaci antiasmatici</li> <li>• Utilizzo eccessivo di <math>\beta</math>2 agonisti</li> <li>• Difficoltà a mantenere il controllo dell'asma</li> </ul>
<b>Embolia polmonare acuta</b>	Sempre
<b>Pneumotorace</b>	Sempre
<b>Aspirazione corpi estranei</b>	Sempre
<b>Edema polmonare cardiogeno e non cardiogeno</b>	Sempre
<b>Dispnea di origine non chiara</b>	Sempre
<b>Impossibilità a deambulare, alimentarsi; insufficiente supporto familiare</b>	Sempre

Nel caso di invio urgente in ospedale è buona norma che il Medico di Continuità Assistenziale contatti il Pronto Soccorso per fornire informazioni sul paziente inviato. In circostanze meno gravi una consultazione telefonica con un collega specialista può servire a dirimere un dubbio e a meglio orientare una decisione clinica. Attraverso questi contatti può essere concordata anche l'esecuzione di accertamenti urgenti senza che necessariamente il paziente venga ricoverato.

## Raccordo con il Medico curante

In tutte le circostanze in cui il Medico di Continuità Assistenziale effettua un intervento nei riguardi di un paziente, dovrebbe essere predisposta un'opportuna nota informativa per il medico curante. In essa vanno riassunti il motivo della chiamata, le condizioni in cui è stato trovato il paziente, l'orientamento diagnostico e la decisione terapeutica intrapresa. Nel caso di ricovero vanno riferiti i motivi e l'ospedale presso il quale il paziente è stato inviato. Dovrebbe essere rilasciato anche un recapito telefonico per permettere al medico curante di contattare il collega nel caso gli necessitassero ulteriori informazioni.

## Strumentazione necessaria

Nella borsa del medico dovrebbero sempre trovare posto, oltre ai consueti strumenti diagnostici, il Misuratore di Picco di Flusso, utile per la valutazione soprattutto del paziente asmatico, ed il Saturimetro, importantissimo per giudicare lo stato di ossigenazione del paziente.

### Glossario

<b>Ortopnea</b>	necessità di respirare col busto eretto per mancanza di fiato in posizione supina
<b>Dispnea parossistica notturna</b>	mancanza di respiro che causa il risveglio del paziente durante la notte
<b>Tachipnea</b>	aumento di frequenza degli atti respiratori
<b>Iperpnea</b>	aumento della ventilazione come ad esempio durante l'esercizio fisico
<b>Iperventilazione</b>	in presenza di atti respiratori eccessivamente profondi e prolungati

# DOLORE TORACICO E SINDROME CORONARICA ACUTA

*Dott. Angelo Rossi*

L'anamnesi e le caratteristiche del dolore toracico rappresentano il primo ed importante strumento per il riconoscimento dell'origine ischemica del dolore toracico stesso.

Sebbene alcune caratteristiche del dolore aumentino e diminuiscano la probabilità di identificare come ischemica l'origine dei sintomi, nessuna di tali caratteristiche di per sé è sufficientemente potente da permettere, da sola, di poter diagnosticare una sindrome coronarica acuta (SCA). Nella valutazione della possibile causa cardiaca di un dolore toracico è importante tenere in considerazione alcune caratteristiche, in particolare:

- **la qualità:** in generale il dolore anginoso viene riferito come sensazione di peso, costrizione, soffocamento, oppressione; In generale l'angina non provoca un dolore trafittivo o lancinante; molto spesso il paziente insiste nel sostenere di non lamentare un vero e proprio dolore quanto un disturbo. Alcune caratteristiche "classiche" del dolore cosiddetto tipico, come la descrizione con l'aggettivo "oppressivo" sono effettivamente associata ad una più elevata probabilità di predire la presenza di SCA, ma non in maniera sufficientemente robusta.
- **la localizzazione:** tipicamente retrosternale, talvolta con irradiazione alla mandibola, all'epigastrio, alle braccia o una combinazione di tali fattori; l'irradiazione del dolore alle spalle, ad una o entrambe le braccia od un dolore precipitato dall'esercizio aumentano significativamente la probabilità dell'origine ischemica. L'ampiezza dell'area sul torace interessata dalla sensazione algica e dalla severità di tale sensazione non presentano differenze statisticamente significative tra coloro che hanno una SCA e coloro che risultano avere una origine non ischemica del dolore anche se un dolore riferito puntando un dito su una area ristretta del torace ha minor probabilità di essere di origine ischemica rispetto ad un dolore riferito ad un'area più vasta del torace.
- **la durata:** l'episodio anginoso tipicamente dura alcuni minuti; un debole fastidio che dura per diverse ore è difficilmente riferibile ad angina;

- **i fattori favorenti:** generalmente l'angina è esacerbata dallo sforzo fisico o dallo stress emozionale. Per i fattori precipitanti va ricordata la regola delle "3 P", pleuritico, posizionale (che cambia con le posizioni) e riproducibile alla palpazione. Queste tre caratteristiche non sono tipiche del dolore ischemico. Tuttavia se il sintomo dolore non è sempre riproducibile con l'inspirazione profonda, ma solo episodicamente, la capacità discriminante in favore di un'origine non ischemica è fortemente attenuata.
- **i fattori allevianti:** Anche l'impatto discriminante dei fattori "allevianti" il dolore come l'assunzione di nitroglicerina, il riposo e il trattamento antidispeptico (un "cocktail" di antiacidi e gastroprotettori), in passato considerati fattori diagnostici, attualmente è stato ridimensionato, anche se può mantenere un suo "peso" nel contesto clinico.

## Intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

### Dati anagrafico-logistici da utilizzare in senso clinico:

- Età del paziente
- Sesso
- Malattie concomitanti (ipertensione, diabete, patologie associate)
- Localizzazione dell'abitazione (proporzionare l'urgenza alla distanza dalla postazione di Continuità Assistenziale e al centro ospedaliero di riferimento).

### Elementi sintomatologici rilevanti da richiedere subito:

- Durata
- Sede e tipo del dolore;
- Intensità;
- Irradiazione;
- Modalità di insorgenza;
- Fattori aggravanti;
- Fattori allevianti;
- Sintomi concomitanti (sudorazione e pallore, stato di incoscienza o perdita di coscienza riferiti).

### Elementi anamnestici da rilevare subito:

La raccolta anamnestica deve essere diretta ad accertare la presenza o meno di una malattia coronaria (MC) documentata in precedenza e la presenza dei 3 elementi correlabili alla MC che in ordine di importanza sono i seguenti:

- Caratteristiche del dolore;
- Storia di malattia coronaria preesistente;
- presenza dei fattori di rischio coronario;
- familiarità (si intende per familiarità per infarto miocardio precoce, la presenza di infarto nel padre o nel fratello prima dei 55 anni di età ovvero nella madre o nella sorella prima dei 60 anni di età).

## Possibili prime ipotesi di inquadramento diagnostico e criteri per la scelta del tipo di intervento da adottare

*Dolore tipico per SCA (attivare 118):*

- compare durante uno sforzo o una forte emozione;
- insorge dietro lo sterno;
- si irradia al giugulo, alle spalle, alla regione interscapolare, a volte verso il basso all'epigastrio;
- dura minuti (5-30 minuti);
- si risolve con il riposo;
- non si modifica con gli atti respiratori;
- può essere accompagnato da sudorazione algida (segno importantissimo!);
- frequenza cardiaca aumentata, pressione bassa;
- talvolta nausea e vomito

*Dolore sospetto (visitare e avviare eventualmente al pronto soccorso):*

- dolore con almeno due delle caratteristiche descritte nel “dolore tipico”

*Dolore non cardiaco (visita domiciliare):*

- dolore con solo una delle caratteristiche descritte nel “dolore tipico”

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Percorso per l'inquadramento diagnostico

*Esame obiettivo*

- Respiro;
- Frequenza, ortopnea, rumori respiratori;
- Tirage, cianosi;
- Se possibile, valutare l'ossigenazione del sangue;
- Circolo;
- Polso: tensione, frequenza, ritmo;
- Pressione arteriosa (da valutare in meno di un minuto);
- Aspetto del paziente;
- Pallido e sudato? Cianosi?;
- Sintomatologia associata.

*Diagnosi differenziale*

La tabella sinottica descrive le caratteristiche dei principali quadri di dolore toracico e le modalità per effettuare la diagnosi differenziale.

# Dolore toracico e sindrome coronarica acuta

## Priorità I: ospedalizzazione

Sospetto diagnostico	Sede ed irradiazione	Tipo di dolore e durata	Modalità di insorgenza e caratteristiche concomitanti	Reperti obiettivi, segni e sintomi associati
Angina	<p>Retrosternale, spesso con irradiazione al collo o localizza-tamente a collo, mandibola o alle braccia, più frequen-temen-te al braccio e avambraccio sx.</p> <p>Irradiazioni possibili da retro-sternale a spalla e braccio sx., giugulo, collo, mandibola, epiga-strio (l'ischemia della parete inferiore può assomigliare all'addome acuto) e area interscapolare.</p>	<p>Oppressivo, gravativo con durata &lt;15-20'.</p> <p>Di solito più di 2 e meno di 10' in caso di angina stabile, 10-20' in caso di angina instabile</p>	<p>Precipitato dall'esercizio, esposizione al freddo, stress psicologici, crisi ipertensive.</p> <p>Fattori di rischio cardio-cerebrovascolare associati (età, sesso, colesterolemia, diabete, fumo). Buona risposta (secondi) alla nitroglicerina s.l.</p> <p>In caso di angina instabile ricorre con sforzi di minore intensità o anche a riposo, recente insorgenza o peggioramento del dolore (meno di un mese)</p>	<p>Spesso associato a sudorazione, pallore, 4° tono o rigurgito mitralico durante il dolore, 3° tono (meno frequente)</p>
Infarto miocardio	Vedi sopra	<p>Simile all'angina ma spesso + severo. Durata variabile, spesso &gt; 20- 30'</p>	<p>Non risponde alla nitroglicerina.</p>	<p>può essere associato a evidenza di scompenso cardiaco o aritmia</p>

Dissezione aortica	Centro del torace, irradiato al dorso	Lacerante, molto intenso, come una pugnalata	Dolore ad insorgenza improvvisa e ingravescente, associato a aumento della PA. Associato ad ipertensione e/o S. di Marfan	Soffio da insufficienza aortica, sfregamento pericardio, tamponamento pericardio, riduzione o assenza dei polsi periferici, spesso asimmetrici. Spesso si accompagna con insufficienza aortica grave e sincope.
Embolia polmonare	Al centro del torace (spasm dell'arteria polmonare) o emitorace lato corrispondente	Pleuritico, Puntorio, talora oppressivo, acuto.	Inizio improvviso; durata variabile da minuti ad ore Recenti interventi chirurgici o lunga immobilizzazione. In seguito a sforzi o secondario a patologie polomari o a traumi. Può essere associato a tosse ed emottisi.	Dispnea, tachipnea, tachicardia e ipotensione, cianosi. Possibile rumore di sfregamento pleurico
Pneumotorace	Laterale	Pleuritico, trafittivi, puntorio, molto violento	Inizio improvviso; può durare ore. Dispnea. Recente trauma toracico, storia di BPCO, violento colpo di tosse.	Dispnea associata alla gravità del pneumotorace. Tachipnea, iperfonesi, MV e FVT aboliti dal lato dolente
Rottura esofagea	Retrosternale	Intenso, con vomito recente e conati, possibile ematemesi	Improvviso. Con vomito ed ematemesi. Spesso seguito a pasto abbondante.	Enfisema sottocutaneo, crepito auscultabile vicino allo sterno

## Dolore toracico e sindrome coronarica acuta

## Dolore toracico e sindrome coronarica acuta

Priorità II: possibilità di complicitanze serie				
Sospetto diagnostico	Sede ed irradiazione	Tipo di dolore e durata	Modalità di insorgenza e caratteristiche concomitanti	Reperti obiettivi, segni e sintomi associati
Stenosi aortica	Episodi ricorrenti di dolore descritto come angina	Vedi angina	Vedi angina	Soffio aortico telesistolico irradiato alle carotidi
Iperensione polmonare	Sensazione di pressione toracica	Sottosternale, durata variabile	Non patognomoniche.	Dispnea, segni di aumentata pressione venosa inclusi edema e distensione venosa giugulare.
Pancreatine acuta	Sede epigastrica con irradiazione talvolta in sede retrosternale. La sede di irradiazione tipica è costituita da entrambi gli ipocondri ("a sbarra"). Spesso insopportabile	Elevata intensità. Durata da ore a giorni.	Dopo abbondanti libagioni, abusi alcolici. In buona parte dei casi pregressa diagnosi di calcolosi colecistica.	Nausea, vomito, tachicardia, iperipressia. Tensione epigastrica alla palpazione profonda, progressiva rigidità della parete addominale.

Priorita' III: condizione acuta che prevede un trattamento specifico				
Pericardite	Retrosternale, con possibile irradiazione alla spalla	Schiacciante, acuto o lieve, moderato, con durata compresa fra ore e giorni. Aumenta con colpi di tosse, battito cardiaco e secondo la posizione assunta a letto (alleviato dalla posizione "seduto in avanti")	Dopo episodio febbrile. Recente infezione delle vie respiratorie o altre condizioni che predispongano alla pericardite: IMA, uremia	Sfregamenti pericarditi all'auscultazione (più facilmente auscultabile a paziente seduto in avanti), uremia, febbre. Sopra o sottoslivellamento del tratto ST e depressione del tratto PR.
Colecistopatia	Epigastrio, quadrante superiore destro, sottosternale. Irradiazione possibile spalla destra o apice della scapola.	Sensazione di bruciore o di pressione	Può seguire l'assunzione di cibo	Dolorabilità quadrante addominale superiore destro.
Polmonite/pleurite	Spesso sede mammaria; in generale sede toracica sovrastante la zona colpita, quindi unilaterale, spesso localizzato.	Traffittivi, puntorio.	Dolore variabile in più o in meno con: colpi di tosse, movimenti respiratori e posizione.	Dispnea, tosse, febbre, rantoli. Respiro superficiale e frequente. Occasionalmente sfregamenti all'auscultazione del torace.
Herpes Zoster	Distribuzione dermatomerica	Dolore intenso o tipo "bruciore", continuo, durata variabile.	Insorgenza graduale. Saltuariamente parestesie localizzate prima dell'eruzione cutanea.	Rash vescicolare nell'area del dolore

## Dolore toracico e sindrome coronarica acuta

## Dolore toracico e sindrome coronarica acuta

### Priorità IV: altra condizione cronica trattabile

Sospetto diagnostico	Sede ed irradiazione	Qualità (tipo di dolore e durata)	Modalità di insorgenza e Caratteristiche concomitanti (fattori aggravanti o allevianti, anamnesi patologica).	Reperti obiettivi, segni e sintomi associati
Reflusso gastroesofageo	sottosternale o epigastrica	Sensazione di bruciore (urente), durata 10-60'	Peggiorato dalla posizione clinostatica post-prandiale, calmato dagli antiacidi. Correlato con assunzione di cibo.	Rigurgito, reflusso.
Spasmo esofageo	Retrosternale o epigastrica	Sensazione di pressione, costrizione o bruciore, durata 2-3'	Può mimare l'angina pectoris. Correlato con assunzione di cibo.	
Malattia ulcerosa peptica	Epigastrico, sottosternale	Sensazione di bruciore, prolungato	Calmato da antiacidi o cibo	Dolorabilità epigastrica
Patologie muscolo-scheletriche	Variabile, ma di solito ben localizzato.	Dolorabilità evocabile dalla palpazione	Aggravato dai movimenti. Indagare su traumi, infiammazioni, artrosi, possibili metastasi (patologie concomitanti)	Durante la visita può essere riprodotto da una pressione localizzata (digitopressione)
Ansia e condizioni psichiatriche	Variabile; può essere retrosternale.	Variabile; può essere fugace.	Fattori situazionali possono precipitare i sintomi. Ansia o depressione spesso emergono dal una attenta anamnesi.	

## Graduazione degli interventi

Qualsiasi paziente con dolore localizzato nella regione compresa tra il naso e l'ombelico (o sintomo "equivalente"), insorto nelle 24 ore precedenti l'osservazione, regredito o in atto, non riferibile a trauma pregresso o ad altra causa non cardio-vascolare immediatamente identificabile, che presenti almeno una delle seguenti condizioni:

- dispnea grave,
- pallore cutaneo con sudorazione algida,
- alterazioni dello stato di coscienza (anche se riferite),
- frequenza cardiaca  $<50$  oppure  $> 120$ ,
- pressione sistolica  $\leq 90$  mmHG,

deve essere ospedalizzato graduando la priorità a seconda della causa che si sospetta.

A questo riguardo l'inquadramento clinico-diagnostico del paziente con dolore toracico può essere così graduato e sistematizzato ai fini prognostici e terapeutici:

### **Priorità I: le "big five":**

- SCA;
- dissezione aortica;
- embolia polmonare;
- pneumotorace iperteso;
- rottura esofagea.

*Azioni: ospedalizzazione immediata con triage in codice rosso*

### **Priorità II: escluse le "big five", considerare se il dolore toracico può essere dovuto ad una condizione cronica che potrebbe portare a complicanze serie:**

- angina stabile (vedi sotto);
- stenosi aortica;
- ipertensione polmonare;
- pancreatite acuta o addome acuto.

*Azioni: visitare il paziente ed inviare in pronto soccorso con codice giallo.*

### **Priorità III: condizione acuta che prevede trattamento specifico.**

**Il dolore toracico potrebbe essere dovuto a una condizione acuta che garantisca un trattamento specifico.**

- pericardite: può simulare pleurite o sca; somministrare ASA; chiedere consulenza cardiologica urgente;
- colecistopatia: butilbromuro di ioscina i.m. (controindicato in glaucoma, ipertrofia prostatica), in alternativa Rilaten (vedi nome farmacologico); se si sospetta pancreatite acuta ricoverare;
- polmonite/pleurite (terapia antibiotica ad ampio spettro, paracetamolo per febbre

oltre 38°; ospedalizzazione in base allo score di gravità che prende in considerazione: età, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, cianosi e/o ossigenazione del sangue, temperatura);

- herpes zoster (aciclovir 800mg x5, FANS).

*Azioni: visitare il paziente e valutare se trattabile a domicilio o da ospedalizzare in base a sospetto diagnostico e parametri "vitali" (età, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura, patologie concomitanti).*

#### **Priorità IV: condizione cronica trattabile.**

#### **Il dolore toracico potrebbe essere dovuto a un'altra condizione cronica trattabile:**

- reflusso gastroesofageo: inibitore di pompa protonica o acido alginico;
- spasmo esofageo: può mimare una SCA; può essere alleviato da nitrati o calcio antagonisti;
- malattia ulcerosa peptica: inibitore di pompa protonica e/o idrossido dicalluminio;
- patologia discale cervicale: FANS e/o miorellassanti;
- artrite della spalla o della colonna: FANS e/o miorellassanti;
- costocondrite: FANS.

*Azioni: visitare il paziente e iniziare un trattamento sintomatico.*

#### **Approccio terapeutico**

Nel dolore toracico di tipo ischemico, diamo al paziente una M. A. N. O.

- **Morfina**

Riduce il dolore, il precarico ed il fabbisogno di ossigeno. Indicata nel dolore toracico associato a SCA e nell'edema polmonare acuto.

Dose e.v.: 3mg in bolo ogni 5-10' (1 Fiala = 1 ml = 10 mg di morfina; diluire a 10 ml con 9 ml di fisiologica)

Effetti collaterali: ipotensione arteriosa, depressione respiratoria

Antidoto: Naxaloxone

- **A.s.a.**

Inibisce la formazione del Trombossano A2 che causa aggregazione piastrinica e vasocostrizione arteriosa.

Dose consigliata: tra i 160 ed 325 mg, preferibilmente masticabili. Somministrabile alla stessa dose eventualmente per via e.v.

Controindicazioni: nei pazienti con ipersensibilità nota.

- **Nitroglicerina**

Farmaco antianginoso iniziale nel dolore toracico di sospetta origine cardiaca.

Compresse o spray per via sublinguale: 2 o 3 somministrazioni con intervalli di 10'.

Somministrazione per via endovenosa: riservata al solo uso ospedaliero.

Controindicazioni: ipotensione arteriosa e tachicardia.

- **Ossigeno**

Consigliato SEMPRE in ogni emergenza cardiologica.

Il flusso di Ossigeno raccomandato varia da 4 l/min (SCA) a 12 l/min (AC).

Per le altre condizioni (vide supra).

### **Raccordo con il Medico curante**

Nelle condizioni cliniche acute o croniche trattabili a domicilio è indispensabile redigere relazione clinica per il medico curante che contenga i dati clinici salienti e i provvedimenti terapeutici effettuati.

### **Raccordi esterni**

Come riportato nella tabella sinottica, le priorità di tipo I, II, e alcune del III possono comportare l'attivazione del SSUEm 118, con diversi gradi di emergenza a seconda della condizione clinica e della alterazione o meno dei parametri vitali.



# DOLORE ADDOMINALE

*Dott. Angelo Rossi*

Sebbene il dolore addominale sia frequente e spesso non significativo, il dolore acuto e importante è quasi sempre sintomo di una patologia intra-addominale. Il dolore addominale può essere acuto, nel quale caso si pone il problema dell'emergenza chirurgica, o può essere cronico, nel qual caso (almeno per un certo periodo di tempo) il trattamento è di tipo medico.

## **Il dolore addominale rappresenta una delle cause più frequenti di visita medica**

Ospedalizzazione per dolore addominale:	<ul style="list-style-type: none"><li>– 20 – 40 % degli adulti,</li><li>– 75% degli anziani.</li></ul>
Mortalità:	<ul style="list-style-type: none"><li>– 4% tra i pazienti ricoverati per dolore addominale acuto,</li><li>– 8% in quelli che vengono operati.</li></ul>

## **Intervista preliminare: telefonata o accesso diretto**

### **Dati anagrafico-logistici utilizzabili in senso clinico:**

- Età: patologie gravi più frequenti nei soggetti > 50 anni.

### **Elementi sintomatologici rilevanti che si possono richiedere subito:**

- Sintomo di esordio (vomito o dolore?): più grave se il primo sintomo è il dolore.
- Da quanto sono iniziati i sintomi?: più grave se durata > 48 ore.
- Pregressi interventi addominali?: occlusione su briglia.
- Il dolore è costante o intermittente?: più grave se dolore costante.
- Pregressi episodi simili?: più grave se primo episodio.

### **Elementi anamnestici rilevabili subito:**

- Malattie pregresse (cancro, diverticolite, pancreatite, insufficienza renale, litiasi, malattie infiammatorie croniche intestinali, HIV, alcolismo, gravidanza, farmaci).
- Pregressa patologia vascolare o cardiaca, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, aneurisma dell'aorta addominale, infarto mesenterico.

- Valutazione del dolore:
- Sede.
- Modalità di insorgenza.
- Caratteristiche (continuo, crampiforme, ingravescente, trafittivo).
- Decubiti preferiti od obbligati ( per ridurre l'intensità del dolore stesso).

**Possibili prime ipotesi di inquadramento diagnostico:**

Correlazione sede/diagnosi di dolore addominale:

- Epigastrio: pancreatite, ulcera duodenale, ulcera gastrica, k pancreatico, epatite, ostruzione intestinale, appendicite (precoce), ascesso subfrenico, polmonite, embolo polmonare, dolore miocardio.
- Mesogastrio: pancreatite, tumore pancreatico, ostruzione intestinale, aneurisma aortico, appendicite (iniziale).
- Ipogastrio: malattia del colon, appendicite (lato destro), diverticolite (lato sinistro), salpingite, cistite, cisti ovarica, gravidanza ectopica, dolore di metà ciclo.
- Ipocondrio destro: colecistite, colangite, epatite, pancreatite, ascesso sub-frenico, polmonite, embolia polmonare, dolore miocardio.
- Ipocondrio sinistro: dolore splenico nel linfoma, infezioni virali o crisi falcemica, ascesso subfrenico, ulcera gastrica, polmonite, embolia polmonare, dolore miocardio.
- Fianchi: calcoli renali, pielonefriti, ascessi perinefrici, k. del colon.

**Criteri per la scelta del tipo di intervento da adottare:**

- Poche condizioni addominali richiedono un intervento operatorio così urgente da obbligare ad abbandonare un normale approccio diagnostico. Solo un paziente con emorragia intraaddominale (esempio: aneurisma aortico sanguinante) deve essere avviato all'intervento chirurgico immediato e in tal caso bastano pochi minuti per valutare la natura critica del problema. In tal caso avviare subito la richiesta al 118, codice rosso, possibilmente con auto medica, nel frattempo iniziare infusione e.v. di soluzione salina o plasma expander.
- Nulla può soppiantare una anamnesi dettagliata. Una diagnosi ragionevole può essere fatta, nella maggioranza dei casi, sulla base della sola storia clinica.
- In caso di dolore addominale acuto una diagnosi viene stabilita nella maggior parte dei casi, mentre il successo è meno garantito in caso di dolore cronico. La sindrome da intestino irritabile è una delle cause più frequenti di dolore addominale e deve essere sempre tenuta in considerazione.
- La sequenza cronologica degli eventi nella storia del paziente è spesso più importante dell'enfasi che si pone sulla sede di insorgenza del dolore.
- Porre attenzione alle regioni extraaddominali che possono essere responsabili del dolore addominale (una storia mestruale accurata è importantissima nel caso di un paziente di sesso femminile).

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Percorso per l'inquadramento diagnostico:

- Durante la visita la semplice osservazione del paziente: facies, posizione nel letto, attività respiratoria può aggiungere ulteriori importanti informazioni.
- Durante l'esame obiettivo usare gentilezza e attenzione per non evocare reazioni di difesa, iniziare dalla zona più distante dalla sede dolente.
- Segni addominali possono essere totalmente assenti in caso di peritonite pelvica, in tal caso un attento esame pelvico e rettale sono raccomandati in tutti i pazienti con dolore addominale: in caso di dolorabilità all'esame pelvico o rettale in assenza di altri segni addominali sospettare condizioni chirurgiche quali: appendicite perforata, diverticolite, torsione di cisti ovarica etc.
- L'ascoltazione dell'addome è uno dei reperti che fornisce meno informazioni: situazioni catastrofiche quali lo strangolamento del piccolo intestino, appendicite perforata possono presentare rumori peristaltici normali. Di solito è la peritonite chimica ad inizio improvviso che è associata con il vero addome silente.
- La valutazione dello stato di idratazione del paziente è importante.

### Esame obiettivo

- L'esame obiettivo generale non deve essere trascurato.
- Lo shock, il pallore, la sudorazione o lo svenimento possono accompagnare il dolore addominale e indicano la gravità dell'evento patologico. La PA, il polso, lo stato di coscienza e il grado dello shock devono essere valutati nei casi gravi. L'addome è, comunque, la parte più importante della valutazione clinica.
- La presenza di una peristalsi valida con un ritmo normale suggerisce una malattia non chirurgica (p. es., una gastroenterite). Una peristalsi o dei borborigmi accentuati subentranti suggeriscono un'ostruzione intestinale. La presenza di un intenso dolore in un addome senza peristalsi, impone un'immediata esplorazione chirurgica.
- Sono importanti la presenza di una contrattura e di un dolore alla decompressione durante la palpazione dell'addome, il grado della distensione e la presenza di masse palpabili.
- La presenza di una cicatrice chirurgica suggerisce possibili aderenze intestinali e un quadro di ostruzione, mentre porte muscolari anormali possono essere la sede di ernie esterne.
- L'esplorazione rettale è una parte indispensabile dell'esame obiettivo.
- Il sanguinamento nei tessuti sottocutanei (per esempio: l'emorragia retroperitoneale da pancreatite emorragica) può essere sospettato dalla presenza di un'alterazione cromica bluastra o di una franca ecchimosi a livello degli angoli costovertebrali (segno di Grey Turner) o intorno all'ombelico (segno di Cullen).

### Caratteristiche del dolore e orientamento diagnostico

- Aggravato da tosse o movimenti: peritonite, appendicite.

- Irradiazione alle spalle: Sinistra: emoperitoneo; Destra: patologia epato-biliare.
- Irradiazione agli organi genitali: patologia renale.
- Irradiazione regione lombare: patologia urinaria, appendicite retrocecale, patologia annessiale.
- Irradiazione dorsale: patologia pancreatica.
- Ridotto dall' alimentazione: patologia gastrica (gastrite, ulcera).
- Associato ad agitazione: colica renale, infarto mesenterico, torsione di annesso.
- Con shock improvviso: pancreatite acuta grave, infarto mesenterico, rottura di aneurisma aorta addominale.

**In base alle caratteristiche del dolore possiamo distinguere 3 tipi di addome acuto**

- Addome peritonitico: dolore di tipo somatico, violento con assenza o diminuzione della peristalsi.
- Addome occlusivo: dolore di tipo viscerale, meno intenso rispetto al precedente, con fenomeni di iperperistaltismo.
- Addome vascolare: dolore viscerale intenso, con iperperistaltismo, evoluzione (fase infartuale) in una forma peritonitica.

**L'addome acuto nell'anziano**

- L'accuratezza diagnostica si riduce con l'aumento dell'età,
- La sintomatologia è più sfumata,
- Il dolore è meno intenso,
- Sono diminuite le difese immunitarie,
- Febbre e globuli bianchi spesso non sono elevati anche nelle emergenze addominali,
- Il quadro patologico è sempre peggiore del quadro clinico,
- Necessità di un programma diagnostico più aggressivo nell'anziano.

**Efficacia della valutazione clinica**

- Accurata solo nel 60-75 % dei pazienti(3).
- Anche il chirurgo più esperto può fare la diagnosi esatta in 4 su 5 casi; può scendere al 50 % se la diagnosi viene fatta da medici più giovani e meno esperti(4).
- La diagnosi clinica rimane indeterminata nel 40 % dei pazienti.

**Efficacia della valutazione clinica**

Segno di Murphy	Per la diagnosi di colecistite acuta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilità 97.2%</li> <li>• Valore predittivo positivo 93.3%</li> </ul>
Segno di Blumberg:	per la diagnosi di peritonite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilità 81%</li> <li>• Specificità 50%</li> </ul>
	per la diagnosi di appendicite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilità 63-76 %</li> <li>• Specificità 56-69 %</li> </ul>
Esacerbazione del dolore con la tosse:	per la diagnosi di peritonite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilità 77%</li> <li>• Specificità dell'80 %</li> </ul>

**Approccio terapeutico:**

- L'utilizzo di analgesici non dovrebbe essere negato fino a che una diagnosi definitiva e un piano terapeutico siano stati formulati; non è dimostrato che una efficace analgesia offuschi la diagnosi. Due studi clinici randomizzati verso placebo hanno dimostrato che il trattamento del dolore addominale non ritarda la diagnosi di appendicite acuta ma può essere utile in caso di intenso dolore
- Per l'uso del tramadolo e della morfina si rimanda alla voci bibliografiche.

## Cause di dolore addominale e approccio al trattamento

Organo o indicazione	Indicazioni al ricovero	Indicazioni alla terapia medica e farmaci domiciliari indicati
Esofago	Perforazione iatrogena in corso di endoscopia, cateterismo, dilatazione con palloncino. Perforazione da vomito (sindrome di Boerhaave).	Esofagite da reflusso, spasmo esofageo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoclopramide 10 mg i.m., e.v + Lansoprazolo 30 mg.</li> </ul>
Stomaco	Ulcera perforata. Ernia paraesofagea. Cancro dello stomaco.	Ulcera gastrica benigna non complicata, gastrite, gastroenterite acuta, ernia iatale da scivolamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lansoprazolo 30 mg o Ranitidina 300 mg.</li> </ul>
Duodeno	Ulcera duodenale perforata.	Ulcera duodenale non complicata: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lansoprazolo 30 mg o Ranitidina 300 mg.</li> </ul>
Digiuno, ileo	Ostruzione intestinale. Diverticolo di Meckel. Morbo di Crohn.	Gastroenterite: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idratazione + Metoclopramide 10 mg; se associata a nausea o vomito:</li> <li>• Butilbromuro di joscina 10 mg i.m. o e.v. in caso di intenso dolore addominale.</li> </ul>
Appendice	Appendicite.	
Colon-retto	Diverticolo perforato o stenosante. Volvolo (del ceco, del sigma). Cancro (vedi terapia medica e cure palliative). Invaginazione. Ostruzione del colon. Fistola perianale, ragade anale (vedi terapia medica). Colite ulcerosa. Morbo di Crohn.	Fecalomi. Disturbi della motilità. Diverticolite lieve: <ul style="list-style-type: none"> <li>• trimethoprim/sulfametoxazolo 960 mg x2 o Ciprofloxacina (500 mgx2)+ metronidazolo 250 mgx3 per 7-10 giorni, dieta liquida.</li> </ul> Dolore colico funzionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diazepam; joscina (lexil) 1 compresse al bisogno.</li> </ul> Diarrea: <ul style="list-style-type: none"> <li>• idratazione; dicodral (1 busta in 500 cc di h20).</li> </ul> Costipazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• idratazione; fibre; glicerina supposte o clismi pronti.</li> </ul> Ragade anale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• semicupi tiepidi con euclorina; creme dilatanti e/o miorilassanti (es. dilatan).</li> </ul>

Organo o indicazione	Indicazioni al ricovero	Indicazioni alla terapia medica e farmaci domiciliari indicati
Fegato	Adenoma epatozellulare. Sindrome di Budd-Chiari. Ematoma sotto-capsulare. Ascessi	Malattia infiltrativa del fegato con distensione della capsula: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vedi cure palliative (steroidi, FANS, morfina).</li> </ul>
Via biliare	Calcolosi. Colecistite acuta. Colangite acuta.	Calcolosi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Butilbromuro di joscina (Buscopan) 10 mg a.b. (max 3 al di) i.m. o e.v</li> <li>FANS (es. Diclofenac ) 10 mg i.m.</li> </ul>
Milza	Rottura. Ascessi.	
Pancreas	Pancreatine. Pseudocisti.	
Vasi	Aneurisma aortico. Trombosi o embolia dell'arteria o della vena mesenterica. Angina abdominis.	
Peritoneo	Peritonite o emoperitoneo da causa sconosciuta. Deiscenza anastomotica postoperatoria. Ascesso intraperitoneale (pelvico, sottofrenico, sottoepatico, laterale tra le anse). Tubercolosi. Peritonite primitiva. Peritonite da talco o da amido. Emoperitoneo secondario agli anticoagulanti. Dolori "urenti" (eccetto da ulcera peptica). Febbre tifoide.	Radicolite: <ul style="list-style-type: none"> <li>FANS es., Diclofenac 10 mg i.m. o 100 mg per os.</li> </ul>
Ernia	Esterna o interna (non complicata, incarcerata, o strangolata).	
Trauma (penetrante il peritoneo)	Tutti i casi.	

Organo o indicazione	Indicazioni al ricovero	Indicazioni alla terapia medica e farmaci domiciliari indicati
Rene	Pielonefrite.	<p>Calcolosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Butilbromuro di joscina (Buscopan) 10 mg a.b. (max 3 al di) i.m. o e.v.</li> <li>• FANS (es. Diclofenac ) 10 mg i.m.</li> </ul> <p>Sospetta infezione urinaria associata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacina 500 mg x2 (per adulti); Trimethoprim/sulfametossazolo (in pediatria).</li> </ul>
Vescica	Calcolosi.	<p>Cistite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacina 250 mg x2 o norfloxacina 400 mg x2 (per adulti).</li> </ul>
Organi genitali maschili	Torsione del testicolo.	<p>Prostatite, epididimite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FANS se non controindicati (es. Diclofenac 100 mg per os al di);</li> <li>• ciprofloxacina 500mgx2.</li> </ul>
Organi genitali femminili	Gravidanza ectopica. Ascessi tubo-ovarici. Aborto incompleto. Cisti ovarica (grande o maligna, torta o sanguinante). Malattia infiammatoria pelvica (se si sospetta accesso o sepsi).	<p>Dismenorrea o dolore intermestruale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FANS (es. Diclofenac 50 mg p.os se non controindicato).</li> </ul> <p>Malattia infiammatoria pelvica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofenac 100 mg p.os); trattamento antibiotico con ofloxacina 400 mg bid per 14 gg o Levofloxacina 500 mg al di + metronidazolo 500 mg bid per 14 gg.</li> </ul> <p>Gravidanza normale. Cisti ovarica (piccola, benigna). Endometriosi.</p>

## Raccordi esterni

- In caso di gestione domiciliare di paziente con dolore addominale sarebbe indicato rilasciare esauriente documentazione relativa al sospetto diagnostico e alla terapia effettuata.
- In caso di sospetto addome acuto: è indicato chiamare la centrale operativa SSUEm 118 per il trasporto in pronto soccorso in codice giallo.
- In caso di sospetta emorragia intraaddominale: attivare il 118 in codice rosso.

## Quando ricoverare / non ricoverare

- Il ricovero tassativo in codice rosso è indicato per le emorragie intra-addominali e per i pazienti in stato di shock.
- In caso di sospetto addome acuto di altra origine è indicato il ricovero ospedaliero in codice giallo.
- Buona parte dei casi di dolore addominale sono gestibili a domicilio.



# CEFALEA

Dott. Gerardo Medea

La cefalea è uno dei problemi di più frequente accesso in Medicina Generale (al 9° posto, con una frequenza del 2,7%) (1, 2). Relativamente a questo disturbo bisogna ricordare che:

- le due forme più comuni di cefalea sono l'emicrania (12,5%) e la cefalea di tipo tensivo (circa il 30% della popolazione presenta crisi sporadiche, il 10% ne soffre in modo ricorrente, e il 2% in maniera continua). Meno frequente tra le forme primarie è la cefalea a grappolo, mentre relativamente rare sono le cefalee secondarie.
- di fronte ad un paziente con cefalea l'obiettivo principale è escludere con ragionevole certezza una cefalea secondaria (che necessita di un iter diagnostico sollecito)
- raramente (< 2% dei casi) alla base di una cefalea è presente una patologia grave (cefalee secondarie vedi la tabella seguente), ma è pericoloso sottovalutare una cefalea che per le sue caratteristiche potrebbe sottendere una patologia seria.
- nella maggior parte dei casi è possibile orientarsi dal punto di vista diagnostico in base all'anamnesi e all'esame obiettivo del paziente.

*International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-II), 2004 (3)*

<b>Parte I: Cefalee primarie</b>	Emicrania
	Cefalea di tipo tensivo
	Cefalea a grappolo e altre cefalalgie autonomico-trigeminali
	altre cefalee primarie
<b>Parte II: Cefalee secondarie</b>	Cefalea attribuita a trauma cranico o cervicale
	Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali
	Cefalea attribuita a disturbi intracranici non vascolari
	Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione
	Cefalea attribuita a infezione
	Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi
	Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali e craniche
	Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico

<b>Parte III: Nevralgie craniche e dolori facciali centrali o primari e altre cefalee</b>	Nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale  Altre cefalee, nevralgie, craniche e dolori facciali di origine centrali o primari
---	--

## Intervista telefonica preliminare

### Elementi sintomatologici ed anamnestici rilevabili subito

Le domande indispensabili al primo contatto col paziente, spesso già sufficienti per formulare una prima ipotesi diagnostica sono le seguenti (per l'interpretazione, vedi tabella seguente):

- È il primo episodio o il paziente ha già avuto altre volte cefalea?
- Se ha già avuto altri episodi, il sintomo è più o meno uguale ai casi precedenti oppure per quale motivo ne differisce? (più intenso, durata maggiore, ingravescente, mancata risposta ai farmaci solitamente assunti, presenza di particolari sintomi).
- Il paziente ha avuto traumi recenti (soprattutto cranici), in particolare nelle ultime 24-48 ore?
- Il dolore si accentua con lo sforzo fisico o la tosse? Sveglia il paziente durante il sonno?
- Quali farmaci ha assunto recentemente o assume regolarmente?
- Il paziente è affetto da ipertensione arteriosa?
- Quali sono le caratteristiche del dolore (pulsante, trafittivo, cupo-sordo, acuto) e la sua sede (uni o bilaterale, zone particolari del cranio o della faccia)? Ci sono fattori allevianti?
- Qual'è il comportamento del paziente? (da chiedere eventualmente al telefono ai familiari)
- Sono presenti altri disturbi? (es: febbre elevata, sintomi neurologici) ed in particolare:
  - stato confusionale,
  - torpore,
  - vertigini,
  - disturbi del visus,
  - rigidità nucale (meglio evidenziabile con l'esame obiettivo)

La successiva tabella è stata redatta sulla base delle situazioni più frequenti descritte per le diverse patologie. Bisogna ricordare che esistono, comunque, eccezioni.

**Attenzione: Un paziente che presenta all'anamnesi anche uno solo dei sintomi di allarme per cefalea secondaria VA SEMPRE VISITATO!**

## Griglia d'interpretazione dell'anamnesi in caso di cefalea

situazione	Interpretazione	Note
Primo episodio di cefalea	Età <50 anni: più probabile una cefalea primaria Età >50 anni: più probabile una cefalea secondaria	Verificare l'assenza / presenza di altri sintomi / segni neurologici Verificare l'assenza / presenza di altri sintomi / segni neurologici
Precedenti e simili episodi di cefalea	È molto probabile che il paziente abbia già ricevuto una diagnosi di cefalea primaria (emicrania, cefalea tensiva, a grappolo) e abbia già sperimentato specifiche terapie farmacologiche efficaci per il controllo del dolore	Escludere con certezza sintomi/segni neurologici d'allarme
Cefalea molto più intensa / durata / ingravescente / frequente rispetto agli episodi precedenti	Attenzione: rischio di cefalea secondaria!	Verificare l'assenza / presenza di altri sintomi / segni neurologici
Anamnesi positiva per traumi cranici (soprattutto recenti: ultime 24-48 ore)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibile cefalea post-traumatica</li> <li>• Rischio di ematomi intracranici</li> </ul>	Eseguire l'esame obiettivo neurologico. Considerare l'ipotesi di ricovero immediato!
Si aggrava con gli sforzi fisici e/o la tosse; sveglia il paziente durante il sonno	Possibile cefalea da ipertensione endocranica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anche la cefalea a grappolo può comparire durante il sonno e svegliare il paziente (in genere a orario fisso)</li> <li>• L'emicrania può presentarsi tipicamente nel week-end o nel periodo mestruale</li> </ul>

## Griglia d'interpretazione dell'anamnesi in caso di cefalea

situazione	Interpretazione	Note
Farmaci che possono indurre cefalea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcio-antagonisti (nifedipina, verapamil)</li> <li>• Anti-anginosi (trinitrina e derivati)</li> <li>• Antidolorifici-FANS: uso continuato o cefalea causata dalla loro brusca sospensione (cefalea da "rimbalzo")</li> </ul>	
Paziente affetto da ipertensione arteriosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attenzione alla cefalea farmaco-indotta (calcioantagonisti, antianginosi)</li> <li>• Escludere una crisi ipertensiva</li> </ul>	Una cefalea da crisi ipertensiva si può verificare, ovviamente, anche in un soggetto non già noto come iperteso
Alcune sostanze contenute in alimenti possono scatenare un attacco di emicrania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Istamina</b> (pesci, pomodori, uova, albume, fragole, crostacei, maiale, salumi, cavoli, vini, birra)</li> <li>• <b>Tiramina</b>: formaggi fermentati e stagionati, estratto di lievito, conserve di pesce (sardine, aringhe, tonno) vini, birra, banane, semi di soia, nocciole, avocado, oli di semi vari</li> <li>• <b>Caffeina</b>: nelle bevande a base di caffè</li> <li>• <b>Teofilina</b>: nelle bevande a base di tè</li> <li>• <b>Teobromina</b>: bevande e alimenti a base e all'aroma di cacao</li> <li>• <b>Sodio monoglutammato</b>: salse e concentrati di pomodoro, salse di soia, nella lavorazione del formaggio parmigiano, nei dadi da brodo e negli estratti per brodo</li> <li>• <b>Solfiti</b>: tutti gli alimenti e i prodotti alimentari fermentati dai formaggi ai vini</li> </ul>	

## Griglia d'interpretazione dell'anamnesi in caso di cefalea

situazione	Interpretazione	Note
Sedi del dolore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monilaterale: emicrania (1), cefalea a grappolo (2)</li> <li>• Diffuso: cefalea tensiva, emorragia subaracnoidea</li> <li>• Orbitale e periorbitale: cefalea a grappolo (2), glaucoma acuto</li> <li>• Fronto-temporale: emicrania, arterite temporale, sinusite</li> <li>• Occipitale: emorragia subaracnoidea</li> </ul>	Informazioni utili per l'orientamento, ma poco specifiche.
Caratteristiche del dolore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsante: emicrania</li> <li>• Traffitto: cefalea a grappolo</li> <li>• Cupo, sordo, senso di tensione: cefalea tensiva</li> <li>• Acuto, tipo pugnalata: emorragia subaracnoidea</li> </ul>	Informazioni utili per l'orientamento, ma poco specifiche.
Fattori allevianti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stazione eretta: cefalea da ipertensione endocranica, cefalea a grappolo</li> <li>• Riposo, buio, silenzio: emicrania</li> <li>• Alcool: cefalea tensiva</li> </ul>	Utili per l'orientamento, ma poco specifici.
Comportamento del paziente	<p>Agitato, in movimento ma lucido: cefalea a grappolo</p> <p>A letto, al buio ma lucido: emicrania, cefalea tensiva (non obblig.)</p> <p>torpore o agitazione con confusione mentale: possibile cefalea secondaria!</p>	
Sintomi non-neurologici associati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febbre elevata: meningite, encefalite, ascesso cerebrale</li> <li>• Nausea, vomito: emicrania, cefalea tensiva (3), cefalea da ipertensione endocranica</li> <li>• Fono-fotofobia: emicrania, cefalea tensiva (4)</li> <li>• Lacrimazione, rinorrea: cefalea a grappolo (5)</li> <li>• Raffreddore, secrezioni nasali ev. febbre: sinusite</li> </ul>	
Sintomi neurologici associati	<p>Es: vertigini, torpore, turbe del visus, deficit di forza o della sensibilità, turbe del linguaggio: cefalea secondaria (processi espansivi cerebrali, emorragie-infarti cerebrali, meningiti, ecc)</p>	Eseguire l'esame l'obiettivo e valutare l'ipotesi di ricovero immediato!

Note:

- 1) *Il lato colpito varia da un attacco all'altro*
- 2) *Il lato si mantiene in genere costante nell'ambito dello stesso grappolo di attacchi*
- 3) *In caso di abuso di FANS. Può essere presente nausea nella forma cronica.*
- 4) *Non associate nella cefalea tensiva*
- 5) *È presente almeno uno di questi sintomi*

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Percorso per l'inquadramento diagnostico

*Esame obiettivo* (con note "orientative" di diagnosi differenziale)

L'esame obiettivo si deve eseguire obbligatoriamente in caso di 1° episodio o aggravamento/modificazione di una cefalea preesistente, cefalea ingravescente, e in generale in tutti i casi in cui è presente un qualsiasi dato anamnestico o sintomo/segno sospetto per cefalea secondaria. Vanno valutati:

- **Stato di coscienza:**
  - orientamento temporo-spaziale
  - coerenza nelle risposte
- **Capo, collo:**
  - mobilità del collo: rigidità nucale nell'irritazione meningea
  - ricerca dei trigger points
  - nuca: cervicotalgie muscolari o del rachide cervicale
  - cuoio capelluto: cefalea tensiva
  - regione temporale: arterite temporale
  - articolazioni temporomandibolari: Sindrome di Costen
  - regione frontale, sopraciliare, seni mascellari: sinusite
- **Segni neurologici focali** (presenti in caso di processi espansivi-endocranici, malattie cerebrovascolari):
  - test di Romberg: (paziente sull'attenti)
  - lesione verme cerebellare: oscillazioni avanti o indietro
  - lesioni emisfero cerebellare o labirinto: caduta verso il lato colpito
  - atassia cerebellare, atassia tabetica: caduta in tutte le direzioni
  - disdiadococinesia (adiadococinesia): incapacità di compiere rapidamente movimenti alternati (es.: toccare il pollice con le altre dita, rapidi movimenti di pronazione e supinazione dell'avambraccio)
  - acuità visiva (utilizzare un giornale o libro) e campo visivo (1° nervo): amaurosi, scotomi, emianopsie. Il campo visivo è esaminato ponendosi di fronte al paziente e mentre egli fissa il naso del medico si sposta il dito indice in alto, in basso, a dx e a sn chiedendogli se lo vede normalmente
  - presenza di ptosi palpebrale (3° nervo)
  - reazione pupillare alla luce ed eventuale presenza di iso-anisocoria (3° nervo)
  - mobilità oculare estrinseca (3°, 4°, 6° nervo cranico): far fissare un dito, muovendolo in alto, in basso, a destra e a sinistra
  - far serrare la mandibola contro resistenza (5° nervo)
  - sensibilità cute della faccia (5° nervo): testata con un batuffolo di cotone
  - movimenti mimici facciali (7° nervo): chiedere al paziente di baciare, soffiare, sollevare le sopracciglia
  - motilità (sollevamento) del velopendolo (10° nervo): far dire al paziente "aaaa"

- protrusione della lingua (12° nervo)
- riflessi patellare, Achilleo (ridotti, assenti o asimmetrici) e di Babinski (se presente patologico)
- forza muscolare arti inf. e sup. (manovra di Mingazzini)
- **Misurazione pressione arteriosa:** escludere crisi ipertensiva
- **Auscultazione vasi carotidei:** soffi per stenosi carotidee (TIA, ictus)
- **Frequenza cardiaca:** bradicardia (ipertensione endocranica; fibrillazione atriale (TIA, ictus)
- **Esame delle congiuntive e del bulbo oculare:** congiuntivite (chemosi); aumento della tensione bulbare, midriasi, perdita reazione pupillare alla luce (glaucoma acuto).

## Orientamento diagnostico

**Emicrania senza aura** (80% dei casi di cefalea primaria):

- **Familiarità** positiva nel 46% dei casi
- Esordisce a volte nell'infanzia, ma più spesso in età puberale; tende ad attenuarsi fino a scomparire ad una certa età, di solito a 55 anni
- In alcuni soggetti, in seguito a fattori quali l'abuso di analgesici, la menopausa chirurgica, l'ipertensione arteriosa, eventi stressanti, si può verificare una cronicizzazione di tale patologia, che tende a divenire cefalea cronica quotidiana
- **Colpisce** spesso soggetti apprensivi, meticolosi e pignoli. In molti casi essi eliminano molti alimenti ritenendoli responsabili dell'emicrania
- È sensibilmente influenzata da fattori ormonali:
  - nel 60-70% delle donne le mestruazioni sono uno dei fattori condizionanti gli attacchi; nel 15-30% dei casi sarebbero anzi l'unico fattore scatenante. Si definisce "emicrania catameniale" un'emicrania che insorge nel 90% dei casi in un periodo compreso fra 2 giorni prima dell'inizio e l'ultimo giorno delle mestruazioni
- Non è ben chiarita l'influenza dei contraccettivi orali (essi possono scatenare emicrania nelle donne sopra i 30 anni, multipare, con cefalea catameniale e cicli mestruali oltre i 30 giorni)
- Spesso si attenua e scompare nella menopausa fisiologica e nel 3° trimestre di gravidanza
- Gli attacchi hanno una durata di 4 - 72 ore
- **Frequenza** degli attacchi: il 50% dei soggetti presenta 2-3 crisi il mese
- Il dolore è spesso monolaterale, ma talora bilaterale e diffuso
- Inizia in modo sordo, poi aumenta in un periodo di 1-3 ore e diviene pulsante fino a raggiungere l'acme dopo 4-6 ore
- **L'intensità** del dolore è media o severa, spesso intollerabile
- In genere l'attacco acuto insorge di mattino, spesso svegliando il paziente
- Può essere accompagnata soprattutto da nausea e/o vomito fonofobia e fotofobia, ma anche da diarrea, brividi, estrema depressione e (più spesso che la for-

ma con aura), fenomeni neurovegetativi al volto come pallore o arrossamento, congestione nasale, edema palpebrale, secchezza del cavo orale o scialorrea

- **È aggravata** dalla normale attività fisica, dalla luce, dal rumore, dai vasodilatatori
- **È alleviata** dal riposo a letto, al buio, senza rumori

#### **Emicrania con aura** (15% dei casi di cefalea primaria):

- La frequenza di forme familiari è percentualmente ridotta rispetto all'emicrania senz'aura
- Generalmente inizia nell'adolescenza (sintomi premonitori: coliche addominali con vomito e diarrea, episodi di mal d'auto, vertigini parossistiche benigne)
- I contraccettivi orali la possono peggiorare e possono dare complicanze
- La durata del dolore varia da 4 a 72 ore.
- La frequenza delle crisi è variabile, ma inferiore a quelle dell'emicrania senz'aura
- Il dolore è spesso monolaterale, ma talora bilaterale e diffuso.
- Inizia in modo sordo, poi aumenta in un periodo di 1-3 ore e diviene pulsante fino a raggiungere l'acme dopo 4-6 ore, in genere insorge di mattino.
- Rispetto al dolore dell'emicrania senz'aura è più attenuato e sopportabile; infatti i soggetti affetti da una forma di emicrania con aura riferiscono di essere più disturbati dall'aura che dal dolore.

#### *Caratteristiche dell'aura:*

- Evolve di media in 5 - 20 minuti, dura ( per definizione) meno di un'ora.
- Sintomi: disturbi visivi (scotoma scintillante, greche o lampi luminosi, macchie colorate, emianopsie, emiparestesie).
- afasie transitorie.
- emiparesi (come manifestazione di aura è molto dibattuta; è sempre meglio considerare in prima battuta un'emicrania con aura motoria come una forma sintomatica).
- altri disturbi: illusioni visive, capogiri, confusione, alterazioni della coscienza
- Nel 90% dei casi i sintomi sono controlaterali alla sede del dolore.

#### *Ricorda:*

- nell'emicrania i pazienti sono completamente asintomatici tra un attacco e l'altro
- l'attività fisica peggiora un dolore emicranico, ma non lo provoca
- una cefalea giornaliera persistente non è mai un'emicrania
- non è raro che un paziente sia affetto da un'emicrania comune e da cefalea tensiva tra un attacco e l'altro.

#### **Cefalea muscolo tensiva:**

- Non sembra segnalata una familiarità.
- Circa 1/3 della popolazione in generale presenta crisi sporadiche di cefalea tensiva, il 10% ne soffre in maniera ricorrente con frequenza pari o superiore ad una crisi la settimana ed il 2% ne soffre in maniera continua.
- Concomitano in genere malattie psicosomatiche.

- È più frequente nel sesso femminile (F:M 2:1).
- La malattia esordisce in genere nell'adolescenza e non tende a migliorare con l'avanzare dell'età.
- Il dolore può insorgere in qualsiasi ora del giorno (spesso al risveglio) e non sveglia mai il paziente.
- Il dolore dura da 30 minuti a 7 giorni, nelle:
  - forme episodiche per meno di 15 giorni al mese
  - forme croniche per oltre 15 giorni al mese.
- Il dolore è bilaterale, diffuso (unilaterale nel 13% dei casi, tipicamente nei pazienti con squilibrio della dentatura), si estende spesso alla nuca ed al collo, talora fino alla muscolatura delle spalle. Il dolore è descritto come gravativo, costrittivo, quasi mai pulsante, d'intensità medio-lieve, mai disabilitante.
- Sintomi d'accompagnamento sono: lieve rigidità nucale, nausea o vomito (in caso di abuso di analgesici o nelle forme croniche), fono o fotofobia (non associate come nell'emicrania).
- Il dolore può essere alleviato dall'assunzione di alcolici e non è aggravato dall'attività fisica.
- La pressione sui muscoli del capo e del collo è dolorosa; particolarmente tesi sono i masseteri ed i trapezi.

### **Cefalea a grappolo:**

- Non è stata segnalata familiarità.
- I maschi sono colpiti con frequenza 5-6 volte superiore rispetto alle femmine (M:F = 6:1).
- La malattia esordisce in genere tra i 20 e i 50 anni.
- L'attacco di dolore insorge spesso durante la notte ad orari fissi, svegliando il paziente.
- I singoli attacchi durano da 30 minuti a 3 ore, e si ripetono con una frequenza variabile da un attacco ogni due giorni fino a 8 al giorno.
- I "grappoli" di attacchi durano da 1 a 52 settimane (in media 2-12) e si ripetono una o più volte l'anno, con periodi di remissione superiori a 14 giorni; nella forma cronica non ci sono fasi di remissione.
- La sede del dolore è caratteristica: dietro ed intorno all'occhio (sede orbitaria, sovraorbitaria e temporale), sempre unilaterale (il lato colpito non varia nel corso dello stesso grappolo di crisi dolorose).
- Il dolore è descritto lancinante, trafittivo, come una lama piantata in profondità, d'intensità severa ed insopportabile.
- Il dolore cessa bruscamente così com'era iniziato.
- Sintomi associati: è presente almeno uno di questi sintomi (dal lato del dolore)
  - iniezione congiuntivale
  - lacrimazione
  - ptosi palpebrale

- rinorrea
- edema palpebrale
- ostruzione nasale
- miosi
- sudorazione facciale.
- Il paziente si presenta agitato, aggressivo e qualche volta, a causa della forte intensità del dolore, manifesta intenti suicidi.
- Fattori scatenanti possono essere l'alcool, lo stress e l'assunzione di nitroglicerina.
- Fattori allevianti il dolore sono la compressione dell'arteria temporale e/o dell'occhio dal lato colpito e la stazione eretta.

## **Sintomi/segni di attenzione/allarme in un paziente con cefalea (alto rischio di cefalea secondaria)**

### *Dati anamnestici*

- Età > 50 anni
- Primo episodio con esordio acuto
- Cefalea intensa e/o ingravescente e/o notturna
- Inspiegabile peggioramento di una cefalea preesistente
- Sede unilaterale fissa
- Aggravamento con sforzo fisico o con la tosse
- Associazione con vomito e/o febbre elevata
- Recente trauma cranico
- Associazione con altri disturbi altrimenti inspiegabili (es: stanchezza, malessere, calo ponderale, torpore, vertigini, turbe della coscienza, turbe del visus).

### *Dati obiettivi*

- Alterati parametri vitali (febbre, ipertensione arteriosa)
- Alterato stato di coscienza
- Rigidità nucale
- Arterie temporali dolenti alla palpazione (arterite temporale: soprattutto negli anziani, rara, ma rischio di cecità improvvisa)
- Presenza di test neurologici (anche uno solo) patologici (vedi esame obiettivo): es: deficit oculomotori, deficit di forza o sensibilità, alterazioni dell'equilibrio, alterazioni del linguaggio
- alterati parametri di laboratorio (in particolare VES) se disponibili.

## Approccio terapeutico alle cefalee primarie

Se si tratta del **primo episodio e l'esordio è stato graduale**, senza o con aura regredita, è indicato iniziare terapia con analgesici o FANS (es: paracetamolo 500-1000 mg, diclofenac 75-100 mg, piroxicam 20 mg) e seguire il paziente fino a regressione della sintomatologia. In caso di persistenza della cefalea oltre le 72 ore è opportuno valutare l'ipotesi di una visita neurologica urgente.

Se si tratta di una **cefalea ricorrente** (primaria):

- gli esami di imaging (non di competenza del Medico di continuità assistenziale) non sono di solito necessari ad eccezione dell'emicrania con aura. È bene in ogni caso valutare sempre il numero e l'intensità degli episodi di cefalea e nel dubbio consultare il neurologo;
- per il trattamento delle diverse forme di cefalea, in generale, è appropriato confermare la terapia che il paziente abitualmente utilizza se essa è stata efficace ed in particolare (vedi tabelle 3-4-5):
  - in caso di emicrania: antiemetici, antidolorifici, FANS, triptani
  - in caso di cefalea tensiva: antidepressivi
  - in caso di cefalea a grappolo: FANS, triptani (soprattutto sumatriptan 6 mg per via s.c., ma non si deve superare il dosaggio massimo nelle 24 ore di 2 iniezioni da 6 mg con un intervallo minimo di un'ora tra le dosi).

La terapia profilattica delle cefalee primarie che si attua per esempio in caso di attacchi di emicrania molto frequenti (da 3 o più attacchi al mese) non rientra tra gli obiettivi di questo testo e tra i compiti del medico di continuità assistenziale.

## Quando ricoverare / non ricoverare

Situazioni in cui è necessario valutare l'invio immediato in PS di un paziente con cefalea:

- cefalea violenta e ad esordio improvviso (1° episodio)
- presenza di febbre elevata e rigidità nucale
- turbe della coscienza e/o della memoria
- segni neurologici focali (scotoma, cecità, sordità monolaterale, paralisi di uno o più arti, alterazioni della sensibilità)
- ipertensione grave (>180/110 mmHg) con scarsa o nessuna risposta alla terapia ipotensiva (nifedipina gtt) e/o presenza di sintomi / segni sospetti per patologia cardiovascolare (TIA, ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco).

Nota: in tutti questi casi è indicata l'esecuzione urgente di esami di imaging (TAC, RM) per precisare la diagnosi (richiesta non di competenza del Medico di continuità assistenziale).

## Raccordi esterni

L'attivazione del 118 in codice rosso è necessaria in caso di sospetta emorragia cerebrale o meningite acuta.

## Farmaci essenziali

- un antiemetico in fiale (Metoclopramide),
- un antidolorifico/FANS in fiale (es: diclofenac, ketorolac, tramadolo).
- Nifedipina gtt.

### Antiemetici

Principio attivo	Dose	Effetti collaterali	Controindicazioni
Metoclopramide	10 mg per os 10 mg i.m. o e.v.	Diarrea, addominalgie	Epilessia Gravidanza
Domperidone	10 mg per os 30-60 mg per via rettale	Crampi intestinali	Gravidanza
Proclorperazina	5 mg os 10 mg rettale	Sedazione, discinesie estrapiramidali, turbe dell'accomodazione, midriasi, stipsi, ipotensione, ritenzione urinaria	Gravidanza, allattamento, grave depressione, glaucoma, ipertrofia prostatica, discrasie ematiche

### Principali analgesici e FANS

principio attivo	dosi	effetti collaterali principali	controindicazioni principali
Paracetamolo	1 gr. per os	Citolisi epatica a dosi massime	1° trimestre gravidanza
Salicilati	500 mg os, i.m., e.v.	Ronzii, nausea, ulcera gastrica, allergie	Ulcera peptica, diatesi emorragiche, anticoagulanti
Indometacina	25-50 mg os 50-100 mg rettale	Ulcera gastrica	Gravidanza, allattamento, ulcera peptica
Naprossene	500-550-1000 mg os, rettale	Nausea, vomito, ulcera peptica	Gravidanza, allattamento, ulcera peptica, grave insuff. renale, epatica, cardiaca

Ibuprofen	600-1200 mg os, rettale	Ulcera peptica, stipsi, diarrea	Gravidanza, ulcera peptica
Diclofenac	75-100 mg os, rettale, i.m.	Nausea, vomito, diarrea, alterazioni dell'emopoiesi	Gravidanza, allattamento, grave insuff. renale ed epatica, asma, ulcera peptica
Ketorolac sale di trometamolo	Fiale da 10 e 30 mg (max per 2-3 gg di terapia) cpr da 10 mg	Ulcera peptica, broncospasmo, disturbi neurologici	Gravidanza, allattamento, età < 16 anni, ulcera peptica
Tramadolo= Analgesico oppiaceo ad azione centrale	Cpr 50 e 150 mg (1-2 cps ogni 4-6 ore, fino a 8 cps al giorno)	vertigini, vomito, palpitazioni, euforia	gravidanza, allattamento, età < 12 anni

### Triptani

principio attivo/ dosi	Dosi	effetti collaterali principali	controindicazioni principali
<b>Sumatriptan</b> <b>Almotriptan</b> cpr 12,5 mg <b>Eletriptan</b> cpr 20-40 mg <b>Frovatriptan</b> cpr 2,5 mg <b>Rizatriptan</b> cpr 5-10 mg <b>Zolmitriptan</b> cpr 2,5 mg	50-100 mg os (si può ripetere dopo 2 ore) massimo dosaggio nelle 24 ore: 300 mg (6 cpr da 50 mg oppure 1 da 300 mg) 25 mg supp 6 mg s.c.  si può ripetere la dose dopo 2 ore ma non si devono superare le 2 cpr die	sensazione di calore, parestesie, vertigini, nausea, vomito, astenia, sonnolenza, oppressione toracica	Cardiopatia ischemica, ipertensione non controllata, trattamento con IMAO, ergotaminici, litio, inibitori del reuptake della serotonina, precedente ischemia cerebrale



## PERDITA DI COSCIENZA

*Dott. Gerardo Medea*

La perdita di coscienza (transitoria o prolungata) rappresenta sempre un'emergenza medica, anche se la prognosi (da lieve, a grave o infausta) dipende ovviamente dalla patologia che l'ha determinata.

La **sincope** è una transitoria perdita della coscienza, a risoluzione spontanea, con incapacità a mantenere il tono posturale e, generalmente, caduta a terra, dovuta a transitorio e reversibile ipoafflusso ematico cerebrale.

Il **coma** è, invece, una perdita prolungata e non sempre reversibile della coscienza, che si accompagna spesso a deficit neurologici di vario tipo e/o sintomi cardiovascolari e respiratori, di solito causata da gravi patologie neurologiche, cardiovascolari e metaboliche.

Il compito del Medico di continuità assistenziale consiste nel caso di:

- **sincope**: distinguere le forme sincopali potenzialmente pericolose, da inviare ad accertamenti appropriati (anche urgenti), da quelle benigne, che non necessitano di interventi/trattamenti urgenti; un paziente che ha avuto una sincope va sempre visitato in quanto non possono mai essere escluse a priori cause gravi e pericolose.
- **coma**: monitorare il paziente nelle sue funzioni vitali fino all'avvio in ricovero ospedaliero (che è sempre necessario) tranne, ovviamente, in pazienti con patologie gravi preesistenti in fase terminale.

## SINCOPE

L'assunzione della posizione eretta comporta lo spostamento di circa 500-700 ml di sangue negli arti inferiori e nella circolazione splanchnica con conseguente riduzione del precarico e della gittata.

Nel soggetto normale la pressione arteriosa viene mantenuta dall'attivazione di vari

meccanismi di compenso quali i barocettori arteriosi (vasocostrizione arteriolare e venulare e aumento della frequenza cardiaca), l'autoregolazione del circolo cerebrale, fattori umorali (aumento delle catecolamine) e meccanici (aumento del tono muscolare striato).

Nella sincope uno o più di questi meccanismi manca o è deficitario.

## Intervista preliminare (telefonata o contatto diretto)

In caso di sincope, poiché la ripresa della coscienza è in genere rapida (qualche minuto) e spontanea (soprattutto se il paziente nel frattempo ha assunto la posizione supina), è raro che il medico assista direttamente all'evento. Egli infatti sarà normalmente interpellato quando il paziente ha già ripreso coscienza. L'obiettivo del medico, in ogni caso, è sempre quello di escludere cause pericolose di sincope o situazioni che necessitano di un'immediata ospedalizzazione.

Alcune domande al paziente (o ai familiari/ testimoni dell'evento) possono ben orientare in tal senso:

*Quali circostanze hanno preceduto la sincope?*

- posizione (supina, seduta o in piedi);
- attività (riposo, cambiamento posturale, durante o dopo esercizio fisico, durante o immediatamente dopo la minzione, defecazione, tosse o deglutizione, prolungata stazione eretta);
- altri fattori predisponenti (ambienti affollati o caldi, periodo post-prandiale) o precipitanti (paura, dolore intenso, movimenti del collo).

*Da quali disturbi è stata preceduta?*

- nausea, vomito, fastidio addominale, sensazione di caldo, sudorazione, aura, visione offuscata.

*Cosa è avvenuto durante l'episodio sincopale?* (in presenza di testimoni):

- modalità di caduta, colore della cute (pallore, cianosi, flush), durata della perdita di coscienza, respiro, movimenti (scosse cloniche, toniche, tonico-cloniche, automatismi) e loro durata, morso della lingua.

*Come si è concluso l'episodio sincopale?*

- nausea, vomito, sudorazione, sensazione di freddo, confusione, dolori muscolari, traumi, dolore toracico, palpitazioni, incontinenza urinaria o fecale.

*Altre utili domande:*

- c'è familiarità per morte improvvisa, cardiopatie congenite, svenimenti?
- ci sono accertate cardiopatie?
- ci sono altre malattie neurologiche? (Parkinson, epilessia, narcolessia)
- ci sono malattie metaboliche? (diabete)
- quali farmaci assume il paziente farmaci? (alcuni farmaci causano ipotensione ortostatica o sono in grado di aumentare il QT e causare torsione di punta, ad esempio antiaritmici, psicoattivi, antimicrobici, antistaminici).

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Percorso per l'inquadramento diagnostico

Le manifestazioni cliniche variano in base alla rapidità d'insorgenza e alla durata della perdita di coscienza.

Si può quindi andare da una istantanea perdita di coscienza, senza alcun preavviso e, solitamente, con caduta a terra e traumi significativi, alla semplice compromissione dello stato di coscienza, favorita da particolari circostanze e preceduta da sintomi (nausea, sudorazione, calore al volto, astenia, offuscamento della vista, acufeni) che generalmente consentono di evitare traumi da caduta. Soprattutto negli anziani è possibile riscontrare manifestazioni anche tra loro differenti nel tempo e nelle circostanze.

In generale, nei pazienti con sincope di natura non cardiaca o indeterminata, la mortalità non è aumentata, anche se la morbilità è significativa a causa delle possibili ferite (dal 7% al 30%), fratture (5-7%) ed incidenti stradali (1-5%). I traumi da caduta assumono particolare rilievo nei soggetti anziani, nei quali possono provocare la cessazione della vita indipendente.

Le forme sincopali di natura cardiaca sono invece associate ad aumentata mortalità variabile in funzione della gravità della cardiopatia.

#### Possibili cause di sincope

<b>Neuro-mediate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vasovagale</li> <li>- del seno carotideo</li> <li>- situazionale</li> </ul>
<b>Ortostatiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insufficienza sistema nervoso autonomo</li> <li>- deplezione di volume</li> </ul>
<b>Cardiache da disturbi del ritmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disfunzione nodo del seno</li> <li>- malattie sistema di conduzione AV</li> <li>- tachicardie parossistiche sopraventricolari e tachicardia ventricolare</li> <li>- sindrome del QT lungo</li> <li>- malfunzionamento di pace maker</li> </ul>
<b>Patologia strutturale cardiaca e/o polmonare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valvulopatia</li> <li>- ischemia/infarto acuto</li> <li>- cardiomiopatia ostruttiva</li> <li>- mixoma striale</li> <li>- dissezione aortica acuta</li> <li>- embolia/ipertensione polmonare</li> </ul>
<b>Cerebrovascolare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sindrome da furto della succlavia</li> </ul>

**Cause di sincope e relativa prevalenza (Kapoor WN, 2000, modificata)**

<b>Cardiache</b>	Aritmie	(14%)
	Cardiopatie organiche*	(4%)
<b>Neurologiche</b>		(10%)
<b>Neuromediate</b>	Ipotensione ortostatica	(8%)
	Situazionali	(5%)
	Vasovagale	(18%)
<b>Iatrogena§</b>		(3%)
<b>Psicogena</b>		(2%)
<b>Indeterminata</b>		(34%)

\* *Stenosi aortica, ipertensione polmonare, embolia polmonare, infarto miocardico*

§ *Molti pazienti con sincope da farmaci presentano in realtà forme neuromediate*

**Principali cause di perdita/alterazione di coscienza non sincopali**

Iper-ipoglicemie gravi (in diabetici)
Epilessia
Iperventilazione
Intossicazioni
Cataplessia
Drop attack
Somatizzazione

**Esame obiettivo**

È sempre necessario. Gli elementi minimi da valutare sono:

- PA in entrambi gli arti superiori e (se possibile) in ortostatismo;
- Auscultazione cardiaca (ritmo, frequenza, soffi);
- Esame delle carotidi e dei polsi periferici;
- Valutazione dei vasi venosi del collo e del circolo venoso agli arti inferiori.

**Cause di sincope - caratteristiche cliniche suggestive**

<b>Elementi clinici</b>	<b>Possibile causa</b>
A seguito di esposizione improvvisa e inaspettata a suoni, odori, vista sgradevole	Vasovagale
Periodo prolungato in piedi, in luoghi affollati e/o caldi	Vasovagale o deficit sistema nervoso autonomo
Nausea e vomito associate a sincope	Vasovagale
A distanza di un'ora circa dai pasti	Post-prandiale (da deficit sistema nervoso autonomo)
Dopo esercizio fisico intenso	Vasovagale, deficit sistema nervoso autonomo, stenosi aortica/stenosi subaortica
Sincope associata a dolore al viso o alla gola	Nevralgia (trigemino o glossofaringeo)
Dopo rotazione del capo o con pressione sul seno carotideo (colletto stretto, rasatura, ecc.)	Sincope del seno carotideo
Entro secondi o minuti dall'essersi messi in piedi	Ipotensione ortostatica
Relazione temporale con introduzione di un nuovo farmaco o con cambiamento di dosaggio	Da farmaci
Durante esercizio	Cardiaca
Durante posizione supina	Cardiaca
Preceduta da palpitazioni	Tachiaritmie
Storia familiare di morte improvvisa	Sindrome del QT lungo; Sindrome di Brugada; Displasia aritmogena del ventricolo destro; Cardiomiopatia ipertrofica
Associazione con disartria, vertigini, diplopia	TIA territorio arterie vertebrali
Con esercizio degli arti superiori	Furto della succlavia
Differenza di pressione arti superiori	Furto della succlavia; dissezione aortica
Confusione > 5 minuti dopo la sincope	Epilessia
Movimenti tonico-clonici, automatismi, morsicatura della lingua, cianosi volto, aura epilettica	Epilessia
Attacchi frequenti con somatizzazione ed assenza di patologia organica	Psichiatrica
Associata a defecazione, tosse, minzione	Sincope situazionale

**Caratteri distintivi tra sincope potenzialmente “pericolosa” e sincope “benigna”**

Caratteristiche	Sincope “pericolosa”	Sincope “benigna”
Esordio	Improvviso	Graduale
Stato di coscienza	Sospeso	Alterato
Sintomi premonitori	Generalmente assenti	Presenti
Fattori favorenti	Generalmente assenti	Generalmente presenti
Traumi da caduta	Generalmente presenti	Generalmente assenti

**Indicazioni alla consulenza specialistica urgente (o di ricovero)**

Associazione con disartria, vertigini, diplopia (TIA?)
Cardiopatie (note o sospette) à aritmie?
familiarità per morte improvvisa (Sindrome del QT lungo, ecc)
sincope da sforzo (deficit sistema nervoso autonomo, stenosi aortica/stenosi subartica)
frequenti recidive
lesioni traumatiche recenti
grave ipotensione ortostatica

**Approccio terapeutico**

- In fase acuta il paziente deve essere posto in posizione supina con gli arti sollevati (o con la testa abbassata fra le ginocchia se è obbligata la posizione seduta), eventuali indumenti troppo stretti devono essere rimossi. Può essere utile una stimolazione periferica, ad esempio mediante acqua fredda sul viso o sul collo. Il paziente non deve rialzarsi finchè il senso di malessere non è completamente scomparso. In ogni caso, deve rialzarsi con gradualità.
- Se è presente grave ipotensione può essere somministrato betametasona 4 mg E.V (o altri cortisonici iniettabili)
- Nella sincope vaso-vagale e nell'ipotensione ortostatica si può raccomandare (soprattutto in caso di recidive) di aumentare il consumo di sale, l'assunzione di liquidi e l'esercizio fisico (fare attenzione ad eventuali terapie favorenti)
- Nelle altre forme di sincope la terapia è legata alla causa. Con l'eccezione delle forme situazionali, dove l'unico provvedimento è evitare la causa scatenante, la terapia è di competenza specialistica.

## COMA

### Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

#### Percorso per l'inquadramento diagnostico

Il medico di continuità assistenziale deve:

- valutare i parametri vitali di base del paziente (attività cardiaca, pressione, respiro);
- indagare dal punto di vista anamnestico e clinico su:
- possibili cause del coma;
- gravità del coma;
- esame neurologico;

anche per comprendere, approssimativamente, la localizzazione di eventuali lesioni nervose, al fine di orientare le eventuali terapie immediate e di vitale importanza.

#### Segni clinici delle cause più frequenti dello stato di incoscienza prolungato

Cause	Manifestazioni
Intossicazione acuta da alcol	Alito alcolico; paziente di solito stuporoso, non comatoso, rispondente a stimoli nocicettivi; volto e congiuntive iperemiche; temperatura normale o diminuita; pupille moderatamente dilatate, uguali, reagenti alla luce; respirazione profonda e rumorosa, non stertorosa
Trauma cranico	Coma a esordio improvviso o progressivo; spesso segni locali o antecedenti di ferite (p.es., edema del cuoio capelluto al di sopra di fratture; sanguinamento di orecchio, naso o gola); temperatura normale o elevata; pupille di solito anisocoriche e lente o inattive; respirazione variabile (spesso lenta o irregolare); polso variabile (inizialmente rapido, poi lento); PA variabile; riflessi spesso alterati, spesso con incontinenza e paralisi
Acidosi diabetica	Esordio progressivo; pelle asciutta, faccia rossa, alito aromatico, temperatura spesso diminuita; disidratazione dei globi oculari; iperventilazione; glicosuria, chetonuria, iperglicemia; acidosi metabolica nel sangue
Farmaci, Tossine	Causa del 70-80% dei casi di coma acuto a causa ignota (soprattutto: psicofarmaci, barbiturici, morfina, eroina, alcol etilico, alcol metilico)
Epilessia	Storia di "crisi"; esordio convulsivo improvviso frequente; incontinenza frequente; temperatura, polso, respirazione di solito normali (in alcuni casi elevati dopo convulsioni ripetute); pupille reagenti; morso della lingua o cicatrici da crisi precedenti

Ipoglicemia	L'esordio può essere acuto con convulsioni, di solito precedute da vertigini, sudorazione, nausea, vomito, palpitazioni, cefalea, dolore addominale, sensazione di fame; la pelle è umida e pallida; ipotermia; pupille reagenti; riflessi esagerati; segno di Babinski; ipoglicemia durante la crisi
Ictus (ischemia del tronco encefalico o emorragia cerebrale acuta)	Età >40anni, malattie cardiovascolari o ipertensione; esordio improvviso con segni di disfunzione del tronco encefalico; frequente asimmetria del volto; temperatura, polso, respirazione variabili; pupille in genere anisocoriche e non reagenti; segni neurologici focali frequenti, compresa l'emiplegia; segno di Babinski
Farmaci	Causa del 70-80% dei coma acuti a eziologia sconosciuta (v. Cap. 288 per gli agenti)

### Glasgow coma scale per la valutazione della gravità del coma

Test	Risposta	Punteggio
Apertura degli occhi	Mai	1
	Al dolore	2
	Allo stimolo verbale	3
	Spontaneamente	4
Miglior risposta verbale	Nessuna risposta	1
	Parole incomprensibili	2
	Parole inappropriate	3
	Disorientato ma conversa	4
	Orientato e conversa	5
Miglior risposta motoria	Nessuna risposta	1
	In estensione (rigidità decerebrata)	2
	In flessione (rigidità decorticata)	3
	Risposta flessoria di allontanamento	4
	Localizza il dolore	5
	Obbedisce ai comandi	6
	Punteggio totale	3-15

- Quando adoperata inizialmente, la scala fornisce una stima della gravità del danno cerebrale.
- Un punteggio da 3 a 5 indica un danno potenzialmente fatale, specialmente se associato a pupille non reagenti o ad assente risposta oculovestibolare.
- Punteggi all'ingresso  $\geq 8$  si correlano alla probabilità di una buona prognosi.

### Esame del respiro

Respiro periodico (di Cheyne-Stokes): si succedono, con una certa regolarità, fasi di iperpnea e fasi di apnea;	Lesioni degli emisferi cerebrali
Iperventilazione centrale neurogena (rapida successione di atti respiratori di discreta profondità)	Lesioni pontine superiori
Respiro apneustico: spasmo inspiratorio prolungato seguito bruscamente dalla fase espiratoria;	Lesioni degli altri segmenti del ponte cerebrale (medio e caudale)
Respiro atossico (respirazione completamente irregolare per frequenza e profondità)	Lesioni del bulbo (dove sono situati i centri respiratori)

### Esame delle pupille

Perdita del riflesso pupillare	primi segnali di malfunzionamento cerebrale
Miosi serrata (a punta di spillo) bilaterale	Anche in ambiente poco illuminato è caratteristica delle intossicazioni acute da oppioidi (sempre associata a stato a depressione respiratoria)
Miosi fissa bilaterale	Associata ad arresto cardiorespiratorio, è segno certo di morte cerebrale per lesioni irreversibile delle strutture troncoencefaliche
Anisocoria (Differenza di diametro delle due pupille)	E' segno di grave compromissione cerebrale

### Esame dei riflessi

Rigidità DECORTICATA	Anomala flessione degli arti superiori, spontanea o secondaria a stimolazioni dolorose, associata o meno a una flessione degli arti inferiori. E' imputabile a lesioni della corteccia cerebrale.
Rigidità DECEREBRATA	Una lesione diencefalica determina, usualmente, una risposta in estensione degli arti superiori e/o inferiori
Riflesso di Babinsky	evocabile strisciando una punta smussa lungo il margine esterno della pianta del piede. Questa stimolazione provoca la flessione di tutto l'arto inferiori (nell'adulto sano) oppure, in caso di lesione delle vie piramidali, ovvero quei circuiti che conducono lo stimolo nervoso relativo ai movimenti volontari, l'estensione dello stesso, eventualmente con l'apertura a ventaglio delle dita.

### Esame dei movimenti oculari

Nel paziente in stato comatoso, ma con integrità delle vie troncoencefaliche, sono spesso presente le seguenti manifestazioni:

Riflesso degli "occhi di bambola"	Ruotando il capo gli occhi si muovono in direzione opposta al movimento del capo. Analogamente, flettendo il capo verso il basso, gli occhi si elevano, mentre, estendendolo verso l'alto, si abbassano
Deviazioni coniugate	Lo sguardo è fisso verso un lato; questo tipo di deviazione, usualmente, è rivolta al lato della lesione (ipsi-laterale) ma, più raramente, può essere dovuta a fenomeni irritativi e, conseguentemente, essere controlaterale ovvero rivolta al lato opposto della lesione.

### Approccio terapeutico

- Se è accertato un coma da oppioidi, somministrare naloxone per via endovenosa (in alternativa anche per via sottocutanea).
- Se si sospetta un coma da intossicazione/avvelenamento (farmaci, alimenti), effettuare un'accurata indagine anamnestica (familiari/testimoni), ambientale e telefonare al centro antiveleni dell'A.O. Niguarda Cà Granda di Milano tel. 02/66101029.
- se il paziente è diabetico ed in terapia con farmaci ipoglicemizzanti, eseguire una glicemia capillare (in genere quasi tutti i diabetici dispongono a domicilio di un reflattometro con strisce per la glicemia capillare). Se è il caso, somministrare glucosio e.v. al 10%. Se disponibile, molto efficace è anche il glucagone per via s.c. o e.v. (le fiale, però, non possono essere tenute in borsa poiché devono essere conservate in frigo tra +2 e +8 e al riparo dalla luce). In ogni caso è necessario il ricovero, anche se il paziente recupera completamente lo stato di coscienza.
- In caso di convulsioni da crisi epilettica, somministrare una fiala di diazepam 10 mg per via rettale.

### Raccordi esterni

- Avviare la richiesta al 118, in codice rosso per il ricovero e, nel frattempo, iniziare infusione e.v. di soluzione salina.
- Monitorare le funzioni cardiocircolatorie e respiratorie del paziente fino all'arrivo dell'autolettiga.

## Farmaci essenziali per il quadro sindromico in esame-

- naloxone fiale
- betametasone f 4 mg
- glucosio 10% f 10 ml
- glucagone f (non si può sempre tenere in borsa!!)
- diazepam f 10 mg
- fisiologica 100-500 cc



# INSORGENZA DI DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ E DEL MOVIMENTO

*Dott. Gerardo Medea*

La **paralisi**, o totale perdita della funzione motoria volontaria, è dovuta a gravi lesioni corticali o del fascio piramidale. Può essere locale o diffusa, simmetrica o asimmetrica, transitoria o permanente, spastica o flaccida. È in genere classificata in:

- Paraplegia: paralisi delle gambe;
- Tetraplegia: paralisi delle braccia e delle gambe;
- Emiplegia: paralisi unilaterale;
- Paresi: paralisi incompleta.

La paralisi rappresenta sempre un'urgenza medica ed il paziente deve essere sempre visitato.

La **parestesia** è una anomala sensazione, spesso descritta come “intorpidimento, puntura o formicolio”, avvertita a livello di uno o più territori di distribuzione cutanea dei nervi periferici. Queste sensazioni non sono generalmente dolorose; le sensazioni spiacevoli o dolorose sono, invece, denominate disestesie.

Si può sviluppare improvvisamente o gradualmente e può essere transitoria o permanente.

Sintomo comune a molti disturbi neurologici, la parestesia può anche dipendere da alcune malattie sistemiche o da farmaci. Essa può essere il riflesso di lesioni o irritazioni del lobo parietale, del talamo, del fascio spinotalamico o dei nervi spinali o periferici, il circuito nervoso che trasmette e interpreta gli stimoli sensitivi.

## Intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

Al primo contatto il paziente, di solito, riferisce che “non muove più un braccio / una gamba / o che ha la bocca storta” oppure che avverte “formicolii” o “le formiche” in una zona particolare del corpo.

### **Elementi sintomatologici rilevanti che si possono richiedere subito:**

- Da quanto tempo è insorto il disturbo?
- In caso di parestesie, quale territorio cutaneo è interessato?
- Ci sono altri sintomi associati (soprattutto neurologici)? Per es: febbre, cefalea, disturbi della vista, disfagia, nausea / vomito, disfunzioni intestinali o vescicali, dolore o debolezza muscolare diffusa, affaticamento

### **Elementi anamnestici rilevabili subito**

- Il paziente ha subito di recente un trauma (non solo cranico) o un intervento o una procedura invasiva che possa aver danneggiato nervi periferici?
- Ci sono altre patologie accertate? In particolare: neurologiche (es: Parkinson, SLA), metaboliche (diabete soprattutto), renali, infiammatorie croniche (artrosi, artrite reumatoide, LES), cardiovascolari? (ipertensione, cardiovasculopatie, pregressi TIA-ictus)
- Quali farmaci assume regolarmente?

## **Durante la visita domiciliare o ambulatoriale**

### **Percorso per l'inquadramento diagnostico**

#### *Cause di paralisi /paresi*

- Vascolari: TIA, Ictus, Emorragia subaracnoidea, Aneurisma dell'aorta toracica
- Traumatiche: trauma cranico, lesione dei nervi periferici, lesioni spinali
- Metaboliche: diabete mellito
- Neoplastiche: tumori cerebrali e midollari
- Malattie neurologiche e muscolari: Aura di emicrania, paralisi di Bell, Sclerosi laterale amiotrofica, Sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, miastenia grave, Parkinson, siringomielia
- Infettive: ascesso cerebrale, encefalite, neurosifilide
- Psichiatriche: disturbo di conversione (paralisi isterica)
- Intossicazioni: botulismo

#### *Cause di parestesie*

- Vascolari: occlusione arteriosa acuta, TIA- Ictus, Aura di emicrania
- Traumatiche: trauma cranico, lesioni spinali, trauma dei nervi periferici
- Metaboliche: diabete mellito, ipocalcemia (da insufficienza renale cronica, ipoparatiroidismo), sindrome da iperventilazione, deficit di vit B
- Neoplastiche: tumori cerebrali e midollari
- Malattie neurologiche: Sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, epilessia, ernia al disco
- Infettive: Herpes Zoster

- Agenti chimici e fisici: intossicazione da metalli pesanti, radioterapia
- Artrite: artrite acuta, LES
- Farmaci tra i quali soprattutto: chemioterapici, isoniazide, nitrofurantoina, cloro-china, sali d'oro

### Esame obiettivo

Se il paziente non è in pericolo immediato, è necessario eseguire una valutazione neurologica completa e un rapido esame obiettivo cardiovascolare:

#### *Stato di coscienza*

- orientamento temporo-spaziale;
- coerenza nelle risposte.

#### *Capo, collo:*

- mobilità del collo: rigidità nucale nell'irritazione meningea;
- ricerca dei trigger points;
- sulla nuca: cervicotalgie muscolari o del rachide cervicale;
- cuoio capelluto: cefalea tensiva;
- regione temporale: arterite temporale;
- articolazioni temporomandibolari: Sindrome di Costen;
- regione frontale, sopraciliare, seni mascellari: sinusite.

#### *Segni neurologici focali (presenti in caso di processi espansivi-endocranici, malattie cerebrovascolari):*

- test di Romberg: (paziente sull'attenti);
- lesione verme cerebellare: oscillazioni avanti o indietro;
- lesioni emisfero cerebellare o labirinto: caduta verso il lato colpito;
- atassia cerebellare, atassia tabetica: caduta in tutte le direzioni;
- disidiadococinesia (adiadococinesia): incapacità di compiere rapidamente movimenti alternati (es.: toccare il pollice con le altre dita, rapidi movimenti di pronazione e supinazione dell'avambraccio);
- acuità visiva (utilizzare un giornale o libro) e campo visivo (1° nervo): amaurosi, scotomi, emianopsie. Il campo visivo è esaminato ponendosi di fronte al paziente e mentre egli fissa il naso del medico si sposta il dito indice in alto, in basso dx e sx chiedendogli se lo vede normalmente;
- presenza di ptosi palpebrale (3° nervo);
- reazione pupillare alla luce ed eventuale presenza di iso-anisocoria (3° nervo);
- mobilità oculare estrinseca (3°, 4°, 6° nervo cranico): far fissare un dito, muovendolo in alto, in basso, a destra e a sinistra;
- far serrare la mandibola contro resistenza (5° nervo);
- sensibilità cute della faccia (5° nervo): testata con un batuffolo di cotone;
- movimenti mimici facciali (7° nervo): chiedere al paziente di baciare, soffiare, sollevare le sopracciglia;
- motilità (sollevamento) del velopendolo (10° nervo): far dire al paziente "aaaa"
- protrusione della lingua (12° nervo);

- riflessi patellare, Achilleo (ridotti, assenti o asimmetrici) e di Babinski (se presenti patologico) ;
- forza muscolare arti inf. e sup. (manovra di Mingazzini) .

*Misurazione pressione arteriosa:* (escludere crisi ipertensiva).

*Auscultazione vasi carotidei:* soffi per stenosi carotidea  $\Rightarrow$  TIA, ictus.

*Frequenza:* bradicardia  $\Rightarrow$  ipertensione arteriosa

*Ritmo cardiaco:* aritmia (fibrillazione atriale)  $\Rightarrow$  TIA. ictus

*Palpazione polsi periferici* (radiale, inguinale, pedideo, tibiale posteriore).

## Orientamento diagnostico in caso di paralisi

**Se la paralisi si è sviluppata improvvisamente** e rapidamente (minuti, ore) sospettare un:

- trauma cranico (anamnesi! + sintomi variabili: ridotto livello di coscienza, disturbi sensitivi, come parestesie e perdita di sensibilità, cefalea, disturbi visivi, nausea e vomito e disturbi neurologici focali) o dei nervi periferici (anamnesi, flaccidità muscolare, assenza dei riflessi) o del midollo spinale (paralisi spastica permanente al di sotto del livello della lesione).
- TIA-Ictus: fattori di rischio, + vari sintomi/segni (cefalea, vomito, convulsioni, diminuzione del livello di coscienza e delle funzioni cognitive, disartria, disfagia, atassia, parestesia o perdita di sensibilità controlaterale, aprassia, agnosia, afasia, disturbi visivi).
- aneurisma dell'aorta toracica: paralisi bilaterale temporanea, grave dolore toracico irradiato a collo, spalle, schiena e addome con sensazione di lacerazione nel torace; sincope, pallore, sudorazione, dispnea, tachicardia, scomparsa brusca dei polsi radiali e femorali o ampia differenza.
- emorragia subaracnoidea: altri sintomi suggestivi sono grave cefalea, midriasi, fotofobia, afasia, livello di coscienza nettamente ridotto, rigidità nucale, vomito e convulsioni.
- ascesso cerebrale/encefalite: sospettarli se è presente febbre (altri sintomi: cefalea, fotofobia, vomito, segni di irritazione meningea).
- aura emicranica: se non si tratta del primo episodio, in genere il paziente ha già avuto simili eventi. La regressione del sintomo è di solito spontanea in circa un'ora.
- paralisi di Bell (del VII nervo facciale): la paralisi colpisce la muscolatura facciale unilateralmente (con stiramento dell'emirima labbiale, impossibilità a chiudere la palpebra, aumento della lacrimazione, scialorrea e diminuzione o assenza del riflesso corneale). A differenza delle paralisi centrali la paralisi è completa e interessa anche il muscolo frontale e orbicolare dell'occhio. Prescrivere prednisone 25 mg 2-3 cpr die per una settimana e poi a scalare.
- paralisi isterica: è caratterizzata dalla perdita della motilità volontaria senza evidenti cause fisiche. Può interessare qualsiasi gruppo muscolare, appare e

scompare imprevedibilmente e può verificarsi con atteggiamento istrionico (manipolatorio, drammatico, afinalistico, irrazionale) o una strana indifferenza. La diagnosi non è semplice ed è sempre opportuna almeno una valutazione neurologica-psichiatrica urgente.

### **Se la paralisi è progressiva e lenta:**

- è molto probabile che il paziente abbia già diagnosticata qualche patologia che ne giustifica la comparsa oppure potrebbe essere la prima manifestazione della stessa (diabete mellito, tumori cerebrali e midollari, Sclerosi laterale amiotrofica, Sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, miastenia grave, Parkinson, siringomielia à vedi tabella 3 con la sintesi clinica). Valutare caso per caso l'opportunità di un ricovero urgente o di una consulenza neurologica/internistica urgente. Se le condizioni del paziente non sono critiche, non è necessaria nessuna terapia di supporto.

### **Approccio terapeutico:**

- In tutti i casi sopra citati, (tranne la paralisi di Bell accertata e la recidiva di aura emicranica) è indicato il ricovero ospedaliero immediato (per l'emorragia subaracnoidea e l'aneurisma dell'aorta toracica attivare il 118 in codice rosso). Se le condizioni del paziente non sono critiche, non è necessaria nessuna terapia di supporto (altrimenti iniziare infusione e.v. di soluzione salina).

## **Orientamento diagnostico in caso di parestesia**

### **Se le parestesie sono ad esordio rapido ed improvviso, sospettare un:**

- trauma cranico o midollare o dei nervi periferici (vedi sopra).
- TIA, Ictus (vedi sopra).
- aura di emicrania (vedi sopra).
- occlusione arteriosa acuta (embolica) agli arti inferiori: parestesie improvvise e freddo compaiono in una o entrambe le gambe. L'arto diventa marezzato con una linea di demarcazione termica e di colorazione a livello dell'occlusione. I polsi sono assenti al di sotto dell'occlusione.
- sindrome da iperventilazione: spesso scatenata da un attacco d'ansia, può produrre parestesie transitorie a livello di mani, piedi e nella zona periorale, accompagnate da agitazione, vertigini, sincope, pallore, spasmi muscolari e astenia e aritmie cardiache. L'esame obiettivo è completamente negativo. È sufficiente tranquillizzare il paziente, sollecitandolo a rallentare la ventilazione.
- herpes zoster: sintomo precoce di questa patologia, la parestesia compare nei dermatomeri innervati dal nervo spinale colpito. Nell'arco di alcuni giorni, in questo dermatomero compare una eruzione vescicolare pruriginosa, eritematosa associata a dolore acuto, lancinante o urente. La diagnosi è comunque difficile in assenza delle vescicole-croste.

- sindrome dello stretto toracico: le parestesie appaiono improvvisamente se l'arto interessato viene sollevato e abdotto. Il braccio diventa pallido e freddo, le pulsazioni risultano ridotte e vi può essere una differenza dei valori della pressione arteriosa tra le due braccia
- ernia al disco lombare o cervicale: può causare parestesie a insorgenza acuta o graduale lungo la via di distribuzione delle radici spinali interessate. Altri segni neuromuscolari includono: dolore severo, ipo-astenia, riduzione dei riflessi tendinei. Non riveste carattere di urgenza se non esistono segni evidenti di paralisi muscolare. È sufficiente la somministrazione /prescrizione di antidolorifici /FANS/cortisone.

**Se le parestesie compaiono lentamente** o sono un disturbo cronico:

- sospettare una delle altre possibili cause (diabete mellito, ipocalcemia da insufficienza renale cronica o ipoparatiroidismo, deficit di vit B, tumori cerebrali e midollari, Sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, intossicazione da metalli pesanti, radioterapia, artrite acuta, artrosi, LES, farmaci a vedi tabella 3 con la sintesi clinica).

### Approccio terapeutico

- In caso di parestesie come sintomo dominante, è indicato il ricovero solo in caso di traumi o incidenti vascolari acuti. In tutti gli altri casi è possibile delegare il caso al medico curante.

### Altre Malattie che possono causare paralisi e/o parestesie

Neuropatia periferica (soprattutto nei diabetici)	Provoca solitamente debolezza muscolare che può condurre a paralisi flaccida e atrofia. Altri possibili sintomi: parestesie, perdita della sensibilità vibratoria, riflessi tendinei profondi ipoattivi o assenti, nevralgie, anidrosi
Tumori cerebrali	Un tumore che interessa la corteccia motoria del lobo frontale può causare emiparesi contro laterale che evolve fino all'emiplegia. L'esordio è graduale
Tumori midollari	Paresi, dolore, parestesia e perdita variabile di sensibilità possono comparire nell'area di innervazione servita dal segmento midollare colpito.
Sclerosi laterale amiotrofica	Malattia invariabilmente fatale, provoca paralisi spastica o flaccida dei principali gruppi muscolari, fino alla paralisi totale. Reperti iniziali comprendono progressiva astenia, fascicolazioni e atrofia muscolare che parte spesso dalle braccia e dalle mani

Sindrome di Guillain-Barré	È caratterizzata da una paralisi ascendente rapidamente evolutiva, ma reversibile. Inizia solitamente con ipostenia alle gambe e progredisce simmetricamente, talvolta interessa perfino i nervi cranici, provocando disfagia, voce nasale e disartria. La paralisi dei muscoli respiratori è potenzialmente letale. Altri possibili sintomi: parestesie transitorie, tachicardia, sudorazione
Sclerosi multipla	La paralisi subisce peggioramenti e miglioramenti fino agli stadi finali, quando diventa permanente. La sua estensione può variare da monoplegia a tetraplegia. Nella maggior parte dei pazienti, i segni più precoci sono i disturbi visivi e sensitivi (parestesie).
Miastenia grave	Una grave debolezza muscolare e un anomalo affaticamento possono causare la paralisi di alcuni gruppi muscolari. La paralisi è generalmente transitoria nelle prime fasi, ma diventa persistente con il progredire della malattia. I segni associati dipendono dalle aree di interessamento neuromuscolare, possono comprendere debole chiusura dell'occhio, ptosi, diplopia, diminuzione della mimica facciale, disfagia.
Malattia di Parkinson	I sintomi classici sono: tremori, bradicinesia e rigidità ipertonica o a ruota dentata. La rigidità grave può progredire fino alla paralisi, soprattutto degli arti.
Convulsioni	Le convulsioni, in particolare quelle focali, possono causare paralisi transitoria locale
Siringomielia	Patologia degenerativa del midollo spinale che provoca paresi segmentale con paralisi flaccida delle mani e delle braccia. I riflessi sono assenti ed esiste una perdita della sensibilità dolorifica e termica distribuita a mantellina su collo, spalle e braccia
Artrite reumatoide-artrosi	Se coinvolgono il rachide cervicale possono causare parestesie in collo, dorso e braccia. Il rachide lombare è coinvolto occasionalmente, causando parestesia in una o entrambe le gambe e i piedi.
Lupus eritematoso sistemico	Può causare parestesia, ma le sue principali caratteristiche cliniche sono l'artrite non deformante (in genere delle mani, dei piedi e delle grandi articolazioni), fotosensibilità, ed eritema a farfalla, che compare su naso e guance.
Intossicazione da metalli pesanti o solventi	L'esposizione a preparati industriali o domestici contenenti piombo, mercurio, tallio o fosfati organici può causare parestesie a insorgenza acuta o graduale. Sono anche frequenti disturbi cognitivi, tremori, astenia, convulsioni e disturbi gastrointestinali.

Ipocalcemia (da insufficienza renale cronica, ipoparatiroidismo)	Si verificano parestesie asimmetriche, localizzate in genere nelle dita di mani e piedi e nella regione periorale. Altri possibili sintomi: astenia muscolare, spasmi o crampi, palpitazioni, riflessi tendinei profondi iperreattivi
--	---

### Farmaci essenziali

- Betametasone f 4 mg
- Antidolorifici, FANS in fiale
- Fisiologica 100 - 500 cc.

# MANIFESTAZIONI PSICHIATRICHE

*Dott. Erminio Tabaglio\**

- Nelle urgenze psichiatriche è prioritario “accogliere” e “contenere” la richiesta ed il richiedente.
- Non sempre è necessario formulare una diagnosi precisa. E' sempre invece fondamentale, una volta individuata l'area sintomatologica (ansia, depressione, psicosi), valutare i rischi e i pericoli che quella sintomatologia, in quel contesto specifico, comporta.
- L'anamnesi, momento fondamentale nell'approccio a tutti i problemi medici, è lo strumento più importante a disposizione del medico per affrontare i disturbi psichiatrici.
- Nel colloquio con il paziente è importante instaurare un clima di ascolto.
- L'attenzione del medico non deve essere rivolta solo al paziente, ma anche al contesto familiare e sociale in cui si trova ad operare, in quanto nelle urgenze psichiatriche coesistono problematiche di ordine clinico con problemi di natura sociale e relazionale.

## Intervista preliminare: telefonata o accesso diretto

*Aspetti da indagare preliminarmente:*

- età del paziente;
- sintomatologia che ha determinato la chiamata;
- chi chiama? (raramente il paziente depresso o psicotico chiama direttamente, a meno che non abbia un disturbo di tipo paranoide e cerchi aiuto. Più frequente la chiamata diretta di un paziente con un disturbo d'ansia);
- relazione di colui che chiama con la persona in stato di bisogno;
- stato emotivo di chi chiama (uno stato emotivo alterato è di per se stesso indicazione ad un intervento);
- il paziente è d'accordo con la chiamata?
- da quanto tempo si è manifestata la sintomatologia?

*Si ringrazia per la collaborazione la Dott.ssa Rosaria Pioli, psichiatra*

- eventuali precedenti episodi simili;
- malattie organiche note;
- terapie farmacologiche in atto;
- abuso di alcol o sostanze stupefacenti;
- comportamenti dannosi per sé o altri;
- supporto sociale e familiare.

#### *Criteria per la scelta del tipo di intervento da adottare*

La maggior parte delle urgenze psichiatriche richiede una visita domiciliare o ambulatoriale diretta del medico. Solo in alcuni casi è proponibile una gestione telefonica, in presenza di alcune condizioni:

- il colloquio telefonico deve coinvolgere sia il paziente sia un familiare, per valutare lo stato emotivo dell' "ambiente", la congruenza dei sintomi riferiti, la validità del supporto familiare;
- episodi critici con le stesse caratteristiche si devono essere già verificati. L'esordio di una "nuova" sintomatologia psichiatrica deve essere sempre valutata direttamente, anche perché di solito si accompagna ad uno stato emotivo alterato, per il quale la visita costituisce di per se stessa un atto terapeutico;
- assenza di comorbidità;
- assenza di comportamenti (o rischio di comportamenti) dannosi e/o violenti;

In ogni caso è buona norma, se si è optato per il consiglio telefonico, rivalutare la situazione a distanza di breve tempo (1/2 ora), sempre telefonicamente.

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### **Percorso per l'inquadramento diagnostico**

Devono essere riproposte ed approfondite le domande dell'intervista telefonica, con particolare riguardo allo stato del paziente prima del manifestarsi della sintomatologia che ha determinato la richiesta di aiuto, la presenza di eventi stressanti, le modalità di esordio della crisi, la consapevolezza di uno stato di malattia da parte del paziente, il contesto socio-familiare, l'uso di farmaci.

Spesso, infatti, la "crisi", e quindi la richiesta d'aiuto, può esser dovuta non tanto ad un aggravamento della sintomatologia accusata dal paziente, quanto alla incapacità del contesto familiare e/o sociale di "sopportare" e "supportare" la situazione.

L'esame obiettivo inizia già nel corso del colloquio con il paziente per la raccolta delle notizie anamnestiche con la valutazione delle funzioni psichiche:

- comportamento;
- rapporto con la realtà;
- orientamento;
- capacità di critica;
- umore;
- pensieri.

Dovrà essere effettuato un esame obiettivo completo, compresa la semeiotica neurologica, valutando attentamente la presenza di eventuali disturbi somatici lamentati dal paziente, le loro caratteristiche, la presenza di segni obiettivi.

Un'accurata anamnesi ed un attento esame obiettivo possono aiutare a valutare i complessi rapporti tra sintomi somatici e sintomi psichici, di solito entrambi presenti nelle urgenze, configurando i seguenti quadri clinici:

- urgenze psichiatriche che si manifestano attraverso sintomi somatici acuti (somatizzazione d'ansia o depressione, disturbi psico-somatici);
- combinazioni di disturbi somatici e psichiatrici acuti (es. agitazione psico-motoria che accompagna una malattia somatica, crisi d'ansia in corso di infarto miocardico acuto);
- patologia somatica che si manifesta con prevalenti disturbi psichici (infarto miocardico "mascherato" in paziente ansioso, depressione che accompagna malattie neurologiche).

## Principali sindromi psichiatriche:

### Sindromi ansiose

Nell'ambito dei disturbi d'ansia, quello che più frequentemente determina la richiesta di un aiuto urgente è l'attacco di panico. Secondo la definizione del DSM-IV l'attacco di panico è un periodo definito di tempo in cui si manifesta un'intensa paura o disagio accompagnato da almeno quattro dei seguenti sintomi somatici o cognitivi:

- palpitazioni, precordialgia,
- sudorazione,
- tremore o agitazione,
- sensazione di fame d'aria,
- senso di soffocamento,
- dolore toracico,
- nausea o disturbi gastrointestinali,
- vertigine, instabilità, astenia,
- derealizzazione o depersonalizzazione,
- paura di impazzire o perdere il controllo,
- paura di morire,
- parestesie,
- sensazione di caldo-freddo.

Improvviso ed inaspettato è l'esordio, mentre l'apice sintomatologico viene raggiunto in pochi minuti. Anche se la diagnosi di attacco di panico non presenta in genere difficoltà, a volte la presenza di un sintomo somatico, in particolare il dolore toracico, in un soggetto con comorbidità o fattori di rischio cardiovascolare, pone indicazione all'invio del paziente in Pronto Soccorso per l'esecuzione di un elettrocardiogramma ed accertamenti emato-chimici.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, i farmaci di prima scelta sono le

benzodiazepine (vedi oltre). Fondamentale è comunque rassicurare e tranquillizzare il paziente ed i familiari. A questo proposito risulta spesso utile dare alcune semplici spiegazioni dei meccanismi fisiopatologici che sono alla base dei sintomi: ad esempio l'attivazione adrenergica responsabile di sudorazione e cardiopalmo, o la sindrome da iperventilazione, responsabile delle parestesie e della sensazione di "testa vuota". Naturalmente bisogna tener conto del livello socio-culturale del soggetto, dell'età (il disturbo è peraltro più frequente in giovani adulti) ed adattare termini e linguaggio a queste condizioni.

### **Sindromi depressive**

Secondo il DSM-IV, per la diagnosi di sindrome depressiva devono essere presenti cinque dei seguenti nove sintomi da almeno 15 giorni:

- umore depresso,
- disturbi del sonno,
- perdita d'interesse o piacere,
- sentimenti di colpa,
- astenia,
- difficoltà di concentrazione e disturbi mnesici,
- alterazioni dell'appetito,
- agitazione o rallentamento psico-motorio,
- ideazione suicidaria.

Raramente sarà il paziente depresso a richiedere l'intervento del medico di continuità assistenziale: di solito sono i familiari, preoccupati da un aggravamento di una sindrome depressiva già diagnosticata o dalla comparsa di nuovi sintomi (ad esempio disturbi cognitivi o disturbi simil-psicotici in paziente anziano).

Compito del medico di continuità assistenziale sarà in questi casi verificare i rischi ed i pericoli determinati dalla condizione del paziente (in particolare il rischio di suicidio) e l'affidabilità del supporto familiare, per valutare la possibilità di rinviare il paziente ad una successiva valutazione del medico curante o l'opportunità di richiedere una consulenza psichiatrica urgente.

### **Disturbi psicotici**

I sintomi psicotici più eclatanti sono i deliri (convinzioni irriducibili e false), le allucinazioni (esperienza percettiva in assenza di stimoli esterni), disturbi formali del pensiero, riduzione del funzionamento personale e sociale. Altri segni o sintomi possono suggerire la presenza di una psicosi: comportamenti bizzarri, mancanza di attività finalizzata, stereotipie, deficit di attenzione, povertà di linguaggio, scarsa cura di sé ed impoverimento nelle relazioni interpersonali.

Nell'approccio ad un paziente che manifesta sintomi psicotici è opportuno aver presente le seguenti indicazioni:

- Evitare inganni o sotterfugi circa il proprio ruolo e le finalità dell'intervento;
- Trasmettere disponibilità ad ascoltare e capire;

- Tranquillizzare paziente e familiari;
- Allontanare eventuali fonti di stress;
- Utilizzare un linguaggio chiaro e semplice, con un tono di voce fermo e rassicurante, mai brusco;
- Evitare commenti sui temi proposti, per quanto bizzarri;
- Mostrare controllo della situazione.

E' necessario escludere, tramite le notizie anamnestiche raccolte con il contributo dei familiari, che i sintomi psicotici possano essere causati da abuso e/o astinenza da sostanze. Se si tratta del primo episodio accusato dal paziente, è necessaria una consulenza psichiatrica urgente. Allo stesso modo, comportamenti violenti o pericolosi per sé o per gli altri impongono una valutazione specialistica urgente.

### Approccio terapeutico:

Nelle urgenze psichiatriche l'intervento terapeutico del medico inizia già al momento del ricevimento della chiamata (accoglienza, contenimento) ed è volto a limitare con le sue parole ed il suo comportamento l'emotività e l'ansia sempre presenti in queste occasioni.

Dopo un'attenta valutazione del paziente e del contesto (tipologia della crisi, formulazione diagnostica presuntiva con attenzione alla comorbilità, valutazione dei rischi connessi al tipo di crisi e tipo di diagnosi, valutazione del sostegno sociale e della compliance del paziente e dei familiari) il medico deve operare una scelta di gestione e terapia del caso circoscritta a due opzioni:

- il paziente può essere tranquillizzato, eventualmente trattato farmacologicamente ed invitato a contattare il proprio medico curante nei giorni successivi con una breve relazione di accompagnamento;
- il medico ravvisa la necessità di una consulenza psichiatrica urgente, o comunque di un supporto esterno perché il caso non è gestibile a domicilio.

Per il medico di Continuità Assistenziale, l'unica possibilità di ottenere una consulenza psichiatrica urgente è quella di inviare il paziente al Pronto Soccorso (negli orari del Servizio di Continuità Assistenziale, infatti, in genere non sono reperibili gli psichiatri dei CPS territoriali).

In caso di rifiuto del paziente a sottoporsi a visita specialistica, è necessario valutare se ricorrono gli estremi per la richiesta di un accertamento e/o di un trattamento sanitario obbligatorio (vedi oltre e, per le modalità attuative, anche il capitolo "Gli strumenti di lavoro").

### Terapia farmacologica

Per quanto riguarda l'uso dei farmaci, l'unica possibilità a disposizione del medico nelle urgenze è l'utilizzo di farmaci ansiolitici e sedativi per il controllo di ansia ed agitazione, sintomi che possono essere presenti in varia misura in tutte le urgenze psichiatriche e per il controllo dei quali, è bene ribadirlo, è fondamentale innanzi tutto l'atteggiamento

“tranquillizzante” del medico. I farmaci antidepressivi ed antipsicotici nelle urgenze gestite dal medico di continuità assistenziale non trovano spazio, in quanto il loro uso è subordinato alla formulazione di una diagnosi ed i loro effetti terapeutici su depressione e psicosi si evidenziano in genere solo dopo giorni o settimane di terapia.

E' consigliabile l'utilizzo di formulazioni in gocce, compresse orodispersibili o fiale endovena, per la loro rapidità d'azione:

Benzodiazepine: diazepam (Valium) 5-10 mg per os o e.v., Lorazepam 2-4 mg per os  
 In caso di intolleranza o di rischi connessi alla somministrazione di benzodiazepine (effetto paradossale e disinibente, pazienti anziani con deficit cognitivi) si può sfruttare l'azione sedativa della promazina (Talofen) 1 fiala i.m. da 50 mg o 20 gocce, o del trazodone (Trittico), 20/50 gocce.

La terapia farmacologica non va mai somministrata senza il consenso del paziente, cui vanno illustrati effetti terapeutici e possibili effetti collaterali, vantaggi dell'assunzione e possibili rischi legati alla mancata assunzione.

### **Suicidio**

Il rischio di suicidio in un paziente psichiatrico è 12 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. I disturbi psichiatrici associati al suicidio e la loro rispettiva percentuale tra tutti i casi di suicidio sono i seguenti:

- Depressione 50-60%
- Abuso di alcol/sostanze 20-25%
- Schizofrenia 5-10%
- Demenza 2-3%
- Disturbi di personalità 6-10%
- Malattia organica 2-3%

Nei soggetti suicidi al di sotto dei 30 anni prevalgono il disturbo da abuso di sostanze, il disturbo borderline e antisociale di personalità, la schizofrenia. Nei soggetti oltre i 30 anni prevalgono il disturbo affettivo e l'alcolismo. Nell'età più avanzata, il disturbo psicorganico.

Domande al paziente inerenti pensieri ed eventuali azioni autolesive vanno poste sempre in presenza di:

- una diagnosi di pregressa depressione o psicosi acuta;
- pregressi tentativi di suicidio noti;
- solitudine o assenza di supporto sociale;
- età senile;
- presenza di malattie fisiche invalidanti;
- suicidio in familiari o congiunti;
- negazione della depressione e di precedenti tentativi di suicidio noti;
- senso di fallimento e di vergogna;
- quando il paziente esprime sfiducia nei confronti dell'esistenza;
- delirio di colpa;
- idee deliranti ipocondriache o comunque quando il paziente si comporta come

se la propria prognosi fosse molto più grave di quanto non sia;

- tendenza all'impulsività.

#### *Come valutare il rischio di suicidio*

Spesso il medico esita ad affrontare il tema del suicidio, per vari motivi: non ultimo il timore di suggerire al paziente un'idea che magari questi non aveva preso in considerazione. Può risultare inoltre difficile trovare le parole giuste. A questo proposito può essere utile introdurre l'argomento in maniera "indefinita" e generica, facendo riferimento ad altri casi. Ad esempio: "Molti che si trovano nella sua situazione e che soffrono come lei spesso pensano che la vita non vale la pena di essere vissuta: anche lei ha avuto questo pensiero? Vuole parlarne?". In caso di risposta affermativa sono opportuni ulteriori chiarimenti: "Ha pensato di togliersi la vita? Quando è stata l'ultima volta che ha avuto questo pensiero? Ha avuto solo l'idea, o ha anche pensato ad una modalità pratica per attuarla? Ha pensato alla reazione dei suoi cari?", che consentano di valutare l'effettiva determinazione del paziente.

In ogni caso, se il medico ha un qualsiasi dubbio sulla gravità o sul pericolo del rischio di suicidio, un consulto psichiatrico urgente è obbligatorio.

#### **Approccio al paziente violento**

In presenza di atteggiamenti e comportamenti definiti violenti ed aggressivi è importante raccogliere informazioni riguardo la frequenza, il tempo, i destinatari ed eventuali motivazioni espresse dal paziente o dedotte da chi gli sta vicino. I pazienti psichiatrici non sono più violenti della popolazione generale. Talora, a causa di sintomi (deliri, allucinazioni) si sentono minacciati e possono diventare aggressivi per difesa. Non sottovalutare mai la possibilità di aiuto da parte delle forze dell'ordine. I due errori più comuni commessi dai medici d'urgenza quando trattano pazienti inquieti sono: sottovalutare la situazione consentendo un progressivo deterioramento o assumere un atteggiamento autoritario che può scatenare minacce da parte del paziente. Al contrario è opportuno:

- Svolgere il colloquio sempre in presenza di qualcuno;
- Presentarsi e "mettersi dalla parte del paziente";
- Avvicinare il paziente lentamente e da una direzione che non causi allarme o sorpresa;
- Guardarlo in viso;
- Parlare lentamente, in modo chiaro e tranquillo;
- Cercare di mettere la persona a proprio agio consentendogli di esprimere le sue ragioni;
- Evitare consigli irrealistici (esempio: "cerca di smettere di comportarti in questo modo!");
- Chiedere al paziente spiegazioni sulle motivazioni dei suoi comportamenti;
- Evitare commenti sul comportamento irrazionale;
- Evitare atteggiamenti troppo confidenziali (ad esempio mettere la mano sulla spalla);
- Prestare attenzione ai segni di crescente tensione e d'imminente violenza (mascel-

- le e pugni serrati, minacce verbali, tono della voce, agitazione psico-motoria);
- Valutare la presenza di oggetti potenzialmente lesivi nelle vicinanze.

*Condizioni psichiatriche che più frequentemente si associano a comportamenti violenti:*

- Intossicazione ed astinenza da sostanze;
- Delirium da condizione medica (dist. metabolici, tumori cranici..) o da sostanze (alcool, cortisonici..);
- Ritardo mentale;
- Demenza;
- Scompenso psicotico acuto;
- Condizioni di scompenso maniacale;
- Sintomi paranoidei.

## Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento sanitario Obbligatorio

(per le modalità attuative vedi anche capitolo “Gli strumenti di lavoro”)

Costituzione art. 32: *“Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge”.*

Ci sono situazioni in cui il paziente, a causa di gravi alterazioni psichiche, non è in grado di rilasciare un consenso informato ed anzi lo rifiuta. Le stesse alterazioni psichiche possono essere inoltre motivo di pericolo reale per il paziente stesso o per altri. In queste condizioni la legge prevede due istituti cui può far ricorso il medico chiamato ad affrontare queste situazioni d’urgenza:

l’accertamento sanitario obbligatorio (ASO) ed il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

### Accertamento sanitario obbligatorio (ASO)

Devono sussistere due requisiti fondamentali:

- Alterazioni psichiche tali da far supporre necessità di cure,
- Rifiuto degli accertamenti necessari.

Il medico, preso atto della presenza delle condizioni che giustificano la richiesta di ASO, deve redigere un certificato/richiesta, che va fatto pervenire al Sindaco del comune dove si attua. Tale certificato, oltre a specificare chiaramente che il paziente rifiuta accertamenti e cure, deve illustrare in maniera sintetica ma esaustiva i sintomi ed i comportamenti del paziente, sottolineando in particolare gli eventuali rischi e pericoli di un mancato accertamento e/o trattamento. Non è necessario che sia specificata una diagnosi. La richiesta deve inoltre riportare il luogo in cui si propone venga effettuato l’ASO (Pronto Soccorso, CPS , domicilio del paziente...).

Il Sindaco, presa visione della richiesta, rilascia un’ordinanza che viene notificata al paziente ed attuata dai Vigili comunali e/o dai carabinieri.

### **Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)**

Devono sussistere tre requisiti fondamentali:

- Alterazioni psichiche tali da richiedere cure urgenti,
- Rifiuto di tali interventi,
- Impossibilità di misure sanitarie extraospedaliere.

La procedura è simile a quella dell'accertamento sanitario obbligatorio, solo che nel TSO la richiesta motivata di un medico deve essere convalidata da un secondo medico del SSN.

In considerazione delle condizioni in cui si trova ad operare il medico di Continuità Assistenziale (giornate festive, ore notturne), il secondo medico può essere individuato in un collega della Continuità Assistenziale o nel medico igienista reperibile. Qualora anche queste soluzioni non fossero disponibili, può risultare più semplice ed efficace ricorrere all'accertamento sanitario obbligatorio, per il quale non è prevista la convalida di un secondo medico, richiedendo che lo stesso venga effettuato presso il Pronto Soccorso (naturalmente di un ospedale in cui sia presente un reparto psichiatrico e quindi uno specialista psichiatra sempre reperibile). Valuterà quindi lo specialista l'eventuale necessità di un TSO.



# SINDROMI PEDIATRICHE

*Dott. Andrea Rolla*

Il presente capitolo non vuole essere esaustivo di tutti i quadri clinici (un “manuale” non può avere caratteristiche enciclopediche); le sindromi pediatriche vengono qui rappresentate partendo dai sintomi più comuni che il bambino manifesta e che i genitori riferiscono, riportati rispettandone il più possibile la forma espressiva.

## FEBBRE

La febbre è un meccanismo ancestrale, nei suoi limiti efficace per ridurre la moltiplicazione virale e batterica.

### Intervista preliminare

#### **Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:**

- età e peso del bambino;
- da quando è presente;
- temperatura raggiunta;
- se il bambino è in grado di bere.

#### **Quando è opportuno effettuare la visita:**

- quando il bambino di età inferiore ai 6 mesi va sempre visitato;
- quando il bambino di età superiore ai 6 mesi con temperatura maggiore di 39° ed associata ad almeno uno dei seguenti sintomi, va visitato urgentemente:
  - segni/sintomi di disidratazione severa (peso ridotto del 10% in poche ore);
  - distress respiratorio severo;
  - alterazione dello stato di coscienza (e/o ipotonia, iporeattività, apatia, letargia);
  - pianto flebile o irritabilità inconsolabile;
  - petecchie o rash purpurico al tronco;

- convulsione in atto;
- fontanella anteriore bombata;
- rigidità nucale.

Nel caso i sintomi sopra descritti siano sfumati, se non visitato, il bambino va comunque rivalutato dopo 30-60'.

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Approccio terapeutico

L'uso dei FANS (nei bambini di età inferiore ai 6 anni si usa solo ibuprofene e flurbi-profene) andrebbe riservato ai casi di mancata risposta al paracetamolo (utilizzato ad un dosaggio corretto) e/o allergia allo stesso.

## DOLORE

Non va dimenticato che il pianto nel lattante è sempre una manifestazione di dolore.

### Intervista preliminare

Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- età e peso del bambino;
- da quando tempo è presente il pianto e se si tratta di pianto inconsolabile;
- quanto tempo è trascorso dall'ultima scarica e se "va di aria"
- se ha sofferto in precedenza di coliche gassose, di otiti, di cefalea;
- se il dolore si associa a nausea e vomito;
- se è mai stato ricoverato;
- farmaci assunti dal bambino.

### Quando è opportuno effettuare la visita:

*In generale:*

- segni e parametri vitali critici;
- distress respiratorio severo;
- compromissione funzione cardiocircolatoria o neurologica (assenza di reazione agli stimoli, apatia);
- petecchie o rash purpurico al tronco con temperatura superiore a 38°;
- temperatura superiore ai 38° nei lattanti di età superiore a 3 mesi;
- vomito biliare, enterorragia.

*In particolare, per i dolori addominali:*

- dolore di pancia insopportabile;
- segni/sintomi di disidratazione severa (peso ridotto del 10% in poche ore);
- storia di recente trauma addominale;

- storia di anemia falciforme o di malattia intestinale cronico-infiammatoria (MICI);
- vomito ematico/biliare o caffèano;
- rettorragia o sangue nelle feci;
- ritenzione urinaria;
- distress respiratorio severo e/o con tosse;
- compromissione funzione neurologica (assenza di reazione agli stimoli, letargia, apatia, ipotonia).

*In particolare, se è presente **cefalea**:*

- dolore di testa insopportabile (o ingravescente o resistente agli analgesici);
- rigidità nucale o altri sintomi meningei;
- storia di recente trauma cranico importante;
- compromissione funzione neurologica (difficoltà a risvegliarsi, letargia, linguaggio incomprensibile, segni motori o sensoriali, difficoltà ad interagire, incapacità di eseguire comandi, anche semplici);
- gravi disturbi visivi;
- segni e parametri vitali critici;
- marcata ipertensione;
- storia di recente convulsione o crisi epilettica (nelle ultime 12 ore), di tumore cerebrale o di shunt ventricolo peritoneale.

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Dolore addominale

Se possibile, è utile per l'inquadramento effettuare uno stix urine (sangue, nitriti/leucociti, glucosio, corpi chetonici).

Non dimenticare di controllare i genitali esterni maschili.

- Una situazione abbastanza frequente nel bambino è il **dolore addominale crampiforme** connesso a ritenzione di feci (a questo scopo si potrebbe effettuare un'esplorazione rettale).
- **L'appendicite** nel bambino di età inferiore ai 2 anni è rara, di difficile diagnosi (dolore diffuso, spesso dilatazione addominale) e con un elevato rischio di perforazione con peritonite. Nelle appendiciti retrocecali l'obiettività è povera, può essere presente scarsa diarrea; per il sospetto diagnostico, necessita dell'esplorazione rettale (vivo dolore, tumefazione). a notare come la diarrea possa precedere una situazione di addome acuto e ritardare la diagnosi.
- **L'invaginazione intestinale** dà in genere un dolore addominale intermittente, emissione di muco e sangue alcune ore dopo l'inizio del dolore (anche qui è necessaria l'esplorazione rettale).
- Nel bambino è possibile un dolore addominale in corso di **broncopolmonite**.
- **La colica biliare** può essere connessa a dislipidemia, anemia emolitica, fibrosi

cistica e, soprattutto, a ceftriaxone.

- La **pancreatite**, seppur poco frequente, si manifesta con dolore epigastrico irradiato in regione scapolare sinistra; può presentarsi in corso di epatite, salmonella o in corso di terapia con valproato di sodio, corticosteroidi.
- La **torsione del testicolo** ha un picco di incidenza sotto l'anno e in adolescenza; aspetti da analizzare: anamnesi positiva per trauma (recente) all'inguine o allo scroto, improvvisa colorazione rosso scura o violacea del testicolo, tumefazione e/o dolore acuti in sede inguino-scrotale, vomito persistente, evidente distensione addominale, iperpiressia superiore a 39°.
- In caso di **tumefazione del pene / balanopostite**, sono aspetti da valutare: anamnesi positiva per trauma (recente) all'inguine o allo scroto, priapismo con anamnesi di anemia falciforme.

### OTALGIA

È necessario verificare da quando il sintomo è presente, se si associ a febbre, se il bambino abbia subito traumi recenti alla testa, se stia frequentando una piscina.

Per una corretta diagnosi l'otoscopio è indispensabile.

L'uso delle gocce anestetiche locali andrebbe riservato a bambini con età maggiore di 5 anni, nei casi di mancata risposta al paracetamolo.

### CEFALEA

Nei primi anni di vita la rilevazione di questo sintomo è problematica data la sua possibile manifestazione con quadri aspecifici (ad es. pianto, irritabilità, torpore, modificazioni del comportamento e/o dell'interazione con l'ambiente circostante) non immediatamente attribuibili ad una cefalea.

E' necessario indagare se il bambino assume farmaci e in particolare diazepam, nitrofurantoina, trimtoprim, rifampicina, che possono causare cefalea.

### DOLORE OSTEOTENDINEO

Il dolore si può manifestare come dolore alla schiena, alle ossa, alle articolazioni, alle braccia, alle gambe.

E' necessario indagare da quanto tempo il dolore sia presente, se il bambino abbia subito recenti traumi, se abbia svolto attività fisica intensa, se si associ a febbre, se aumenti o si riduca o rimanga inalterato col movimento; se il bambino abbia sofferto di questo disturbo, se sia mai stato ricoverato.

Nel sospetto di dolore al rachide ricercare sempre la dolorabilità alle apofisi spinose: se acuto con febbre, merita il ricovero.

Il dolore osseo si accentua in genere di notte, viene riferito come profondo e non ben localizzato; se si associa a febbre considerare l'ipotesi di una osteite o di una

osteoartrite (ricovero).

Per quanto riguarda gli arti superiori, la pronazione dolorosa (o sublussazione del capitello radiale) può essere risolta con un manovra di riduzione.

Il dolore all'anca viene spesso riferito alla coscia e/o al ginocchio: a parte il caso di coxalgia benigna (che talvolta necessita di trazione), è necessario considerare l'ipotesi di una poco frequente, ma possibile, osteoartrite o neoplasia (ricovero).

Il dolore agli arti inferiori è un sintomo frequente: nel bambino piccolo la sindrome da pseudoparalisi (rifiuto di camminare a causa di un piccolo trauma misconosciuto) e nell'età prescolare e scolare i "dolori di crescita" (per lo più serali o notturni) si risolvono spontaneamente; la somministrare di paracetamolo e una rivalutazione dopo 60' possono aiutare a formularne il sospetto diagnostico. L'assenza dei polsi periferici agli arti inferiori richiede accertamenti immediati (ricovero).

## DOLORE LOMBARE

Se possibile, effettuare uno stix urine per ricercare l'eventuale presenza di sangue, nitriti/leucociti, sedimento.

## DOLORE TORACICO

Indagare se si associa a febbre o tosse o dispnea e se sono già stati effettuati accertamenti cardiologici.

E' necessario ricordare che nel bambino un dolore toracico, anche in assenza di sintomi respiratori (tosse), può essere causato da un focolaio broncopneumonico e che timomi e leucemie possono manifestarsi con dolore mediastinico/sternale.

## VOMITO

### Intervista preliminare

#### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- età e peso del bambino;
- da quando tempo è presente;
- sono presenti dolori addominali;
- quanto tempo è trascorso dall'ultima scarica; se ha diarrea e se "va di aria";
- se è presente iperpiressia e quali siano i valori (valutare un'eventuale differenza di almeno 1 grado tra temperatura ascellare e rettale);
- se il dolore si associa a faringodinia e cefalea;
- se sia mai stato ricoverato;
- farmaci assunti dal bambino.

**Quando è opportuno effettuare la visita:**

- dolore di pancia insopportabile;
- segni/sintomi di disidratazione severa (peso ridotto del 10% in un breve lasso di tempo);
- storia di recente trauma cranico o di malattie metaboliche o di ingestione di sostanza tossiche;
- vomito ematico/biliare o caffèano;
- rigidità nucale o altri sintomi meningei;
- compromissione funzione neurologica.

**Durante la visita domiciliare o ambulatoriale**

Se possibile, effettuare uno stix urine per la rilevazione di sangue, nitriti/leucociti, glucosio, corpi chetonici.

E' necessario ricordare che il vomito si accompagna, di norma, a dolore addominale (specie epigastrico), da torchio addominale e movimenti antiperistaltici.

Le diagnosi a cui pensare sono principalmente:

- vomito acetonemico,
- gastroenterite,
- faringotonsillite e/o scarlattina,
- addome acuto,
- meningite,
- infezione delle vie urinarie nel lattante.

**DISPNEA****Intervista preliminare****Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:**

- età e peso del bambino;
- da quando tempo è presente la dispnea;
- se ha subito traumi recenti;
- se ha svolto attività fisica "intensa";
- se il sintomo si associa a febbre o tosse;
- se ha mai sofferto di questo disturbo;
- se è mai stato ricoverato;
- se ha mai svolto accertamenti.

**Quando è opportuno effettuare la visita:**

- distress respiratorio severo o ingravescente;
- cianosi e/o marcato pallore;

- notevole impegno dei muscoli respiratori accessori (rientramenti intercostali ed al giugulo), marcati stridore e wheezing, tachipnea o apnea, tosse persistente;
- apatia/letragia, incapacità a parlare;
- dolore puntorio toracico;
- battito cardiaco irregolare;
- disfagia (e/o disfonia e/o scialorrea);
- disidratazione severa.

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### Inquadramento diagnostico

E' necessario ricordare che una crisi asmatica grave può portare ad un silenzio respiratorio con assenza di wheezing e di tosse (la madre potrebbe riferire un miglioramento).

Le più comuni patologie che possono causare dispnea sono: laringite, bronchiolite, asma, corpo estraneo, focolaio broncopneumonico.

### Approccio terapeutico

Uso e dosaggio corretti dei puff con distanziatore o dell'aerosol.

## TRAUMI ED EVENTI ACCIDENTALI

### Intervista preliminare

#### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- età e peso del bambino;
- descrizione del tipo di trauma o accidente subito;
- in caso di caduta, è necessario richiedere da quale altezza ed il tipo di superficie dell'impatto;
- se ha perso coscienza nell'immediato periodo post-traumatico;
- se ha presentato vomito;
- presenza di dolore e in quale punto o zona.

#### Quando è opportuno effettuare la visita:

- in caso di significativo trauma (a testa, collo, torace, addome, pelvi);
- ferita penetrante (al capo, collo, torace, addome, inguine);
- convulsioni entro le 12 ore;
- letargia;
- emiparesi/paralisi;
- compromissione neurovascolare di un arto (o polsi periferici deboli);
- severo distress respiratorio.

## Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

### TRAUMA CRANICO

L'amnesia può rendere la ricostruzione dell'incidente confusa e dare un'idea scorretta di trauma lieve.

Il trauma cranico importante presuppone, in genere, la perdita di coscienza.

Il vomito è un sintomo aspecifico, importante da considerare specie se molto insistente o accompagnato da cefalea.

E' necessario valutare, in particolare, la presenza di un netto aumento o diminuzione della frequenza del polso o del respiro (segno di erniazione), coinvolgimento oculare (anisocoria, deficit visivo, strabismo), perdita di liquido (liquor) o sangue dal naso o dalle orecchie, perdita di denti, lesioni cervicali.

Nel lattante vi è un'alta incidenza di fratture lineari associate, senza che questo modifichi sostanzialmente la prognosi). Il trauma su una superficie morbida (con scuotimento) può portare ad importanti emorragie interne senza segni di trauma esterno (alterato livello di coscienza). E' importante ricercare sempre i seguenti segni:

- fontanella bombata;
- diastasi delle suture;
- aumento della circonferenza cranica.

In caso di anamnesi positiva per disordini della coagulazione, convulsioni entro 12 ore dal trauma, l'osservazione in ambiente ospedaliero è necessaria.

### USTIONI

In età pediatrica, la fascia più coinvolta è quella tra 1 e 4 anni (da liquidi surriscaldati). Si tenga presente che è necessario rimuovere il più in fretta possibile indumenti fumanti (o impregnati di liquidi caldi); successivamente è necessario immergere in acqua fredda per 10-20' la zona interessata (in caso di ustioni estese usare maggiore cautela per il rischio di ipotermia).

Per ustioni lievi: lavare l'area con un antisettico non alcolico (e non colorato), applicare una garza non aderente e una pomata antisettica e coprire con una garza sterile.

Per ustioni profonde e/o estese: proteggere le superfici coinvolte con biancheria pulita. La medicazione in questi casi va fatta in ospedale.

### AVVELENAMENTI

Elementi da raccogliere:

- età e peso del bambino;
- quando si è verificata l'ingestione;
- quale sostanza (anche presumibile) è stata ingerita e in che quantità;
- se siano presenti sintomi o segni di intossicazione.

E' importante farsi leggere i componenti del prodotto; farsi e/o portare (e conservare) la confezione del prodotto.

Contattare rapidamente per via telefonica un Centro Antiveleni (*Bergamo 800883300 o Milano 02 66101029*) riferendo i dati sopra richiesti compreso il peso del bambino.

## INALAZIONE O INGESTIONE DI CORPO ESTRANEO

### Elementi da valutare:

- severo distress respiratorio (soffocamento, tosse);
- anamnesi positiva per episodi di cianosi a domicilio;
- disfagia e/o insolita scialorrea;
- disfonia, disturbi o incapacità a parlare;
- tumefazione rapida collo con crepitii sottocutanei palpabili;
- vomito e/o emottisi (o ematemesi).

## EPILESSIA O CONVULSIONE

### Intervista Preliminare

#### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- età e peso del bambino;
- se il bambino ha perso coscienza e per quanto tempo;
- se si sono già presentati episodi di questo tipo.

#### Quando è opportuno effettuare la visita:

- segni e parametri vitali critici;
- severo distress respiratorio;
- segni/sintomi di disidratazione severa (peso ridotto del 10% in un lasso ridotto di tempo);
- convulsioni in atto;
- (sospetti) segni meningei;
- febbre superiore a 39° se età compresa tra tre mesi e 12-18 mesi (38° se età inferiore a 3 mesi);
- anamnesi positiva per trauma recente o intossicazione o shunt v.p. (esplicitare la sigla) o malattie metaboliche.

Ricordarsi che nel lattante esistono quadri che possono simulare una convulsione (spasmi affettivi: si risolvono spontaneamente senza terapia e spesso recidivano).

### Durante la visita domiciliare o ambulatoriale

#### Approccio terapeutico

- diazepam 0.5 mg/kg soluzione rettale 10 mg (5 mg se l'età è inferiore ai 3 anni);

oppure:

- diazepam con un sondino per via rettale collegato alla siringa (ripetibile dopo 10-15 minuti); è necessario porre attenzione ai prematuri perché, per il contenuto di alcool benzilico, può essere tossico nel caso di ripetizione della terapia; si segnala che per i bambini sotto i 3 mesi di vita il diazepam è autorizzato solo l'utilizzo ospedaliero; il beccuccio deve sempre essere inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del microclistere, le natiche tenute serrate per 5 minuti.
- in alternativa o in caso di mancata risposta considerare il midazolam 0.5 mg/kg nel vestibolo del cavo orale (tra i denti serrati durante la crisi e la mucosa della guancia).

## PROBLEMI DI PAZIENTI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

*Dott. Pier Carlo Pelizzari*

Il paziente con bisogni assistenziali complessi ha la caratteristica di avere bisogno di un articolato sistema assistenziale, nel quale i “care givers” (parenti, infermieri e badanti) dovrebbero essere formati alla gestione di procedure infermieristiche, sotto la supervisione di un operatore esperto, che svolga le funzioni sia di responsabile sia di coordinatore.

Perciò è indispensabile che:

- ci sia una figura che coordina tutti i “care givers”, sia per dare continuità alle procedure, sia per registrare l’evoluzione dei sintomi e dei problemi,
- ogni operatore deve rispettare il proprio mandato e, se nota elementi secondo lui problematici, deve condividere con il coordinatore tali dubbi. Qualora essi siano condivisi dal coordinatore vanno estrinsecati a tutti gli altri operatori, per verificare se anche in altri momenti vi siano conferme relative al problema sollevato.

Esempi banali sono la gestione delle funzioni biologiche (alvo e diuresi), l’interpretazione dello stato di coscienza, di eventuali spunti di delirio, di comportamenti volutamente o inconsciamente non coerenti, che il paziente può attuare di fronte all’uno piuttosto che all’altro operatore.

Questa premessa esplicita il problema, che qualora chi consulta la continuità assistenziale non sia un operatore di questa squadra, non potrà fornire alcun elemento utile sia alla definizione del o dei sintomi, sia alla loro interpretazione e tanto meno alla loro soluzione.

A titolo esemplificativo si può citare il caso di un paziente con neoplasia cerebrale che, in presenza del MMG o della moglie non era in grado di eseguire gli ordini semplici, così come da coma in secondo stadio, mentre in presenza del figlio piccolo eseguiva tali ordini senza alcuna difficoltà; tale comportamento era espressione della volontà di non far vedere al figlio la gravità della malattia. Il paziente, d’altra parte, non aveva motivazioni per comunicare con il curante e con la moglie, perché conscio sia di essere giunto alle fasi terminali della malattia, sia della impossibilità di rallentare la sua inesorabile evoluzione.

## IL PAZIENTE CON PROBLEMI LEGATI AL CATETERE VESCICALE

**Esistono 3 tipi di catetere vescicale:**

- il classico catetere di Foley è autostatico (per la presenza di un palloncino gonfiabile con 10-15ml di acqua), esso può essere fatto di lattice o di silicone; il secondo tipo si ostruisce meno frequentemente e viene preferito nei pazienti che necessitano di cateterismo cronico.
- il catetere di Nelaton invece è fatto con materiale più rigido e non è autostatico, perché privo di palloncino. Esso viene utilizzato quando si vuole svuotare la vescica o verificare un eventuale ristagno, oppure quando non si riesce a raggiungere la vescica con un catetere di lattice o di silicone; in tale caso, sfruttando la sua maggior rigidità, si può superare l'ostacolo della prostata. Dopo il posizionamento, prima di provare a sostituirlo con un Foley, lo si lascia in sede per 2-3 gg. Durante questo periodo, esso viene fissato al pene con due cerotti, che vengono avvolti dapprima intorno al Nelaton e poi adesi lungo i lati del pene; questo ancoraggio viene rinforzato con uno o due giri di cerotto intorno al pene.
- il catetere sovrapubico viene usato quando si sceglie di non forzare un'uretra troppo stenotica o in corso di prostatite acuta con febbre e ritenzione urinaria o nel post operatorio di interventi sulla vescica. Esso viene applicato per via transcutanea ed è dotato di una memoria per la quale, dopo aver rimosso il mandrino, esso assume la forma a spirale (tipo coda di maiale), che si sfilava solo con una discreta trazione; spesso, per aumentarne la sicurezza, viene fissato alla pelle con due punti di sutura. Questo tipo di catetere va posizionato preferibilmente sotto guida ecografica in ambiente ospedaliero e comporta un basso rischio di infezione.

E' invece necessario considerare che il posizionamento di un catetere uretrale comporta sempre il trasporto di germi in vescica, perciò è prassi comune somministrare un antibiotico, in genere in dose singola, all'atto di inserimento o sostituzione del catetere, con la finalità di limitare la comparsa di complicazioni di infezione delle vie urinarie (IVU) (sintomi irritativi, febbre con brivido e in rari casi pielonefrite).

La permanenza del catetere determina entro pochi giorni una colonizzazione batterica del sistema vescica-catetere-sacca raccogli urine, che solo saltuariamente raggiunge una carica microbica sintomatica. La terapia antibiotica, anche mirata, non riesce ad eliminare, se non per pochi giorni, questa colonizzazione; vi sono inoltre evidenze cliniche che una profilassi antibiotica continua non riduca le complicanze di un catetere a dimora per mesi.

Pertanto la terapia antimicrobica va somministrata solo in caso di sintomi o in dose singola al cambio di catetere.

La scelta dell'antibiotico deve valutare sempre la possibilità di indurre resistenze

batteriche, perciò è necessario cambiare la classe dell'antibiotico ad ogni nuova prescrizione, soprattutto nel caso in cui la ricomparsa dei sintomi avvenga prima dei 30 giorni. Nella donna per problemi di natura anatomica la terapia deve essere prescritta per almeno 5 gg, mentre nel maschio deve essere protratta per almeno 10gg (nel maschio si deve sempre presumere si tratti di cisto-vescicolo-prostatite).

## Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- Età, possibilità di deambulare o allettamento,
- Ragioni cliniche per cui è stato posizionato il catetere,
- Da quanto tempo il paziente è portatore di catetere e con quale cadenza sono stati effettuati gli ultimi cambi di catetere,
- Ci sono problemi ricorrenti di gestione del catetere
- Diuresi media giornaliera e caratteristiche ispettive delle urine,
- Evoluzione nella giornata della sintomatologia irritativa, della diuresi e dell'aspetto delle urine.
- Comparsa o presenza di febbre soprattutto se preceduta da brividi scuotenti

### Durante la visita domiciliare

I motivi per i quali può essere richiesto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale sono i seguenti.

#### Paziente con sintomi irritativi (tenesmo, bruciore)

Ipotesi da valutare in ordine di frequenza:

- Infezione: (catetere pervio, urine torbide o rilevante sedimento nella sacca raccogli-urine) è necessario prescrivere fluorochinolone; se già usato recentemente si deve utilizzare o cefalosporina di 3° generazione per os o amoxicillina+Ac. Clavulanico.

Se il paziente è febbrile, si devono controllare lo stato di coscienza, le condizioni generali del paziente, la frequenza respiratoria (se possibile la saturazione O<sub>2</sub>), il polso e la pressione arteriosa; nel sospetto di shock settico è necessario ricorrere.

- Irritazione meccanica del trigono spesso per manovre incongrue (il catetere è pervio, spesso con presenza di macroematuria): è necessario prescrivere antispastici (per esempio Flavossato) e nel caso di urine torbide anche un antibiotico. Se si dubita che il catetere abbia subito trazioni ed il palloncino sia stato trascinato nell'uretra, si può provare a farlo risalire e scendere. Qualora esso non sia mobile e si ritenga che il palloncino sia incastrato nell'uretra, si può provvedere a svuotarlo per spingerlo in alto, per poi rigonfiarlo controllando che sia

mobile e che si ancori.

Se i sintomi non recedono dopo 24 ore è preferibile somministrare anche un antibiotico, se non già prescritto, o rimuovere il catetere uretrale. Quest'ultima opzione è applicabile solo se il paziente non è un ritenzionista o non vi siano stati grossi problemi negli inserimenti precedenti, mentre è consigliabile se il catetere è in sede da più di 30 giorni. Si consiglia di applicarne uno nuovo solo dopo la risoluzione completa dei sintomi irritativi.

- Catetere strappato per manovra incongrua o tentativo del paziente di strapparlo: in questo caso è necessario:
- se il paziente è orientato: spiegare bene l'accaduto, al fine di rendere il paziente partecipe dell'origine dei disturbi (ciò permette anche di capire il reale stato di coscienza del paziente) e delle cause che li hanno provocati. In questi casi è necessario valutare se sia indispensabile riapplicare il catetere, poiché le manovre necessarie per il riposizionamento riacquiscono i sintomi già presenti e disturbanti. Ad ogni modo è opportuno rassicurare il paziente del fatto che il disturbo si attenuerà gradualmente e che in futuro dovrà prestare attenzione a non esercitare trazioni incongrue sul catetere.
- se il paziente ha strappato il catetere ed è scarsamente orientato: probabilmente la cosa migliore è lasciarlo senza catetere; nei giorni successivi il responsabile dell'assistenza provvederà a definire quale sia la migliore soluzione per il paziente. Nel soggetto disorientato, infatti, il fastidio del catetere può contribuire a scatenare un delirio, che metterebbe a dura prova i "care givers".

**Paziente anurico o con sintomi ostruttivi** (dolore ipogastrico, tenesmo vescicale)  
Ipotesi da valutare in ordine di frequenza:

- Ostruzione senza febbre: nel caso in cui nelle ultime 6-12 ore la diuresi si sia ridotta fino all'apparente anuria (le caratteristiche delle urine nella sacca raccogli-urine non sono importanti, infatti il catetere si può bloccare anche con urine limpide, per apposizione di concrezioni proteiche sulle aperture del catetere) è necessario:
- controllare se il pannolone o il letto siano bagnati per fuoriuscita di urina tra uretra e catetere; ciò esclude l'anuria;
- controllare se non vi siano cause meccaniche come catetere o tubo della sacca schiacciati o piegati su se stessi di 180 gradi;
- sconnettere la sacca e controllare se fuoriesce urina dal catetere; in tal caso è la sacca ad avere problemi (situazione rara, ma possibile);
- verificare la pervietà del catetere, iniettando 50-100 ml di soluzione fisiologica con uno schizzettone da 60-100ml con punta conica, che perfettamente si connetta al catetere. Se la manovra non riesce a far entrare in vescica il liquido di lavaggio, il catetere è ostruito e va sostituito. Analogamente il catetere va sostituito nel caso in cui il liquido entri in vescica, ma non ne esca nemmeno mediante aspirazione; ciò è legato al fatto che gli agglomerati proteici esercitano

- un meccanismo a valvola sulle aperture del catetere.
  - Ostruzione con febbre: la valutazione è sovrapponibile alla precedente; dopo aver risolto l'ostruzione bisogna prescrivere un antibiotico.
- E' necessario il ricovero nel caso in cui il paziente presenti febbre con segni di shock settico (Pressione Arteriosa sistolica <100; frequenza cardiaca >100 bpm, frequenza respiratoria > 20/min., cute sudata, sensorio rallentato e torpido).
- Anuria: qualora il catetere risulti pervio è necessario verificare la diuresi delle ultime 6-12 ore. La diuresi minima accettabile è di 20-30ml/ora. E' necessario valutare PA, frequenza cardiaca, basi polmonari, edemi declivi e stato di idratazione. Quest'ultimo può essere valutato dallo stato delle mucose e dalla persistenza della plica cutanea, ottenuta stringendo per qualche secondo la pelle del dorso della mano; tanto più la plica persiste, tanto più grave è la disidratazione. Escluso lo stato di shock ipovolemico e l'insufficienza renale acuta, la somministrazione di furosemide intra-muscolo permette di rimettere in moto la diuresi ed escludere il blocco renale. Ovviamente sarà necessario correggere i problemi che hanno portato alla riduzione della diuresi.

## IL PAZIENTE CON PROBLEMI LEGATI AD ACCESSI ARTIFICIALI AL TRATTO GASTROENTERICO

Si utilizzano vie di accesso artificiali al tratto gastroenterico per:

- nutrizione enterale totale nei pazienti con impossibilità temporanea o definitiva a deglutire;
  - occlusione intestinale maligna nei pazienti terminali per ridurre dolori e vomito;
- Le due condizioni sono diverse e saranno trattate separatamente.

### **Paziente in nutrizione enterale totale (NET)**

L'alimentazione enterale totale viene gestita in genere da apposito servizio dell'ASL e generalmente almeno un parente o la badante è stato istruito alla gestione di questa procedura. Essa è generalmente attuata utilizzando sacche preconfezionate, con quantità note di carboidrati, lipidi, proteine, vitamine ed elettroliti, il cui contenuto viene infuso con una pompa a velocità costante per alcune ore (una somministrazione troppo veloce causa sudorazione, nausea, diarrea ed ipotensione come nella Dumping Sindrome).

In alternativa si può provvedere ad una NET con gestione "casalinga", cioè somministrando 4-5 volte al giorno con uno schizzettone dei cibi semiliquidi, ottenuti frullando ciò che si mangia abitualmente (latte, biscotti, pangrattato, pasta di dimensioni molto piccole, carne, pesce, verdura, frutta, olio d'oliva, ecc...).

La NET può essere attuata attraverso un sondino nasogastrico (SNG) o un sondino gastrico percutaneo (PEG) applicato utilizzando un gastroscopio (quest'ultima

modalità da alcuni anni ha sostituito una tecnica ormai pressoché in disuso, che consisteva nel posizionare un sondino percutaneo di Petzer per mezzo di una piccola laparotomia).

### **Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)**

- Età, possibilità di deambulare o allettamento;
- Ragioni cliniche per cui è sottoposto a NET;
- Da quanto tempo è sottoposto a NET ed andamento del peso;
- Quali problemi di gestione della NET si sono verificati in passato;
- Comparsa o presenza di febbre, vomito, dolori addominali o alvo chiuso a gas e feci.

### **Durante la visita domiciliare**

I motivi per i quali può essere richiesto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale sono i seguenti.

#### **Sondino non più in sede**

Se è stato strappato completamente:

- in caso di PEG è necessario rivolgersi al servizio di endoscopia presso cui era stato applicato il sondino;
- in caso di SNG, è necessario posizionare un nuovo sondino.

Se è stato solo parzialmente spostato:

- in caso di PEG è necessario provare ad aspirare con una siringa (non iniettare liquidi che potrebbero finire in peritoneo); nel caso in cui si aspirino liquidi è possibile provare a riposizionare il sondino, fissandolo con un cerotto e riservandosi di contattare il servizio di endoscopia che aveva provveduto all'applicazione;
- in caso di SNG, è necessario spingere il catetere fino a riposizionarlo, senza togliere i cerotti, ma utilizzandoli come reperi; solo dopo averlo riportato nella sede originaria è possibile toglierli e sostituirli con quelli nuovi per riancorare il SNG. Nel caso in cui i cerotti siano stati tolti, il posizionamento del sondino può essere verificato iniettando acqua con uno schizzettone e successivamente aspirandola; quando la manovra consente di riaspirare l'acqua iniettata, significa che il sondino pesca nello stomaco.

#### **Sondino ostruito**

L'ostruzione del sondino deve essere prevenuta con la regolare esecuzione del lavaggio abbondante dello stesso dopo la somministrazione dell'alimentazione enterale. Una volta determinata l'ostruzione, raramente è possibile ripristinarne la pervietà con ripetuti tentativi di lavaggio con schizzettone o siringa da 60cc.

- PEG: La sua sostituzione va organizzata presso il servizio di endoscopia che lo aveva applicato. In caso di tempi di attesa lunghi si può applicare un SNG.
- SNG: La sostituzione si effettua facendo sedere il paziente, munito di un bicchiere di acqua, sul letto o su una sedia. Dopo aver applicato del lubrificante sulla narice prescelta e sulla punta del sondino, si invita il paziente a bere un abbondante sorso d'acqua senza deglutirlo.

A questo punto si introduce delicatamente il sondino nella narice e lo si fa scendere gentilmente; quando si valuta che il sondino sia in gola (lo si capisce dalla mimica del paziente), si invita il paziente a deglutire ed in sincronia con la deglutizione si spinge il sondino in modo che entri in esofago accompagnato dall'onda peristaltica prodotta dalla deglutizione. Si introduce il sondino fino al segno, indi con uno schizzettone si inietta e si aspira acqua per verificare il posizionamento della punta del sondino nell'antro gastrico.

A questo punto si fissa il sondino alle ali del naso con cerotto anallergico; nei pazienti con pelle delicata o allergici ai cerotti si copre la cute delle ali del naso con sottili placche di idrocolloide, sulle quali si fissano i cerotti.

### **Singhiozzo persistente**

In presenza di singhiozzo persistente è necessario aprire il sondino e verificare la presenza di deflusso di aria o succhi gastrici che possono indurre ad ipotizzare una distensione o ristagno gastrico. Se la manovra è negativa, si tratta del primo episodio e non sono presenti altri sintomi di allarme, è utile somministrare Metoclopramide 1 fl im; nel caso in cui la sintomatologia persista si può somministrare Aloperidolo ½ fl da 2 mg sc o im.

Nel caso in cui il singhiozzo sia stato segnalato altre volte, è opportuno valutare la distanza dal pasto e le modalità di somministrazione dello stesso, eventualmente riducendone quantità e velocità di infusione; inoltre è utile riprescrivere la terapia usata in passato se era stata efficace e successivamente far rivalutare il caso al medico curante.

Nel caso di singhiozzo associato ad altri sintomi, come dolori addominali intensi, alvo chiuso a feci e gas da 12-24 ore, febbre non spiegata o segno di Blumberg positivo si deve consigliare il ricovero, possibilmente nella struttura in cui il paziente è già conosciuto.

### **Vomito**

La valutazione e la terapia sono sovrapponibili a quelle effettuate in caso di singhiozzo. Nel caso di vomito è, inoltre, utile ritardare il pasto successivo di 12 ore; durante tale intervallo, dopo 3-4 ore dalla risoluzione del sintomo, si provvede a somministrare 50-100 cc di acqua tiepida con zucchero (se non diabetico) e limone, da ripetere dopo 1-2 ore con dosi crescenti.

In caso di vomito recidivante e in assenza di altri sintomi è necessario sospendere la NET e rivolgersi al medico curante il giorno successivo.

Se il vomito è associato ad altri sintomi, come dolori addominali intensi, alvo chiuso a feci e gas da 12-24 ore, febbre non spiegata o segno di Blumberg positivo si deve consigliare il ricovero, possibilmente nella struttura in cui il paziente è già conosciuto.

### **Dolori addominali**

I dolori addominali richiedono una accurata anamnesi sull'evoluzione temporale dei sintomi, sulle eventuali variazioni di sede o irradiazioni, sulle caratteristiche dell'alvo e della diuresi, un'accurata palpazione alla ricerca di resistenze o di punti dolenti, l'auscultazione dei suoni determinati dalla peristalsi, l'esplorazione rettale ed infine il controllo dei polsi femorali e pedali per individuare eventuali patologie aortiche.

E' importante valutare anche lo stato di coscienza, le condizioni generali, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e respiratoria.

- Alvo chiuso a gas e feci: l'auscultazione della peristalsi (assente o metallica), l'assenza di feci in ampolla rettale e di emissione di gas dal retto deve farci sospettare l'oclusione; in tale caso è necessario ricoverare il paziente. Nei casi dubbi, in presenza di parametri vitali nella norma, è necessario tenere il paziente in osservazione per 6-8 ore, instaurando una dieta idrica con acqua zuccherata (se non diabetico) e limone a dosi crescenti 50cc fino a 100 cc ogni 30-60 minuti. Si sconsiglia la prescrizione di antispastici, i quali renderebbero più difficile il riconoscimento clinico dell'oclusione intestinale.
- Sospetta anuria: è sempre utile sospettare una ritenzione urinaria con globo vescicale, evento non infrequente nei pazienti molto defedati o con stato di coscienza alterato. In questo caso la palpazione dell'ipogastrio causa più dolore o agitazione nel paziente non cosciente. La percussione può essere d'aiuto, mentre l'esplorazione rettale o vaginale o il cateterismo vescicale possono aiutare a confermare la ritenzione urinaria.
- Diarrea con o senza febbre e con addome trattabile: è necessario prescrivere Loperamide, fermenti lattici e dieta idrica, come precedentemente descritto fino alla cessazione della diarrea.
- Diarrea e febbre con feci miste a sangue, con addome trattabile e pressione arteriosa normale: è necessario prescrivere un antibiotico(Chinolonico, Rifaximina), fermenti lattici e dieta idrica come precedentemente descritto accompagnati da stretto monitoraggio clinico dell'evoluzione dei sintomi.

*Si consiglia il ricovero in presenza di uno dei seguenti sintomi:*

- dolori molto intensi e persistenti dopo somministrazione di antispastico im;
- segno di Blumberg positivo o con frequenza cardiaca >100,
- pressione arteriosa Sistolica < 110,
- frequenza respiratoria > 20/min.,
- proctorragia o melena.

## IL PAZIENTE TERMINALE CON OCCLUSIONE INTESTINALE MALIGNA CON PROBLEMI LEGATI AL SONDINO NASOGASTRICO

Porre, in un paziente terminale, la diagnosi di occlusione intestinale maligna non passibile di terapia chirurgica è sicuramente un compito delicato e comporta la conoscenza di tutta la situazione clinica e psicologica del malato e dei familiari. L'aspetto diagnostico va pertanto delegato al medico curante, sia esso il Medico di Medicina Generale o l'Oncologo: in assenza di una loro valutazione il paziente va ricoverato.

Il sondino naso gastrico rappresenta un presidio indispensabile nel momento in cui il paziente terminale presenti sintomi sospetti per una occlusione intestinale maligna; il suo scopo è quello di eliminare le secrezioni gastriche che ristagnano, causando vomito e dolori addominali.

### Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

#### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- Età, malattia da cui il paziente è affetto;
- Da quanto tempo il paziente è portatore di SNG;
- Quale terapia farmacologia è in corso;
- Stato di coscienza, presenza di dolore, febbre e vomito;
- Evoluzione dei sintomi in relazione alle eventuali variazioni della terapia negli ultimi giorni.

### Durante la visita domiciliare

Il Medico di Continuità Assistenziale può essere chiamato per risolvere alcuni problemi contingenti.

Per la dislocazione o l'ostruzione del sondino ci si comporta come descritto nelle pagine precedenti.

Per quanto riguarda il singhiozzo persistente e il vomito, date le condizioni del paziente, si possono utilizzare le fiale di aloperidolo anche ravvicinate ogni 4-6 ore, anche se già presente nell'infusione con la pompa.

#### Dolori addominali

Nel caso di dolori è indispensabile un trattamento globale della sintomatologia dell'occlusione, preferibilmente somministrando in infusione continua sottocutanea, con una pompa elastomerica, una adeguata dose di Metilbromuro di loscina (Buscopan) + Aloperidolo + Morfina. In caso di scarso controllo della peristalsi si può aggiungere una dose consistente di Anticolinergico (Buscopan) da 1 a 4 fl sc.

In mancanza di una infusione continua SC o Ev si può somministrare la morfina (5-20mg) SC ogni 4-6 ore, Buscopan SC in dosi crescenti e nei tempi idonei a controllare il dolore.

E' buona norma che questi pazienti abbiano un catetere vescicale, in quanto non è infrequente che il dolore sia legato ad un globo vescicale, il cui svuotamento determina la scomparsa dell'agitazione e del dolore del paziente

## NEOSTOMIE ESITO DI INTERVENTI DEMOLITIVI

**Si possono avere tre tipi di neostomie:**

- l'ileostomia dopo colectomia totale o dopo esclusione temporanea o definitiva;
- la colostomia nei pazienti sottoposti ad emicolectomia sinistra;
- l'urostomia nel caso di neovescica;
- l'ureterostomia.

### Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

**Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:**

- Età, possibilità di deambulare,
- Ragioni cliniche per cui il paziente è stato sottoposto a stomia e se essa è definitiva o temporanea,
- Da quanto tempo il paziente è stato operato ed andamento del peso corporeo,
- Quali problemi di gestione della stomia si siano già verificati in passato,
- Comparsa o presenza di febbre, vomito, dolori addominali o alvo chiuso a gas e feci.

### Durante la visita domiciliare

I motivi per cui può essere richiesto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale possono essere i seguenti.

#### Il marcato prolasso della neostomia

Il prolasso della neostomia è un evento comune, a cui il paziente è di solito già abituato. Solo eccezionalmente assume dimensioni esagerate; in questo caso è utile escludere l'ascite e l'occlusione intestinale. Per far rientrare il prolasso, bisogna far giacere il paziente supino e chiedergli di fare respiri lenti e profondi, mentre si esercita una delicata e progressiva pressione attraverso il sacchetto sulla stomia.

#### Il sanguinamento della neostomia

È necessario valutare l'entità del sanguinamento: nel caso sia abbondante e persistente o nel caso in cui i parametri emodinamici siano sospetti per ipovolemia è

prudente ricoverare il paziente. Se il sanguinamento è modesto, è utile prescrivere acido tranexamico 500mg 2 cpr ogni 8 ore e rinviare la valutazione al Medico curante.

## IL PAZIENTE CON RESPIRATORE ARTIFICIALE

La funzione respiratoria viene garantita dai seguenti 5 componenti, che consentono una efficace ossigenazione:

- un sistema centrale di controllo della frequenza e della forza;
- la forza muscolare (soprattutto del diaframma);
- la pervietà delle vie aeree;
- il compartimento alveolare;
- la vascolarizzazione del polmone.

La compromissione di uno o più di questi fattori si può manifestare sia con ipossiemia (cioè  $PO_2$  inferiore a 60 mmHg), sia con ipercapnia (cioè  $PCO_2$  superiore a 45 mmHg), ma più comunemente in forma combinata.

- **L'insufficienza respiratoria ipossiemica:** la diagnosi clinica viene posta al letto del malato, quando la saturazione del sangue è inferiore al 90% in un paziente in respirazione con aria libera (cioè con una frazione inspiratoria di ossigeno superiore a 0,6). Tale condizione deriva da patologie polmonari (polmonite grave, edema polmonare, emorragia polmonare, sindrome da distress respiratorio); in tale caso la terapia consiste nel fornire una miscela di gas arricchita di ossigeno.
- **L'insufficienza respiratoria ipercapnica:** deriva dalla riduzione del volume di ventilazione o dall'aumento dello spazio morto, per il quale a fronte di una adeguata ventilazione totale, quella alveolare sia inadeguata. Principali cause di questo tipo di insufficienza sono le malattie neuromuscolari (miastenia, miopatie, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla) e quelle nelle quali si ha un affaticamento dei muscoli inspiratori per l'aumentato carico di lavoro (Asma, BPCO e pneumopatie restrittive). Tale situazione richiede un intervento di supporto di ventilazione meccanica, quando diventa acuta, cioè quando il PH è inferiore a 7,3 e la  $P_{CO_2}$  arteriosa supera i 50 mmHg.
- **L'insufficienza respiratoria combinata:** può derivare dalla compromissione di più fattori in pazienti con pluripatologie, ma anche da lesioni di una sola componente, come da lesioni del sistema di controllo centrale (infarto del tronco, lesione spinale alta) o dal venir meno della forza muscolare (miopatie o miastenia). In questi casi il paziente non è più in grado di respirare autonomamente e può continuare a vivere solo se assistito da una macchina.

In sintesi la maggior parte dei pazienti in ventilazione assistita domiciliare sono persone con lesioni neurologiche o con degenerazione muscolare.

**Le macchine per la ventilazione assistita** sono strumenti che forniscono un

supporto meccanico esterno alla funzione dell'apparato respiratorio; essi sono il pilastro della terapia di supporto fisiologico ai pazienti con insufficienza respiratoria ipercapnica o combinata. La maggior parte dei ventilatori meccanici agisce fornendo una miscela di gas riscaldata ed umidificata secondo diversi schemi di volume, pressione e tempo. Il ventilatore funge da fonte di energia per l'inspirazione, sostituendosi alla funzione dei muscoli del diaframma e della cassa toracica. L'espirazione è passiva e generalmente viene creato un minimo gradiente di fine espirazione determinato dal ventilatore (da 1 a 10 cm H<sub>2</sub>O), per impedire alle vie respiratorie distali di collassare e venire meno alla funzione di scambio aria sangue (Pressione di fine espirazione positiva PEEP).

Le modalità di programmazione sono molto complesse e devono essere adeguate alle esigenze del paziente. Esistono 5 modalità di ventilazione:

- Ventilazione a controllo assistito (ACVM): viene utilizzata in pazienti con atti inspiratori regolari ma con basso volume ventilato; la macchina aiuta l'atto inspiratorio del paziente e se manca l'atto inspiratorio automaticamente mantiene una frequenza di atti minima.
- Ventilazione sincronizzata intermittente forzata (SIMV): è come la precedente ma non si attiva ad ogni atto inspiratorio; viene usata per lo svezzamento dalla ventilazione assistita.
- Pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP): la macchina mantiene un gradiente pressorio che mantiene pervie le vie aeree distali e migliora lo scambio gassoso negli alveoli; viene usata nei pazienti con ipossia notturna.
- Ventilazione a pressione controllata (PCV): è una modalità di esclusivo uso ospedaliero, perché necessita di un paziente non reattivo o profondamente sedato. Con essa il paziente viene ventilato meccanicamente e tutto il ciclo respiratorio è predeterminato dall'operatore.
- Ventilazione a supporto (PSV): la macchina interviene solo quando il flusso inspiratorio non raggiunge un minimo valore predefinito dall'operatore.

### **I pazienti in respirazione assistita sono divisibili in tre categorie:**

Pazienti con apnee notturne: sono a tutti gli effetti da considerare soggetti normali. I pazienti delle altre due categorie devono essere considerati pazienti fragili ed in essi è importante intervenire precocemente soprattutto in caso di problemi respiratori.

- Pazienti in respirazione assistita per enfisema grave o con problemi neurologici o muscolari: sono di solito seguiti in telemedicina e quindi hanno dei consulenti telefonici che conoscono il paziente, ai quali la continuità assistenziale può rivolgersi in caso di necessità, dopo aver valutato obiettività polmonare, pressione, polso, frequenza respiratoria e saturazione di ossigeno del paziente.
- Pazienti con insufficienza respiratoria su base ostruttiva: non sono collegati a centri di telemedicina, perché utilizzano l'ossigeno terapia con dispositivi che arricchiscono la concentrazione di ossigeno e possono consultare il Medico di

Continuità Assistenziale per uno o più dei sintomi di seguito riportati.

## Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- Età, condizioni generali;
- Ragioni cliniche per cui il paziente è in respirazione assistita;
- Da quanto tempo il paziente è in terapia assistita e terapia in atto;
- Quali problemi di gestione ci sono stati negli ultimi mesi;
- Presenza di febbre, dispnea, tosse, escreato o calo della saturazione di ossigeno.

### Durante visita domiciliare

I motivi per i quali può essere richiesto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale sono i seguenti.

#### Dispnea a riposo

È sicuramente il sintomo più preoccupante, cui si può temporaneamente fare fronte aumentando il volume di ossigeno erogato per breve periodo; per fare ciò è utile disporre di un pulsossimetro, strumento che però non risolve il rischio dell'ipercapnia.

Poiché spesso al problema respiratorio si affiancano disfunzioni cardiache, è necessario valutare se la dispnea possa essere attribuita a scompenso cardiaco anche in assenza di franchi rumori aggiunti alle basi, soprattutto quando questo si sia già verificato in altre occasioni, oppure sia una dispnea sopravvenuta in corso di crisi ipertensiva, nel qual caso una fiala di furosemide può far recedere rapidamente la dispnea.

Esclusa la componente cardiaca, la comparsa di dispnea a riposo in paziente in ossigeno terapia con un litro di ossigeno al minuto, impone il ricovero, soprattutto se il paziente è febbrile o il reperto polmonare rivela rumori aggiuntivi umidi su entrambe i campi polmonari, se è ipoteso, tachicardico o con la saturazione di ossigeno inferiore al 90%.

#### Comparsa di febbre

La febbre può essere espressione di una patologia polmonare in fase di esordio, anche in assenza di sintomi delle alte o basse vie aeree, se non vi sono altri elementi che ne giustifichino la comparsa; in tale caso, se il paziente è molto fragile, è consigliabile prescrivere in via preventiva un Fluorchinolone o una cefalosporina di 3° generazione.

La comparsa o l'aumento della tosse in tali pazienti fragili deve far sospettare la presenza di un processo flogistico polmonare e perciò deve essere trattata con una

terapia antibiotica.

L'aumento delle secrezioni e soprattutto quando esse non sono trasparenti o addirittura francamente purulente impone una terapia antibiotica.

In questi pazienti la scelta dell'antibiotico deve sempre valutare il rischio di resistenza; per tale motivo vanno alternate le molecole e la dose deve essere sempre la massima prevista per il farmaco in uso (fa eccezione a questa regola la presenza di insufficienza renale).

## IL PAZIENTE CON DECUBITI

Le lesioni da decubito riconoscono come fondamentale causa, sia nella patogenesi, sia nella scarsa tendenza alla guarigione, il carico meccanico che ischemizza i tessuti.

Pertanto tutte le tecniche di medicazione devono essere considerate inequivocabilmente secondarie alle misure atte ad eliminare o almeno ridurre al minimo il carico meccanico 24 su 24 ore o per la durata massima possibile nell'arco della giornata.

Da questa premessa emerge come sia essenziale che tutti gli operatori assistenziali rispettino e perseguano uniformemente questo scopo; nel caso in cui un solo operatore trascuri ciò, il lavoro degli altri viene vanificato.

Infine la limitata vascolarizzazione di questi tessuti rende molto lento il processo di riassorbimento dei tessuti necrotici ed il drenaggio linfatico dei fattori infiammatori (come il Tumor Necrosis Factor): tutto ciò impedisce l'avviarsi dei processi di ripopolazione di cellule vive.

**I criteri generali per il trattamento delle lesioni da decubito sono i seguenti:**

- **Toilette Chirurgica:** date le premesse sovra esposte è inderogabile l'esecuzione quotidiana o al massimo ogni 2 giorni di una toilette chirurgica della ferita; tale pulizia deve essere aggressiva per eliminare tutta la necrosi visibile fino ad arrivare sui tessuti sani. Per questa procedura non serve nessuna anestesia, anche se a volte la quantità di tessuto necrotico da asportare è considerevole, poiché si opera su tessuti morti e perciò insensibili. La comparsa di dolore e di sanguinamento indica il raggiungimento dei tessuti sani e quindi impone di procedere con molta cautela nella ulteriore pulizia dell'ulcera, sia perché il paziente avverte dolore, sia perché in questa zona dell'ulcera ci sono vasi ancora perfusi, che se recisi determinano importanti sanguinamenti difficili da arrestare. Comunque nell'arco di 2-3 medicazioni bisogna asportare tutto il tessuto morto; il raggiungimento di questo obiettivo è confermato dalla comparsa di gettoni di tessuto granuleggiante neoformato.
- **Come detergere:** Dato lo scarso drenaggio linfatico, un lavaggio aiuta ad allontanare i liquidi derivanti dalla colliquazione ed a ridurre la carica batterica. A tale scopo è consigliabile usare una soluzione fisiologica o, se ritenuto utile,

una soluzione disinfettante con clorexidina o povidone iodine (quest'ultimo non deve essere usato se si vedono secrezioni verdastre).

Si sconsiglia l'uso del mercurocromo di cui l'unico effetto certo è la tossicità, mentre l'applicazione del perossido di idrogeno è utile quando a fronte di una importante colliquazione si sospetti lo sviluppo di batteri anaerobi nel contesto di un tessuto necrotico oppure quando ci sono difficoltà ad allontanare il colliquato per la profondità dell'ulcera; ciò perchè essendo un potente ossidante senza rilevante potere antisettico, causa danno cellulare sui tessuti vitali.

- **Come medicare:** Dopo la pulizia chirurgica è necessario effettuare una medicazione adeguata. Innanzitutto la disidratazione arresta i processi cellulari, quindi non si deve mai far seccare le ulcere, per tale motivo si sconsiglia vivamente la pratica del tamponamento delle ulcere con sola garza iodoformica. Dopo aver deterso l'ulcera è necessario applicare, per lo meno finchè sono presenti tessuti necrotici, creme con principi proteolitici senza antibiotici, che hanno la funzione di agire sui tessuti critici, mantenendo l'umidità e favorendo il riassorbimento della componente necrotica e la proliferazione di quella sana. Sopra le creme vanno applicate:
  - garze grasse nel caso in cui alla medicazione successiva l'ulcera tenda ad essere asciutta;
  - garze sterili asciutte nel caso in cui l'ulcera sia secernente,
  - cotone idrofilo o panni di spugna, sopra le garze, per limitare la fuoriuscita delle secrezioni, nel caso in cui la secrezione sia molto abbondante; in tale caso è necessario rinnovare la medicazione in tempi più brevi, al fine di evitare macerazioni o proliferazioni batteriche eccessive.

Nel caso appaiano secrezioni verdastre, sinonimo di infezione da *Pseudomonas*, non deve essere usato il Povidone iodine, che ne favorisce la crescita, ma va applicata la sulfadiazina.

Infine, nella scelta delle medicazioni va ricordato che gli esperti di vulnologia sostengono che:

- temperatura corporea e umidità costanti sono indispensabili per il processo di guarigione,
- sulle piaghe non deve essere applicato nulla che non sia applicabile dentro un occhio,
- gli antibiotici topici hanno scarsa o nessuna utilità,
- si dispone di molte medicazioni avanzate, le quali offrono come principale vantaggio di permettere di dilazionare la frequenza delle medicazioni.

Dopo aver completato la medicazione è necessario curare con molta attenzione che i care givers rispettino un programma di controllo del decubito del paziente finalizzato a eliminare o limitare al massimo il carico sull'ulcera.

L'ulcera da decubito risente molto dell'omeostasi metabolica del paziente. Il peggioramento delle condizioni fisiche, la febbre, una inadeguata alimentazione si evidenziano sia nei bordi, sia nella estensione della lesione, nella riduzione delle secre-

zioni, nell'aspetto più opaco e più cadaverico dei tessuti; nelle lesioni con processo di granulazione si assiste al viraggio del colore da rosso vivo ad un colore spento tendente al marrone ed all'arresto della stessa progressione.

## Come guidare l'intervista preliminare (telefonata o accesso diretto)

### Elementi utili per un rapido inquadramento preliminare:

- Età , possibilità di deambulare,
- Quali patologie affliggono il paziente ed eventuali terapie farmacologiche in atto,
- Da quanto tempo è presente il decubito e la cadenza delle medicazioni,
- Tipo e la data di effettuazione dell'ultima di medicazione
- Comparsa o presenza di febbre.

## Durante la visita domiciliare

I motivi per i quali può essere richiesto l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale sono i seguenti.

### L'ulcera determina una secrezione che fuoriesce dalla medicazione

È necessario eseguire giornalmente le medicazioni, inoltre è necessario rivedere il tipo di medicazione, eventualmente utilizzando medicazioni avanzate che offrano il pregio di assorbire le secrezioni.

### L'ulcera determina un odore molto intenso

È necessario verificare lo stato della piaga, perché se essa ha un aspetto florido e granuleggiante non ci dobbiamo preoccupare, anche se per 2-3 medicazioni è opportuno ridurre gli intervalli tra le medicazioni. Se invece si ipotizza una sovrainfezione (spesso da anaerobi), deve essere prescritto metronidazolo per os 500 mg x 3 die o Amoxicillina o Piperacillina. Spesso può bastare un buon lavaggio con soluzione disinfettante seguita da rimozione di ogni liquido e successivamente una pausa di mezz'ora prima di eseguire la medicazione, tempo nel quale si può valutare l'entità dell'essudato e la necessità di ripetizione bigiornaliera della medicazione per alcuni giorni. Alcune medicazioni determinano un odore tipico, di cui non bisogna preoccuparsi perchè non legato ad infezione, come ad esempio gli idrocolloidi in placca per medicazioni occlusive.

### Il paziente presenta febbre

È molto importante valutare bene la lesione ed iniziare una terapia come sopra descritto nel caso in cui si pensi che la febbre origini dall'ulcera. Se non si ritiene che l'ulcera possa essere causa della febbre, è necessario cercare di mettere in atto subito una terapia eziologica della causa della febbre. Quanto più a lungo dura

la febbre, tanto più gravi saranno i peggioramenti dell'ulcera.

### Il paziente presenta dolore

Evenienza non molto frequente e comunque meritevole di una revisione della lesione e del cambio della medicazione la quale, a volte, non è tollerata e può essere causa del dolore.

Bisogna valutare sempre con attenzione il decubito che il paziente tiene durante la giornata, insistendo che esso sia variato ogni 2-3 ore o anche più spesso.

### L'ulcera determina sulle medicazioni un alone verdastro

Ciò in genere è causato da una infezione da *Pseudomonas* che spesso può essere risolta con medicazioni giornaliere con sulfadiazina.

## IL PAZIENTE DIMESSO DA POCO DOPO INTERVENTO CHIRURGICO

Non è possibile organizzare un discorso relativo a dimessi per chirurgia maggiore addominale (che peraltro varia da una cefaloduodenopancreasectomia, ad una emicolectomia, ad un gastrectomia, ad una isterectomia con linfadenectomia, ad una prostatectomia, ad un intervento per aneurisma addominale o ad una nefrectomia) o per chirurgia laparoscopica (videolaparocolecistectomia, emicolectomia videoassistita, interventi ginecologici in laparoscopia, artroscopie, toracoscopie) o per interventi sul torace (pneumectomia, by-pass aorto coronario, sostituzioni valvolari cardiache).

Ad ogni modo, in queste situazioni, è necessario che il paziente stesso o il Medico di Continuità Assistenziale si riferiscano, nel caso di dubbi o di problemi, ai relativi reparti di provenienza.

Quadri comuni

- **Il rischio embolico** è sicuramente uno dei problemi da considerare nei pazienti convalescenti da un intervento chirurgico. Esso è dovuto alla scarsa mobilitazione ed al protratto clinostatismo, che favorisce la stasi venosa e l'innescò della cascata della coagulazione nel comparto venoso degli arti inferiori. Buona regola è obbligare il paziente ad uscire dal letto più volte al giorno per compiere tratti di cammino di lunghezza crescente, anche con lo scopo di recuperare prima possibile la piena autonomia.  
Nel paziente che non deambula è buona regola usare delle calze elastiche ad entrambe gli arti e/o somministrare la sera una eparina calcia a basso peso molecolare
- **La febbre** in un paziente post intervento è quasi sempre spia di infezioni connesse al trauma chirurgico, perciò bisogna visitare accuratamente l'operato e

raccogliere un'anamnesi molto dettagliata per escludere possibili infezioni virali, polmonari o urinarie.

In assenza di elementi orientativi è buona norma iniziare una terapia antibiotica ad ampio spettro e far rivalutare il malato dal curante o dal reparto da cui è stato dimesso.

- **Ipotensione e tachicardia** devono far pensare ad un possibile stato di ipovolemia e quindi ad una possibile emorragia interna
- **Anoressia ed ipostenia** sono sintomi comuni dopo degenze prolungate o interventi impegnativi, in tal caso possono essere consigliati integratori vitaminici (possibilmente solubili, perchè garantiscono maggiore compliance e una maggiore idratazione) o integratori calorici (Meritane o analoghi). E' comunque molto importante far riprendere al paziente un normale ciclo alimentare, favorito dalla scelta di cibi graditi al paziente somministrati in dosi refratte e ridotte (ad esempio ogni 2-3 ore durante la giornata). E' stato dimostrato che somministrare la stessa quantità di cibo in più dosi invece che in un'unica dose comporta un miglior gradimento ed una maggior quantità di cibo assunta.

# CURE PALLIATIVE

*Dott. Pierangelo Lora Aprile*

## **Chi è l'utente assistito in Cure Domiciliari: profilo dei pazienti assistiti**

La richiesta di intervento da parte di famigliari di un paziente assistito in Cure Domiciliari presuppone che ogni Operatore Sanitario che interviene nelle Cure sia consapevole che:

1. Si tratta di un paziente “particolare” che per le sue esigenze/bisogni è assistito a domicilio, ovvero gli vengono fornite a casa da personale qualificato Cure con questi obiettivi:
  - a. Evitare il ricovero non appropriato in strutture ospedaliere e/o residenziali
  - b. Continuare l'assistenza in pazienti dimessi dall'ospedale e non ancora guariti
  - c. Supportare la famiglia
  - d. Recuperare le capacità residue di autonomia e di relazione
  - e. Migliorare la qualità di vita anche nella fase terminale
2. I pazienti assistiti a domicilio necessitano di cure più o meno complesse, ovvero vi possono essere diversi “profili” a seconda della intensità di cura che essi richiedono:
  - a. Assistiti che ricevono “prestazioni” domiciliari semplici (esempio prelievi, cambio di catetere, visite periodiche del proprio Medico etc). Sono pazienti che non necessitano di integrazioni con i Servizi di Assistenza Domiciliare. Si tratta di pazienti in condizioni stabili e che non richiedono approcci multidisciplinari
  - b. Assistiti che ricevono Cure Integrate (cioè con l'attivazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare). Essi, a seconda della complessità, appartengono a tre profili di complessità/intensità progressiva: primo-secondo-terzo livello. Sono caratterizzati dall'aver un Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale e multiprofessionale. Re-

sponsabile clinico è il Medico di Famiglia.

- c. Assistiti oncologici e non che per la loro malattia in stato avanzato ricevono Cure Palliative domiciliari. Sono i pazienti di norma più complessi e in alcune realtà beneficiano dell'assistenza di un'équipe specifica che ne assume la responsabilità clinica e di cui il Medico di Famiglia fa parte.

Il Medico di Continuità Assistenziale è un Operatore Medico il cui ruolo diventa fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi che si pone la Cura Domiciliare. Il suo servizio infatti raccorda l'assistenza del Medico di Famiglia e permette la continuità delle cure, che è la premessa ineludibile perché il cittadino malato possa scegliere di essere curato a casa, quale sia il suo stato, se ciò è compatibile con l'etica clinica.

Il Medico di Continuità Assistenziale, nel caso in cui la richiesta di intervento riguardi pazienti in Cure Domiciliari, si dovrà sempre chiedere se tale richiesta è congrua con il Piano Assistenziale Individuale o se invece le condizioni richiedono l'ospedalizzazione. Il suo intervento, ancorché estemporaneo, è prezioso e nulla deve essere perso delle considerazioni cliniche e non, legate alla sua osservazione; pertanto è molto importante che egli scriva nella cartella domiciliare alcune note per il medico curante. Ovviamente ciò risulta viepiù importante quanto più complessa è la situazione del malato e della famiglia. A questo riguardo sarebbe bene che almeno per i casi difficili vi fossero nella postazione della Continuità Assistenziale alcune note del Medico Curante.

## **Che cosa fare quando arriva la chiamata di un utente assistito in Cure Domiciliari:**

### ***azioni comuni per tutti gli utenti***

- Classificare l'utente nel profilo di assistenza (primo/secondo/terzo livello o malato in cure palliative) e rilevare la eventuale presenza della cartella di raccordo del MMG nella postazione di guardia medica.
- Se non è possibile risolvere il problema senza recarsi a domicilio scrivere nella cartella domiciliare alcune note per il Medico Curante: i problemi rilevati (clinici e non), le decisioni terapeutiche (farmaci, indagini ect).
- Nel caso si debba procedere a ricovero valutare attentamente il problema, in particolare se si tratta di un malato in fase terminale (a volte la soluzione clinica che sembra essere la migliore può non rappresentare il bene del paziente!). Ricordarsi di dire in ogni caso al familiare di avvisare il Medico di Famiglia che il paziente è ricoverato.

## IL MALATO IN FASE AVANZATA DI MALATTIA Un paziente e una famiglia del tutto particolari

### *Cinque tappe per un intervento appropriato in Cure Domiciliari*

Le Cure Palliative sono un complesso di attenzioni cliniche, psicologiche, spirituali dirette a malati inguaribili (quale sia la loro malattia di base: oncologica oppure cardiogena, neurologica, respiratoria, etc.) in cui la malattia è in stato avanzato tale da provocare la morte in un tempo breve (solitamente meno di tre mesi). L'obiettivo non è più né la guarigione né la stabilizzazione del quadro clinico, che peggiora inesorabilmente. Obiettivo unico è la miglior qualità di vita del paziente e della sua famiglia. Poiché la qualità di vita è una definizione soggettiva, in questa fase dell'assistenza occorre essere molto attenti ai desideri del paziente e soprattutto a sollevarlo dai sintomi che lui ritiene essere i più fastidiosi e, naturalmente in primis, dal dolore.

E' importante conoscere che, anche negli stadi avanzati di malattia, un "buon medico", con le conoscenze cliniche e psicologiche adeguate, può fare la differenza per il paziente e la sua famiglia.

Occorrono competenze mediche specifiche per assistere un malato in fase terminale di malattia e certo non è possibile essere esaustivi negli spazi ristretti consentiti da questo manuale, ma è possibile invece cercare di stigmatizzare i punti fondamentali per non "fare disastri" e per guidare l'intervento medico verso l'appropriatezza. I punti che seguono possono servire anche da temi di approfondimento e riguardano la relazione con il malato e i famigliari, la bioetica, la clinica e l'organizzazione delle cure domiciliari.

### **Prima tappa: ASCOLTO EMPATICO**

- Ascoltare al telefono i motivi della chiamata dei malati o dei familiari in difficoltà che richiedono aiuto.
- Utilizzare una **COMUNICAZIONE EFFICACE**.
- Identificare i casi in cui è necessario andare a domicilio ed i casi in cui la relazione d'aiuto può risolversi al telefono.

I famigliari di un malato molto grave, deceduto il giorno successivo, riferivano della risposta avuta al telefono da una Collega Medico di Continuità Assistenziale. Il diniego alla visita domiciliare era motivato da questa frase " Signora, io sono un medico e curo le persone vive, non i morti !"

Molto spesso crediamo che i malati "terminali" siano già morti e non valga la pena di spender per loro tempo prezioso. Per questo li chiamiamo morenti !

### **Seconda tappa: PRIMA DI ANDARE A DOMICILIO PER LA VISITA**

- Leggere attentamente i riferimenti all'**ETICA DELL' ACCOMPAGNAMENTO**
- Provare ad immaginare lo scenario che si prospetterà in base alle notizie avute al telefono

## LA COMUNICAZIONE EFFICACE: 5 semplici regole per evitare disastri

1. Saper ascoltare: occorre capire che cosa il paziente “non dice”. L’atteggiamento in cui ci si deve porre è quello dell’ascolto empatico, ciò significa non avere fretta, sedersi sul letto, ascoltare in silenzio senza interrompere, lasciare che le emozioni “escano” (pianto per esempio), non banalizzarle (“ma su non faccia così, domani starà meglio!”), legittimarle (“mi sembra di poter capire il suo dolore...tutti sarebbero nello sconforto se si trovassero in questa situazione...)
2. Saper formulare domande aperte: è l’unico modo per conoscere cosa pensa il paziente...”perché mi fa questa domanda ?”...”cosa ne pensa a riguardo ?” Se obiettivo delle cure è esaudire i desideri del paziente non resta che chiedere a lui quali sono!
3. Saper rispondere alle domande difficili: sono le situazioni più imbarazzanti...”Dottore mi resta poco vero ?”... Non è facile rispondere... e non ci sono “formule”, ma certamente si può dire cosa è sbagliato rispondere. E’ sbagliato dare una risposta in termini di tempo, quale essa sia, anche se sono famigliari (tre mesi, sei mesi), è sbagliato banalizzare la risposta (ma cosa mi dice, vedrà quando sarà guarito...). Si può rispondere, se uno se la sente, con un’altra domanda: “perché mi dice così?”, oppure si può stare in silenzio (è anch’esso una forma di comunicazione) o semplicemente rispondere “non so rispondere!”
4. Saper affrontare il problema della NEGAZIONE: non è mai utile “smontare” un’idea che nasce dalla negazione della malattia. Se abbiamo approfondito con alcune domande che il paziente (o i famigliari) ha sviluppato una negazione della realtà, è bene assecondarlo.
5. Saper gestire i conflitti: una buona comunicazione permette più facilmente di gestire i conflitti. Spesso la tensione che si crea nelle famiglie dei pazienti in fase terminale è tale che si alza il livello di conflittualità tra malato e famigliari, tra famigliari, tra famigliari e medico curante etc. I conflitti possono acuirsi quando entra in scena un elemento “disturbante” nel Piano Assistenziale: l’arrivo di un parente lontano che si meraviglia delle condizioni del malato e che fa di tutto per convincere a ricoverare il paziente può essere la situazione in cui il Medico di Continuità Assistenziale si vede costretto ad intervenire. A volte è sufficiente spiegare con calma e tranquillità quali sono gli obiettivi di cura, altre volte occorre essere direttivi con autorevolezza, altre ancora è utile cedere se ciò rappresenta il bene del paziente.

## LA NEGAZIONE

Durante l'assistenza a malati inguaribili oncologici è frequente l'osservazione che si sviluppi nei malati stessi, ma a volte anche nei famigliari, una negazione della propria malattia oppure una falsa percezione delle proprie condizioni di salute con addirittura la messa in opera di progetti a lungo termine.

Questa fase psicologica può durare pochi giorni oppure perdurare anche fino alla morte. Si tratta di una particolare reazione di "difesa" che gli psicologi invitano a trattare con molta attenzione. Essa si sviluppa per "difendere" in qualche modo la persona che sarebbe altrimenti molto fragile e non riuscirebbe a sopportare tale condizione. La negazione si manifesta "negando" l'evidenza: i sintomi della progressione della malattia vengono ascritti a disturbi dovuti a malanni banali, la mancanza di appetito alle condizioni esterne al paziente (al tempo!), vi è il desiderio ed il progetto di riprendere le normali attività lavorativa contro ogni logica...

E' importante saper riconoscere la negazione distinguendola, per esempio, dalla non consapevolezza sul proprio stato, perché il paziente non è stato adeguatamente informato. Se la negazione si è manifestata come difesa, essa va lasciata e non contrastata. Gli Psicologi avvertono che i casi di suicidio in pazienti in fase terminale sono spesso causati da una brusca interruzione della fase di negazione, per l'angosciante confronto con la realtà a cui un solerte Operatore ha riportato il paziente.

## L'ETICA DELL'ACCOMPAGNAMENTO

Se obiettivo delle Cure Palliative è la miglior qualità di vita del malato e della sua famiglia, non si può non considerare che il termine ultimo del processo è sempre e comunque la morte. La morte rimane il destino dell'uomo e le paure che essa evoca non sono tanto per l'evento in sé, quanto nel processo il morire che la precede. Il morire si trascina dietro i problemi esistenziali dell'Uomo, il significato della vita e della morte, la perdita degli affetti, la paura della sofferenza... Puntare alla migliore qualità di vita non può voler dire solo "sollevare dai sintomi", anche se ciò è sicuramente una priorità. Qualità di vita significa soprattutto accompagnare il morente salvaguardando la sua dignità di Persona fino all'ultimo istante.

La crescente incidenza di malattie croniche e degenerative, unita alla crescente efficacia delle terapie mediche, determina un aspetto nuovo della morte: il prolungamento del morire. La morte è diventata un tabù, qualcosa di cui non si può più parlare e questo atteggiamento verso la morte ha favorito una progressiva medicalizzazione del morire, un morire che assume aspetti burocratici e tecnologici, che vanno a sostituire quelli umani, della relazione. In questi casi le strategie che vengono messe in atto sono quelle della negazione e del controllo: proteggere ad ogni costo il malato terminale dalla consapevolezza della morte, concentrare

ogni sforzo nella lotta contro la morte, sia attraverso il proposito di prolungare la vita a qualunque costo, sia attraverso il tentativo di anticipare la morte.

E' possibile invece dare una risposta diversa: la fase finale è una fase della vita in cui il malato continua ad essere una persona con le sue caratteristiche, la sua dignità, in grado di mantenere una relazione con ciò che lo circonda e decidendo come dare un significato di compimento all'ultima parte della propria vita. Da ciò nasce una nuova strategia: quella dell'accompagnamento, in cui si riconoscono i limiti della medicina decidendo di non proporre o di interrompere trattamenti sproporzionati, si resta vicini al malato per dargli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti, si sposta l'obiettivo dello sforzo terapeutico dal guarire al prendersi cura orientando i trattamenti verso la cura dei sintomi e il sollievo dal dolore.

L'etica dell'accompagnamento indica le condizioni attraverso le quali passa una morte "degn": in altre parole recupera le condizioni che a livello popolare fanno dire "è morto bene". Il criterio di fondo è: aiutare a vivere fino all'ultimo istante. Da questo criterio traggono origine alcune indicazioni pratiche: accompagnare il malato fino alla morte significa avere ben presente alcune priorità:

1. Alleviare il dolore;
2. Comprendere i bisogni del paziente;
3. Proporzionare le cure;
4. Decodificare le richieste del paziente.

### Etica dell'accompagnamento: ALLEVIARE IL DOLORE

La sofferenza fisica e prioritariamente il dolore inchiuda nell'isolamento, distrugge ogni possibilità di vivere come persona, cioè di entrare in relazione con il mondo: non è possibile il dialogo, l'esplicitazione dei bisogni, ma anche il semplice dedicarsi alla lettura, a guardare la TV, ad ascoltare musica...

Sedare il dolore costituisce quindi un obbligo fondamentale.

Il dolore nel malato inguaribile si definisce "totale" per le sue peculiarità che coinvolgono non solo la sfera fisica, ma quella psicologica, sociale, spirituale. Questo rende ragione della necessità di un approccio non solo medico al problema del dolore. Non si tratta solo di una corretta terapia antalgica, ma di un approccio globale che si può realizzare con il contributo di Altri in un contesto di forte relazionalità.

Quando un Medico è chiamato a sedare il dolore perché il paziente è sofferente e chiede di esserne sollevato ogni mezzo è lecito per raggiungere lo scopo. Vi sono casi, rari, in cui non è possibile con nessun farmaco o intervento togliere in modo sufficiente il dolore: la **SEDAZIONE** può restare l'unica via per raggiungere l'obiettivo.

**RICORDA:**

1. Dai sempre un risposta specifica al dolore fisico;
2. Previene il dolore;
3. Adatta le dosi al paziente e al tipo di dolore: la terapia ottimale è quella che dà il massimo beneficio con minimi effetti collaterali;
4. Inserisci la terapia in un forte contesto relazionale e coinvolgi i familiari invitandoli a restare vicino al loro caro;
5. Ricorri alla **SEDAZIONE** solo quando non hai alternative.

### Etica dell'accompagnamento COMPRENDERE I BISOGNI DEL PAZIENTE

Vi sono bisogni che il paziente esprime facilmente (per esempio essere sollevato dal dolore o da altri sintomi), ma vi sono bisogni inespressi di cui è importante tenere conto.

**IL BISOGNO DELLA VERITA'.** Negare la possibilità di conoscere il proprio destino significherebbe negare la possibilità che il malato possa esercitare il suo diritto di decidere cosa fare (principio di autodeterminazione). Il problema tuttavia non è contenibile entro l'alternativa "dire" o "non dire": la preoccupazione prioritaria è che la comunicazione sia un processo (la verità è un punto di arrivo, mai di partenza).

**IL BISOGNO DI VIVERE LA TERMINALITA'.** I malati chiedono di poter "vivere" la fase terminale e ciò dipende dalla possibilità di esprimere i propri reali sentimenti e le proprie emozioni (rifiuto-negazione, rabbia-collera etc.): dai tempo alla tua visita, lascia che il malato "sfoghi" i suoi sentimenti, utilizza una COMUNICAZIONE EFFICACE .

**IL BISOGNO DI PERCEPIRE ATTORNO LA STIMA PER LA PROPRIA PERSONA.** Il senso di svalutazione che, a causa del deterioramento prodotto dall'avanzare del male, il malato può avvertire, dipende molto dall'attitudine e dallo "sguardo" degli Altri: conferma con il tuo sguardo che lui, il malato, resta una persona con pari dignità.

**IL BISOGNO DI TENEREZZA.** Nel malato che sta morendo il ragionamento logico è perturbato. Emerge una sorta di coscienza affettiva. Le parole diventano povere. E' tempo di semplificare le cose: siediti sul letto, sorridi, tienigli la mano.

**IL BISOGNO SPIRITUALE:** Non è il bisogno religioso nell'accezione comune del termine (anche se può coincidere, non sempre è presente). Il bisogno di carattere spirituale emerge sempre: perché sto soffrendo? Qual è il senso di tutto ciò, della vita, della morte? Ho qualche colpa? Vorrei essere perdonato: ... Non è sempre necessario dare risposte di contenuto, è importante "esserci" poiché il travaglio spirituale ha bisogno di un testimone.

## L'etica dell'accompagnamento: PROPORZIONARE LE CURE

Il principio di proporzionalità delle cure durante la fase terminale di malattia è il “core” dell’etica dell’accompagnamento poiché esso rappresenta un approccio “normativo” che si contrappone ai due maggiori pericoli nell’ambito delle cure palliative: l’approccio “vitalista” rappresentato dalla ricerca di un accanimento terapeutico (prolungare la vita fisica ad ogni costo) e quello dell’abbandono (rinuncia ad ogni tipo di intervento medico, anticipazione della morte).

Le cure proporzionate rappresentano oggi la concreta risposta alla strategia eutanasica.

Lasciar morire equivale a uccidere ?

E' necessario definire quanto meglio possibile il significato del termine EUTANASIA!

Lasciare che il paziente muoia, quando, pur disponibile, un trattamento benefico non viene somministrato perché intenzionalmente si vuole che muoia, questo è un reale atto eutanasi. In questo caso non c'è differenza tra uccidere e lasciar morire. Questo non è vero in tutti i casi. Non è vero nel caso in cui la decisione di interrompere il trattamento è frutto della constatazione della sua inutilità (il trattamento non è utile né opportuno al raggiungimento dell’obiettivo) oppure della sua futilità (il trattamento, ancorché utile, non è però efficace a raggiungere l’obiettivo).

Non è quindi sostenibile che tra lasciar morire e uccidere non c'è mai differenza.

Eutanasia è definito come l’atto medico che viene messo in atto su precisa richiesta del paziente inguaribile e che viene deliberatamente compiuto per determinare la morte del paziente stesso

### NON E' EUTANASIA

- La terapia antalgica che in fase terminale può portare ad abbreviare la vita del malato;
- La sedazione profonda che viene praticata per togliere lo stato di coscienza;
- L’astensione o l’interruzione di trattamenti ritenuti inutili, futili o non opportuni;
- Il rifiuto da parte del malato di cure che lui ritiene sproporzionate;
- Il distacco di mezzi di respirazione artificiale, a fronte di una morte cerebrale accertata;
- La sospensione dell’alimentazione artificiale se questo non determina direttamente la morte.

## L'etica dell'accompagnamento: DECODIFICARE LE RICHIESTE

Quando il malato prende consapevolezza che non vi sarà più nulla che può evitargli la morte, molto spesso formula la richiesta di arrivare a morire in fretta. E' una richiesta che è rivolta normalmente al medico di famiglia, ma non sarà infrequente che il malato si rivolga anche al Medico di Continuità Assistenziale.

La richiesta di morire abitualmente non è una richiesta eutanastica, intesa come consapevole richiesta di voler porre fine alla propria vita anticipatamente, ma assume importanti significati che il medico deve saper ricercare. Accompagnare il malato (farsi compagni) significa acquisire la capacità di "decodificare" la richiesta di essere aiutati a morire. L'atteggiamento è quello dell'ascolto empatico (vedi prima tappa). Una domanda come "Dottore mi faccia morire, non ce la faccio più..." può voler dire "Dottore mi aiuti "a morire" senza ...dolori, sintomi, angosce ect". Ovviamente a seconda di come si decodifica la domanda la risposta è totalmente diversa !

## Terza Tappa: LA VISITA A DOMICILIO

### Cosa è opportuno non fare

Focalizzare la propria attenzione immediatamente su ciò che siamo abituati fare "da medico": estrarre il fonendo, misurare la pressione, misurare la glicemia, auscultare il cuore...ispezionare, palpare...per poi sedersi in cucina a scrivere la "ricetta"...non ascoltare...pensare solo al problema clinico. Pensare che in Ospedale vi siano condizioni migliori per trattare il problema: quasi mai per questo tipo di malati ciò risponde al vero, piuttosto pensare ad un ricovero in strutture ad hoc (Hospice) (vedi Quando ricoverare).

### Cosa è opportuno fare

Entrando nella casa tenere presente che si entra in un luogo dove la sofferenza è la principale inquilina. Tanto più le condizioni della malattia sono gravi ed avanzate tanto più il malato ha necessità di avere intorno le persone che sono significative (e voi non siete una di quelle!) e diventa importante la loro presenza fisica nella sua stanza. A volte la comunicazione diventa difficile, vale di più una efficace comunicazione non verbale, fatta di sguardi, di silenzi, di attesa: non avere fretta!

E' fondamentale ricordarsi che l'intervento medico richiesto ha in sé un significato molto più ampio del risolvere il problema clinico, che spazia dalle necessità in campo psicologico, al desiderio di sapere e di conoscere, alla necessità da parte di malato e familiari di "sfogare" il proprio risentimento.

Mettersi in ascolto e utilizzare una COMUNICAZIONE EFFICACE è la prima cosa da fare!

### Quarta tappa: TRE DOMANDE DA FARE SEMPRE AL MALATO

- *Come si sente ...?*
- *Cosa le da più fastidio, disagio, paura ? ( da fare anche al familiare)*
- *Cosa pensa, riguardo a questo problema che mi riferisce, della possibilità di essere curato a casa ?*

E' bene ricordarsi di fare una accurata ricognizione per identificare l'eventuale presenza di alcuni sintomi molto frequenti e disturbanti durante la fase terminale: Dolore, Dispnea, Insonnia, Nausea/Vomito, Stipsi. Ovviamente possono emergere dal colloquio molte altre situazioni in cui è necessario l'intervento medico, ma certamente se un malato ha il dolore controllato, respira bene, non ha nausea o vomito, si scarica con regolarità e riposa di notte siamo già ad un buon punto !

### Quinta tappa: UNA DOMANDA A SE STESSI: COSA E' GIUSTO FARE ?

E' la domanda a cui a volte può essere difficile rispondere. Arrivati a capire il problema clinico e conoscendo il rimedio più efficace si tratta di valutare se ciò è opportuno oppure no.

Alcuni esempi serviranno a chiarire il concetto.

La presenza di febbre da focolaio broncopneumonico in atto è evidente che richiede dal punto di vista medico l'assunzione di un antibiotico. Ma non sempre l'antibiotico può essere opportuno. In condizioni avanzate, in cui la morte è imminente, è probabilmente un intervento non proporzionato (vedi PROPORZIONARE LE CURE nel capitolo dell'etica). Nello stato di disidratazione evidente del malato in fase agonica non solo la somministrazione di liquidi endovena può non giovare, ma rischia di aggravare i disturbi respiratori aumentando le secrezioni. La presenza di una grave anemia non sempre richiede l'emotrasfusione; anche in questo caso i benefici potrebbero essere minori dei disturbi apportati.

E' chiaro che per decidere cosa è giusto fare gioca molto l'esperienza, ma al Medico di Continuità Assistenziale è richiesto un intervento di "emergenza" e quasi sempre le decisioni difficili possono essere demandate alla équipe curante nel giorno successivo.

In ogni caso è sempre giusto:

- *Trasmettere con una comunicazione efficace serenità e speranza;*
- *Non contrastare mai la negazione del malato;*
- *Dare priorità assoluta al controllo del dolore e dei sintomi rilevati;*
- *Decidere se è indispensabile e/o utile il ricovero (vedi: quando ricoverare ?).*

## IL DOLORE DA CANCRO

Per l'assoluta importanza che il dolore assume nel paziente in cure palliative, per il suo frequente riscontro in tale ambito e per la complessità che riveste la corretta identificazione della diagnosi e della terapia verrà dedicato all'uopo un capitolo a sé stante.

Anche questo capitolo sarà per tappe per guidare agevolmente il medico ad una impostazione corretta (oppure ad un aggiustamento) della terapia del dolore.

### Prima Tappa: CLASSIFICARE IL DOLORE SI TRATTA DI DOLORE NOCICETTIVO, NEUROPATICO O DI UNA SINDROME MISTA ?

E' importante ai fini della scelta terapeutica distinguere il Dolore Nocicettivo (somatico e viscerale) e il Dolore Neuropatico. Il primo tipo di dolore ha caratteristiche di rappresentazione e di localizzazione ben precise nella sua localizzazione somatica, mentre risulta meno definito in quella viscerale e viene descritto dal paziente con termini che ci riportano ad una definizione colica e/o gravativa. Il dolore neuropatico viene descritto come lancinante o urente con parossismi a tipo scossa elettrica o puntura trafittiva e può essere accompagnato ad alterazione della percezione sensitiva. Sono dolori associati ad alterazioni della sensibilità (disestesie, parestesie); l'esame neurologico rileva sempre alterazioni di ipo/ipersensibilità (ipoestesia, anestesia, iperpatia, allodinia). Nelle Sindromi Algiche Miste il quadro doloroso è frutto dell'intreccio di due o più meccanismi differenti e questa situazione è la regola nel dolore da cancro avanzato.

### SI TRATTA DI UN DOLORE CHE PUO' ESSERE IDENTIFICATO COME D.E.I. ?

E' altresì importante chiedersi se il dolore che lamenta il paziente ha caratteristiche di Dolore Incidente o di Dolore Episodico Intenso (DEI). La definizione accettata di Dolore Episodico Intenso, traduzione dall'inglese Breakthrough Pain, è quella di Mercadante: "esacerbazione transitoria del dolore che si produce in aggiunta ad un dolore persistente altrimenti stabile". Si tratta di un dolore che insorge dopo l'operazione di titration (vedi) e non in corso di adeguamento della terapia, in pazienti in cui il dolore di base è controllato. Esso di norma è molto intenso, descritto come lancinante, a scossa e dura di solito meno di trenta minuti (il più delle volte pochi minuti). Identificare il DEI è di capitale importanza per il suo trattamento.

### Seconda Tappa: VALUTARE IL DOLORE

Passo ulteriore per definire il quadro clinico è la "valutazione del dolore" quantificando l'intensità, ma anche tenendo conto della valutazione della autonomia, l'aspettativa di vita, il supporto che può dare la famiglia, il contesto ambientale so-

ciale in cui la malattia si manifesta e progredisce.

L'oggettivizzazione del dolore è possibile con l'ausilio di scale di valutazione. Esistono scale molto complete, di alta sensibilità ed affidabilità che misurano le diverse componenti del dolore, ma che difficilmente il Medico di Continuità Assistenziale potrà impiegare nella sua pratica, visto il tempo limitato che molto spesso può dedicare al colloquio. Le scale proposte a fine capitolo invece sono unidimensionali (misurano una sola dimensione, l'intensità del dolore) da parte del paziente. Esse hanno il pregio di esser di facile applicazione e di misurare il dolore in modo globale.

### Terza Tappa: SCEGLIERE IL FARMACO PIU' APPROPRIATO

E' merito di un gruppo di esperti in terapia del dolore, fra i quali il Prof. Vittorio Ventafridda, aver dato corso ad una ricerca nell'ambito della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha fornito a ciascun Paese membro uno strumento efficace, ma facilmente applicabile da tutti gli Operatori anche non Specialisti, per un approccio razionale al controllo del dolore da cancro. I concetti fondamentali delle linee guida sono espressi dalla cosiddetta "scala analgesica" (Fig. 1), che prevede un approccio graduale per il controllo del dolore (a gradini), definendo i criteri che permettono di passare da un gradino a quello successivo.

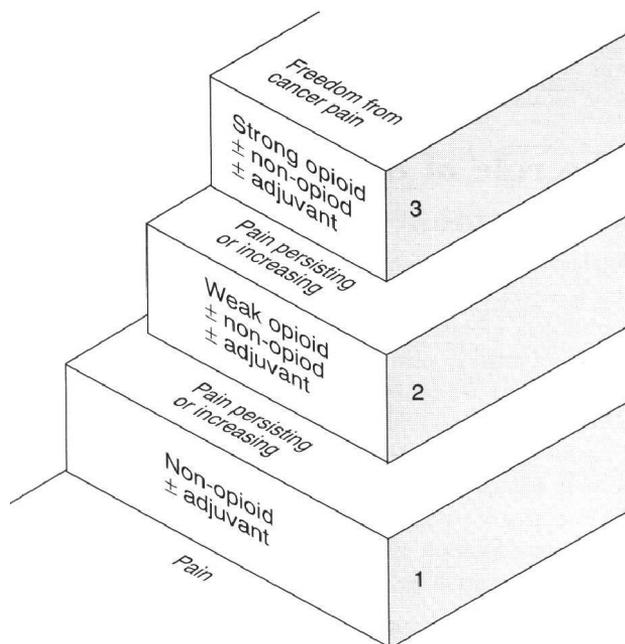


Fig. 1: Scala analgesica a tre gradini – WHO- Ginevra, 1996

L'O.M.S. mette in rilievo come la scelta terapeutica debba essere guidata dalla entità del dolore (intensità e persistenza) e da qui la necessità che il dolore venga adeguatamente valutato e misurato con strumenti validati. A titolo orientativo:

Per il DOLORE LIEVE (da zero a 3 della scala numerica) sono indicati i farmaci non-oppioidi (Fans e Paracetamolo);

Per il DOLORE MODERATO (dolore uguale o superiore a 4 fino a 6 ) sono indicati gli oppioidi un tempo definiti “deboli” (Codeina e Tramadolo);

Per il DOLORE GRAVE (maggiore/uguale a 7) sono indicati gli oppioidi cosiddetti maggiori, un tempo definiti “forti” (Morfina-farmaco capostipite, Ossicodone, Buprenorfina, Metadone e Fentanyl).

Ad ogni gradino possono essere aggiunti farmaci definiti adiuvanti (steroidi, psicotropi, anticonvulsivanti), gruppo eterogeneo di farmaci che possono potenziare l'azione antalgica degli oppioidi, oppure farmaci specifici per determinati tipi di dolore (bifosfonati nel dolore osseo, antidepressivi e anticonvulsivanti nel dolore neuropatico).

La scelta del tipo di farmaco può essere condizionata dalle caratteristiche del dolore.

In presenza di dolore “osseo”, ad esempio da metastasi, è utile ricordare che i farmaci oppioidi sono di regola meno efficaci dei FANS. In questo caso i FANS vanno utilizzati a dosi piene, non vanno sospesi quando vi può essere la necessità di utilizzare farmaci oppioidi, ma vanno associati, ovviamente con la protezione gastrica.

La presenza di una componente neuropatica, ad esempio, deve orientare verso oppioidi notoriamente più efficaci di altri in tale ambito (Tramadolo, Ossicodone, Buprenorfina, Metadone) e l'utilizzo di adiuvanti antidepressivi e antiepilettici. Il dolore incidente e il dolore episodico intenso (DEI) hanno necessità di farmaci la cui azione inizi tempestivamente: sono indicati oppioidi che possono essere somministrati per via parenterale (morfina s.c. /e.v.) o per vie che consentono il rapido assorbimento (orali e transmucosali, tipo Oramorph, Actiq, etc).

Passo successivo alla scelta del farmaco, è l'applicazione di una strategia standardizzata per il controllo del dolore, risultato di molteplici studi e ricerche sul campo, come evidenziato nella tabella successiva.

## PRINCIPI CARDINE IN TERAPIA DEL DOLORE

- UNA TERAPIA EFFICACE DEVE PREVENIRE IL DOLORE.
- LA SCELTA DEL FARMACO VA FATTA IN RAGIONE DELLA INTENSITA' DEL DOLORE E DELLA SUA PERSISTENZA.
- LA SOMMINISTRAZIONE DEVE AVVENIRE AD ORARI FISSI.
- DEVE SEMPRE ESSERE LASCIATA AL PAZIENTE LA POSSIBILITA' DI UNA DOSE AGGIUNTIVA IN CASO DI BISOGNO (DOSE DI SALVATAGGIO).
- LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE DEVE ESSERE LA MENO FASTIDIOSA E LA PIU' SEMPLICE.
- LA TERAPIA DEVE ESSERE PERSONALIZZATA .
- DEVE ESSERE POSTA LA MASSIMA ATTENZIONE AI DETTAGLI.
- LA TERAPIA VA CONTINUAMENTE RIVISTA E SE INEFFICACE RAPIDAMENTE ADEGUATA.

E' controproducente trattare il dolore "al bisogno", mentre al contrario, somministrare i farmaci antalgici ad orari fissi permette di prevenire il dolore; ciò non solo risponde ad un preciso dovere etico (non lasciare il malato con il dolore), ma anche ad un utilizzo più razionale dei farmaci. Questo approccio non esclude, anzi raccomanda, l'utilizzo di una dose di farmaco nel momento di bisogno. Questa dose, definita anche come "dose di salvataggio", prevede l'utilizzo di solito dello stesso farmaco ad un quinto o un sesto della dose giornaliera.

### Quarta Tappa: INIZIARE LA TERAPIA CON OPIOIDI

E' una situazione che un Medico di Continuità Assistenziale si può trovare ad affrontare. Farmaco di prima scelta nei malati in fase avanzata è la morfina. Tuttavia valida alternativa può essere l'Ossicodone, soprattutto in presenza di pazienti con insufficienza renale, molto anziani, o che riferiscono di non aver tollerato la morfina. Non è corretto iniziare la terapia con oppioidi con Fentanyl transdermico, per le caratteristiche che conferiscono al prodotto l'impossibilità di eseguire la Titration (vedi TITRATION). Iniziare la terapia con morfina implica lo sforzo di condividere con malato e famigliari le motivazioni sottese alla scelta. Il termine "morfina" evoca vissuti molto diversi nel malato, nei suoi famigliari e negli stessi operatori. In genere l'opinione pubblica pensa che i farmaci oppioidi siano destinati a malati in gravissime condizioni e debbano essere riservati agli "ultimi giorni".

Molti pensano che la morfina abbia pesanti effetti collaterali e sia pericolosa per la possibilità di tossicodipendenza. Altri ancora sono intimoriti per la possibilità di perdere la propria lucidità e concentrazione. L'informazione invece deve essere dettagliata; è preferibile che, oltre al paziente, sia presente il familiare di riferimento. E' necessaria una quantità di tempo adeguata per spiegare le motivazioni che rendono necessaria la terapia con oppioidi e per chiedere a malato e famigliari se essa possa essere condivisa.

## TITRATION

Il termine Titration è difficilmente traducibile nella nostra lingua, poiché ha assunto, negli ultimi anni, un significato assai più ampio di quello che farebbe presupporre la sua traduzione letterale (titolazione). Titration è un processo che oggi comprende tutte quelle operazioni che consentono di definire dose, posologia e via di somministrazione del farmaco oppioide, con l'obiettivo di controllare il dolore di base, ma nel contempo prevenire gli effetti collaterali più comuni e frequenti. Esso assume rilevanza perché permette di conoscere la quantità di farmaco che controlla il dolore di base e di definire con chiarezza la presenza di dolore Breakthrough.

La terapia va iniziata, di solito, con piccole dosi del farmaco scelto in formulazione pronta. A titolo esemplificativo se si inizia con Morfina a pronto rilascio (Oramorph) la dose iniziale può essere di 5 mg ogni 4 ore (se il paziente non ha mai assunto oppioidi), oppure dosi maggiori in ragione della dose giornaliera precedente. Nella pratica clinica è assai difficile seguire le reazioni del malato con somministrazioni così ravvicinate di formulazioni a pronto rilascio, per cui può essere utile iniziare con morfina a rilascio controllato (Morfina SR) ogni 12 ore. La dose di morfina viene incrementata del 30-50 % fino ad ottenere l'effetto desiderato.

Con l'ossicodone la dose iniziale può essere 5 mg ogni sei ore se si utilizza la formulazione pronta (Depalgos) oppure 10 mg ogni 12 ore se si utilizza quella a rilascio controllato (Oxycontin SR). La dose va rivista ogni 24-48 ore ed incrementata del 25-50 % se nella giornata sono necessarie più di due dosi di salvataggio.

E' sempre necessario spiegare che la prima assunzione non sempre controlla completamente il dolore e, per contro, se il dolore regredisce del tutto o quasi, la dose successiva va comunque assunta.

## DOSE DI SALVATAGGIO

La dose di salvataggio è una quantità di farmaco che deve sempre essere lasciata al malato che ne può disporre in caso di necessità (presenza di dolore). Di norma viene utilizzato lo stesso oppioide che controlla il dolore di base, anche se teoricamente è possibile utilizzare le formulazioni pronte di tutti gli oppioidi. La dose di salvataggio è calcolata in via teorica dividendo la dose giornaliera del farmaco per il numero di somministrazioni di quel farmaco in formulazione pronta: per l'ossicodone sarà un quarto della dose giornaliera, per la morfina un sesto.

## EFFETTI COLLATERALI

Nel momento stesso in cui si prescrive un farmaco oppioide esistono regole precise che consentono di evitare gli effetti avversi più frequenti e noti. La stipsi è senza dubbio l'effetto collaterale più prevenibile grazie alla prescrizione contemporanea di un lassativo. E' raccomandata l'assunzione contemporanea del lassativo ed è quindi bene insistere affinché tale disposizione non sia disattesa. Un altro effetto molto fastidioso è la presenza di nausea che a volte può arrivare al vomito. E' bene spiegare al paziente ed ai famigliari che ciò è possibile, ma difficilmente nausea

e vomito perdurano nel tempo; si può rimediare da subito con farmaci antiemetici assunti preventivamente 30 minuti prima della somministrazione dell'oppioide.

Trovata la dose giornaliera, stabilita la posologia, scelta la via di somministrazione, prescritta la terapia che previene gli effetti collaterali più comuni, occorre programmare controlli quotidiani inizialmente e poi regolarsi in base alla risposta clinica ed alla compliance del paziente. L'obiettivo della titration è trovare il regime terapeutico che consente al paziente di avere il dolore controllato e senza effetti collaterali.

### **Quinta Tappa: ADEGUARE LA DOSE DI OPIOIDE**

Potrebbe essere questa la più frequente evenienza per un Medico di Continuità Assistenziale.

Il malato chiede l'intervento perché il dolore non è controllato.

La prima cosa da fare è valutare se la terapia che il paziente sta assumendo è congrua, ovvero se vi sono dolori che richiedono farmaci diversi dall'oppioide. In presenza di metastasi è opportuno che il dolore osseo venga trattato con i FANS oltre che con gli oppioidi; la presenza di componente neuropatica (molto frequente nel dolore da cancro) è opportuno sia trattata con i farmaci specifici.

Per procedere al controllo del dolore occorre valutare se il dolore è acuto e intenso: in questo caso occorre somministrare la dose di salvataggio (un sesto della dose di morfina), possibilmente utilizzando lo stesso farmaco. In ogni caso occorre aver a disposizione delle fiale di morfina, che è sempre possibile utilizzare qualunque sia il farmaco di base! Per calcolare la dose occorre far riferimento alla quantità di morfina assunta giornalmente oppure, nel caso il paziente utilizzi altro farmaco, convertire in milligrammi di morfina equivalente il dosaggio giornaliero dell'oppioide con le tabelle di equianalgesia (box). Ad esempio: se il malato assume morfina solfato 180 mg al giorno (60 mg x 3), la dose di salvataggio sarà  $180/6=30$  mg e siccome la morfina s.c. corrisponde a un terzo della morfina per os si somministrerà una fiala da 10 mg s.c. oppure endovena.

Se il dolore non assume caratteristiche per cui l'intervento deve essere tempestivo, si può aumentare il dosaggio di base del 30-50%. Nell'esempio precedente in cui il paziente assumeva 180 mg di morfina solfato per os, si può aumentare il dosaggio a 120 mg x 2 volte al di=240 mg cioè + 30%.

### **Sesta Tappa: IDENTIFICARE E TRATTARE GLI EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPIOIDI**

A prescindere da stipsi, nausea e vomito, presenti con maggior frequenza e che vanno trattati con terapia sintomatica preventiva, vi sono alcune condizioni predisponenti al verificarsi delle reazioni avverse in corso di terapia con oppioidi. La più frequente di queste condizioni è la disidratazione.

Un bilancio idro-salino deficitario per diminuito apporto esogeno di acqua, per aumento delle perdite di liquidi attraverso il vomito o la diarrea, per presenza di ipertensione e conseguente traspirazione possono essere la causa di disturbi della funzione cognitiva quali confusione mentale, delirio, agitazione psico-motoria, oppure responsabili del peggioramento della nausea e del manifestarsi di vomito. La prima regola quindi in presenza di qualsiasi reazione avversa è verificare se l'idratazione è sufficiente. Altra condizione da verificare è il sovradosaggio del farmaco. Escluso ovviamente l'errore di somministrazione, è necessario verificare, per esempio con l'utilizzo dei sistemi transdermici, la presenza di condizioni che determinano l'aumentato assorbimento del farmaco contenuto nel patch: l'esposizione della parte su cui è adeso il cerotto al sole o a fonti di calore, la presenza di febbre, la presenza nella sede del cerotto di soluzioni di continuo cutanee.

E' importante altresì valutare la presenza di interazioni farmacologiche tra oppioidi e altri farmaci somministrati nel contempo. Nei pazienti anziani o nei pazienti con funzione epatica e renale ridotta è facile il manifestarsi di effetti collaterali per cui è necessario tenere monitorato il valore del filtrato glomerulare, non la creatinina ematica che può essere di poco variata.

Verificata l'assenza delle condizioni esposte, la presenza di gravi reazioni avverse e/o di effetti collaterali non tollerati dal paziente richiede, oltre ad un tentativo di terapia sintomatica, la riduzione del farmaco a dosaggio inferiore o il cambio della via di somministrazione. Può essere infatti sufficiente a volte ridurre il dosaggio e/o passare dalla via per os alla via transdermica (per esempio in presenza di vomito), per avere sia il controllo del dolore sia la scomparsa dell'effetto collaterale.

In alcuni casi, tuttavia, si rende necessario il cambio del farmaco oppioide .

Questa operazione, detta rotazione degli oppioidi, permette di recuperare anche l'effetto antalgico oltre a controllare l'effetto collaterale.

Nella rotazione degli oppioidi va considerata la equianalgesia tra i diversi oppioidi. Le tabelle di equianalgesia (vedi tabelle) trovano impiego nella scelta del dosaggio più corretto per non incorrere in errori di sotto o sovradosaggio (vedi farmaci specifici), ma è opportuno ribadire comunque che le formule di conversione orientano il dosaggio del nuovo oppioide mentre occorre tener conto della risposta individuale al nuovo farmaco ed essere quindi pronti ad adattare la dose e la posologia.

### Equivalenza analgesica tra alcuni oppioidi per via orale

<b>Analgesico</b>	<b>10 mg di morfina per os sono equianalgesici a:</b>
Codeina	100 mg
Tramadol	50 mg
Idromorfone	1,5 mg
Ossicodone	5 mg

**Equivalenza analgesica tra Morfina e Fentanyl**

morfina orale 60 mg	fentanyl 25 mg/h (0.6 mg/die)
morfina orale 120 mg	fentanyl 50 mg/h (1.2 mg/die)
morfina orale 180 mg	fentanyl 75 mg/h (1.8 mg/die)
morfina orale 240 mg	fentanyl 100 mg/h (2.4 mg/die)

**Equivalenza analgesica tra Metadone e Morfina**

Attenzione: la dose di Metadone giornaliera è variabile in ragione della dose di Morfina assunta giornalmente:

Fino a 90 mg di morfina/die	dividere per 4
da 100 fino a 300 mg di morfina/die	dividere per 8
Oltre 300 mg di morfina/die	dividere per 12

**Equivalenza analgesica tra Morfina os e Morfina parenterale:**

Per ottenere la dose equianalgesica parenterale dividere i mg di morfina per os per 3

**LA DISPNEA**

La difficoltà respiratoria è un altro sintomo che per la complessità di trattamento e per l'angoscia che spesso provoca merita di essere trattata a parte.

La dispnea non è sintomo di mancanza di ossigeno, come comunemente si crede; vi possono essere molte cause il cui trattamento non è dissimile da quello messo in atto in malati non terminali (anemia, scompenso, embolia, versamento etc). Spesso purtroppo nella fase avanzata non è possibile trattare la causa per cui occorre mettere in atto alcuni semplici provvedimenti:

- Spiegare bene al paziente cosa sta succedendo;
- Far assumere al paziente la posizione in cui sta meglio;
- Dire alle persone che assistono di stare vicini fisicamente al malato e di fare dolci massaggi;
- Far circolare aria soprattutto davanti al viso (aprire le finestre, chiedere un ventilatore etc);
- Non lasciare mai solo il malato.

**Se la dispnea persiste: è utile l'ossigeno ?**

Non vi è dimostrazione che l'ossigeno sia efficace a ridurre la dispnea nel malato con saturimetria  $PO_2 > 90\%$ , tuttavia è innegabile l'effetto benefico sulla psiche per cui di fatto è raccomandabile

**Quali farmaci utilizzare ?**

Il farmaco principale è ancora una volta la morfina. Essa stabilizza la membrana degli alveoli, diminuisce la frequenza del respiro, introduce un senso di sedazione e di benessere per cui è sempre raccomandata. E' possibile utilizzare nel paziente naive (paziente non trattato in precedenza con oppioidi) la fiala s.c da 10 mg oppure

nel paziente che ha in corso terapia con oppioidi la dose di salvataggio come per la terapia del dolore intenso. Normalmente la dispnea si può ridurre del 20 % in 4 ore. Se è presente una grande componente ansiosa si possono associare le benzodiazepine.

## COSA FARE SE IL MALATO HA UN SISTEMA DI INFUSIONE ATTRAVERSO POMPA ELASTOMERICA

E' sempre più frequente che i malati in fase avanzata, soprattutto malati oncologici, siano portatori di un sistema port-a-cat per infondere farmaci e liquidi. A domicilio è quasi sempre reperibile un ago di Huber, che permette di pungere la cute sovrastante il port in modo corretto e atraumatico. La puntura è una manovra molto semplice: è sufficiente impugnare tra le dita le alette dell'ago e ortogonalmente pungere la regione di cute sovrastante l'impianto approssimativamente nel suo centro e spingere l'ago fino a bucare la gomma del port, fino a quando l'ago non tocca la parete posteriore metallica (si avverte chiaramente un rumore tipico).

Sempre più spesso l'infusione di farmaci in via continuativa avviene con sistemi a pompa. Negli ultimi anni trovano facile applicazione a domicilio le pompe elastomeriche.

Esse sono device appositamente costruiti per rilasciare una certa quantità di liquidi in via continuativa attraverso un deflussore collegato ad un ago posizionato di solito nel sottocute oppure in un accesso venoso o un port-a-cat.

Esistono diversi device a seconda della velocità di infusione (da 0.5 ml/h a 2 ml/h) e della loro capienza (da 48 ml a 280 ml). Nei malati con infusione continua di morfina tramite pompa è sempre possibile somministrare la dose di salvataggio (un sesto della dose giornaliera) in caso di necessità. Esempio: se la pompa dura 5 giorni ed è stata riempita con 30 fiale di morfina, la dose giornaliera è di 60 mg al giorno di morfina parenterale. In caso di necessità si può tranquillamente somministrare 10 mg di morfina sc/e.v.

## EMERGENZE IN CURE PALLIATIVE

Le situazioni che spesso richiedono un intervento non dilazionabile a domicilio oltre al dolore e alla dispnea sono:

### L'AGITAZIONE GRAVE

- Non è consigliato aumentare gli oppioidi, escluse e trattate le possibili cause, utilizzare benzodiazepine e aloperidolo anche in fiale s.c.

### LA COMPRESSIONE MIDOLLARE

- Il mal di schiena che compare in questi malati deve sempre far considerare tale ipotesi: è sospetto un dolore irradiato, con disestesie in posizione distesa o durante i colpi di tosse. Il trattamento si basa sulla terapia steroidea subito, e sulla

valutazione della indicazione/opportunità (in rapporto a prognosi, condizioni del malato, praticabilità) a radioterapia o decompressione chirurgica. La terapia steroidea: es. desametasone 12-24 mg al dì.

### **L'OCCLUSIONE DELLA VENA CAVA SUPERIORE**

- Edema agli arti superiori, al volto, turgore delle vene del collo, cefalea, colorito scuro della cute delle spalle e della parte superiore del torace, dovuta a tumori che interessano il mediastino. Terapia steroidea subito: 24 mg e.v. poi 18 mg/die per os.

### **L'IPOGLICEMIA O L'IPERGLICEMIA**

- Trattamento solo se la condizione provoca disturbi (l'obiettivo nelle cure palliative non è quello di normalizzare il valore glicemico!).

### **IL PEGGIORAMENTO IMPROVVISO**

- Rappresenta una situazione difficile soprattutto riguardo alla possibilità/opportunità di considerare interventi sulla causa. La richiesta di intervento al Medico di Continuità Assistenziale è motivata e sarà indicato, se possibile, offrire al paziente e ai familiari l'opportunità di esprimere il proprio pensiero, di chiedere spiegazioni, di chiarirsi dei dubbi.

### **L'IPERCALCEMIA**

- Nausea e vomito, stipsi, sonnolenza, confusione, sete, poliuria, possono comparire isolatamente o variamente associati. Se non altrimenti spiegati, è necessario richiedere dosaggio di calcemia. Per valori di  $Ca^{++}$  corretto  $>2,8$  mmol/l, somministrare pamidronato 60-90 mg in 500 ml di fisiologica 0,9% ev in 4-5 ore, quindi proseguire con idratazione per 72 ore (ev se il paziente è disidratato, per os se ben idratato).

### **L'EMORRAGIA**

- La perdita di sangue è un evento drammatico per il paziente e per chi lo assiste. Nei casi in cui l'evento è stato prevedibile e la situazione in chi assiste è stata preparata è possibile consigliare di avere a disposizione dei telini che assorbono il sangue; sono più adatti telini di colore verde o blu nei quali le macchie di sangue non appaiono rosse, riducendo lo spavento che la vista del sangue rosso produce, così come avere a disposizione del materiale adatto per la compressione (garze imbevute in soluzione di sucralfato o in soluzione di allume all'1%). Se il paziente è spaventato è utile provvedere alla sedazione leggera (lorazepam s.l., diazepam e.v.) e mai lasciare il paziente da solo (provvedere a coprire il malato che quasi sempre lamenta freddo). Ovviamente se ciò non è possibile è uno dei motivi che richiedono il ricovero.

## **QUANDO RICOVERARE ?**

L'obiettivo è curare a casa il malato che lo desidera, garantendogli così un ambiente più umano e familiare; ci sono, però, situazioni della vita del paziente e della sua famiglia in cui si deve optare verso altre scelte. Durante la fase avanzata di malattia

non è quasi mai necessario ricoverare il malato per fini diagnostici, poiché non interessa più la causa che porta a morte e le cure palliative utilizzano per lo più mezzi semplici, a bassa tecnologia.

Tuttavia, anche in ragione della diversa organizzazione territoriale dell'assistenza (unità di cure palliative, presenza di medici di medicina generale esperti in cure palliative, infermieri con competenze specifiche) per alcuni problemi intercorrenti e soprattutto quando si è ancora lontani dalla terminalità può essere necessario un ricovero. Da tenere bene in conto poi è il desiderio del malato che in ogni momento può richiedere il ricovero, in questo caso esso diventa una risposta ad un "bisogno" che il malato considera importante per poter continuare a vivere con sufficiente serenità l'esperienza della malattia.

Il ricovero non può ridursi all'invio presso un normale Pronto Soccorso, ma dovrebbe far parte di una strategia di intervento più complessa: si eviterebbero così inutili malintesi così mortificanti per il paziente e i suoi familiari. Potrebbe essere utile confrontarsi con il Medico di Famiglia. Se il ricovero è necessario, il Medico di Continuità Assistenziale può "preparare" il percorso, telefonando per esempio al Pronto Soccorso e spiegando i motivi per cui si rende necessaria la degenza.

## LA CURA DEI SINTOMI

Principi generali della terapia dei sintomi nell'ambito delle cure palliative

1. Valutare sempre lo stato del paziente
2. I sintomi da trattare sono quelli ritenuti più fastidiosi dal paziente

### ELENCO IN ORDINE ALFABETICO DEI SINTOMI PIÙ FREQUENTI

SINTOMO	POSSIBILI CAUSE	COSA VALUTARE	COSA FARE E NON FARE	QUANDO RICOVERARE
Aggressività Agitazione grave	Ipossia. Paura. Ritenzione urine e feci. Dolore. Ipercalcemia.	P02. Calcemia. Ansia. Dolore.	Aloperidolo 0.5-1 fl 2 mg s.c. e/o Diazepam 1 fl 10 mg . Non aumentare oppioidi se non è dovuta a dolore.	Non è motivo di ricovero
Allodinia	Dolore neuropatico.	Altri segni (vedi).	Evitare sfregamenti delle lenzuola e/o indumenti. Amitriptilina 10-50 mg in gocce.	Non è motivo di ricovero

Allucinazioni Delirio	Insuffic. d'organo. Alterazione glicemia, elettroliti. Infezioni. Febbre. Farmaci.	Attenzione a: - oppioidi; - benzodiazepine.	Aloperidolo 0.5-1 fl 2 mg s.c. e/o Promazina 1 fiale 50 mg i.m.	Non è motivo di ricovero
Anemia	Molteplici cause da perdita/cachessia.	Verificare: Hb e tempo di insorgenza	Normalmente ben tollerata fino Hb < 8. Ev. trasfusioni progr.	HB < 8 mg/dl qualora sia indicata l'emotrasfusione
Anoressia	Molteplici dovute al cancro o trattamenti.	Effetto dei farmaci / gastrite.	Evitare cibo caldo. Poco cibo in piatti piccoli, sec desiderio.	Non è motivo di ricovero
Anuria	Disidratazione. Stato pre agonico-agonico.	Fattori prognostici di sopravvivenza.	Se stato agonico: meglio non idratare.	Non è motivo di ricovero
Ascite	Carcinosi peritoneale. Cancrocirosi.	Se l'ascite provoca disturbi respiratori.	Furosemide 250-500 mg + spironolattone.	Quando la dispnea è importante
Astenia	Molteplici cause dovute al cancro.	Tempo stimato di sopravvivenza.	Se lontani dalla morte: Progestinici. Se vicini: Steroidi.	Non è motivo di ricovero
Cachessia	Molteplici cause dovute al cancro.	Tempo stimato di sopravvivenza.	Se lontani dalla morte: Progestinici. Se vicini: Steroidi.	Non è motivo di ricovero
Candidosi	Terapia steroidea. Debilitazione.	Mughetto (cavo orale e esofago).	Antifungini per os e sciacqui bicarbonato.	Non è motivo di ricovero
Depressione	Reattiva alla situazione.	Tempo di sopravvivenza.	Se sopravv. > 2 mesi: Antidepressivi.	Non è motivo di ricovero
Diarrea	Fecalomi. Esiti terapia radiante. FANS.	Stato di idratazione.	Idratazione. Antibiotici intestinali.	Non è motivo di ricovero
Disfagia	Spesso da candidosi esofagea o da recidiva	Mughetto orale.	Antimicotici per os.	Non è motivo di ricovero
Disidratazione	Molteplici fattori.	Attenzione oppioidi.	Idratare per oppioidi.	Eff. Coll. oppioidi
Embolia Polmonare	Trombosi vena cava. Flebiti periferiche.	Tempo di sopravvivenza.	Se in fase pre agonica: Ossigeno, sedazione.	Se lontani dalla morte

Emorragia	Molteplici cause.	Tempo di sopravvivenza e situazione familiare.	Se famiglia preparata e fase pre agonica: vedi emergenze.	Se la famiglia non è preparata e/o malato lo richiede
Epilessia	Tumore cerebrale.	Se fase pre agonica.	Clorpromazina fiale 50 mg.	Non è motivo di ricovero
Febbre	Molteplici cause.	Tempo di sopravvivenza.	Se fase pre agonica: solo antipiretici. Altrimenti: antibiotico	Non è motivo di ricovero
Fecaloma	Stipsi spesso da mancato lassativo.	Terapia con oppioidi.	Rimozione.	Non è motivo di ricovero
Infezioni Respiratorie	Condizioni generali o ab ingestis.	Tempo di sopravvivenza.	Se fase pre agonica: solo antipiretici e ossigeno.	Non è motivo di ricovero
Infezioni Urinarie	Catetere. Condizioni debilitate. Stipsi.	Tempo di sopravvivenza.	Se fase pre agonica: antipiretici.	Non è motivo di ricovero
Insonnia	Paura. Ansia. Dolore. Angoscia.	Causa da rimuovere.	Benzodiazepine.	Non è motivo di ricovero
Iperalgesia	Dolore neuropatico.	Altri segni (vedi).	Evitare sfregamenti delle lenzuola e/o indumenti. Amitriptilina 10-50 mg in gocce	Non è motivo di ricovero
Ipercalcemia	Cancro. Farmaci.	Dosaggio calcemia se > 2.8 mmol/L.	Pamidronato 60-90 mg in 500 mg di Fisiologica in 5 ore.	Se non è possibile terapia domiciliare
Iperpatia	Dolore neuropatico.	Altri segni (vedi).	Evitare sfregamenti delle lenzuola e/o indumenti. Amitriptilina 10-50 mg in gocce.	Non è motivo di ricovero
Iperensione Endocranica	Tumori cerebrali. metastasi cerebrali.	Segni di Iperpen. End	Desametasone 12-36 mg die.	Non è motivo di ricovero
Ipossiemia	Cancro polmonare e mediastinico. Metastasi polmonari.	Saturometria. Ansia. Paura.	Ossigeno (se PO <sub>2</sub> <90) ventilatore. Presenza fisica.	Se paziente e familiari sono angosciati
Mucosite	Candidosi.	Mughetto orale.	Saliva artificiale. Ananas fresco a pezzi. Fluconazolo 50 mg al di per os.	Non è motivo di ricovero

Nausea	Molteplici cause legate al cancro e ai farmaci.	Terapia oppioide.	Metoclopramide fl o sospensione. Riduzione oppioidi. Rotazione oppioidi.	Non è motivo di ricovero
Occlusione Intestinale Maligna	Carcinosi peritoneale.	Presenza o meno di deboli segni di peristalsi.	Se presente debole peristalsi: infusione Octreotide. Se assente peristalsi: infusione continua di Bromuro di escina + Aloperidolo + morfina	Se non vi sono le condizioni domiciliari per infondere e controllare i farmaci
Prurito	Molteplici cause: pensare a effetti collaterali a farmaci.	Terapia farmacologica.	Antistaminici. Steroidi. Diazepam. Amitriptilina.	Non è motivo di ricovero
Rantolo terminale	Tachipnea e respiro periodico del morente.	Valutare l'impatto del sintomo fra i parenti.	Bromuro di escina fiale: 20-40 mg s.c.	Non è motivo di ricovero
Singhiozzo	Ascite. Distensione e stasi gastrica.	Identificare cause.	Acqua e menta per rilasciare lo sfintere esofageo. Zucchero in granuli. Limone.	Non è motivo di ricovero
Sindrome Mediastinica	Tumori del mediastino.	Rapidità con la quale si è instaurata.	Se lenta: steroidi per os. Se rapida: desametasone subito 24 mg/e.v.	Se famiglia non preparata o paziente angosciato
Stipsi	Fecalomi. Terapia oppioide!	Presenza di lassativo efficace e idratazione.	Lassativo di contatto. Idratazione.	Non è motivo di ricovero
Stridor	Tumore delle prime vie respiratorie.	Presenza di ostruzione vie aeree.	Desmetasone 24 mg e.v.	Tracheostomia urgente
Tosse	Cancro polmone. Infezioni polmonari ab ingestis.	Tosse secca o produttiva? il paziente può espettorare?	Miglior sedativo è la morfina + lidocaina al 2% = 5 ml per aerosol. Steroi ad alte dosi.	Non è motivo di ricovero

Vomito	Gastrite. Carcinosi peritoneale. Occlusione intestinale maligna.	Verificare la copertura con IPP. Stop alimentazione. Verificare se effetto collaterale oppioidi.	Metoclopramide 1 fl e/o Aloperidolo fl 2 mg: mezza fl s.c.	Non è motivo di ricovero
Xerostomia	Inf. cavo orale. Tumori rinofaringe. Esiti terapia radiante. Farmaci.	Valutare farmaci (amitriptilina!)	Umidificare aria. Ghiaccio tritato fine. Ananas fresco a pezzi. Sulfarlem 2-5 al gg. Saliva artificiale.	Non è motivo di ricovero

## Farmaci essenziali

Nel malato in fase avanzata di malattia occorre avere a disposizione solo pochi farmaci, che possono però dare notevole sollievo al paziente. Di seguito ciò di cui un medico dovrebbe disporre:

- Morfina fiale da 10 mg;
- Desametasone fiale da 8 mg;
- Etil bromuro di escina fiale da 20 mg;
- Aloperidolo fiale da 2 mg;
- Diazepam fiale da 10 mg;
- Metoclopramide fiale dal 10 mg.

Molti di questi farmaci sono di norma tenuti in borsa dal Medico di Continuità Assistenziale, ad eccezione della morfina. E' bene ribadire che le nuove normative permettono di portare in borsa il farmaco per utilizzo nelle emergenze. E' sufficiente acquistare la scatola di morfina con una ricetta autoprescrivendo il farmaco e specificandone l'uso. E' necessario tenere fotocopia della ricetta in borsa e avere un registro (la legge non prevede di che tipo per cui basta un taccuino), in cui è d'obbligo segnare il carico (data di acquisto e numero di fiale) e lo scarico (data di utilizzo della fiale e soggetto a cui è stata eseguita la somministrazione). Se sono comprensibili le difficoltà dovute al tenere la morfina nella borsa, non è comprensibile il non poterne disporre a vantaggio di malati sofferenti.

## PRINCIPI CARDINE IN TERAPIA DEL DOLORE

- **UNA TERAPIA EFFICACE DEVE PREVENIRE IL DOLORE**
- **LA SCELTA DEL FARMACO VA FATTA IN RAGIONE DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE E DELLA SUA PERSISTENZA**
- **LA SOMMINISTRAZIONE DEVE AVVENIRE AD ORARI FISSI**
- **DEVE ESSERE SEMPRE LASCIATA AL PAZIENTE LA POSSIBILITÀ DI UNA DOSE AGGIUNTIVA IN CASO DI BISOGNO (DOSE DI SALVATAGGIO)**
- **LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE DEVE ESSERE LA MENO FASTIDIOSA E LA PIÙ SEMPLICE**
- **LA TERAPIA DEVE ESSERE PERSONALIZZATA**
- **UNA TERAPIA EFFICACE DEVE PREVENIRE IL DOLORE**
- **DEVE ESSERE POSTA LA MASSIMA ATTENZIONE AI DETTAGLI**
- **LA TERAPIA VA CONTINUAMENTE RIVISTA E SE INEFFICACE RAPIDAMENTE ADEGUATA**

## SCALE PER VALUTARE IL DOLORE

### VAS (Scala visiva analogica)

La scala è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono a “nessun dolore” e “massimo dolore possibile” (oppure il massimo di cui si ha avuto esperienza). E' uno strumento unidimensionale che quantifica ciò che il malato soggettivamente percepisce come dolore, oppure come sollievo, nel complesso delle loro variabili fisiche, psicologiche e spirituali senza distinguere quali di queste componenti abbia ruolo maggiore.

Istruzioni:

Se si intende valutare il dolore o il sollievo riferito ad un determinato periodo la domanda può essere:

*“Pensi al dolore e al sollievo dal dolore che può aver provato in quest'ultima settimana appena trascorsa”.*

Per ciascuna delle due voci metta poi un segno sul punto che meglio corrisponde alla sua situazione, rispetto ai due estremi della linea. La misura è in millimetri.

La scala può essere usata anche per quantificare il dolore nel momento in cui si visita il malato. La difficoltà di comprendere le istruzioni per il dolore massimo possibile può essere facilitato chiedendo di ricordare il dolore “più forte” provato nella loro vita (dolore massimo).

*(esempio di scala analogica visiva)*



### **VRS (Scala verbale)**

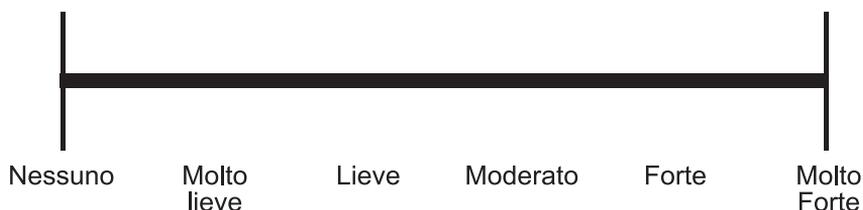
La scala verbale semplice, sempre unidimensionale, ripropone l'asta di 10 cm, in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Risultati soddisfacenti si ottengono quando vi sono almeno sei livelli di intensità.

Istruzioni:

*“Quanto dolore ha provato nelle ultime 4 settimane?”*

*“Quanto è il dolore che sta provando in questo momento?”*

*(esempio di scala verbale)*



### **NRS (Scala Numerica)**

Valgono le stesse considerazioni fatte per le scale precedenti.

Istruzioni:

*“Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo di dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?”*

*(esempio di scala numerica ad intervalli)*



*Le Scale Unidimensionali per la misurazione dell'intensità del dolore possono essere costruite su di uno stesso supporto in cui da un lato è riportata la VAS e sul retro le altre scale. Un cursore dotato di indicatore permette di correlare i dati ricavati con i diversi metodi.*

# IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER L'ASSISTITO STRANIERO

*Dott. ssa El Hamad e Dott.ssa Maria Chiara Pezzoli*

## Dimensioni del fenomeno migratorio

Secondo i dati ufficiali più recenti, gli immigrati regolari presenti attualmente in Italia sono poco più di tre milioni, con una percentuale sulla popolazione generale del 5,2%. A questi devono essere sommati gli immigrati irregolari che, secondo le diverse stime, ammontano almeno a circa 500.000 persone. Il fenomeno migratorio rappresenta una sfida difficile per i paesi di approdo degli immigrati e la questione della salute degli immigrati costituisce, senza dubbio, uno dei nodi centrali della complessa tematica dell'immigrazione. Non sfugge a nessuno, come le questioni legate alle malattie degli immigrati, siano state un argomento sotto i riflettori fin dall'inizio delle ondate migratorie e come hanno stimolato la fantasia e l'interesse a più livelli con atteggiamenti spesso contrapposti. La rapida affermazione della realtà multietnica nel nostro paese ha comportato, inoltre, momenti di riflessione ed interrogativi fondati sul rapporto che esiste tra salute e migrazione e sulle difficoltà, ma anche sulle potenzialità, della relazione tra operatori sanitari autoctoni ed utenti stranieri.

Nel caso emblematico della Provincia di Brescia, fortemente interessata dal fenomeno migratorio, la presenza complessiva stimata di immigrati è pari a circa 140.000 persone (12% sulla popolazione locale), di cui circa 120.000 risultano regolarmente soggiornanti o in corso di regolarizzazione della loro posizione giuridica. A livello nazionale Brescia rappresenta una delle città più multietniche in senso assoluto.

Il fenomeno della migrazione nazionale e locale è inoltre complesso e dinamico. Se nel corso dei primi anni '90 il flusso migratorio era essenzialmente proveniente dall'Africa sub-sahariana (Senegal, Ghana, Nigeria, etc.), verso la fine degli stessi anni '90 ha interessato anche il lontano oriente (Pakistan, Sri Lanka, etc.) per

concentrarsi negli ultimi anni verso i Paesi dell'est europeo (Ucraina, Moldova, Romania, etc.) che, attualmente, rappresenta il flusso certamente più cospicuo. I dati desunti dagli osservatori epidemiologici nazionali mostrano inoltre che anche il profilo demografico della migrazione sta rapidamente cambiando. Se un tempo il migrante era essenzialmente giovane e di sesso maschile, ora la proporzione di donne supera il 40% ed anche la fascia di età adulta-anziana è rappresentata. I ricongiungimenti familiari inoltre favoriscono naturalmente una natalità locale delle coppie migranti, con tassi di fertilità certamente superiori a quello della popolazione italiana autoctona.

## **Il profilo sanitario del paziente immigrato**

Per quanto concerne lo stato di salute degli immigrati è fondamentale innanzitutto sottolineare che evitare di stigmatizzare gli immigrati come untori di patologie esotiche, è un esercizio di buon senso che oggi può essere difeso sulla base di numerose evidenze scientifiche. Attualmente sappiamo da diversi reports e studi epidemiologici che le patologie che prevalentemente interessano gli immigrati, sono strettamente connesse alle condizioni di vita ed ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggiore parte delle patologie insorgono dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, dalle difficoltà di relazione e dal grado di accesso alle strutture sanitarie. I dati sanitari evidenziano una fragilità sociale e una situazione di sofferenza sanitaria con malattie del disagio, infortuni sul lavoro e alcune patologie infettive prevenibili a larga diffusione anche nel paese ospitante.

Il profilo sanitario della popolazione immigrata non permette, dunque, considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, che emerge dalle diverse esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale.

## **Ruolo del Medico di Continuità Assistenziale**

Le implicazioni sanitarie del fenomeno migratorio coinvolgono ovviamente tutte le figure sanitarie, in misura diversa a seconda del tipo di prestazione sanitaria richiesta e del ruolo del singolo operatore. Rispetto ad altre figure sanitarie più direttamente interessate, il Medico di Continuità Assistenziale può essere solo occasionalmente interessato dalle problematiche di assistenza al paziente immigrato. Tuttavia, sulla base dell'esperienza finora maturata in questo ambito, è possibile pensare che almeno in due circostanze, tale figura sanitaria può trovarsi a prestare la sua opera nei confronti di soggetti stranieri:

- la prima, al pari con i cittadini italiani, riguarda il normale ricorso alle cure medi-

- che di questo servizio da parte di cittadini stranieri regolarmente soggiornanti;
- la seconda circostanza è quella in cui a rivolgersi al servizio di SCA è un paziente irregolare o STP (Straniero Temporaneamente Presente) o un paziente regolare, ma con tessera sanitaria scaduta o in fase di rinnovamento.

## L'intervento nei confronti dei cittadini regolarmente soggiornanti

In questa situazione, al di là della tipologia di problema sanitario per cui il paziente si rivolge al servizio e della appropriatezza o meno dell'intervento richiesto, il soggetto straniero non presenta problematiche gestionali aggiuntive. Generalmente egli conosce abbastanza bene il funzionamento e l'organizzazione del sistema sanitario e la tipologia di prestazioni che il Servizio di Continuità Assistenziale può offrire. Non presenta difficoltà linguistiche ed è in possesso di regolare tessera sanitaria, che consente il regolare espletamento delle eventuali pratiche di prescrizione diagnostico-terapeutiche o l'invio presso altre strutture sanitarie. In questo caso il ruolo del MCA non sembra diverso rispetto a qualsiasi altro intervento della normale routine, ad eccezione delle situazioni in cui insorgono difficoltà di tipo relazionale su base culturale o situazioni che necessitano una maggiore attenzione dal punto di vista epidemiologico e preventivo. L'approfondimento degli aspetti culturali della relazione medico-paziente esula da questa breve trattazione, per cui si rimanda a tests più specialistici ed esaustivi, ma dal punto di vista clinico-epidemiologico vale la pena ricordare brevemente alcune situazioni tipiche che configurano "nodi critici" dell'assistenza sanitaria agli immigrati nel nostro paese. Il documento finale della IX° Consensus Conference sull'immigrazione tenutasi a Palermo nel mese di aprile 2006 ne sottolinea l'importanza. Tra queste si possono annoverare:

- la salute riproduttiva;
- la salute del minore straniero;
- la salute del lavoratore immigrato;
- le malattie legate al disagio psico-sociale;
- le patologie infettive tropicali come la malaria e alcune parassitosi intestinali;
- le patologie potenzialmente contagiose come le malattie sessualmente trasmesse (MST);
- la tubercolosi.

L'impatto delle patologie infettive potenzialmente diffusibili tra gli immigrati nel nostro paese ha suscitato notevole interesse negli ultimi anni. La prevalenza di tali patologie nelle diverse casistiche di pazienti immigrati ambulatoriali o ospedalizzati disponibili a livello nazionale oscilla tra il 3% e il 10% del totale delle diagnosi.

### La tubercolosi

Rappresenta una patologia a rischio per gli immigrati soprattutto nei primi anni suc-

cessivi all'immigrazione, in cui si registrano tassi di incidenza e prevalenza di infezione tubercolare "latente" e di malattia attiva nettamente più elevati rispetto alla popolazione locale. Il principale meccanismo patogenetico di sviluppo della tubercolosi è quello della "riattivazione", nella condizione di disagio, di infezioni "latenti" acquisite nel paese d'origine. Tuttavia, in particolari condizioni di sovraffollamento abitativo, è stata accertata anche l'evenienza della "reinfezione" esogena (o della "infezione primaria") a causa della elevata circolazione del micobatterio all'interno di alcune comunità semi-chiuse di immigrati. Eccezionale è invece la possibilità di trasmissione della malattia alla popolazione generale, come è stato anche recentemente dimostrato da indagini epidemiologiche condotte con metodiche di biologia molecolare molto avanzate. Per queste ragioni, di fronte ad un paziente immigrato recentemente arrivato da zone ad alta endemia tubercolare, può essere utile alla prima occasione di contatto con le strutture sanitarie consigliare uno screening antitubercolare gratuito per escludere una infezione o una malattia tubercolare e per mettere in atto tempestivamente le procedure di profilassi o terapia specifica.

### **La malaria**

È una malattia infettiva causata da parassiti microscopici (protozoi) del genere *Plasmodium* e colpisce numerosissime specie animali. La malaria umana è sostenuta da quattro specie di *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*. I parassiti malarici vengono trasmessi all'uomo, che rappresenta l'unico serbatoio della malattia, tramite la puntura di un insetto vettore, la zanzara femmina del genere *Anopheles*, che si nutre di sangue per poter portare a maturazione le sue uova. Durante il pasto ematico (puntura dell'uomo infetto) la zanzara può ingerire i parassiti malarici. In occasione di un successivo pasto ematico la stessa zanzara inocula i parassiti malarici, contenuti nelle proprie ghiandole salivari, nel circolo ematico dell'uomo. La malaria non si trasmette per contagio interumano diretto, ma soltanto attraverso il tramite delle zanzare. L'Italia è stata dichiarata esente dal rischio malarico verso la metà del XX° secolo. Attualmente, oltre il 65% del totale dei casi di malaria di importazione che si verificano annualmente in Italia (circa 900/anno) sono oggi registrati in cittadini extracomunitari, configurando dunque questi ultimi come un gruppo a particolare rischio per questa specifica infezione. Tuttavia, a tutt'oggi, non esiste una reale possibilità di diffusione della malattia nel nostro paese a causa delle non favorevoli condizioni ambientali. Questo in realtà avviene per la maggior parte delle malattie infettive a trasmissione vettoriale (dengue, febbri emorragiche, schistosomiasi, tripanosomiasi), il cui ciclo biologico non può essere riprodotto in aree dove l'ospite intermedio è assente o inappropriato. Inoltre, è utile sottolineare che raramente gli immigrati, quando arrivano in Italia per la prima volta, siano affetti da malaria. Ciò è dovuto ad una forma di resistenza alla malaria che essi hanno nei paesi di origine in ragione della continua sollecitazione del sistema immunitario a causa dei ripetuti contatti con la zanzara infetta. Al contrario, è molto facile che siano affetti da malaria alla seconda volta che entrano in Italia. Questo

è dovuto al fatto che dopo anni di permanenza lontani dal contatto con le zanzare, essi perdano lo stato di semi-immunità e diventano suscettibili all'infezione durante il primo rientro nel paese di origine. Di qui la necessità di informare e consigliare la profilassi antimalarica anche agli immigrati che tornano in zone malariche e controllare le persone che rientrano da un viaggio a rischio e presentano una sintomatologia sospetta.

### **Le malattie a trasmissione oro-fecale e le infestazioni intestinali**

Numerosi studi basati su interventi di screening coproparassitologico hanno messo in evidenza che le malattie a trasmissione oro-fecale e in particolare le infestazioni intestinali rappresentano una patologia relativamente frequente tra gli immigrati; la maggior parte di queste rimane allo stato silente e tende a persistere nel tempo dopo l'evento migratorio, in rapporto verosimilmente al persistere delle condizioni di precarietà abitative ed igienico-sanitarie e, parallelamente, allo scarso accesso alle strutture sanitarie. Anche in questo caso la propagazione di tali infezioni appare improbabile in ambienti igienicamente salubri e scevri di fecalizzazione ambientale quale quello della popolazione autoctona in Italia.

### **Le malattie sessualmente trasmesse (MST)**

Secondo alcuni osservatori, gli immigrati inoltre costituiscono potenzialmente un gruppo più esposto alle MST in relazione a numerosi fattori di rischio: la provenienza da paesi ad alta endemia di MST, le condizioni di vita nel paese ospite, l'età giovanile, la prevalente condizione di single e la quasi totale assenza di campagne di informazione in tema di MST rivolte agli immigrati. Tuttavia, sono tuttora scarse le indagini che dimostrano, in alcune sotto-popolazioni di immigrati, una maggiore incidenza e prevalenza di malattie a trasmissione sessuale. Attualmente non sono disponibili sufficienti dati a livello nazionale sulla reale diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione immigrata. Per quanto concerne i casi di malattia di AIDS conclamata, i dati del Registro Nazionale AIDS mostrano che il contributo degli stranieri, che rappresentano il 5,8% della popolazione generale, alla casistica totale di casi di AIDS aggiornata al 2005, si aggira intorno al 6% del totale.

## **L'intervento nei confronti dei cittadini irregolari**

La seconda circostanza è quella in cui a rivolgersi al Servizio di Continuità Assistenziale è un paziente irregolare o STP (Straniero Temporaneamente Presente) o un paziente regolare ma con tessera sanitaria scaduta o in fase di rinnovamento. Anche in questo caso valgono, forse a maggiore ragione, tutte le considerazioni di natura epidemiologica e comunicativa accennate sopra, ma insorgono ancor prima le problematiche di natura amministrativa e di inquadramento giuridico che riguardano le modalità di accesso ed il tipo di diritto alla salute che hanno gli immigrati ir-

regolari. Al fine di comprendere il ruolo del MCA in questi casi si riportano di seguito alcuni cenni sulla normativa nazionale in tema di assistenza sanitaria agli immigrati, con particolare riferimento agli immigrati non regolari (STP).

## **Normativa nazionale per l'assistenza sanitaria agli immigrati**

Agli immigrati irregolari presenti in Italia la normativa assicura, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortuni e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantite: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle regioni, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, la diagnosi, e le cure delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Allo scopo di rendere più chiari i contenuti della normativa, una circolare del Ministro della Sanità stabilisce che per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso. Inoltre, pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal S.S.N. ai cittadini non iscritti, la normativa prevede che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con il cittadino italiano. In sede di prima erogazione dell'assistenza, la prescrizione e la registrazione delle prestazioni, vengono effettuate, assegnando un codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente), che ha validità semestrale, ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale. Il codice assegnato, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, deve essere utilizzato sia per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del S.S.N., sia per la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate. Lo stato di indigenza del soggetto, viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi. Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed

al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.

L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme del soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano.

### **L'Ambulatorio migranti del Centro di Salute Internazionale dell'ASL di Brescia**

*Sotto la forte pressione dei flussi migratori che hanno investito la nostra Provincia, l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia ha attivato fin dal 1990 un ambulatorio specifico per la prevenzione e la cura dei soggetti immigrati non altrimenti assistiti, con il chiaro intento di tutelare la salute individuale e collettiva e ridurre la clandestinità sanitaria nella propria area di competenza. Tale ambulatorio è confluito di recente nella Unità Operativa denominata Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI), presso il quale sono stati complessivamente osservati nei 16 anni di attività circa 25.000 pazienti stranieri e sono state effettuate oltre 70.000 visite mediche.*

*Il CSI si configura come una Unità Operativa in staff al Dipartimento Prevenzione Medica dell'ASL di Brescia; ha valenza sovra-distrettuale essendo le sue funzioni rivolte indistintamente a fasce di popolazione straniera presenti su tutto l'ambito di competenza. Le specifiche funzioni della Unità Operativa comportano accordi di collaborazione con organismi esterni: Università e Strutture Sanitarie; Enti Locali; Organizzazioni non Governative e Onlus impegnate nelle problematiche sociali e di assistenza sanitaria agli immigrati, operanti a livello locale, nazionale e internazionale. Le aree di competenza del Centro sono rappresentate dalla Medicina delle Migrazioni, dalle tematiche connesse alle Infezioni e Malattie a Trasmissione Sessuale e l'assistenza infermieristica per il disagio adulto grave e l'emarginazione sociale.*

*Gli obiettivi principali della struttura sono:*

- 1. Offerta di assistenza socio-sanitaria di 1° livello agli stranieri irregolari e clandestini mediante;*
- 2. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), il Servizio di Continuità Sssistenziale (SCA) e le strutture socio-sanitarie territoriali alla gestione del paziente straniero "difficile";*
- 3. Sorveglianza, monitoraggio e prevenzione delle malattie infettive, con particolare attenzione alle malattie infettive diffuse ed a quelle eventualmente da*

*importazione;*

- 4. Effettuazione di Indagini epidemiologiche e studi osservazionali sulla presenza e distribuzione all'interno della popolazione target di patologie considerate a rischio per i soggetti immigrati e valutazione e cura del disagio psico-sociale;*
- 5. Analisi dei dati clinico-epidemiologici allo scopo di studiare la dinamica del profilo socio-sanitario della popolazione immigrata a Brescia e la sua evoluzione nel tempo;*
- 6. Elaborazione ed attuazione di protocolli di ricerca mirati a specifiche patologie come la tubercolosi, le malattie a trasmissione sessuale (MST) con particolare attenzione all'infezione da HIV, la malaria e le parassitosi intestinali;*
- 7. Redazione e pubblicazione di lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali e partecipazione ad incontri e convegni in tema di migrazione e salute;*
- 8. Gestione pratica ed applicazione di linee guida in campo di. MST, profilassi internazionale e di Medicina dei viaggi e del turismo in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Brescia;*
- 9. Implementazione di specifici progetti di formazione, aggiornamento ed insegnamento dei principi della medicina delle migrazioni e delle basi fondamentali dell'approccio transculturale al paziente straniero;*
- 10. Partecipazione e gestione di progetti ed interventi socio-sanitari nei paesi in via di sviluppo nell'ambito di programmi di cooperazione internazionale, anche in collaborazione con altri enti, istituzioni ed organizzazioni non governative.*

*Il Centro di Salute Internazionale è situato in una zona centrale della Città, nelle vicinanze del più grande nosocomio cittadino "Azienda Spedali Civili di Brescia". Esso è composto da una sala di attesa pazienti munita di un regolatore numerico per l'accesso alle successive viste, uno spazio-sportello per mediazione-orientamento socio-sanitario, un punto accettazione amministrativa e registrazione elettronica dei dati generali, uno spazio ambulatoriale, una sala colloquio ed intervista psicologica ed uno spazio per la somministrazione di terapia intra-ambulatoriale. Gli spazi medici sono distinti in un ambulatorio di medicina generale ed un altro ambulatorio dedicato ad alcuni ambiti specifici di secondo livello. Questi ultimi comprendono gli ambulatori per le malattie sessualmente trasmesse e la tubercolosi. L'accesso alla struttura è libero, senza prenotazione ed è consentito a tutti gli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale, con orari di apertura nella fascia pomeridiana di tutti i giorni feriali dalle 14.00 alle 17.00. Le prestazioni sanitarie di primo livello sono erogate direttamente a livello ambulatoriale, mentre alcune specialistiche prevedono l'invio presso altre strutture mediante l'utilizzo del ricettario regionale.*

## IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER L'ASSISTITO ALCOOL TOSSICODIPENDENTE

*Dott.ssa Antonia Cinquegrana e Dott.ssa Mariagrazia Fasoli*

Al Medico di Continuità Assistenziale (MCA) infrequentemente si rivolgono pazienti richiedenti diagnosi o trattamento specifico della dipendenza da sostanze in quanto tale. In questi casi, il paziente dovrebbe essere riferito ai Servizi per le Dipendenze pubblici o accreditati. La diagnosi, dal punto di vista clinico, dovrebbe, infatti, essere posta secondo criteri internazionalmente accettati come, per esempio, quelli previsti dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) dell'American Society of Psychiatry. Le terapie disponibili, inoltre, eccettuati i gruppi di auto-aiuto, dovrebbero essere attuate con una consulenza specialistica. Tuttavia, l'assunzione di sostanze legali o illegali, a scopo voluttuario o in seguito allo sviluppo di una tossicomania, può interferire con la maggioranza dei quadri clinici che richiedono un intervento medico. Inoltre, sia le sostanze d'abuso (alcol e psicofarmaci compresi) sia le terapie farmacologiche eventualmente in corso per queste patologie, possono interferire con molti farmaci prescrittibili per altri motivi dal MCA.

Per quantificare il problema, basti ricordare che l'ultima indagine italiana sulla popolazione generale condotta nel 2003 dall'Osservatorio Italiano sulle Droghe (OIDT) rilevò una prevalenza "lifetime" del consumo di sostanze illegali del 30,4% nella fascia 15-34 anni, mentre nel 2004 i consumatori problematici sarebbero stati dal 6,87 all'8,35 per 1000 residenti tra i 15 e i 64 anni (fonti: Organizzazione Mondiale della Sanità [www.who.int](http://www.who.int), Network Nazionale Dipendenze: [www.dronet.org](http://www.dronet.org)). Queste stime escludono anziani e dipendenti da psicofarmaci che, tuttavia, rappresentano una parte significativa sebbene sommersa, del problema. Inoltre, il fatto che l'assunzione di certe sostanze sia illecita, fa supporre che anche le indagini anonime possano sottostimare il fenomeno. Per tutti questi motivi, qualunque medico a cui sia richiesto un intervento per paziente non noto, qualunque sia la sintomatologia lamentata, dovrebbe tener conto della possibilità di una concomitante problematica collegata all'assunzione di sostanze d'abuso.

## Come guidare l'intervista preliminare: telefonata o accesso diretto

Ammettere l'uso di sostanze vietate (o l'abuso di sostanze lecite) può potenzialmente comportare per l'interessato una serie di conseguenze negative sul piano personale, sociale e lavorativo. La garanzia del segreto professionale, in presenza di un'organizzazione sanitaria che prevede il passaggio e il trattamento dei dati sensibili a decine di soggetti, anche attraverso sistemi informatici notoriamente non inviolabili, non favorisce sempre la piena collaborazione del paziente all'anamnesi. Inoltre, domande dirette da parte del medico potrebbero suscitare risentimento da parte di cittadini che non accettano di essere "sospettati" di comportamenti illeciti. Perciò domande sull'assunzione di sostanze o di farmaci per la terapia delle tossicomanie, dovrebbero sempre essere accompagnate da una spiegazione che le colleghi ad una necessità clinica comprensibile per l'interessato. Come si è detto, non esiste alcun quadro clinico tipico della "tossicodipendenza" rilevabile da non specialisti nel corso di una breve visita.

Ci sono, tuttavia, tre possibili aree in cui è particolarmente evidente il collegamento diretto a questa problematica:

- i casi di intossicazione acuta,
- le sindromi d'astinenza,
- le interazioni delle sostanze d'abuso o dei farmaci utilizzati per il trattamento delle tossicomanie con il quadro clinico di altre patologie o terapie.

Nelle prime due ipotesi la richiesta di intervento è spesso riferita, dall'interessato stesso o dai soccorritori, ad una determinata sostanza o cocktail di sostanze.

### Tossicità acuta

In caso di tossicità acuta la sintomatologia varierà in base al tipo e al numero di sostanze implicate, che sono ormai decine, e comprendono non solo le droghe più note come alcol, eroina, cocaina, cannabinoidi, amfetamine, LSD, mescalina, psilocibina, ma anche una lunga serie di altre sostanze di sintesi ad effetto allucinogeno o stimolante, di farmaci venduti sul mercato illegale o para-legale (come ketamina, GHB, benzodiazepine, steroidi) e di sostanze di origine vegetale. Non è possibile in questa sede descrivere le azioni farmacologiche, gli effetti tossici, le interazioni di tutti questi prodotti per cui rimandiamo ai testi e ai motori di ricerca specializzati e alla eventuale consulenza dei centri anti-veleni e dei Ser.T.. In ogni caso, il medico dovrebbe immediatamente rilevare la presenza di sintomi attribuibili a quattro principali quadri clinici:

- depressione respiratoria in persone che potrebbero aver assunto oppiacei, alcol, o altre sostanze ad effetto sedativo,
- anomalie di tipo cardiovascolare (aritmie, cefalea compatibile con ipertensione arteriosa acuta, angor), associabili all'assunzione di cocaina e altri stimolanti, oppure, con opposto segno, di depressori (GHB, ketamina, benzodiazepine)

- perdite di coscienza, attribuibili, con diversi meccanismi patogenetici, a quasi tutte le sostanze d'abuso
- sindromi psichiatriche acute per cui, attualmente, un'eziologia di questo tipo è probabilmente la più frequente, anche se non la più diagnosticata. In tutti questi casi, i dati anamnestici da rilevare immediatamente dovrebbero riguardare non solo le sostanze d'abuso assunte, ma anche il dosaggio approssimativo, le farmacoterapie in corso e la presenza di condizioni patologiche concomitanti.

Queste informazioni, se disponibili, possono infatti influire enormemente sulle possibilità di sopravvivenza e di recupero del paziente. Le domande indispensabili per orientare una ipotesi diagnostica al primo contatto con il paziente sono:

- I sintomi sono comparsi in seguito all'assunzione o alla cessazione o riduzione di una sostanza psicotropa?
- E' il primo episodio o il paziente ha in passato manifestato una simile patologia a seguito di assunzione o alla cessazione o riduzione di una sostanza?
- Se si sono manifestati già altri episodi i sintomi sono simili o per quale motivo si differenziano?
- Quali altri farmaci o sostanze, e in quali quantità, ha assunto recentemente?

Quest'ultima domanda potrebbe essere fondamentale per orientare gli interventi terapeutici appropriati. A parità di sintomatologia, infatti, la presenza o meno di farmaci o droghe può rendere inefficace o persino controindicata una determinata terapia. Per esempio una depressione respiratoria da sovradosaggio di oppiacei che si manifesta in un soggetto in terapia con naltrexone (Nalorex, Antaxone) non risponderà in nessun caso alla somministrazione di naloxone (Narcan) perché avvenuta già in presenza di un antagonista degli oppiacei di molte volte più potente. Dovrà quindi essere subito trattata con le consuete manovre di rianimazione, senza perdere minuti preziosi in attesa dell'effetto dell'antidoto. Allo stesso modo, uno stato di agitazione psicomotoria in persone anziane che già assumono cronicamente benzodiazepine, potrebbe produrre una pericolosa reazione paradossa se trattato con diazepam (Valium). Mentre un dolore pre-cordiale suggestivo per infarto del miocardio, insorto dopo assunzione di cocaina in un ex eroinomane in terapia di mantenimento con metadone, buprenorfina o naltrexone non risponderà alla morfina per interferenza di tolleranza crociata o di antagonismo farmacologico. In presenza degli elementi clinici ed anamnestici sopra citati il paziente dovrebbe essere avviato al Pronto Soccorso attraverso l'intervento del 118, a cui si trasmetteranno tutte le informazioni raccolte. Un intervento appropriato, infatti, richiede spesso l'esecuzione di test tossicologici. Inoltre la possibile contemporanea implicazione di sostanze con farmacocinetica diversa (per esempio cocaina e benzodiazepine, buprenorfina ed eroina, alcol e MDMA) rende la sintomatologia variabile nel tempo e impone una stretta osservazione del paziente.

### Sindromi d'astinenza

Per quanto riguarda invece le sindromi d'astinenza da sostanze (vedi più oltre), che

non si presentino come emergenze mediche, l'avvio immediato al Pronto Soccorso, indipendentemente dalla momentanea gravità del quadro clinico, dovrà essere proposto senza ritardo alle donne incinte, a cui dovrà essere garantita una pronta valutazione ostetrica.

Negli altri casi andranno poste domande sui sintomi presenti, sul tipo e sulla quantità di sostanze sospese o ridotte e sulle possibili cause scatenanti (per esempio, interferenze farmacocinetiche di altri farmaci oppure vomito o diarrea che interferiscano con l'assorbimento per os).

Ricordiamo che le sindromi d'astinenza da oppiacei e da benzodiazepine possono essere scatenate non solo dalla sospensione di sostanze d'abuso ma anche da interazioni di un lungo elenco di altri farmaci con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina, clordiazepossido, diazepam).

La riferita presenza di agitazione, tremori o allucinazioni, che potrebbero preludere ad un delirium tremens in un soggetto che si dichiara o viene presentato come un alcolista, il manifestarsi di una perdita di coscienza compatibile con crisi comiziale in una persona che ammetta di aver assunto benzodiazepine non prescritte, la presenza conclamata di segni e sintomi come vomito, diarrea, ansia, tachicardia, midriasi, orripilazione in un paziente che riferisca recente sospensione di oppiacei, suggeriscono di per sé l'avvio ad un Pronto Soccorso, specialmente in presenza di patologie concomitanti come cardiopatie, cirrosi epatica, insufficienza renale o diagnosi psichiatriche, ivi compresi i disturbi dell'umore. Anche se questi quadri clinici, infatti, non sempre comportano terapie particolarmente complesse, il dosaggio dei farmaci necessari non può essere stabilito a priori, richiede un costante monitoraggio difficilmente realizzabile a domicilio, e può andare ben oltre i limiti previsti dalla farmacopea. Tra nostri pazienti con dipendenza da imidazopiridine o benzodiazepine, per esempio, abbiamo riscontrato lo sviluppo di tolleranza a dosaggi giornalieri di 20-30 volte superiori a quelli considerati terapeutici, senza che ciò compromettesse significativamente lo stato di veglia o le prestazioni lavorative, ma con sviluppo di gravi crisi comiziali anche per un dimezzamento improvviso del dosaggio, che però è sempre pari a quantità 10-15 volte superiori alla normale posologia. Inoltre, in questi casi, è sempre presente un aumentato rischio di suicidio, non dovuto solo ai problemi di base del paziente, ma legato alle alterazioni dell'umore che sono parte della sintomatologia astinenziale.

La richiesta di intervento potrebbe anche precedere l'insorgenza della sindrome d'astinenza conclamata e configurarsi come una tipica richiesta di continuità assistenziale.

E' anche possibile che il paziente, pur sintomatico, rifiuti il ricovero e richieda invece specifici farmaci di cui ritiene di avere urgente bisogno. In queste due circostanze non sempre le dichiarazioni dell'interessato sono attendibili. E' però assolutamente inopportuno, e irrispettoso della dignità del cittadino, che il medico le metta in dubbio. Le affermazioni del paziente dovrebbero pertanto essere recepite e registrate senza commenti negativi ma le decisioni cliniche dovrebbero basarsi su riscontri

oggettivi: la visita medica con esame obiettivo completo e la consultazione della documentazione clinica eventualmente esibita, (per esempio, il certificato di trattamento rilasciato dal medico del Ser.T. che comprovi la terapia sostitutiva in atto e le quantità consegnate oppure la scheda di dimissione ospedaliera con l'indicazione della terapia effettuata).

### **Interazioni delle sostanze d'abuso o dei farmaci utilizzati per il trattamento delle tossicomanie con il quadro clinico di altre patologie o terapie**

La terza area che richiede attenzione ai problemi correlati all'abuso di sostanze è quella delle possibili interferenze con altri quadri clinici o terapie.

In generale, si dovrebbe porre almeno una domanda e avanzare un'ipotesi su assunzione o recente sospensione di sostanze potenzialmente dedittive per richieste di intervento dovute a:

- qualsiasi dolore inspiegato o resistente agli analgesici,
- crisi comiziali,
- perdite di coscienza,
- cefalea improvvisa,
- aritmie,
- ipertensione labile,
- precordialgie,
- diarrea e/o vomito non spiegati,
- allucinazioni,
- delirio,
- stati di agitazione psico-motoria,
- attacchi di panico.

In tutti questi casi, a meno che non si conosca bene il paziente e la sua storia clinica o non si decida per l'intervento del 118, nessun provvedimento va attuato senza un esame obiettivo. Particolare attenzione, specie in caso di sintomi psichiatrici, dovrebbe essere dedicata alla registrazione della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione arteriosa e dello stato delle pupille. Può infatti succedere che il MCA sia l'unico in grado di rilevare i dati necessari per una diagnosi differenziale altrimenti impossibile. Si pensi, per fare solo un esempio, ai sintomi psichiatrici indotti da datura stramonium, una delle tante erbe a possibile effetto psicotropo reperibili facilmente lungo i nostri fiumi e non rilevabili con i comuni esami tossicologici ma la cui assunzione potrebbe essere sospettata dai concomitanti fugaci effetti cardiovascolari.

### **Durante la visita domiciliare o ambulatoriale**

Come si è detto, la presenza di perdita di coscienza, depressione respiratoria, turbe neurologiche, anomalie del sistema cardiovascolare, sindromi psichiatriche acute dolore resistente all'analgesia dovrebbero far considerare la possibilità di una sin-

drome correlata all'abuso di sostanze. Una trattazione di tutti i possibili quadri clinici non rientra nelle finalità di questo testo. Più oltre indichiamo i criteri diagnostici per intossicazione e astinenza dalle principali sostanze d'abuso, sempre ricordando che la poliassunzione è ormai la regola e che quindi la sintomatologia può non corrispondere a quanto descritto nei manuali. Qui ci limitiamo ad indicare linee di comportamento generali per i casi in cui il sospetto diagnostico è rilevante per i provvedimenti terapeutici immediati o per la continuità terapeutica.

Premettiamo che per i casi di perdita di coscienza, con o senza depressione respiratoria, per i quadri cardiovascolari acuti, per gli stati di agitazione psicomotoria, per le allucinose e i deliri l'approccio diagnostico e terapeutico dell'MCA, che non dispone di esami tossicologici rapidi, deve essere quello raccomandato per le emergenze mediche, generalmente di competenza del Servizio 118, indipendentemente dalla possibile eziologia. Tuttavia, qualora il paziente giungesse al MCA prima che al servizio di emergenza, alcune misure dovrebbero essere immediatamente attivate: messa in atto delle comuni manovre di rianimazione, instaurazione di un accesso venoso e, se il quadro clinico è compatibile con sovradosaggio da oppiacei (vedi oltre) effettuazione di naloxone (Narcan, che, si ricorda, in Italia è un farmaco da banco) alla dose iniziale di 0,4 mg lentamente in vena, ripetibile fino al risveglio del paziente (e non oltre, per evitare di scatenare una sindrome d'astinenza). La persona risvegliata dovrà, in ogni caso, essere avviata al ricovero perché l'emivita del naloxone è inferiore a quella dell'eroina e molto inferiore a quella di altri oppiacei. Il ritorno in coma è perciò possibile e il paziente necessita di monitoraggio per almeno 6-12 ore secondo la sostanza in gioco.

Nel caso il paziente rifiutasse il ricovero dovrà essere avvertito di questa possibilità e invitato a non rimanere solo e, tanto meno, a dormire, senza la garanzia di un controllo costante della frequenza respiratoria.

Per quanto riguarda le turbe psichiche, rimandiamo all'allegato albero decisionale per una sintetica descrizione del percorso diagnostico necessario, in genere di competenza specialistica. Solo le alterazioni psichiche meno eclatanti, come gli stati d'ansia o gli attacchi di panico, non richiedono il ricovero immediato. Impongono tuttavia un'anamnesi tossicologica e un accurato esame obiettivo alla ricerca di informazioni o segni di un'eziologia tossica. La somministrazione di diazepam, generalmente indicata nei disturbi d'ansia trattati ambulatorialmente, infatti potrebbe essere, in certi casi, controproducente (per esempio in caso di reazione paradossa, non rara in dipendenti da alcool o da sedativi ipnotici o in soggetti anziani) oppure insufficiente (per esempio nelle fasi iniziali di un'astinenza dalle stesse sostanze o all'inizio di una psicosi da cocaina).

In caso di dubbio il paziente dovrà essere invitato a fermarsi in sala d'attesa per il tempo necessario a controllare l'effetto del farmaco.

In visita domiciliare, invece, il medico, non riscontrando l'indicazione al ricovero, dovrà tuttavia provvedere ad effettuare almeno un controllo telefonico per informarsi sull'evoluzione della sintomatologia. Tra le sindromi astinenziali più oltre descritte

quella più facilmente diagnosticabile e trattabile ambulatoriamente è la sindrome d'astinenza da oppiacei. In questi casi, la terapia più sicura è quella con metadone per via orale. La clonidina (Catapresan), indicata in alcuni testi, non ha questa indicazione nella scheda tecnica e quindi potrebbe essere utilizzata solo con assunzione di diretta responsabilità da parte del medico prescrittore, dopo acquisizione di consenso informato in cui si esplicitino i motivi per i quali si ritiene di non poter utilizzare un farmaco approvato. Inoltre, ai dosaggi efficaci per controllare l'astinenza da oppiacei (10 microgrammi pro chilo in 2 somministrazioni giornaliere), può avere seri effetti collaterali. D'altra parte, l'uso di un cocktail di sintomatici quali loperamide per la diarrea, FANS per l'iperalgnesia, benzodiazepine per l'ansia, metoclopramide per il vomito, potenzialmente interagenti tra loro e con eventuali altre sostanze o terapie assunte dal paziente, non è certo consigliabile in ambiente non ospedaliero e, in ogni caso, senza valida motivazione. Il principale problema nell'uso del metadone è l'estrema variabilità del dosaggio richiesto, dovuta alla variabilità della tolleranza agli oppiacei. In mancanza di documentazione tossicologica, la somministrazione di 10-20 mg per via orale, eventualmente ripetuti dopo un'ora se l'effetto non fosse evidente, è, in genere, sufficiente a contenere adeguatamente la sintomatologia.

Pazienti epilettici, cardiopatici, cirrotici, con o senza insufficienza epatica conclamata, portatori di insufficienza renale dovrebbero essere trattati in ambiente ospedaliero o in regime di ospedalizzazione domiciliare.

## Il MCA e le terapie per le dipendenze

I trattamenti farmacologici per le tossicodipendenze possono essere motivo di coinvolgimento del MCA perché richiedono una assoluta continuità o perché possono interferire con la diagnosi e la terapia di altre condizioni patologiche.

La più diffusa terapia per la dipendenza da oppiacei è il trattamento di mantenimento con metadone. Rimandiamo ai testi specialistici per una approfondita trattazione delle basi razionali di questa terapia. Ciò che il MCA dovrebbe considerare è la possibilità di incontrare pazienti a cui sono prescritti dosaggi anche molte volte superiori a quelli consueti, potendo arrivare, sebbene raramente, anche a 200-300 mg al giorno. Queste persone potrebbero richiedere l'intervento del MCA perché rimaste accidentalmente senza farmaco. Dovrebbero però essere in possesso del certificato di trattamento da cui dedurre la dose effettivamente assunta e consegnata. A questo proposito ricordiamo che i servizi per le tossicodipendenze, in Lombardia, devono offrire assistenza medica per 365 giorni all'anno a "chiunque faccia uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope" e nelle giornate festive e prefestive devono in ogni caso garantire almeno l'apertura per alcune ore. Il paziente che presenti un'iniziale sintomatologia astinenziale potrà quindi essere temporaneamente trattato con un dosaggio ridotto (per esempio 40 mg, o poco più

o poco meno, in base alla documentazione prodotta) ed essere inviato il giorno successivo, con opportuna relazione, ad un Ser.T.. Lo stesso comportamento, in caso di improvvisa sindrome da sospensione, può essere tenuto con pazienti in trattamento sostitutivo con buprenorfina (Subutex). Mentre infatti la somministrazione di buprenorfina a pazienti in trattamento con metadone è controindicata perché potrebbe produrre una sindrome d'astinenza, non è vero il contrario. Le persone in terapia sostitutiva con questi due farmaci presentano problemi anche nella gestione della terapia analgesica. La tolleranza crociata, infatti, annulla l'efficacia delle usuali dosi di oppiacei e perciò l'analgesia può essere raggiunta solo con posologie proporzionalmente superiori oppure con il ricorso, non sempre efficace, ad analgesici non oppioidi. Inoltre, l'accidentale utilizzo di analgesici ad effetto agonista-antagonista, come la pentazocina (Talwin) potrebbe scatenare una sindrome d'astinenza. Resistenti all'analgesia oppioide sono anche i pazienti in trattamento con naltrexone (Antaxone, Nalorex), un antagonista prescritto o per annullare gli effetti dell'eroina oppure per il suo effetto moderatore sull'assunzione di alcol. Un altro farmaco tuttora prescritto per l'alcolismo è il disulfiram (Antabuse, Etiltox). Il disulfiram provoca reazioni sistemiche anche gravi (cefalea, tachicardia, aritmie, ipotensione, collasso) in presenza anche di piccole quantità di alcol come quelle contenute in molti medicinali assumibili per os. Il GHB (Alcover), oltre ad essere una droga d'abuso, nota come "estasi liquida", viene in alcuni casi prescritto come sostituto dell'alcol. La brusca sospensione di questo farmaco può dare origine ad una grave sindrome d'astinenza con caratteristiche simili a quelle dell'astinenza da alcol e da benzodiazepine con le quali si manifesta tolleranza crociata. Pertanto, il trattamento con benzodiazepine, per qualsiasi indicazione, potrebbe risultare inefficace o richiedere dosaggi estremamente elevati in questi pazienti, che dovrebbero pertanto essere riferiti ad ambiente ospedaliero nel caso tali farmaci fossero necessari.

## Raccordo con il MMG e raccordi esterni

Il testo unico 309/90, riconosce alle persone che facciano uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope il diritto di accedere ai servizi per le tossicodipendenze anche in anonimato, con ciò intendendosi la mancanza di identificazione anagrafica sulla cartella clinica. Ciò comporta la possibilità che un paziente sia in trattamento presso un servizio specialistico all'insaputa del medico di base. In realtà chi si rivolge ad un SERT per una terapia dovrebbe sempre ricevere una relazione clinica da consegnare al curante e una certificazione della terapia in corso, da tenere con sé per i casi di emergenza, anche se le generalità non sono riportate in cartella. Ma non ha alcun obbligo di coinvolgere il medico di base, dato che l'accesso ai servizi è libero, gratuito e diretto.

Pertanto, il MCA che intervenga per un problema correlato all'assunzione di sostanze, dovrà rilasciare all'interessato una sintetica relazione sull'intervento effettuato,

specialmente se ha prescritto farmaci, ma, salvo i casi di necessità previsti dal Codice di Deontologia Medica, non potrà mettersi in contatto con il curante senza il consenso dell'interessato. Ciò, naturalmente, vale anche per i Ser.T. , essendo caduto con referendum abrogativo del 1994, ogni obbligo di segnalazione.

## Quando ricoverare / non ricoverare

Come si è visto, l'ipotesi che un quadro clinico sia correlato ad assunzione o dipendenza da sostanze d'abuso richiede spesso l'esecuzione di esami tossicologici non eseguibili estemporaneamente. Inoltre i diversi gradi di tolleranza e le complesse interazioni tra diverse sostanze non consentono di definire protocolli terapeutici a priori, attuabili ambulatoriamente da non specialisti. L'eccezione è rappresentata dai quadri sfumati di iniziale astinenza da benzodiazepine e dalla sindrome d'astinenza da oppiacei, spesso trattabile con sicurezza utilizzando metadone per via orale. Anche in questi casi dovrebbe essere considerato il ricovero per le donne incinte, i pazienti cardiopatici, epilettici, cirrotici e affetti da insufficienza renale. Dovrebbero inoltre essere ricoverati i pazienti con patologie per cui è indicata la terapia con oppiacei, se già in trattamento con alte dosi di metadone o buprenorfina.

## Farmaci essenziali

- **Metadone cloridrato** sciroppo flaconi da 10 mg : 1 flacone per os da ripetere dopo 30-60 minuti in base all'effetto osservato.
- **Naloxone** fiale da 0,4 mg da effettuare in vena lentamente e ripetutamente fino al risveglio del paziente
- **Valium** fiale da 10 mg: ½ - 1 fiala da effettuare lentamente in vena

## Basi teoriche cui fare riferimento

Il riferimento più usato per i disturbi correlati ad abuso o dipendenza da sostanze è il manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM) edito dalla American Society of Psychiatry di cui riportiamo i criteri descritti nella IV versione.

### Criteria generali per intossicazione da sostanze

Si tratta di un quadro morboso reversibile determinato dall'assunzione recente di una sostanza caratterizzato dallo sviluppo di una sindrome - sostanza specifica. Le manifestazioni di natura comportamentale o psicologica sono dovute agli effetti fisiologici diretti della sostanza sul sistema nervoso centrale. E' specifica per ogni composto ed è correlata al dosaggio, alla tolleranza del soggetto ed alla durata dell'esposizione. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

### Criteria per l'Intossicazione da Sostanze

**A.** Lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di (o esposizione a) una sostanza.

**Nota: differenti sostanze possono produrre sindromi simili o identiche**

**B.** Modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologico dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale (per es., litigiosità, labilità dell'umore deficit cognitivi, deficit delle capacità critiche, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) e che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione della sostanza

**C.** I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

### Criteria generali per astinenza da sostanze

Si verifica alla sospensione o riduzione dell'assunzione di una sostanza. Causa un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento socio-lavorativo e i sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale. La maggior parte dei soggetti con astinenza provano un bisogno intenso di ri-somministrarsi la sostanza per attenuare i sintomi. La diagnosi di astinenza è ammessa per i seguenti gruppi di sostanze: alcool; anfetamina; cocaina; nicotina; oppiacei; sedativi ipnotici o ansiolitici.

I segni e i sintomi dell'astinenza variano a seconda della sostanza usata: la maggior parte dei sintomi sono opposti a quelli osservati nell'intossicazione nella stessa sostanza. Anche la dose e la durata dell'uso e altri fattori quali la presenza o l'assenza di ulteriori malattie influenzano i sintomi astinenziali.

### Criteria per l'Astinenza da Sostanze

**A.** Lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica conseguente alla cessazione (o riduzione) dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato

**B.** La sindrome sostanza-specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti

**C.** I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale

Si riportano di seguito i criteri diagnostici per intossicazione e/o astinenza delle principali sostanze d'abuso, che con maggior frequenza possono giungere all'osservazione dell'MCA.

I criteri diagnostici illustrati, riguardanti intossicazione e/o astinenza da alcool, amfetamine, cannabinoidi, cocaina, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici o ansiolitici, sono desunti dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV)

**Criteria diagnostici per Intossicazione Alcoolica**

- A. Recente ingestione di alcool.
- B. Comportamento maladattivo clinicamente significativo o modificazioni psicologiche (per es., comportamento sessuale o aggressivo inappropriato, labilità d'umore, deficit delle capacità critiche, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'ingestione alcoolica.
- C. Uno (o più) dei segni seguenti, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'assunzione di alcool:
  - 1) pronuncia indistinta
  - 2) incoordinazione
  - 3) marcia instabile
  - 4) nistagmo
  - 5) deficit di attenzione o di memoria
  - 6) stupor o coma
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale, e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

**Criteria diagnostici per Astinenza Alcolica**

- A. Cessazione di (o riduzione di) un uso di alcool che è stato pesante e prolungato.
- B. Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano in un periodo variabile da alcune ore ad alcuni giorni dopo che è risultato soddisfatto il Criterio A:
  - 1) iperattività del SNA (per es. sudorazione o frequenza del polso maggiore di 100)
  - 2) aumentato tremore delle mani
  - 3) insonnia
  - 4) nausea e vomito
  - 5) allucinazioni o illusioni visive, tattili o uditive transitorie
  - 6) agitazione psicomotoria
  - 7) ansia
  - 8) crisi di grande male
- C. I sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale

*Nota: Specificare se "Con Alterazioni Percettive"*

**Criteria diagnostici per Intossicazione da Amfetamine**

- A. Assunzione recente di amfetamine o di una sostanza correlata (per es., metilfenidato).
- B. Modificazioni psicologiche o comportamentali maladattive clinicamente significative (per es., euforia o appiattimento dell'affettività; modificazioni della tendenza a socializzare; ipervigilanza; suscettibilità interpersonale; ansia, tensione o rabbia; comportamenti stereotipati; compromissione delle capacità critiche, o

del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'assunzione di amfetamine o di una sostanza correlata.

- C. Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'assunzione di amfetamine o di una sostanza correlata:
- 1) tachicardia o bradicardia
  - 2) midriasi
  - 3) ipertensione o ipotensione
  - 4) sudorazione o brividi
  - 5) nausea o vomito
  - 6) perdita di peso obiettiva
  - 7) agitazione o rallentamento psicomotorio
  - 8) debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore toracico o aritmie cardiache
  - 9) confusione, crisi epilettiche, discinesie, distonie o coma.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale.

*Nota: Specificare se "Con Alterazioni Percettive"*

#### **Criteri diagnostici per Astinenza da Amfetamine**

- A. Cessazione (o riduzione) dell'uso prolungato e pesante di amfetamine (o di una sostanza correlata).
- B. Umore disforico e due (o più) delle seguenti modificazioni fisiche, che si sviluppano entro un periodo variabile da poche ore a alcuni giorni dopo che è stato soddisfatto il Criterio A:
- 1) stanchezza
  - 2) sogni vividi, spiacevoli
  - 3) insonnia o ipersonnia
  - 4) aumento dell'appetito
  - 5) ritardo o agitazione psicomotoria.
- C. I sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

#### **Criteri diagnostici per Intossicazione da Cannabis**

- A. Uso recente di cannabis.
- B. Modificazioni maladattive comportamentali o psicologiche clinicamente significative (per es., compromissione della coordinazione motoria, euforia, ansia, sensazione di rallentamento del tempo, deficit della capacità critica, ritiro sociale) che si sviluppano durante, o poco dopo, assunzione di cannabis.
- C. Due (o più) dei seguenti segni, che si sviluppano entro due ore dall'assunzione di cannabis:

- 1) iperemia congiuntivale
- 2) aumento dell'appetito
- 3) secchezza delle fauci
- 4) tachicardia.

D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

*Nota: Specificare se "Con Alterazioni Percettive"*

### **Criteri diagnostici per Intossicazione da Inalanti**

- A. Uso recente volontario o esposizione di breve durata ad alte dosi di inalanti volatili (esclusi gas anestetici e vasodilatatori a breve durata d'azione).
- B. Modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative (per es., litigiosità, aggressività, apatia, deficit della capacità critica, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso volontario di queste sostanze oppure dopo esposizione a inalanti volatili.
- C. Due (o più) dei segni seguenti, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di inalanti o l'esposizione ad essi:
  - 1) vertigini
  - 2) nistagmo
  - 3) incoordinazione
  - 4) eloquio indistinto
  - 5) marcia instabile
  - 6) letargia
  - 7) riflessi diminuiti
  - 8) rallentamento psicomotorio
  - 9) tremore
  - 10) debolezza muscolare generalizzata
  - 11) visione offuscata o diplopia
  - 12) stupor o coma
  - 13) euforia.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale né possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

### **Criteri diagnostici per Intossicazione da cocaina**

- A. Assunzione recente di cocaina.
- B. Modificazioni psicologiche o comportamentali maladattive clinicamente significative (per es., euforia o appiattimento dell'affettività; modificazioni della tendenza a socializzare; ipervigilanza; suscettibilità interpersonale; ansia, tensione o rabbia; comportamenti stereotipati; compromissione delle capacità critiche, o del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'assunzione di cocaina.
- C. Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'as-

sunzione di cocaina:

- 1) tachicardia o bradicardia
- 2) midriasi
- 3) ipertensione o ipotensione
- 4) sudorazione o brividi
- 5) nausea o vomito
- 6) perdita di peso obiettiva
- 7) agitazione psicomotoria o rallentamento
- 8) debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore toracico o aritmie cardiache
- 9) confusione, crisi epilettiche, discinesie, distonie o coma.

D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio spiegabili con un altro disturbo mentale.

*Nota: Specificare se "Con Alterazioni Percettive"*

**Criteri diagnostici per Astinenza da Cocaina**

- A. Cessazione (o riduzione) dell'uso prolungato e in dosi pesanti di cocaina.
- B. Umore disforico e due (o più) delle seguenti modificazioni fisiche, che si sviluppano entro un periodo variabile da poche ore a alcuni giorni dopo che è stato soddisfatto il Criterio A:
  - 1) stanchezza
  - 2) sogni vividi, spiacevoli
  - 3) insonnia o ipersonnia
  - 4) aumento dell'appetito
  - 5) rallentamento psicomotorio o agitazione
- C. I sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

**Criteri diagnostici per intossicazione da oppiacei**

- A. Uso recente di un oppiaceo
- B. Modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative (per es., euforia iniziale seguita da apatia, disforia, agitazione o rallentamento psicomotorio, deficit della capacità critica o compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di oppiacei.
- C. Miosi (o midriasi dovuta ad anossia da massiccia overdose) e uno (o più) dei seguenti segni, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di oppiacei:
  - 1) sonnolenza o coma
  - 2) eloquio indistinto
  - 3) deficit dell'attenzione e della memoria.

D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale, e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

*Nota: Specificare se “Con Alterazioni Percettive”*

### **Criteri diagnostici per astinenza da oppiacei**

- A. Una delle condizioni seguenti:
- 1) cessazione (o riduzione) di uso di oppiacei che sia stato pesante e prolungato (diverse settimane o più)
  - 2) somministrazione di un oppiaceo antagonista dopo un periodo di uso di oppiacei.
- B. Tre (o più) dei sintomi seguenti, che si sviluppano entro un periodo variabile da minuti a diversi giorni dopo che sia stato soddisfatto il criterio A:
- 1) umore disforico
  - 2) nausea o vomito
  - 3) dolorabilità muscolare
  - 4) lacrimazione o rinorrea
  - 5) midriasi, piloerezione o sudorazione
  - 6) diarrea
  - 7) sbadigli
  - 8) febbre
  - 9) insonnia.
- C. I sintomi del Criterio B causano un disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale, e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

### **Criteri diagnostici per Intossicazione da Sedativi, Ipnotici o Ansiolitici**

- A. Uso recente di un sedativo, ipnotico o ansiolitico.
- B. Modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative (per es., comportamento sessualmente inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, compromissione della capacità critica o del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici.
- C. Uno (o più) dei segni seguenti, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici:
- 1) eloquio indistinto
  - 2) incoordinazione
  - 3) marcia instabile
  - 4) nistagmo
  - 5) deficit di attenzione o memoria
  - 6) stupor o coma.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio giustificati da un altro disturbo mentale

Criteri diagnostici per Astinenza da Sedativi, Ipnotici o Ansiolitici

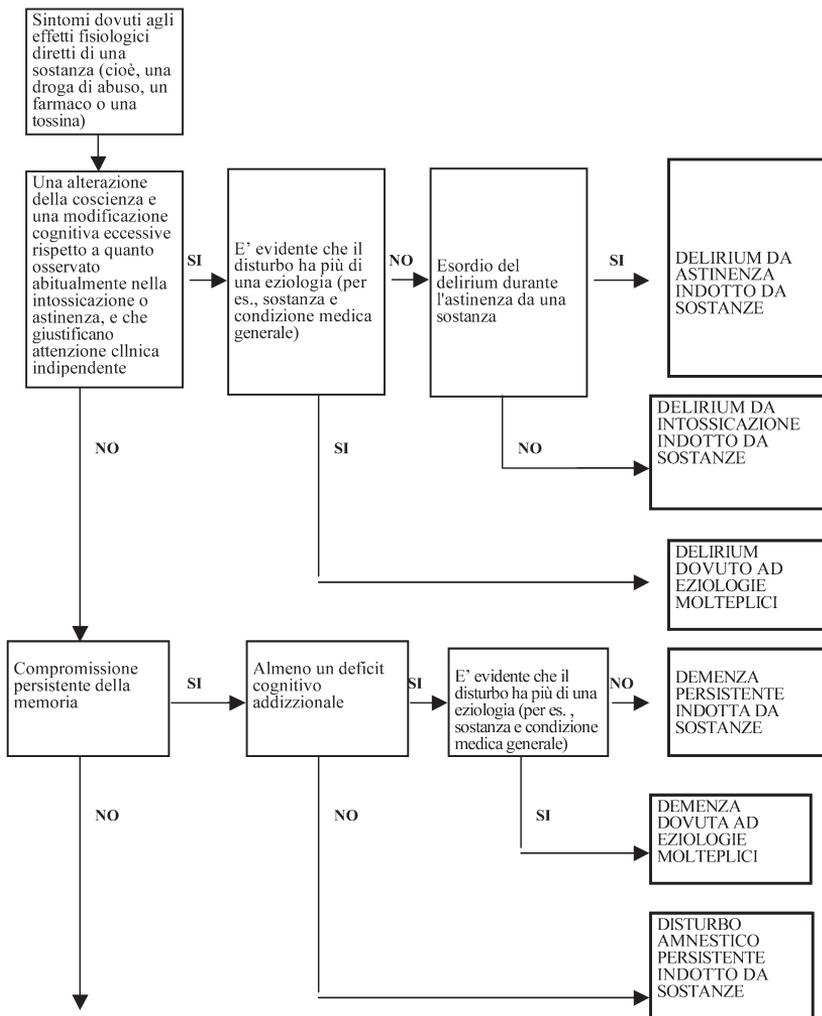
- A. Cessazione (o riduzione) dell'assunzione di un sedativo, ipnotico o ansiolitico, il cui uso sia stato pesante e prolungato.
- B. Due (o più) dei segni seguenti, che si sviluppano in un lasso di tempo variabile da diverse ore ad alcuni giorni dopo che è stato soddisfatto il Criterio A:
  - 1) iperattività del sistema nervoso autonomo (per es., sudorazione o frequenza cardiaca maggiore di 100)
  - 2) aumento del tremore alle mani
  - 3) insonnia
  - 4) nausea o vomito
  - 5) allucinazioni o illusioni transitorie visive, tattili o uditive
  - 6) agitazione psicomotoria
  - 7) ansia
  - 8) crisi di grande male.
- C. I sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non risultano meglio giustificati da un altro disturbo mentale.

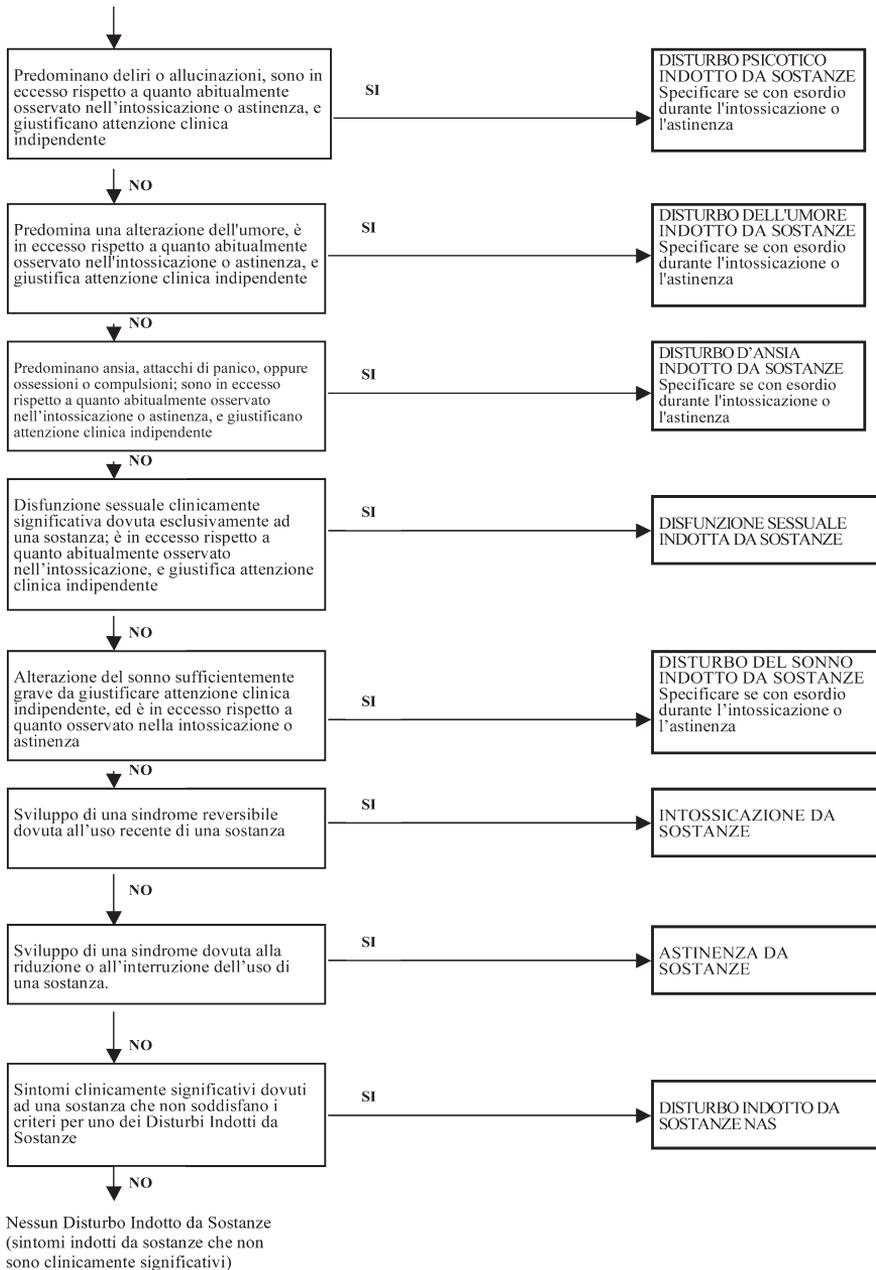
*Nota: Specificare se "Con Alterazioni Percettive"*

### **Criteri diagnostici per Intossicazione da Allucinogeni**

- A. Uso recente di un allucinogeno.
- B. Modificazioni maladattive psicologiche o comportamentali clinicamente significative (per es., rilevante ansia o depressione, idee di riferimento, paura di impazzire, ideazione paranoide, compromissione delle capacità critiche o compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di allucinogeni.
- C. Alterazioni percettive ricorrenti in stato di piena consapevolezza e vigilanza (per es., intensificazione soggettiva delle percezioni, depersonalizzazione, derealizzazione, illusioni, allucinazioni, sinestesie) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di allucinogeni.
- D. Due (o più) dei seguenti segni, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di allucinogeni:
  - 1) midriasi
  - 2) tachicardia
  - 3) sudorazione
  - 4) palpitazioni
  - 5) annebbiamenti del visus
  - 6) tremori
  - 7) incoordinazione.
- E. I sintomi non sono dovuti a un'altra condizione medica generale e non risultano meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

## Diagnosi differenziale dei Disturbi Indotti da Sostanze (non inclusi Dipendenza e Abuso)





# BASIC LIFE SUPPORT E DEFIBRILLAZIONE

*Dott. Lauro Morandini*

Obiettivo della rianimazione è il ripristino delle principali funzioni vitali, rappresentate dalla respirazione e dalla circolazione sanguigna. A loro si deve il costante rifornimento di ossigeno ai tessuti che compongono l'organismo umano, i quali ricavano da esso l'energia necessaria per le numerose reazioni che stanno alla base della vita. Un carente apporto di ossigeno determina una condizione di ipossia (povertà di ossigeno) particolarmente grave per il tessuto nervoso, le cui cellule sono estremamente sensibili alle variazioni di ossigenazione del sangue. Il perdurare quindi di una situazione di ipossia determina la morte dell'individuo. La morte non è però un evento improvviso ma esistono due fasi distinte e successive: la morte clinica e la morte biologica.

Noi utilizzeremo qui la definizione di morte che l'attuale legislazione in tema di trapianti d'organo ha formulato (Nord Italian Transplant: Guida al prelievo ed al trapianto di organi da cadavere. 1998): la morte di un individuo si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche (Art. 1 Legge 23/12/93 n° 578).

La morte non estingue istantaneamente e globalmente l'attività di tutte le cellule: morire è un processo evolutivo che gradualmente coinvolge le cellule dei diversi tessuti sulla base della differente resistenza di questi alla mancanza di ossigeno.

La morte avviene nel momento in cui l'organismo cessa di essere un unico insieme funzionale, mentre il processo di morte termina quando l'intero organismo ha raggiunto una necrosi completa.

Gli interventi di ripristino e sostegno delle funzioni vitali possono avere successo, nel senso di un completo recupero, se praticati entro 3 - 4 minuti dall'arresto cardio-respiratorio, primo passo verso la morte clinica.

Più tardi il cervello è compromesso irrimediabilmente, anche se le funzioni vitali possono recuperare. È evidente per quanto si è detto che il ripristino cardio-respiratorio mira a tutelare, in primo luogo, il sistema nervoso: qualunque sia la causa dell'arresto di un sistema, cardiocircolatorio o respiratorio, sarà necessario supplire al suo mancato funzionamento con opportune manovre, le tecniche di rianimazio-

ne, fino a quando esso riprenderà la propria attività o sarà possibile sottoporre il paziente a cure in strutture idonee.

È necessario ricordare però che il blocco di uno dei due sistemi, se non ripristinato rapidamente, si accompagnerà fatalmente al blocco anche dell'altro sistema, in quanto il mancato apporto di ossigeno all'encefalo bloccherà sia i centri nervosi di controllo respiratorio, sia quelli di controllo cardiocircolatorio.

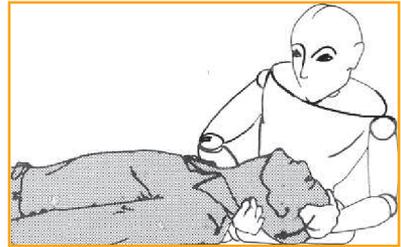
**La rianimazione di base si articola in tre fasi:**

- A - *Disostruzione delle vie aeree*
- B - *Ventilazione artificiale*
- C - *Sostegno dell'attività cardiocircolatoria*

## A- Disostruzione delle vie aeree

Nei pazienti incoscienti le principali cause di ostruzione delle prime vie aeree sono: il malposizionamento del capo e del collo, l'ipotono muscolare, ed in particolare della lingua, la presenza di materiali estranei.

È quindi necessario intervenire rapidamente con apposite tecniche manuali che consentano l'apertura delle prime vie aeree.



### Tecniche di apertura delle vie aeree

Tripla manovra di pervietà delle vie aeree

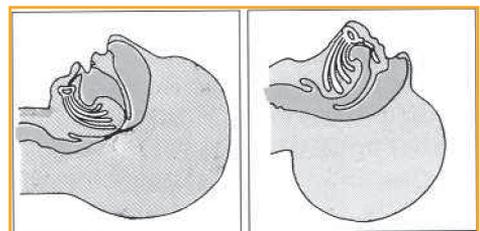
Tale manovra comprende:

- a) *iperestensione del capo e sollevamento del mento*
- b) *apertura della bocca*
- c) *sublussazione della mandibola*

#### a) Iperestensione del capo e sollevamento del mento

È la manovra più semplice per sollevare la base della lingua dalla parete posteriore del faringe.

L'estensione estrema della testa, da sola, assicura la pervietà delle vie aeree nella maggior parte dei pazienti in stato d'incoscienza. Il metodo corrente per iperestendere la testa è quello di posizionarsi a lato del capo del paziente: si pone una mano sulla fronte del paziente ed una sotto la par-



te ossea del mento (altrimenti si corre il rischio di sospingere la lingua ancor più verso l'ipofaringe) e si imprime al capo un movimento di rotazione all'indietro, avendo cura di non occludere completamente la bocca.

Questa manovra può essere impiegata anche su pazienti politraumatizzati.

### **b) Apertura della bocca**

Spesso, prima di poter praticare la liberazione delle vie aeree, si deve ricorrere ad un'apertura forzata delle mascelle strettamente serrate.

Ogni tentativo di aprire a forza le mascelle deve essere eseguito con la massima cautela e la bocca si deve aprire solo moderatamente poiché l'abbassamento eccessivo della mandibola avrebbe per conseguenza un'ostruzione respiratoria.

Un metodo pratico e non traumatizzante per aprire le mascelle serrate di una vittima è il seguente:

si introduce l'indice della mano destra nella bocca fra la guancia ed i denti, finché la punta del dito non si trovi dietro l'ultimo molare; quindi si spinge il dito tra gli alveoli superiori ed inferiori e nello stesso tempo si appoggia fortemente il pollice della stessa mano sul mento del paziente. Si esercita sul mento una pressione verso il basso col pollice, mentre con la punta dell'indice si esercita una pressione verso l'alto sulla parte posteriore del margine alveolare superiore, si gira compiendo con le dita un movimento a vite, forzando la bocca ad aprirsi tanto da permettere un rapido esame della cavità orale.

### **c) Sublussazione della mandibola.**

(Consigliato solo a soccorritori professionali). Il soccorritore uncina su entrambi i lati del volto del paziente il ramo ascendente della mandibola davanti ai lobi auricolari, usando indice, medio, anulare delle due mani, quindi spinge verso l'alto ed in avanti la mandibola in modo che l'arcata dentaria inferiore venga sporgere rispetto alla superiore.

Con i pollici posti in corrispondenza del mento viene spinta verso il basso l'arcata dentaria inferiore.

### **Aspirazione faringea**

Dalle cavità nasali, boccale e faringea devono essere rimossi i materiali ostruenti: denti, protesi, sangue, residui alimentari rigurgitati o vomitati, saliva. Il soccorritore può allontanare le sostanze liquide impregnando garze o fazzoletti e le sostanze solide uncinandole con le dita.

L'intervento più efficace in questi casi è l'aspirazione delle vie aeree utilizzando apparecchi manuali o meglio automatici.

Il sistema di aspirazione comprende: una fonte di vuoto, un vaso infrangibile per la raccolta del materiale aspirato, un tubo di grande calibro con pareti non collassabili per collegare il vaso di raccolta al sondino di aspirazione, un dispositivo di regolazione dell'aspirazione costituito da un raccordo munito di un foro: occludendo od

aprendo con un dito il foro si provoca o si interrompe l'aspirazione; i sondini da utilizzare devono avere un buon calibro per consentire l'evacuazione anche di materiale semi solido evitando facili ostruzioni.

La procedura da seguire nell'uso di un aspiratore è la seguente:

- collegare il sondino di aspirazione al raccordo;
- accendere l'apparecchio per verificarne il funzionamento;
- ad aspiratore spento introdurre il sondino in bocca per circa 10 cm o nel naso per circa 15 cm raggiungendo così il faringe;
- accendere l'aspiratore e ritirare il sondino imprimendogli movimenti di va e vieni e di rotazione;
- se necessario ripetere la manovra;
- sostituire immediatamente il sondino se questo si ostruisce;
- durante l'aspirazione mantenere il collo esteso e ruotato lateralmente.

Nel traumatizzato, essendo controindicati movimenti del rachide cervicale, sollevare la mandibola e ruotare il paziente rispetto al suo asse insieme al piano di appoggio (preferibilmente costituito dal materasso a depressione o dalla tavola spinale).

#### • Cannula orofaringea

La cannula orofaringea è costituita da un tubo di plastica o di gomma a forma semiri-ciolare. L'estremità della cannula, che rimane esterna alla bocca, è munita di uno scudo che ne impedisce l'inghiottimento.

Inserire la cannula con la concavità rivolta verso il palato fino a raggiungere il faringe posteriore e poi ruotarla di 180° fino a che si posizioni sul dorso della lingua.

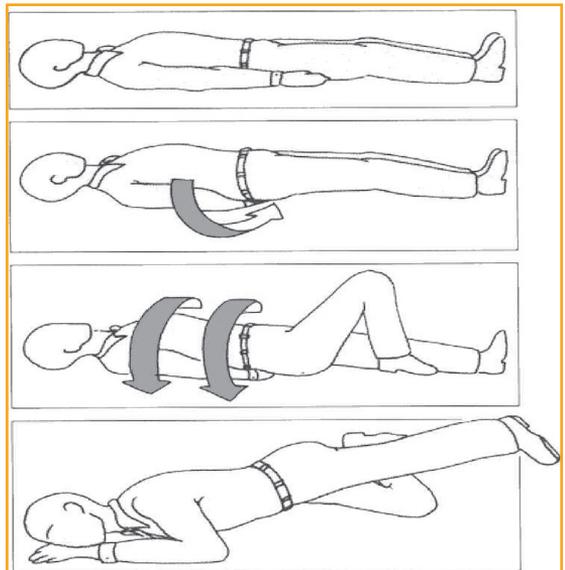
Ci si può aiutare anche con un abbassalingua, in modo da poter vedere che l'estremità della cannula sia correttamente posizionata. Se la cannula è malposizionata può spingere in basso la base della lingua provocando l'ostruzione delle vie aeree.

La cannula orofaringea deve essere posizionata solo in pazienti incoscienti.

Il suo impiego in pazienti svegli può stimolare il vomito.

#### • Decubito laterale

È necessario far assumere ai pazienti privi di coscienza, in grado di respirare autonomamente ed anche ad infortunati vigili in precarie condizioni generali (shock), un idoneo posizionamento. Nel decubito laterale, la bocca diviene il punto più basso



del corpo; le sostanze liquide, che si raccolgono in essa o nella gola, defluiscono verso l'esterno.

Quindi, con questa posizione si previene il pericolo dell'aspirazione nelle vie aeree di materiali estranei e si rendono pervie le vie respiratorie, garantendo il libero passaggio dell'aria.

Per questo la posizione in decubito laterale viene chiamata "posizione di sicurezza".

*La corretta esecuzione della manovra prevede le seguenti fasi:*

- rimuovere eventuali occhiali dell'infortunato;
- porsi in ginocchio a lato dell'infortunato;
- sollevargli di poco il fianco sospingendovi sotto il braccio sito verso il soccorritore;
- piegare la gamba dallo stesso lato del soccorritore;
- afferrare spalla e fianco del lato opposto e ruotare, con cautela, il paziente sul fianco;
- il braccio posto dietro la schiena evita la caduta sul dorso del paziente;
- estendere la testa all'indietro e girare un poco il viso verso terra;
- sospingere sotto la guancia le dita della mano (palmo rivolto a terra) dell'arto che si trova ora superiormente, per mantenere il capo in posizione di sicurezza.

Questa posizione, così come la tecnica descritta, è solo una delle tante proposte dalle diverse linee guida internazionali, nessuna delle quali è immune da difetti: una posizione laterale vera tende ad essere instabile, provoca una eccessiva flessione laterale del rachide cervicale e riduce le possibilità di drenaggio di secrezioni dal cavo orale; una posizione semi-prona migliora la fuoriuscita di secrezioni dalle vie aeree, ma può compromettere la ventilazione riducendo l'escursione del diaframma e l'espansione della gabbia toracica; la posizione da noi descritta implica una compressione sul braccio posto sotto la schiena. Non esiste pertanto una "posizione di sicurezza ideale per ogni situazione": nel decidere quale posizione far assumere al paziente si dovrà tener conto di questi elementi:

- la vittima dev'essere nella posizione più vicina a quella laterale, con il capo più in basso;
- la posizione dev'essere stabile;
- si deve evitare qualsiasi pressione sul torace che ostacoli il respiro;
- dev'essere facile ed atraumatico riposizionare la vittima supina per effettuare manovre rianimatorie, salvaguardando l'integrità del rachide cervicale;
- si deve poter valutare facilmente le vie aeree ed aver facile accesso ad esse;
- non devono residuare danni dovuti alla posizione medesima.

*In ogni diversa situazione si sceglierà il compromesso migliore.*

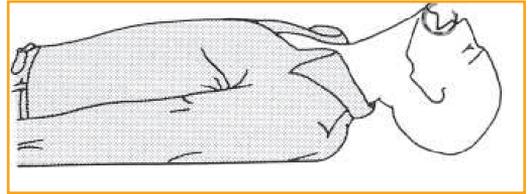
## B- Ventilazione artificiale

Se la disostruzione delle vie aeree non è sufficiente a ripristinare il respiro spontaneo del paziente è necessario ricorrere alla ventilazione artificiale ottenibile mediante una delle seguenti tecniche:

- bocca - bocca*
- bocca - naso*
- bocca - bocca e naso*
- bocca-maschera oro-facciale*
- bocca-tubo a "S" o di Safar*
- pallone autoespansibile con maschera facciale*

### a) Ventilazione bocca-bocca

La ventilazione bocca-bocca consente di insufflare nelle vie aeree del paziente l'aria espirata dal soccorritore in modo da apportare ossigeno ed eliminare anidride carbonica.



Nell'aria espirata è contenuto il 17% di ossigeno, quota ritenuta sufficiente per le necessità del paziente.

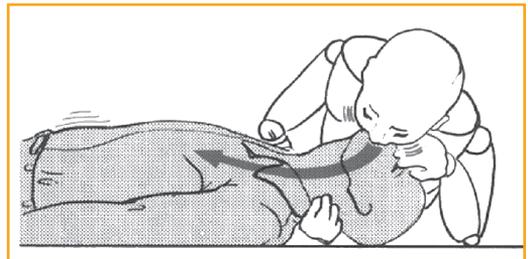
L'efficacia di questo metodo è legata al rispetto di una frequenza di insufflazione pari a 10-12 atti al minuto nell'adulto, 15/20 atti al minuto nei bambini e oltre 30 atti al minuto nei neonati. Il volume di aria insufflato dal soccorritore nelle vie aeree del paziente è di 500-600 ml insufflati lentamente (in 1 secondo) nell'adulto e proporzionalmente inferiore nei bambini e neonati (vedere ventilazione bocca- bocca e naso).

L'esecuzione della ventilazione bocca-bocca prevede le seguenti operazioni:

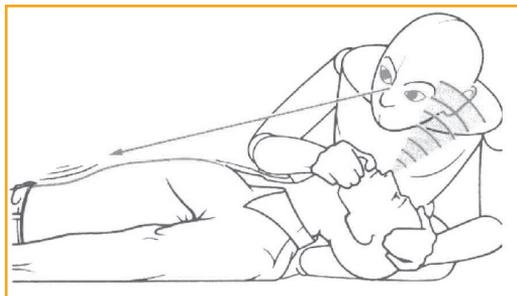
- il paziente va posto in posizione supina con capo, collo e torace allineati;
- il soccorritore si dispone inginocchiato a lato del paziente;
- vengono disostruite le vie aeree;
- per facilitare il mantenimento dell'iperestensione si può collocare sotto le spalle del paziente un telo od una coperta ripiegata;
- con il pollice e l'indice della mano, il cui palmo è appoggiato sulla fronte del paziente, si chiudono le narici pinzando il naso;
- con l'altra mano il soccorritore sostiene la nuca del paziente per favorire l'iperestensione del capo.

In alternativa la stessa mano può essere posizionata sul mento per mantenere divaricate le arcate dentarie;

- inspirare aria profondamente;



- appoggiare, facendo pressione, le labbra atteggiate ad “O” attorno alla bocca del paziente; il contatto deve essere ermetico per evitare fughe di aria che rendono insufficiente la ventilazione degli alveoli polmonari;
- insufflare l’aria nella bocca del paziente in modo lento, progressivo, con decisione;
- controllare visivamente che il torace si sollevi a seguito dell’insufflazione;
- allontanare la bocca da quella del paziente di qualche centimetro lasciando che questo espiri passivamente per retrazione elastica della gabbia toracica;
- inspirare nuovamente e ripetere l’intero ciclo.



Occorre evitare che l’aria insufflata finisca nello stomaco del paziente: questo può avvenire soprattutto quando non vi sia una completa apertura delle vie aeree, oppure si sia esercitata un’eccessiva pressione di insufflazione (ad esempio con un’insufflazione troppo rapida). L’insufflazione d’aria nello stomaco rende più difficile la ventilazione dei polmoni e può provocare il vomito. Perciò, bisogna comprimere dolcemente la zona compresa tra lo sterno e l’ombelico con una mano. Questa manovra svuoterà lo stomaco dall’aria.

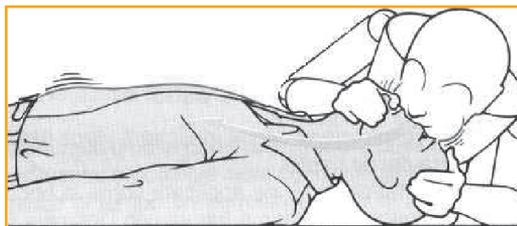
Dato che questo procedimento può essere causa di vomito, bisogna girare la testa e le spalle del paziente da un lato e prepararsi a liberare il faringe dal materiale vomitato.

### b) Ventilazione bocca-naso

E’ un sistema di ventilazione molto simile al precedente, infatti:

- la posizione del paziente e del soccorritore sono le stesse;
- il soccorritore chiude la bocca del paziente per evitare che l’aria insufflata dal naso esca dalla bocca;
- il soccorritore appoggia la bocca sulla piramide nasale del paziente, facendo aderire le labbra attorno ad essa per evitare perdite di aria;
- l’insufflazione avviene come nel bocca-bocca, salvo l’impiego di una maggiore pressione, necessaria per vincere la maggiore resistenza offerta al passaggio di aria;
- il soccorritore controlla visivamente il buon sollevamento del torace;
- al termine dell’insufflazione il soccorritore distacca la bocca dal naso del paziente lasciando che questo espiri passivamente.

La tecnica della ventilazione bocca-



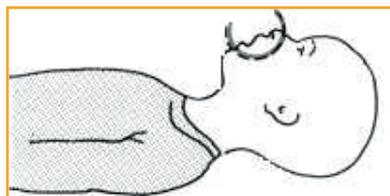
naso, rispetto a quella bocca a bocca, offre i seguenti vantaggi:

- evita il diretto contatto con la bocca del paziente, che in caso di vomito, sangue ecc. può generare una ripugnanza difficile da dominare;
- l'insufflazione di aria nello stomaco (con il relativo rischio di vomito) è molto meno frequente, in quanto l'aria arriva in faringe con minor pressione ed ha quindi minor probabilità di entrare in esofago;
- rappresenta la tecnica di elezione nei casi in cui la bocca non è utilizzabile per l'insufflazione come nel caso di contrattura dei muscoli masticatori (da ipossia, elettrocuzione, avvelenamento da stricnina, tetano) o di traumi facciali con ferite delle labbra, delle guance, fratture della mandibola.

Questa tecnica non è utilizzabile nei traumi facciali che, in seguito a frattura delle ossa nasali, compromettano la pervietà delle fosse nasali.

### c) Ventilazione bocca - bocca e naso

Questo tipo di ventilazione artificiale si applica ai neonati, ai lattanti ed ai bambini piccoli fino a 2-3 anni. Infatti nei piccoli pazienti le ridotte dimensioni del volto permettono di comprendere all'interno della bocca di un adulto sia la bocca che il naso e di insufflarvi contemporaneamente l'aria.

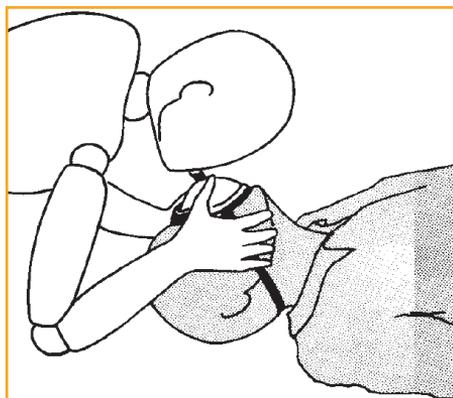


Per evitare di insufflare i piccoli polmoni con volumi di aria espirata difficili da controllare per un adulto, si usa l'accorgimento di insufflare solo l'aria contenuta in bocca, cioè l'aria che si raccoglie in bocca quando si gonfiano le guance.

In questo modo si previene l'introduzione di grandi volumi di aria e/o l'applicazione di elevate pressioni di insufflazione che possono provocare la distensione e la rottura delle strutture alveolo bronchiali con gravi conseguenze per il piccolo paziente.

### d) Ventilazione artificiale bocca-maschera oro-facciale

Consigliata a soccorritori formati. La maschera oro-facciale è formata da un corpo centrale a cupola trasparente con l'apertura per insufflazione e una bordatura facilmente adattabile al volto del paziente. In alcuni modelli è presente un boccaglio, dotato di valvola unidirezionale e di filtro antibatterico, in modo da evitare il contatto della bocca del soccorritore con la zona interessata dal passaggio dell'aria espirata, e contemporaneamente evitare la trasmissione di germi dal soccorritore al paziente e viceversa. La ventilazione artificiale praticata con questo strumento risulta efficace se viene garantita una buona tenuta della maschera sul viso del paziente. Alcuni tipi di maschera sono



dotati di un beccuccio per la connessione ad una fonte di ossigeno. Usando la maschera tascabile con un flusso di ossigeno di 12 l/min. si giunge a somministrare al paziente una miscela composta per il 50% da ossigeno. L'uso della maschera risulta ottimizzato dall'impiego contemporaneo di una cannula orofaringea che mantenga pervie le vie aeree.

L'esecuzione della ventilazione bocca- maschera oro-facciale avviene nel seguente modo:

- il paziente è posto in posizione supina;
- il Soccorritore si dispone dietro la testa del paziente;
- aprire le prime vie aeree;
- introdurre la cannula orofaringea;
- applicare la maschera al viso ponendo il pollice e l'indice di entrambe le mani ai lati della stessa e afferrando le arcate mandibolari con le altre dita;
- sollevare la mandibola ed iperestendere il capo della vittima per ottenere l'apertura delle vie aeree;
- ventilare soffiando attraverso l'apertura della maschera.

La maschera oro-facciale permette di evitare il contatto diretto della bocca del soccorritore con il naso e la bocca del paziente: è quindi un ottimo ausilio per ridurre i rischi di malattie trasmissibili durante le manovre rianimatorie.

### **e) Ventilazione bocca-tubo a "S" o di Safar**

Il tubo di Safar è costituito da due cannule orofaringee raccordate tra loro a formare un dispositivo a "S". Una parte del tubo viene introdotta nella cavità orofaringea del paziente secondo la procedura indicata nel relativo paragrafo mentre la parte costituita dalla cannula esterna è utilizzata dal Soccorritore per compiere l'insufflazione di aria. Alcuni tubi a "S" sono muniti di una valvola unidirezionale che impedisce all'aria espirata dal paziente di raggiungere il volto del Soccorritore. Il Soccorritore, per utilizzare questo strumento deve:

- disporsi dietro la testa del paziente, inginocchiato se il paziente è steso a terra;
- iperestendere il collo del paziente;
- sorreggere il tubo introdotto nel cavo orofaringeo con il pollice e l'indice di entrambe le mani;
- uncinare la mandibola con le altre dita per mantenere serrate le arcate dentarie.

Al fine di evitare perdite di aria insufflata attraverso il naso alcuni tubi vengono forniti con una pinza di plastica per chiudere le narici. L'uso del tubo di Safar evita il contatto diretto tra bocca del Soccorritore e bocca del paziente. L'aria insufflata con il tubo raggiunge l'albero tracheo-bronchiale in quantità maggiore rispetto al metodo bocca a bocca.

## f) Pallone Autoespansibile

Ne esistono vari modelli.

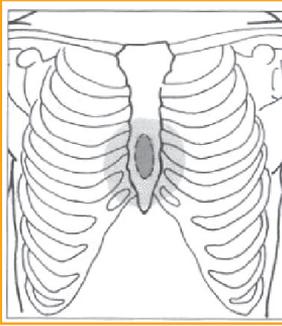
Consente la ventilazione artificiale del paziente utilizzando aria e ossigeno provenienti da un pallone avente la caratteristica di essere realizzato con materiale deformabile alla compressione e, quando rilasciato, autoespansibile.

La capacità volumetrica del pallone è variabile. Il tipo AMBU può garantire un volume corrente massimo di 1300 ml. Il pallone comunica con l'ambiente esterno e con il paziente attraverso due valvole unidirezionali rispettivamente A e B poste alle estremità. Un beccuccio posto in corrispondenza della valvola A consente la connessione ad una fonte di ossigeno elevando al 40% la concentrazione di ossigeno. È inoltre possibile collegare la valvola A ad un pallone di riserva ossigeno grazie al quale la concentrazione di ossigeno erogabile al paziente sale all'80 - 90%. La valvola B consente l'immissione di aria e ossigeno dal pallone nella maschera oronasale e quindi nelle vie aeree del paziente. Ad essa è abbinata una terza valvola C attraverso cui l'aria espirata dal paziente fuoriesce nell'ambiente esterno. In respiro spontaneo il paziente inspira ed espira attraverso la valvola C.

### Uso dei pallone autoespansibile con maschera:

- Porsi dietro la testa del paziente;
- Iperestendere il collo del paziente;
- Introdurre una cannula orofaringea;
- Applicare sul viso della vittima la maschera delle giuste dimensioni (deve coprire bocca e naso, e il cuscinetto pneumatico di tenuta deve poggiare sulla glabella e sulle zona tra mento e labbro inferiore) e mantenerla sempre ben aderente al volto con una mano aperta a ventaglio (per evitare perdite d'aria durante l'insufflazione), utilizzando il primo e secondo dito disposti a "C" per mantenere la pressione della maschera sul volto del paziente, mentre le altre tre dita uncinano la mandibola per mantenere il capo in iperestensione e garantire la pervietà delle vie aeree. Attenzione: una maschera troppo grande o troppo piccola non assicura la necessaria tenuta, così pure una maschera adeguata applicata al contrario o non uniformemente premuta contro il paziente. Sorvegliare attraverso la maschera un'eventuale insorgenza di vomito: per questo sono preferibili le maschere facciali di materiale trasparente. Il pallone viene afferrato con l'altra mano e compresso ritmicamente e lentamente, dieci-dodici volte al minuto (come per la ventilazione bocca-bocca è importante evitare velocità elevate di insufflazione, che comporterebbero alte pressioni in ipofaringe e rischio di insufflare esofago e stomaco). L'aria espirata dal paziente si scarica all'esterno attraverso la valvola ed il pallone si riempie automaticamente di aria al rilascio della presa; se alla valvola posteriore è connessa una sorgente di ossigeno, con o senza reservoir, il pallone si riempirà di una miscela di aria arricchita di ossigeno, rendendo le manovre di rianimazione più efficaci.

## C- Sostegno dell'attività cardiocircolatoria



### Massaggio cardiaco esterno (MCE)

Il cuore è racchiuso in senso antero-posteriore tra due piani ossei: l'anteriore, rappresentato dallo sterno mobile come una leva il cui fulcro è costituito dalle articolazioni fra sterno e clavicole, il posteriore costituito dalla colonna vertebrale, che risulta rigida ed immobile quando il paziente si trova in posizione supina.

E' quindi evidente che una serie di compressioni ritmiche sulla leva sternale si ripercuoterà sul cuore.

Il massaggio cardiaco così ottenuto determina l'instaurarsi di una circolazione sanguigna artificiale, in quanto consente

di espellere il sangue dal ventricolo sinistro nell'aorta e quindi in tutto il corpo, anche in conseguenza dell'andamento della pressione intratoracica determinata dal massaggio.

Nello stesso tempo anche il ventricolo destro si svuota ed il sangue viene spinto nei polmoni, dove si ossigena.

Quando si sospende la compressione sullo sterno, il torace si riespande ed il cuore si riempie nuovamente.

Il massaggio cardiaco deve essere esercitato al centro della metà inferiore dello sterno: in tal modo si eviteranno lesioni, quali disinserzione delle cartilagini costali o fratture costali.

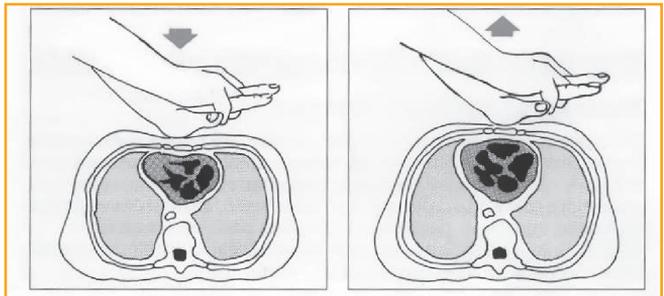
Il paziente deve essere steso su un piano rigido. Se si trova su un letto dovrà essere collocato sul pavimento oppure si disporrà sotto il suo torace un'asse.

Perché la compressione sia efficace lo sterno deve abbassarsi di 4 -5 cm negli adulti, di 2,5-4 cm nei bambini, di 1-2 cm nei neonati e lattanti. La durata della fase di compressione dev'essere uguale a quella di rilasciamento. La frequenza del massaggio deve essere di circa 100 atti al minuto negli adulti, di 100-120 atti al minuto nei bambini piccoli ed almeno 120 compressioni nel neonato.

Per eseguire correttamente tale manovra il soccorritore si colloca lateralmente al paziente.

Pone la base del palmo di una mano sulla metà inferiore dello sterno e la base del palmo dell'altra mano sopra la prima, tenendo le dita sollevate per evitare le lesioni sopra descritte.

La compressione dello sterno non deve avvenire nel momento dell'insufflazione



d'aria nei polmoni, perché questo ostacolerebbe la distensione del torace, favorendo invece la penetrazione di aria nell'esofago e nello stomaco.

Negli adulti è preferibile sfruttare il peso del proprio corpo che la muscolatura delle braccia, in previsione di uno sforzo prolungato, qualora il massaggio si protragga nel tempo.

Per questo bisogna mantenere le braccia diritte e tese, evitando di piegare i gomiti.

Non bisogna staccare la mani dallo sterno tra una compressione e l'altra.

La gittata sistolica che si ottiene con un buon massaggio cardiaco è circa il 25% di quella normale.

Nei bimbi piccoli la compressione viene effettuata con una sola mano o con due dita sovrapposte a due dita e, qualora siano i neonati ad essere sottoposti al massaggio cardiaco, abbracciando il torace del neonato con le due mani e comprimendo lo sterno con i due pollici.

### **Valutazione dell'efficacia della rianimazione**

Nella versione precedente delle Linee Guida di rianimazione cardio-polmonare era raccomandato di verificare frequentemente l'efficacia delle manovre rianimatorie, procedendo a ritroso rispetto alla valutazione iniziale: controllo del circolo, se presente prosecuzione della respirazione artificiale, controllo del respiro, se ripresa posizione laterale di sicurezza e stretto monitoraggio. Le nuove Linee Guida danno una rilevanza molto maggiore all'assenza di interruzioni delle compressioni toraciche ai fini dell'efficacia delle manovre.

Pertanto non si dovrà interrompere le manovre nemmeno per rivalutare circolo o respiro: solo la ripresa di una visibile respirazione efficace, o l'utilizzo di un defibrillatore, o l'arrivo di un team di soccorso avanzato, cui affidare il paziente, o l'esaurimento fisico del soccorritore giustifica la sospensione del massaggio cardiaco esterno.

## **Sequenze di azione per il supporto vitale di base**

Le tecniche di rianimazione cardio-polmonare trovano applicazione nel corso di un intervento di emergenza secondo precisi algoritmi che si differenziano in base al numero di soccorritori disponibili, alla loro qualificazione e al tipo di arresto cardio-circolatorio.

L'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) è un organismo internazionale, fondato nel 1992, composto da rappresentanti di associazioni scientifiche che si occupano di rianimazione cardio-polmonare in varie parti del globo (American Heart Association, European Resuscitation Council ERC ed altre). L'ILCOR si è posto l'obiettivo di omogeneizzare le linee guida redatte dai singoli stati in tema di rianimazione cardio-polmonare, pur mantenendo alcune differenze legate a diversa organizzazione del soccorso territoriale, a diverse realtà logistiche (si pensi

alle distanze da presidi di soccorso in nazioni come Canada o Australia), al fine di ottimizzare e rendere omogenee le procedure di soccorso.

Di seguito sono riportate le sequenze di azione per il supporto vitale di base, noto anche come “Basic Life Support”, approvate nel Febbraio 1997 dall’American Heart Association Science Advisory and Coordination Committee su proposta dell’ILCOR, riviste a cura dell’European Resuscitation Council nel Febbraio 2000, e dall’American Heart Association nell’Agosto 2000, ed ulteriormente modificate dall’ERC nel 2005 per divenire operative nel corso del corrente anno.

### Sequenza di Azione

- 1 Assicura l’incolumità del soccorritore e della vittima.
- 2 Controlla se la vittima risponde: scuoti gentilmente una spalla della vittima e chiedi con voce forte “Va tutto bene?”.
- 3a Se risponde (la vittima risponde o si muove):  
Non trasportare la vittima (a meno che sia in ulteriore pericolo), controlla le sue condizioni, e chiedi aiuto se necessario.  
Rivaluta le condizioni della vittima con regolarità.
- 3b Se non risponde:  
Manda qualcuno a chiedere aiuto.  
Apri le vie aeree della vittima estendendo la testa (una mano sulla fronte e l’altra sotto il mento; non consigliata per i laici la sublussazione della mandibola) e alzando il mento.  
Se hai difficoltà, gira la vittima sulla schiena e poi apri le vie aeree come descritto.
- 4 Tenendo le vie respiratorie aperte, guarda, ascolta, senti se respira (attenzione al respiro agonico, che non è un respiro efficace):  
Guarda i movimenti del torace.  
Ascolta sulla bocca della vittima il rumore del respiro.  
Senti se l’aria arriva sulla tua guancia.  
Guarda, ascolta, e senti per 10 secondi prima di decidere se la respirazione è assente.  
Chiama il 118: l’operatore del 118 chiede sempre se la vittima è cosciente e respira. Chiamare prima non ha senso.
- 5a Se la vittima sta respirando (attenzione al respiro agonico):  
Poni la vittima nella posizione di sicurezza.  
Verifica che continui a respirare.
- 5b Se la vittima non respira:  
Gira la vittima sulla schiena, se la vittima non è già in questa posizione.  
Rimuovi qualsiasi ostruzione visibile dalla bocca, compreso la dentiera mal posizionata, ma lascia quella ben ancorata.  
Effettua 30 compressioni toraciche: la posizione è di fianco alla testa o cavalcioni sul paziente (Durante i primi minuti dopo l’arresto cardiaco, la cui causa non sia l’asfissia, il contenuto di ossigeno nel sangue rimane alto e la distribuzione

dello stesso al miocardio e al cervello è limitata più dalla ridotta gittata cardiaca che da una mancanza di ossigeno nei polmoni. La ventilazione è inizialmente, quindi, meno importante delle compressioni toraciche. E' inoltre riconosciuto che i soccorritori sono frequentemente poco disposti ad effettuare la ventilazione bocca-bocca per una varietà di motivi, compreso il timore di infezione e l'avversione per la procedura. Per questi motivi, e per enfatizzare la priorità delle compressioni toraciche, è suggerito che negli adulti la RCP cominci con le compressioni toraciche piuttosto che con la ventilazione).

Localizza la metà inferiore dello sterno (l'osso tra le due mammelle), appoggia lì il palmo di una mano e metti l'altra mano sopra la prima.

Intreccia le dita delle due mani e alzale per assicurarti che la pressione non sia applicata sulle coste della vittima. Non applicare nessuna pressione sull'addome superiore o sulla punta dello sterno.

Posizionati verticalmente sopra il torace della vittima, e con le braccia diritte, premi in basso lo sterno per deprimerlo di 4-5 cm. E' fondamentale ottenere la corretta profondità di compressione.

Rilascia la pressione, consentendo la riespansione del torace, poi ripeti ad una frequenza di circa 100 volte per minuto (poco meno di 2 compressioni per secondo). Compressione e rilascio dovrebbero avere la medesima durata

Apri nuovamente le vie aeree come già descritto per combinare respirazione artificiale e compressioni toraciche.

Eroga 2 respiri di soccorso efficaci, ognuno dei quali faccia sollevare ed abbassare il torace.

Assicurati che la testa sia estesa ed il mento sollevato.

Pinza la parte molle del naso della vittima col dito indice e pollice della tua mano sulla fronte.

Apri la bocca della vittima un poco, ma mantieni il mento sollevato.

Prendi fiato e metti le tue labbra sulla bocca della vittima, assicurandoti che aderiscano bene.

Soffia con forza nella bocca della vittima per circa 1 secondo (più brevi le insufflazioni, minore l'interruzione dei massaggi) guardando che il torace si sollevi (ciò in un adulto implica un'insufflazione di 500-600 ml).

Mantieni la testa estesa ed il mento sollevato, rimuovi la tua bocca dalla bocca della vittima, e guarda che il torace della vittima si abbassi e l'aria esca.

Prendi ancora fiato e ripeti la sequenza come sopra per dare 2 respiri di soccorso.

**Se il soccorritore non se la sente di fare bocca a bocca deve fare solo MCE**

Per i soccorritori professionali: contemporaneamente alla valutazione del respiro cerca i segni della circolazione della vittima.

Questi comprendono:

Guarda qualsiasi movimento, compreso deglutizione e respirazione (attenzione al respiro agonico)

Valuta se il polso della carotide è presente.

Non perdere più di 10 secondi per farlo.

- 7a Se credi che ci siano i segni della circolazione (senti per non più di 10 secondi):  
 Continua la respirazione artificiale, al ritmo di 10 respiri al minuto (uno ogni 6 secondi) se necessario, fino a che la vittima respira spontaneamente.  
 Ogni minuto, ricontrolla i segni della circolazione; non spendere più di 10 secondi per volta.  
 Se la vittima comincia a respirare spontaneamente ma resta incosciente, metti la vittima nella posizione di sicurezza. Controlla le condizioni della vittima e tieniti pronto a girare sulla schiena e ricominciare la respirazione artificiale se smette di respirare.
- 7b Se non ci sono segni di circolazione o se sei incerto:  
 Effettua le compressioni del torace: posizione o di fianco alla testa o cavalcioni sul paziente.  
 Localizza la metà inferiore dello sterno (l'osso tra le due mammelle), appoggia lì il palmo di una mano e metti l'altra mano sopra la prima.  
 Intreccia le dita delle due mani e alzale per assicurarti che la pressione non sia applicata sulle coste della vittima. Non applicare nessuna pressione sull'addome superiore o sulla punta dello sterno.  
 Posizionati verticalmente sopra il torace della vittima, e con le braccia diritte, premi in basso lo sterno per deprimerlo di 4-5 cm. E' fondamentale ottenere la corretta profondità di compressione.  
 Rilascia la pressione, consentendo la riespansione del torace, poi ripeti ad una frequenza di circa 100 volte per minuto (poco meno di 2 compressioni per secondo). Compressione e rilascio dovrebbero avere la medesima durata.  
 Combina respirazione artificiale e compressione:  
 Dopo 30 compressioni, estendi la testa, alza il mento, ed eroga 2 respiri efficaci. Riporta le mani immediatamente nella posizione corretta dello sterno e comprimi ancora per 30 volte, continuando le compressioni e la respirazione artificiale con un rapporto di 30:2.  
 Nelle nuove Linee Guida non c'è più l'indicazione a verificare ogni minuto la ripresa del circolo, ma si cessa solo se riprende il respiro (ogni interruzione va a discapito dell'efficacia del MCE).
- 8 Continua la rianimazione fino a che:
- la vittima non mostra segni di vita
  - si deve procedere alla Defibrillazione Elettrica
  - arriva un aiuto qualificato (team di soccorso avanzato)
  - sei esausto.

**Nella sequenza a due soccorritori**, questi si divideranno i compiti: mentre uno procede alla valutazione, l'altro si occuperà dell'allarme al 118. Poi uno si dedica al sostegno del respiro, l'altro procederà al MCE, mantenendo l'alternanza di 30

compressioni toraciche e 2 ventilazioni polmonari.

Può risultare utile che il soccorritore B conti ad alta voce sino a trenta mentre esercita le compressioni toraciche, al fine di favorire una maggior coordinazione con il soccorritore A ed evitare tempi morti tra una manovra e l'altra.

Nel caso i due soccorritori vogliano invertire la posizione in quanto uno dei due è stanco (in genere quello che sta esercitando le compressioni), quest'ultimo avverte il collega, ed al termine di una sequenza di 30 compressioni si porta alla testa del paziente e dà due insufflazioni previa apertura delle vie aeree; contestualmente il secondo soccorritore si porta di fianco al torace della vittima e localizza il punto per le compressioni toraciche, che inizia non appena l'altro ha terminata l'insufflazione.

**N.B.** In questa sequenza la prima manovra da fare, una volta constatato il collasso della vittima e l'assenza di respiro, è quella di attivare il Sistema di Soccorso (chiamando il 118); il motivo è che normalmente l'arresto cardiaco nell'adulto avviene nella quasi totalità dei casi in Fibrillazione Ventricolare, situazione risolvibile solo tramite l'utilizzo di specifiche apparecchiature in dotazione in genere ai mezzi di Soccorso Avanzato: ogni ritardo anche minimo nell'invio di tali mezzi può ridurre drasticamente le possibilità di ripresa.

Esistono però alcune eccezioni: in età pediatrica e giovanile l'arresto cardiaco in genere è secondario a problemi respiratori (corpo estraneo nelle vie aeree, arresto respiratorio da farmaci, arresto respiratorio improvviso del lattante, ecc.); in questi casi si dovrà procedere ad almeno un minuto di Rianimazione Cardiopolmonare (in particolare valutazione e sostegno del respiro) prima di lasciare il paziente ed andare a dare l'allarme.

Allo stesso modo ci si deve comportare nei casi di soccorso ad un adulto in cui sia evidente che non è stata una causa primitivamente cardiaca a provocare l'arresto:

- Annegamento e semiannegamento
- Arresto associato a politrauma
- Overdose farmacologica

Eccezione all'eccezione: in età pediatrica, in cui normalmente si chiamano i soccorsi solo dopo aver effettuato un tentativo di Rianimazione, si dovranno chiamare SUBITO quando si conosca la storia clinica del bimbo nel caso questi abbia cardiopatie ad alto rischio di aritmie.

## La defibrillazione precoce

### Definizione di defibrillazione.

La defibrillazione è l'utilizzo terapeutico della corrente elettrica, volta a determinare uno "stordimento" di un cuore che batte in maniera irregolare, permettendo così una ripresa di attività contrattile coordinata: questa corrente elettrica viene somministrata in dosi molto elevate in un lasso di tempo brevissimo.

### Presupposti scientifici:

Nella grande maggioranza dei casi il ritmo che si osserva nelle fasi precoci di un arresto cardiaco è la Fibrillazione Ventricolare (FV). Questa è caratterizzata da un mancato controllo sull'attività contrattile dei muscoli che compongono il cuore da parte del fisiologico "segnapassi", situato nell'atrio destro; ciò può essere dovuto sia a malattie primitive del cuore che ad alterazioni extracardiache. Ne risulta un'attività contrattile inefficace, con un cuore che assume movimenti vermicolari o vibratori, assolutamente inadatti a generare il movimento della massa sanguigna.

La defibrillazione tramite shock elettrico è l'unico trattamento in grado di risolverla: il passaggio di corrente elettrica in quantità adeguata attraverso il cuore "depolarizza", cioè fa scaricare simultaneamente tutte le cellule cardiache; dato che il tessuto cardiaco è "autoeccitabile", se la manovra è stata tempestiva le sue cellule riprenderanno ad attivarsi; fra tutte le parti che compongono il cuore la più autoeccitabile è il segnapassi fisiologico (nodo seno-atriale), questo sarà il primo a riprendere a funzionare dopo la scarica, e le altre cellule cardiache, appena passato l'effetto dello shock elettrico, dovranno contrarsi sincronamente all'ordine del segnapassi.

L'adeguatezza del passaggio di corrente attraverso il cuore dipende dal corretto posizionamento delle piastre, dalla resistenza dei tessuti del paziente al passaggio della corrente, dall'intensità impostata.

Le probabilità di ristabilire una ripresa circolatoria sono buone se la manovra viene eseguita entro i primi due minuti, e diminuisce del 7-10% per ogni minuto di ritardo, anche se è in corso un supporto vitale di base con massaggio cardiaco esterno e ventilazione artificiale. Ciò spiega perché negli attuali protocolli internazionali di Rianimazione Cardiopolmonare si dia tanta enfasi a questa fase: al contrario della rianimazione di base, che si sostituisce temporaneamente alle funzioni vitali assenti, questa è in grado di far riprendere l'attività spontanea del cuore: negli Stati Uniti i risultati dei programmi di PAD (Public Access Defibrillation: defibrillazione aperta al pubblico) sono stati di un netto incremento dei tassi di sopravvivenza dopo arresto cardiaco, fino al doppio rispetto a prima della sperimentazione.

E' bene comunque ricordare che la defibrillazione vuol dire semplicemente cessazione di uno stato di Fibrillazione Ventricolare, ed il termine non è sinonimo di ripresa di attività contrattile, o di successo delle manovre di rianimazione: è però sicuramente un presupposto affinché ciò possa avvenire.

### Descrizione di un defibrillatore

Esistono diversi tipi di defibrillatore. Sostanzialmente però tutti sono costituiti da:

- un trasformatore, che serve ad elevare la corrente elettrica, e viene alimentato dalla rete elettrica o da una batteria;
- Un condensatore, che accumula l'energia che verrà scaricata;
- Un convertitore a corrente continua od alternata;
- Un pulsante di carica, che consente al condensatore di caricarsi con la quantità di energia impostata da un apposito selettore;

- Un sistema di monitoraggio ECG;
- Un comando di scarica dell'energia.
- Piastre metalliche, fornite di impugnature, oppure autoadesive, applicate sul torace del paziente in posizione tale da garantire il passaggio di corrente elettrica da una piastra all'altra attraversando nel tragitto il muscolo cardiaco.

Alcuni defibrillatori sono parte di uno strumento integrato con il cardiomonitor (cardiomonitor-defibrillatore); altre volte fanno parte di un monitor multifunzione, che spesso consente anche il monitoraggio ECG, la pulsossimetria, la capnometria (monitoraggio dei livelli di anidride carbonica), e qualche volta addirittura il "pacing" transcutaneo (stimolazione elettrica del cuore attraverso piastre applicate al torace, che agiscono in maniera simile ai "pace-maker" impiantabili).

Per tutti è peraltro indispensabile che siano leggeri, trasportabili ovunque, alimentabili sia a rete che a batterie di lunga durata, robusti, impermeabili all'acqua, che tengano memoria (elettronica o su carta) degli eventi.

Per l'utilizzo di questi defibrillatori è indispensabile procedere prima alla "diagnosi" di una situazione cardiaca che necessiti di tale procedura: è pertanto indispensabile la presenza nella squadra di soccorso avanzato di un medico esperto.

Per ovviare a questo aspetto, soprattutto nel soccorso extraospedaliero, ove la presenza medica è ancora poco diffusa, sono stati creati defibrillatori "automatici" e "semiautomatici", in grado di procedere automaticamente alla diagnosi di Fibrillazione Ventricolare ed all'impostazione dei corretti livelli di energia, con una precisione molto maggiore di quella garantita da un buon medico.

### **Defibrillatori semiautomatici.**

Per il presupposto **precocità della defibrillazione = maggiore e migliore sopravvivenza** sono stati creati defibrillatori che non richiedono competenze sanitarie, utilizzabili anche da personale minimamente addestrato, come i familiari di pazienti ad elevato rischio di sviluppare FV, oppure addetti che operano in grandi comunità, ove data l'alta concentrazione di persone è più probabile il verificarsi di casi di FV (stadi, centri commerciali, ecc.), o ancora personale non professionale dei mezzi di soccorso sanitario extraospedaliero.

L'esperienza è nata negli Stati Uniti, ma da poco tempo anche in Italia (Piacenza, Brescia, Bolzano, ecc.) si va diffondendo l'uso di questi strumenti, forniti alle associazioni di volontariato i cui membri abbiano seguito un apposito corso di addestramento.

Il senso di questa scelta è di portare i defibrillatori più vicino al paziente, piuttosto che portare rapidamente il paziente in ospedale o in altro luogo ove sia presente un defibrillatore.

**Vale la pena ricordare però che la defibrillazione precoce ha un ruolo fondamentale solo se inserita in un contesto in cui tutta la catena della sopravvivenza funzioni alla perfezione: è altrettanto importante per la sopravvivenza**

**della vittima educare la popolazione alla diagnosi precoce delle situazioni potenziali o reali di arresto delle funzioni vitali, alle modalità di allertare i sistemi integrati di soccorso, alle manovre di rianimazione di base.**

La tecnologia alla base dei defibrillatori semiautomatici è molto simile a quella utilizzata per i defibrillatori impiantabili, strumenti simili ad un pace-maker, che vengono inseriti nell'organismo del paziente, sono alimentati da batterie a lunghissima durata, e in caso di insorgenza di una FV sono in grado di rilevarla e di trattarla, somministrando al cuore del paziente una scarica elettrica adeguata.

L'esistenza di questa tecnologia ha tra l'altro fatto modificare gli orientamenti della giurisdizione in tema di competenza nell'esecuzione di atti terapeutici: ciò che un tempo era considerato atto esclusivamente medico è ora consentito anche a personale non medico, purché adeguatamente addestrato.

Esistono defibrillatori completamente automatici, che richiedono all'operatore solo di essere collegati ed accesi (non utilizzati in Italia in ambiente extraospedaliero) e defibrillatori semiautomatici, o a "richiesta di scarica", che richiedono all'operatore di premere un tasto per iniziare l'analisi del ritmo (in genere tramite comunicazione verbale con voce sintetica), e nel caso rilevino la necessità di una defibrillazione impostano l'energia necessaria e lasciano all'operatore la decisione se erogare la scarica o no.

Sono più sicuri rispetto ai defibrillatori convenzionali anche per l'utilizzatore, in quanto non vi è necessità di impugnare le piastre: si devono invece incollare al torace del paziente gli elettrodi autoadesivi connessi tramite cavo all'apparecchio. E' possibile pertanto defibrillare a mani libere, consentendo tra l'altro all'operatore di fare altro durante la manovra.

L'apparecchiatura è in grado di eliminare gli artefatti che possono interferire con una corretta diagnosi di FV, come movimenti del paziente o degli elettrodi, vibrazioni del mezzo di trasporto, interferenze radio: è però preferibile che l'analisi venga confermata a veicolo fermo.

Il defibrillatore semiautomatico inoltre è in grado di correggere l'impostazione della potenza di scarica da erogare sulla base della resistenza che il corpo del paziente offre al passaggio della corrente: mentre nei defibrillatori convenzionali il medico deve impostare una determinata potenza, supponendo di trovare nel paziente una certa resistenza, in quelli automatici la macchina eroga la scarica e contemporaneamente registra la resistenza, potendo variare così in tempo reale l'intensità della scarica, con risultati migliori in termini di efficacia.

Normalmente i defibrillatori (automatici e non) usano corrente continua, che procede da un elettrodo in direzione dell'altro, attraversando il cuore.

Attualmente sono in diffusione sempre maggiore defibrillatori a corrente alternata (onda bifasica): in questi la corrente procede dapprima da un elettrodo all'altro, per poi ritornare con percorso inverso all'elettrodo di partenza. Non è ben noto il motivo, ma questa tecnica consente di defibrillare con correnti ad intensità più bassa a parità di efficacia: forse il primo passaggio di corrente sensibilizza il cuore al successivo

passaggio, o forse al secondo passaggio vengono defibrillate anche le fibrocellule che al primo passaggio erano in fase refrattaria.

Il vantaggio è che utilizzando correnti a minor intensità il miocardio subisce meno danni; inoltre dovendo produrre ed immagazzinare meno energia è possibile costruire apparecchiature molto più leggere, compatte, e con durata degli accumulatori molto più lunga.

### Utilizzo del defibrillatore semiautomatico

1. Se ci si trova in ambito extraospedaliero, il primo soccorritore (autorizzato all'impiego del defibrillatore semiautomatico per aver seguito un apposito corso ed aver sostenuto il relativo esame) deve dapprima attivare il sistema di Soccorso Sanitario Avanzato, dando l'allarme al 118; le manovre di Rianimazione Cardiopolmonare di base devono essere intraprese appena possibile, e proseguite anche durante le fasi di preparazione alla defibrillazione. Viene suggerita l'effettuazione di cinque cicli 30:2 di RCP prima di defibrillare.
2. Incollare le piastre autoadesive nella posizione corretta (una a livello del margine destro dello sterno, appena sotto la clavicola, l'altra a livello dell'apice del cuore, a sinistra del capezzolo, a livello di una linea che passi per l'ascella; in alternativa a livello della linea ascellare media).
3. Accendere l'apparecchiatura, che eseguirà l'auto-test.
4. La macchina effettuerà la diagnosi di Fibrillazione Ventricolare: la diagnosi sia per i defibrillatori manuali che per quelli semiautomatici è più precisa a veicolo fermo: pertanto se l'insorgenza di una Fibrillazione Ventricolare avviene durante il trasporto è utile arrestare momentaneamente il veicolo.
5. Meglio evitare che ci siano sorgenti di ossigeno (ottimo comburente) nelle vicinanze, quali bombole aperte o maschere di ossigeno. Allo stesso modo si deve porre attenzione nell'utilizzo in sala operatoria, per la frequente presenza di gas potenzialmente infiammabili.
6. L'apparecchiatura seleziona da sola l'energia necessaria alla defibrillazione, in base all'impedenza offerta dal paziente.
7. La macchina si carica dell'energia selezionata e chiede all'operatore il consenso ad effettuare una scarica.
8. Allertare tutti gli altri operatori affinché si stacchino dal paziente (rischio di shock elettrico).
9. Scaricare l'energia premendo il pulsante di consenso.
10. Nelle precedenti Linee Guida erano raccomandate tre scariche successive, a potenza incrementale. Attualmente viene consigliata una sola scarica alla massima potenza (360 joules per i monofasici, 150-200 joules per i bifasici)
11. Riprendere immediatamente le manovre di Rianimazione Cardiopolmonare di base, senza rivalutare clinicamente la ripresa di attività contrattile, né senza valutare il ritmo ECG. La valutazione si farà solo dopo due minuti di RCP.
12. La sequenza pertanto sarà Shock - 2 minuti di RCP - Rivalutazione ritmo e pol-

so- Shock - 2 minuti di RCP - Rivalutazione ritmo e polso, ecc.

### Uso del cardiomonitor-defibrillatore convenzionale

1. Se ci si trova in ambito extraospedaliero, il primo soccorritore deve dapprima attivare il sistema di Soccorso Sanitario Avanzato, dando l'allarme al 118; le manovre di Rianimazione Cardiopolmonare di base devono essere intraprese appena possibile, e proseguite fino all'arrivo del mezzo di soccorso avanzato, ed anche durante le fasi di preparazione alla defibrillazione.
2. Il medico del mezzo di soccorso avanzato appoggia le piastre del cardiomonitor (preventivamente spalmate nella parte di contatto con gel elettroconduttore) al torace nudo del paziente per poter valutare la morfologia del tracciato elettrocardiografico (in alternativa saranno già stati connessi all'apparecchiatura gli elettrodi autoadesivi ed il tracciato elettrocardiografico sarà già disponibile sul monitor). Fare attenzione che il gel non sia presente nello spazio tra una piastra e l'altra, così come sulle impugnatura delle piastre stesse. In caso di utilizzo delle piastre autoadesive non serve gel elettroconduttore.
3. Fare diagnosi di Fibrillazione Ventricolare (operazione "medica"): la diagnosi sia per i defibrillatori manuali che per quelli semiautomatici è più precisa a veicolo fermo: pertanto se l'insorgenza di una Fibrillazione Ventricolare avviene durante il trasporto è utile arrestare il veicolo.
4. Selezionare l'energia desiderata (operazione "medica"): 360 joules.
5. Caricare la macchina con l'energia impostata (competenza del medico).
6. Allertare tutti gli altri operatori affinché si stacchino dal paziente (rischio di shock elettrico).
7. Scaricare l'energia premendo contemporaneamente entrambi i pulsanti di scarica, presenti sulle impugnature delle piastre (in caso di piastre autoadesive premere il tasto di scarica presente sul corpo della macchina) (operazione "medica").
8. Continuare le manovre di Rianimazione Cardiopolmonare di base per due minuti.
9. Rivalutare la presenza di polso e respiro, nonché il tracciato ECG.
10. Eventualmente ripetere la procedura.
11. Al termine dell'utilizzo pulire accuratamente le piastre prima di riporle nei propri alloggiamenti.

### Manutenzione dei defibrillatori

Ogni operatore deve conoscere i protocolli di utilizzo.

L'apparecchio va protetto da urti, esposizione a calore, esposizione a livelli troppo alti di umidità.

La pulizia va eseguita con panni inumiditi di detergente, proteggendo le connessioni elettriche.

Tenere in carica le batterie, sostituendole quando non più ricaricabili (per quelli se-

mi automatici in genere la durata della batteria è maggiore di un anno, fino a cinque anni).

Testare periodicamente la carica e la scarica del defibrillatore (per far ciò utilizzare gli appositi tester: alcuni apparecchi hanno un tester incorporato).

E' rischioso provare il regolare funzionamento dell'apparecchiatura semplicemente caricandola con una determinata potenza (ascoltando il tipico rumore di carica del condensatore) e scaricando poi tenendo le piastre distanziate rivolte verso l'aria (procedura errata purtroppo in uso anche tra i professionisti del soccorso): si ricordi che la corrente va da una piastra all'altra, e lo fa seguendo la via a minor resistenza. L'aria è un pessimo conduttore di corrente, mentre se non siamo perfettamente isolati dalle impugnature il nostro organismo è un ottimo conduttore: il risultato è che per testare il defibrillatore rischiamo di essere noi stessi il "tester". Meglio è utilizzare le apposite apparecchiature.

Altrettanto scorretta è la pratica di testare la macchina scaricandola tenendo le piastre l'una adesa all'altra: questo può abbreviare la durata della vita del defibrillatore, e può danneggiare in modo non visibile le piastre, con rischio di ustioni per il paziente su cui verranno utilizzate.

Controllare giornalmente la corretta accensione delle spie, del monitor, verificando la esattezza dell'orario impostato sul display (gli strumenti semiautomatici ad ogni accensione eseguono un autotest, al termine del quale segnalano di essere pronti all'utilizzo: questo va fatto giornalmente).

Controllare l'integrità dei cavi di connessione, la scorta degli elettrodi autoadesivi, la presenza di un tubo di pasta elettroconduttrice (che va utilizzata per inumidire le piastre durante la defibrillazione, onde facilitare il passaggio della corrente ed evitare danni termici).

- Addome acuto e chirurgia gastroenterologica* in Merck manual, MSD. 2006
- ALS Advanced Life Support* 2° Ed. (a cura dell'Italian Resuscitation Council). Masson 2006
- American Heart Association: *Manuale di ACLS*. Centro Scientifico Editore, 1999
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders*, 4th ed., Primary Care Version. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
- Ammirati et al. *La sincope: aspetti generali e nuove acquisizioni sulla Sincope Neuromediata*. *Cardiol Extraosp* 1999; 2: 139-144
- Analgesia in children with acute abdominal pain*. *Acad Emerg Med* 2002;9:281-9
- Briton J (2000) *Acute Abdomen* - Oxford Textbook of Surgery– Oxford University Press.
- Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G.: *Malaria in migrants* *Parassitologia* 1999; 41: 261-65.
- CeVEAS Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria Modena - *Gestione del paziente con Dolore Toracico Acuto in Pronto Soccorso*. Progetto TRIPSS II.
- Chiaranda M: *Guida illustrata delle emergenze*. Piccin, 1999
- Circulation* Vol 102, Supplement 1; August 22, 2000
- Crockett PJ, Droppert BM: *Defibrillation: what you should know*. Physio-Control Corporation. Third Edition
- Della Corte, Olliveri, Enrichens *Manuale di medicina d'urgenza* McGraw-Hill
- Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E. : *West African immigrants and new patterns of malaria imported to north eastern Italy* *J Trav Med* 1994: 147-51.
- Dossier Statistico 2005. *XV Rapp. sull'immigrazione Caritas/Migrantes*. Nuova Anterem, 2005
- El Hamad I., Matteelli A., Bombana C., Scolari C., Oladeji O., Carosi G.: *Population mobility and tuberculosis* *Mediterranean Journal of Infectious and Parasitic Diseases* “ Vol XI , n 1/96
- El Hamad I., Moiola R., Forleo M., Nava A., De Leonardis C., Tirinato A., Quaresmoni G., Carosi G. *Prevalenza dell'infezione tubercolare in una comunità di immigrati extracomunitari senegalesi a Brescia*. *Med Trop Cooper Svilup*, 1992, 8: 37
- El-Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Geraci S., Scolari C. *Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione*. In: 'Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire' a cura di S. Geraci, B. Malsano, M. Mazzetti, Centro Studi Emigrazione, Roma, 2005: 133 – 151
- Epstein et al. *Semeiotica e metodologia clinica* Utet
- Fancillullacci M, Alessandri M. *Cefalee Primarie. Moderni aspetti di diagnosi e cura*. Guidotti, Firenze, 2003.
- Forman DE, Lipsitz LA. *Syncope in the elderly*. *Cardiology clinics* 1997; 15: 295-311
- Gazzetta Ufficiale. Supplemento ordinario, N. 191 del 18 agosto 1998.
- Gazzetta Ufficiale. *Supplemento ordinario*, N. 258 del 3 novembre 1999.

- Gioannini P. et al G. : *Patologia infe. dell'immigrato* Minerva Medica 1994; cap. 3, 21-33.
- Grant HD, Murray RH, Bergeron JD: *Interventi d'emergenza*. McGraw-Hill, 1992
- Harrison Principi di medicina interna, 16/ed . McGraw-Hill Companies. 2005
- Harrison's *Principles of Internal Medicine*, 16h edition. Cp 12: Chest discomfort and palpitations. Pp.76-81
- Harrison's *Principles of internal Medicine* 16h edition, cap.13 Abdominal pain.
- John M. Howell *Medicina d'Emergenza* Antonio Delfino Editore
- John Murtagh *Professione: Medico Generale* McGraw-Hill
- Kapoor WN. *Syncope*. N Engl J Med 2000; 343: 1856-1862
- Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. *A randomised clinical trial of*
- L. Andreotti, A. Bussotti, D. Cammelli, C. Francois, M. Taddei. *Urgenze mediche territoriali. Diagnosi e terapia*. Edizioni Minerva Medica
- Larry S. Goldman, Thomas N. Wise, David S. Brody. *Psichiatria per il Medico di Medicina Generale*. Centro Scientifico Editore
- Mahadevan M, Graff L. *Prospective randomised study of analgesic use of ED patients with right lower quadrant abdominal pain* Am J Emerg Med 2000;18:753-6.
- Manuale Merck di diagnosi e terapia*, Edizione Italiana. Versione Internet on-line. <http://www.msd-italia.it/altre/manuale/index.html>
- Marc-Andrè Raetzo, Alexandre Restellini – “Dottore, io ho” *strategie diagnostiche e terapeutiche in medicina ambulatoriale* – CIS Editore
- Nappi G, Manzoni GC. *Manuale delle cefalee*. Masson, Milano, 2005.
- Ng CS, Brit Med J 2002- Rosen MP, Am J Roentgenol 2002.
- Nord Italian Transplant: *Guida al prelievo ed al trapianto di organi da cadavere*. 1998
- Paolo Innocenti. *Imaging integrato della patologia del piccolo e grosso intestino*.
- R. Rossi G. Ressa *il Manuale di Clinica Pratica* Pillole.org
- Rakel *Conn's Current therapy* Verduci Editore
- Salvatore Geraci e Maurizio Marceca. *Le malattie degli immigrati*. In “migrazione e salute in Italia” Convegno Internazionale: Migrazione e scenari per il XXI secolo. Roma, luglio 2000.
- Salvatore Geraci, *La Medicina delle Migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritto*. Studi Emigrazione/Migration Studies-Volume XLII-N.157-Marzo 2005, 53:74.
- Salvatore Geraci. *La Sfida della Medicina delle Migrazioni*. Caritas/Migranti. Dossier statistico immigrazione 2005
- Scarcella C, *Manuale del soccorritore*, M. Serra Tarantola ed. Brescia 2002
- Scolari C., El Hamad I., Matteelli A., Signorini L., Bombana E., Muioli R., De Leonardi C., Nava A.M., Carosi G. *Incidence of tuberculosis in a community of senegalese immigrants in Northern Italy* Int J Tuber Lung Dis 1999, 3 (1): 18-22.
- Sebastiani A., Sanguigni S., Ilardi I., Pennica A., Marangi M. *Patologia parassitaria nel migrante*. Rivista di parassitologia, 1995 : XII (3): 106-115.
- Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. *Linee guida diagnostiche e terapeutiche dell'emicrania e della cefalea a grappolo*. (SISC 2002).
- Sub Committee of Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society (SJTC). *Control and prevention of tuberculosis in Britain; an update code of practice*. Br Med J, 1990, 300: 995-999.

TAIT IS et al.: *Do patients with abdominal pain wait unduly long for analgesia?* JR Surger Coll Edimb 44:181,1999

Task Force dell'American College of Cardiology/American Heart Association *Linee guida dell'ACC/AHA per il trattamento dei pazienti con angina instabile e infarto miocardico non associato a soprassollamento del tratto ST*. Journal of the American College of Cardiology © 2000 by the American College of Cardiology and the American Heart Association, Inc.

Task force on the management of chest pain. Members: L. Erhardt (Chairman), J. Herlitz (Secretary), L. Bossaert, M. Halinen, M. Keltai, R. Koster, C. Marcassa, T. Quinn and H. van Weert - *European Heart Journal* (2002) 23, 1153–1176

*The 1998 European Resuscitation Council Guidelines*, con aggiornamento al 2005 (linee guida tratte dal Sito Internet dell'ERC: [www.erc.edu/](http://www.erc.edu/))

V.Caimi, M.Tombesi *Medicina Generale* Utet

W. Kaufmann *Diagnosi Differenziale in Medicina Interna* McGraw-Hill

Watkins C. *Il paziente con perdita di coscienza*. In : Cormack J, Marinker M, Morrell D: *Pratica clinica in medicina generale. Diagnosi e trattamento* (secondo volume). Milano, Centro Informazione Sanitaria, 1996

Way LW *Current surgical diagnosis and treatment* LANGE Medical Book, 2003.

