

La **GUARDIA** **MEDICA**

Edizione

2019

Il manuale *Evidence Based*
del Medico di Continuità
Assistenziale



Con contenuti
web aggiuntivi

La **GUARDIA MEDICA** Edizione
2019

Anche
in versione
e-Book!

Accedi tramite
QR Code



La **GUARDIA MEDICA**

Edizione

2019

Il manuale *Evidence Based*
del Medico di Continuità
Assistenziale

Revisione editoriale a cura
dell'Osservatorio Nazionale
per la Continuità
Assistenziale della FIMMG



a Roberta

Per quasi tutti i giovani medici d'oggi la guardia medica è, dopo gli anni passati all'Università, il primo vero impatto con la malattia.

Un impatto impegnativo, talvolta drammatico date le precarie condizioni in cui si è costretti ad operare.

Questo volumetto ha la sola pretesa di dare quei consigli pratici, ci auguriamo utili, nelle particolari situazioni in cui spesso ci si trova durante questo servizio.

Si è cercato soprattutto di colmare quel vuoto tra la medicina dei «sacri testi» e quella «vera» che è fatta di persone e non di sindromi, di pillole e misurini; ma, nel caso specifico, è fatta anche di decisioni talvolta importanti, da prendere in fretta e soprattutto da soli.

Per questo il libro privilegia in particolare il momento «operativo», quando il medico deve decidere come «gestire» il malato, se trattarlo od ospedalizzarlo, fornendo quelli che nella esperienza degli Autori sono i criteri per orientarsi nella maniera più corretta possibile in questa scelta.

Presentazione

I Medici di Continuità Assistenziale rappresentano una parte importante delle Cure Primarie, poiché offrono assistenza, nei luoghi di vita dei cittadini, per 3/4 dell'arco temporale settimanale.

I dati disponibili testimoniano che, nonostante l'aumento costante della popolazione, sempre più rappresentata da anziani, malati cronici, fragili, con conseguenti bisogni di salute sempre più complessi, viste le deospedalizzazioni precoci, le liste d'attesa ingovernate in molte realtà, a fronte di una riduzione dei Medici impiegati e del mancato investimento in prevenzione, si è assistito, nell'ultimo decennio, ad una significativa evoluzione della nostra capacità assistenziale. Sono ben 10.187.860 le visite domiciliari effettuate - ovvero assistenza primaria offerta nel luogo di vita del paziente - mentre diminuisce costantemente il tasso di ricoveri, che si attesta all'1.7% delle visite, offrendo un contributo significativo al contenimento di quella che appare essere l'unica urgenza organizzativa oggi percepita: gli accessi in Pronto Soccorso.

Ciò è spesso avvenuto in assenza di interventi che favorissero la crescita di un sistema storicamente privato di una programmazione che non riguardasse tagli di fondi e personale e, soprattutto, in assenza della volontà di fornire gli strumenti idonei ad un servizio sempre più orientato, sulla base dei bisogni espressi dai suoi stessi utenti, verso la gestione della cronicità e della fragilità.

In numerose regioni si tenta ancora di sopperire alle carenze organizzative della rete dell'emergenza coinvolgendo i Medici di Continuità Assistenziale in attività di urgenza, e quindi non pertinenti alla natura del servizio stesso; in alcune regioni la ricetta dematerializzata non coinvolge le prescrizioni di Continuità Assistenziale; non tutte le Aziende hanno munito le sedi di strumenti informatici, nonostante una legge che imponga la trasmissione informatica delle certificazioni di malattia.

Ma accanto a questi antichi ostacoli cominciano a proliferare nuove opportunità.

In molte realtà sono stati avviati progetti innovativi che hanno portato i medici di CA a lavorare in attività diurne feriali, a fianco dei medici di famiglia nella presa in carico della cronicità, della prevenzione, a supporto di esperienze di medicina di iniziativa, prevenzione o in nuovi setting quali le case di riposo, gli hospice, gli ospedali di comunità. In un numero sempre crescente di Aziende i Medici non solo sono stati dotati di strumenti informatici per le attività prescrittive e certificative, ma anche messi in connessione con le reti dei Medici di Famiglia, con accesso alle notizie anamnestiche dei pazienti e lasciando riscontro in cartella del proprio intervento, o inserendo nel Sistema informatico regionale l'allegato M, quale valorizzazione di una professionalità a pari livello degli altri attori.

La nascita di un nuovo assetto della Medicina Generale, nel quale i Medici di Continuità Assistenziale, grazie all'introduzione del ruolo unico di Medicina Generale e alla partecipazione a modelli di assistenza fondati sull'integrazione paritaria con i Medici di Famiglia, vedranno rivalutato il proprio ruolo professionale, è ormai irrinunciabile.

Per contribuire in modo sostanziale ad aumentare l'efficacia della rete assistenziale del territorio, il Medico di Famiglia della notte deve uscire definitivamente dalla

casuale gestione dell'acuto e passare da un modello di assistenza "occasionale" su pazienti sconosciuti a modelli programmati che portino, nell'ambito dei micro team di Medicina Generale come nelle altre forme aggregative ed associative della MG o nelle UCCP, alla presa in carico di pazienti noti in piena e paritaria integrazione con i Medici di Famiglia e i Pediatri che operano nelle ore diurne.

L'obiettivo assistenziale potrà essere realizzato però solo da professionisti liberi dalla schiavitù della limitatezza dei mezzi offerti dalle Aziende Sanitarie, che si appropriino di strumenti anche investendo in prima persona nei fattori produttivi, a partire da quelli dell'ICT (Information Communication Technology) - come le App che consentono l'invio dei certificati di malattia dal cellulare o il Cloud che consente la condivisione dei dati con i Medici di Famiglia nell'ambito di sistemi innovativi gestiti interamente dalla Medicina Generale - che realizzino le esperienze associative, previste dall'ACN ma mai realizzate, per accrescere la capacità assistenziale propria e del sistema in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Il nostro proposito è fare in modo che queste esperienze siano sempre più allargate ed estese a nuove regioni.

In tale contesto si colloca la nostra presenza in questo progetto editoriale che ha lo scopo di offrire un testo il più possibile attuale ed aderente ai rinnovati bisogni informativi dei Medici di Continuità Assistenziale, che oggi non appaiono più limitati ai soli aspetti scientifici e clinici, ma aperti allo sviluppo di una cultura e capacità gestionale adeguate alla complessità assistenziale della realtà in cui essi operano, senza dimenticare la riflessione sui futuri sviluppi del sistema.

Vi rimandiamo al sito www.fimmgca.org dove troverete puntuale informazione sulle norme, costantemente aggiornate, sulle tematiche inerenti la nostra professione, oltre a strumenti quali, ad esempio, il calcolatore degli arretrati e l'elenco delle pubblicazioni degli ambiti di Medicina Generale.

Continua pertanto l'opera di progressivo adattamento dei contenuti del libro alle nuove esigenze professionali e ai nuovi modelli assistenziali.

La Medicina Generale sta affrontando un periodo di forte cambiamento, e per rimanere al passo con i tempi abbiamo deciso di avviare un grande progetto di rivisitazione delle raccomandazioni contenute in questo testo cardine. Con questa edizione inizia quindi un percorso che ha come elemento portante l'Evidence Based Medicine, ovvero la medicina fondata sulle prove di efficacia.

Nuovi autori si sono aggiunti per revisionare il testo, nelle parti cliniche, in nome di 3 elementi che ne rappresentano le fondamenta: 1) Aggiornamento con le ultime evidenze scientifiche; 2) Revisione in base ai livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni; 3) Contesto clinico territoriale.

Il nostro obiettivo ambizioso è quindi non solo fornire un supporto al giovane medico che inizia a fare i primi turni, ma anche dotare il medico che da anni svolge questo lavoro di uno strumento di aggiornamento professionale, tramite l'inserimento costante e dinamico di nozioni moderne e qualificanti.

L'edizione del 2019 non rappresenta quindi un punto di arrivo, ma un nuovo punto di inizio.

SEGRETERIA NAZIONALE FIMMG

Tommasa Maio

Segretario Nazionale di Settore

Stefano Leonardi

Vice Segretario Nazionale Vicario di Settore

Fabio Lucchetti

*Vice Segretario Nazionale di Settore
con funzioni amministrative*

Silvia Belardi

*Vice Segretario Nazionale di Settore
con funzioni organizzative*

Alessandro Di Russo

Vice Segretario Nazionale di Settore

Pietro Drago

Vice Segretario Nazionale di Settore

Andrea Gonella

Vice Segretario Nazionale di Settore

Cesare Scola

Vice Segretario Nazionale di Settore

RESPONSABILI AREE STRATEGICHE

Daniele Angioni

Responsabile Area Scienza e Professione

Mariateresa Gallea

*Responsabile Area Sviluppo Strategie
per la professione al femminile*

Giuseppe Emiliano Zagami

Responsabile Area Comunicazione

Pasquale Persico

*Responsabile Area Documentazione
normativa*

REFERENTI REGIONALI

Abruzzo Sandro Campanelli

Basilicata Egidio Giordano

Campania Pasquale Persico

Emilia Romagna Carlo Curatola

Lazio Aldo Vittorio Sotira

Liguria Salvatore Luzio

Lombardia Tommasa Maio

Marche Gino Genga

Molise Giovanni Catena

Piemonte Alessandro Dabbene

Puglia Pietro Drago

Sardegna Paola Coreddu

Sicilia Luigi Tramonte

Toscana Cesare Scola (f.f.)

Umbria Giuseppina Albano

Valle D'Aosta Sara Nencioni

Veneto Alberto Cossato

Prefazione

Sono ormai passati molti anni da quando nella Prefazione della prima edizione di questo Manuale scrivevo che le motivazioni più profonde nella stesura di questo testo si trovavano nella “grande paura della prima Guardia Medica”, di quando “per la prima volta ci si trova, da soli, di fronte alla malattia”.

Erano i tempi “eroici” delle “Guardie Mediche”, quando, spesso senza alcun supporto, i giovani neolaureati erano letteralmente messi in mezzo ad una strada, a cercare di rispondere alle esigenze assistenziali dei pazienti negli orari non coperti dai Medici di Medicina Generale.

Ebbene, ormai tutto questo è (fortunatamente!) un ricordo; oggi il Medico della Continuità Assistenziale (anche il nome è cambiato) è un Professionista maturo, preparato, dedito al proprio lavoro con una coscienza ed una preparazione ben diversa da quella che, la maggior parte di chi visse quelle prime esperienze, possedeva.

E non a caso nelle prime pagine della edizione 2019 del manuale, che corrisponde al 41° anno della Legge 883 Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (1978), si chiarisce il ruolo che il Medico di Continuità Assistenziale è chiamato a svolgere nel Sistema delle Cure Territoriali.

Era pertanto necessario che anche il contenuto di questo manuale evolvesse nella direzione che l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale ha tracciato.

Sono, pertanto, particolarmente lieto che tale Manuale possa divenire uno degli strumenti per raggiungere gli scopi di Aggiornamento ed Appropriatazza terapeutica che questo organismo di rappresentanza dei Medici si propone.

Sono anche certo che, grazie alla preparazione ed all'entusiasmo dei Colleghi della FIMMG che hanno collaborato a questa nuova edizione, il Manuale, come ha sempre adempiuto nei suoi oltre 30 anni di vita, continuerà a svolgere il ruolo di compagno “fedele” del Medico impegnato in questo difficile compito.

Infatti, se gli aspetti organizzativi del lavoro cambiano, ed in meglio, i problemi, i dubbi e le ansie legate al nostro lavoro, restano e resteranno finché saremo chiamati a svolgere quella “Missione” difficile ma straordinaria, che è il curare il nostro Prossimo.

Roberto Antonicelli

Indice

- **Presentazione** III
- **Prefazione** VI
- **Gli Autori** X
- **Il ruolo del Medico di Continuità Assistenziale nell'organizzazione del sistema di Cure Territoriali.** XI
Silvestro Scotti

L'ESAME OBIETTIVO: APPROCCIO AL CASO CLINICO

- **Consigli pratici.** 2
Roberto Antonicelli, Silvestro Scotti, Tommasa Maio
- **La sicurezza personale** 4
Tommasa Maio
- **Come visitare i bambini.** 6
Roberto Antonicelli, Silvestro Scotti
- **Come visitare gli anziani.** 9
Tommasa Maio, Fabio Salvi

I FARMACI: FORMULAZIONI E POSOLOGIE

- **Analgesici, antinfiammatori, antipiretici.** 14
Roberto Antonicelli, Lina Falletta
- **Antibiotici** 16
Roberto Antonicelli, Federica Testa
- **Antistaminici e cortisonici.** 18
Leonardo Antonicelli, Maria Chiara Braschi, Lina Falletta
- **Reazioni allergiche a farmaci** 20
Leonardo Antonicelli, Roberto Antonicelli, Maria Chiara Braschi, Lina Falletta

LA CLINICA: SINTOMI, SEGNI E GESTIONE DEL CASO

- **Algologia: il dolore ed il suo trattamento** 24
Roberto Antonicelli, Lina Falletta

• Cardiologia	26
<i>Roberto Antonicelli, Daniele Caraceni, Lorenzo Pimpini, Daniele Angioni</i>	
• Cure palliative	38
<i>Giuliano Bono, Diego Giroto, Alessandro Dabbene, Daniele Angioni</i>	
• Dermatologia	46
<i>Alfredo Giacchetti, Giuseppe Emiliano Zagami</i>	
• Endocrinologia	58
<i>Gabriele Brandoni, Giuseppe Emiliano Zagami</i>	
• Gastroenterologia	61
<i>Egiziano Peruzzi, Franco Piersimoni, Manuela Lucioni, Gianfranco Boccoli, Maria Teresa Gallea</i>	
• Ginecologia	77
<i>Valerio Mais, Adele Bartolucci, Margherita Ruocco, Maria Teresa Gallea</i>	
• Malattie esantematiche	87
<i>Roberto Antonicelli, Federica Testa</i>	
• Nefrologia	90
<i>Massimo Melappioni, Roberto Antonicelli, Daniele Angioni</i>	
• Neurologia	95
<i>Giuseppe Pelliccioni, Francesco Sagripanti, Tommasa Maio, Beatrice Gobbi, Lina Falletta</i>	
• Oculistica	116
<i>Stefano Lippera, Nicola Defranco, Edoardo Defranco, Federica Testa</i>	
• Otorinolaringoiatria	121
<i>Giuseppe Misiano, Graziano Brozzi, Barbara Rizzi, Giuseppe Emiliano Zagami</i>	
• Patologia vascolare	131
<i>Gianfranco Boccoli, Leonardo Chiodi, Sara Galeazzi, Daniele Angioni</i>	
• Patologie psichiatriche	135
<i>Ubaldo Sagripanti, Lina Falletta, Tommasa Maio</i>	
• Pneumologia	141
<i>Andrea Recanatini, Leonardo Antonicelli, Roberto Antonicelli, Maria Chiara Braschi, Giuseppe Emiliano Zagami</i>	
• Primo intervento	155
<i>Stefano Polonara, Roberto Antonicelli, Vincenzo Menditto, Fabio Salvi, Fabio Lucchetti, Giuseppe Misiano</i>	
• TAO/DOAc - Terapia con anticoagulanti orali: dalla scelta del dosaggio alla gestione delle complicanze	176
<i>Giuseppe Misiano, Lazzaro Lenza, Roberto Antonicelli</i>	

- **Uroandrologia** 180
Massimo Melappioni, Roberto Antonicelli, Daniele Angioni
- **Vaccinazioni e reazioni indesiderate ai vaccini** 184
Roberto Antonicelli, Tommasa Maio, Federica Testa

DISCIPLINA DELLA PRESCRIZIONE E NOTE DI MEDICINA LEGALE

- **Aspetti contrattuali** 192
Tommasa Maio, Silvestro Scotti
- **La prescrizione per principio attivo** 207
Sergio Marras, Michele Ferrara, Francesco Napoleone
- **Problemi medico-legali** 212
Salvatore Ghiggi, Pasquale Persico, Cesare Scola

COMUNICAZIONE E COUNSELING

- **La comunicazione tra medico e paziente** 232
Francesco Napoleone, Sergio Marras

APPROFONDIMENTI 237

INDICE ANALITICO 239

Gli Autori

Roberto Antonicelli è nato a Serra de' Conti (AN) il 7 Novembre '56, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'età di 24 anni specializzandosi successivamente in Medicina Interna e Cardiologia. Attualmente è Direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia - UTIC dell'Istituto Nazionale "I.N.R.C.A." di Ancona. Autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche, ha maturato l'esperienza di "Medico di Guardia Medica" durante i primi "duri" anni della professione trascorsi nei Pronto Soccorsi e sulle Ambulanze di diverse città delle Marche. La "Guardia Medica" nella sua prima stesura ha curiosamente visto la luce su di un "Dragamine" della Marina Militare Italiana durante il servizio militare e da allora ha "dragato" oltre venticinque, tra edizioni e ristampe, raggiungendo la tiratura di oltre quattrocentomila copie che ne fanno uno tra i più diffusi manuali di medicina d'urgenza nel nostro Paese.

Tommasa Maio è nata a Milazzo (ME) il 20 Luglio 1961 e si è laureata presso l'Università di Messina. Medico di Medicina Generale per scelta, ha infatti frequentato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, è Medico di Continuità Assistenziale e Medico di Famiglia in Lombardia. Nelle esperienze professionali ha maturato un particolare interesse verso le Scienze Neurologiche, esplicitato con l'internato volontario presso la I Clinica Neurologica del Policlinico Universitario di Messina ed approfondito negli anni successivi nel corso delle attività svolte presso strutture residenziali per anziani. Divenuta formatore e tutor di Medicina Generale, ha avviato le prime esperienze di formazione continua per i medici di Continuità Assistenziale in Lombardia quale responsabile dei percorsi formativi e scientifici della F.I.M.M.G. C.A. Attualmente è il Segretario Nazionale della F.I.M.M.G. Continuità Assistenziale, co-responsabile del Progetto "Osservatorio Nazionale per la Continuità Assistenziale" della F.I.M.M.G.

Silvestro Scotti è nato a Napoli il 24 Gennaio 1963. Laureato in Medicina e Chirurgia presso L'Università di Napoli "Federico II", ha conseguito l'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale nel dicembre del 1996. Medico di Continuità Assistenziale e Medico di Famiglia presso A.S.L. Napoli 1, Formatore e Tutor di Medicina Generale è autore di numerosi lavori pubblicati su riviste italiane e internazionali, sviluppate durante i propri percorsi formativi presso il Dipartimento di Pediatria della stessa Università di Napoli, l'Unità Operativa di Terapia Antalgica e Cure Palliative dell'Ospedale "Antonio Cardarelli" di Napoli e soprattutto durante la propria attività quale medico di Continuità Assistenziale. Attualmente è Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, Segretario Nazionale Generale della F.I.M.M.G. e co-responsabile del Progetto "Osservatorio Nazionale per la Continuità Assistenziale" della F.I.M.M.G.

Il ruolo del Medico di Continuità Assistenziale nell'organizzazione del sistema di Cure Territoriali

► **Silvestro Scotti**

Molte cose sono cambiate dalla fine degli anni '70 ed in particolare moltissime cose sono cambiate con l'entrata in vigore del vigente Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale (Atto di Intesa repertorio n. 2272 del 23 marzo 2005), rispetto alla definizione del ruolo di Medico di Continuità Assistenziale.

Nell'arco degli anni che vanno dal '70 ad oggi, a dispetto di fonti normative che determinavano una sorta di dicotomia evolutiva del servizio di Guardia Medica nei servizi di Continuità Assistenziale e di Emergenza Territoriale, non si assisteva ad una rivalutazione delle fonti contrattuali per la Continuità Assistenziale.

Questo produceva il risultato di aver evoluto il sistema, anche rideterminando le piante organiche attraverso fenomeni di conversione occupazionale della ex Guardia Medica nel Sistema di Emergenza 118, ma di aver mantenuto per intero per uno dei due nuovi Servizi, la Continuità Assistenziale appunto, i compiti della vecchia contrattualità riferiti alla Guardia Medica.

Il Medico di Continuità Assistenziale rimaneva dunque responsabile di una copertura assistenziale non ben delimitata nell'ambito del sistema dell'emergenza-urgenza e quindi legato ad un concetto assistenziale di guardia medica piuttosto che alla ricerca di un ruolo più propriamente riferito alla continuità di assistenza nei confronti dei cittadini-pazienti in carico alle Cure Primarie.

Tale situazione ha determinato, nell'arco degli ultimi anni, molte delle difficoltà operative e di organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, difficoltà che trovano la massima espressione proprio nella partecipazione a processi di assistenza riferiti a fenomenologie di urgenza-emergenza.

Poco, infatti, veniva prodotto nella definizione di protocolli operativi per l'attivazione della Continuità Assistenziale da parte delle Centrali operative del 118 e nulla, o quasi, sulla definizione di processi di triage, anche telefonico, del medico di Continuità Assistenziale rispetto alle richieste dell'utenza riferibili alla suddetta area di urgenza-emergenza e dei consequenziali meccanismi di attivazione del Sistema 118.

Il nuovo A.C.N. per la Medicina Generale, nei limiti imposti dalle Leggi sul decentramento amministrativo e organizzativo della Pubblica Amministrazione che trovano la massima espressione proprio in quello che concerne la Sanità, prova a definire un L.E.A. per la Continuità Assistenziale partendo proprio dalle suddette considerazioni e ricerca i possibili meccanismi per definire un ruolo del Medico di Continuità Assistenziale tracciando i seguenti capisaldi:

- Responsabilità di uno specifico livello assistenziale
- Definizione dell'ambito di assistenza
- Percorsi organizzativi con l'Assistenza Primaria
- Risposta assistenziale riferita a prestazioni non differibili
- Appropriately degli interventi
- Linee guida nazionali e regionali sui protocolli operativi
- Partecipazione ai processi assistenziali tipici delle Cure Primarie
- Funzioni assimilabili all'Assistenza Primaria nell'ambito delle forme assistenziali funzionali e/o strutturate delle cure primarie
- Sinergie operative di complementarità tra l'Emergenza Territoriale e l'Assistenza Primaria.

Appare chiaro come, nell'ambito del territorio, venga rivalutata la figura del Medico di Continuità Assistenziale non solo per le specifiche competenze (assistenza di base riferita al periodo notturno, prefestivo e festivo) ma soprattutto come chiave di lettura di possibili sviluppi organizzativi.

In particolare si riconosce una specifica competenza assistenziale al medico di Continuità Assistenziale e contrariamente a quanto precedentemente affermato contrattualmente si riconosce la responsabilità di tale processo assistenziale in maniera esclusiva ai convenzionati per tale Servizio.

Tale competenza, nei limiti di una ricerca che dovrà portare ad un pieno riconoscimento di tale definizione, trova piena espressione nella identificazione quale compito del servizio di Continuità Assistenziale di assicurare le prestazioni non differibili, dove per prestazioni non differibili si intendano esigenze cliniche, psicologiche, sociali e organizzative che richiedano un intervento medico finalizzato ad una soluzione del caso contingente entro l'arco temporale del turno di servizio. Alla luce di tale definizione, infatti, si riconosce un compito proprio delle Cure Primarie e cioè un processo di assistenza che riguardi la persona e non il sintomo o la patologia e realizzi un sistema sanitario territoriale di reale continuità di assistenza.

Attraverso i processi organizzativi ed associativi delle funzioni e/o delle operatività dei Medici di Continuità Assistenziale e dei Medici di Assistenza Primaria, e cioè le equipe territoriali e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (U.T.A.P.), saranno possibili particolari progetti di cure domiciliari d'eccellenza, individuando un condiviso punto d'accesso per facilitare le richieste dei pazienti e un condiviso sistema di valutazione dei bisogni per omogeneizzare l'erogazione dei servizi.

Questi sistemi potranno prevedere l'organizzazione di una rete informativa che, con software specifici o con l'evoluzione di quelli già presenti nel Sistema delle Cure Primarie, possa gestire l'iter della domanda fino alla definizione di un protocollo di assistenza coinvolgente tutti gli operatori sia interni che esterni alle Cure Primarie (Medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria, Dirigenza Medica Territoriale, Specialistica Ambulatoriale ed Ospedale).

Tali progetti dovranno prevedere una stretta partnership nell'ambito sanitario, con una organizzazione territoriale di Servizi di Assistenza (U.T.A.P.) che centralizzi in un'unica sede territoriale i protocolli assistenziali e dove si proceda alla pianificazione e alla erogazione dei servizi nel territorio attraverso l'utilizzo di applicazioni informa-

tiche e meccanismi di sviluppo associativo delle figure territoriali che permetteranno, oltre alla pianificazione, il costante controllo di tutte le attività erogate nel territorio.

Tali realtà potranno facilmente condividere anche protocolli operativi e relazionali con le centrali operative del Sistema 118, atti ad offrire il migliore controllo dei pazienti, e potranno essere in grado di erogare anche servizi di teleassistenza e telemedicina per i pazienti più complessi sia per evitare inutili spostamenti in ambiti territoriali particolarmente difficili, sia per definire percorsi di assistenza appropriati anche nell'utilizzo delle risorse indirizzate all'urgenza-emergenza.

Tali strutture assistenziali potranno affrontare l'esigenza di creare in un ambito logistico estremamente complesso un sistema di cure domiciliari efficace e omogeneo, che possa offrire a ciascun paziente la stessa qualità di servizio indipendentemente dalla sua collocazione nel territorio, oltre che sviluppare un'ADI orientata a curare a domicilio pazienti complessi, dove questo intervento fosse realmente sostitutivo dell'ospedalizzazione o comunque del ricovero in una istituzione residenziale.

Saranno possibili metodi di valutazione dei bisogni del paziente con i quali rendere omogeneo il criterio di inserimento dei pazienti nei processi di assistenza e d'altra parte sarà possibile valutare, in modo preciso e codificabile con indicatori condivisi, se il paziente possa essere inserito nei servizi di assistenza domiciliare o se la sua necessità di assistenza sia tale da rendere più economico il ricovero o altra soluzione assistenziale (RSA, Centro Diurno). Quanto descritto mostra come l'approccio organizzativo strutturato delle Cure Primarie potrà migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi sanitari di vario livello, compreso quello per gli acuti e, soprattutto, permetterà quella omogeneizzazione del servizio che rappresenta il primo passo verso l'integrazione quando si sviluppano sistemi di assistenza complessi Territorio-Ospedale. In particolare, la condivisione delle attività assistenziali dei vari servizi permetterà un netto miglioramento nella selezione della popolazione da assistere al domicilio con incremento della complessità clinica.

Tale sistema strutturato di Cure Primarie potrà determinarsi anche in assenza di strutture adibite specificamente, poiché si potranno ottenere sostanzialmente gli stessi obiettivi attraverso una organizzazione funzionale dell'assistenza territoriale che possa prevedere uno sviluppo dei compiti del medico di Continuità Assistenziale attraverso un'attribuzione di funzioni sempre più coerenti con le attività della Medicina di Famiglia.

Lo sviluppo di sistemi informatici, e quindi di una rete territoriale, potrà determinare, nelle zone a maggiore concentrazione di popolazione, la possibilità di un dato fruibile in rete relativo al paziente con una migliore assistenza riferita per tutti i servizi territoriali come pure la condivisione in tempo reale di progetti assistenziali riferiti a pazienti cosiddetti "fragili".

Appare, infine, chiaro come l'affiancarsi di professionalità riferite alle cure primarie, una con un rapporto fiduciario a quota capitaria e l'altra con un'applicazione a regime orario, permetta una flessibilità del sistema con una piena copertura oraria, nella ricerca di sistema sanitario che garantisca la gestione del territorio nell'ambito delle 24 ore.

In particolare potrà essere consolidato il rapporto dei pazienti con il servizio di Continuità Assistenziale, con un miglioramento dell'appropriatezza delle richieste e con una riduzione consequenziale delle richieste inappropriate ad altri servizi.

Il ruolo dei Medici di Continuità Assistenziale di interconnessione tra l'area delle Cure Primarie e quella dell'Emergenza-Urgenza ai fini di un miglioramento dell'efficienza della rete territoriale e di una massima integrazione con quella ospedaliera, con conseguente arricchimento del circuito professionale dell'Emergenza e della Medicina di Famiglia, viene garantito con collegamenti con i medici di Assistenza Primaria e con un pieno impegno nella gestione dei processi propri delle cure primarie.

Diventa indispensabile in termini di sviluppo per tale operatività la definizione di:

- protocolli clinici d'intervento con caratteristiche di appropriatezza riferita anche allo sviluppo di un triage territoriale specifico per la Continuità Assistenziale;
- protocolli relazionali con gli altri servizi delle cure territoriali ed in particolare con le centrali operative;
- protocolli formativi specifici riferiti ai nuovi processi organizzativi e condivisi da tutti gli operatori delle cure primarie e del sistema di emergenza-urgenza;
- protocolli informativi per la popolazione sull'utilizzo dei singoli servizi alla luce dei nuovi sviluppi e per migliorare lo score di appropriatezza degli interventi erogati;
- protocolli di verifica e revisione qualitativa di ogni singolo servizio soprattutto riferiti alla relazione ed al corretto coinvolgimento degli operatori di altri settori.

La definizione dei suddetti aspetti rimane l'obiettivo primario che la medicina del territorio, ma anche quella ospedaliera, si devono porre, insieme alle figure istituzionali preposte, per ricercare una possibile soluzione alle problematiche in essere nella gestione dei percorsi di assistenza sanitaria nel nostro Paese, creando così uno strumento di gestione flessibile ed adattabile anche a nuove esigenze che in futuro ci si potrebbero presentare.



L'ESAME OBIETTIVO

APPROCCIO AL CASO CLINICO

Consigli pratici

► R. Antonicelli ► S. Scotti ► T. Maio

Questo è un capitolo anomalo che non troverete mai in nessun testo di medicina, ma per quanto riguarda la Continuità Assistenziale è di fondamentale importanza ed all'atto pratico ne converrete con me. Di tutto ciò che farete l'azione più importante consiste nel visitare sempre il paziente, evitando di cedere alle lusinghe delle diagnosi telefoniche, in assenza di una corretta procedura di triage e di adeguata conoscenza del paziente.

Generalmente, infatti, il primo contatto con il paziente nel presidio di Continuità Assistenziale è telefonico, ed alcune avvertenze sono necessarie per un corretto approccio; se la chiamata è effettuata da un terzo che non è il paziente in causa, cercate di parlare con la persona interessata.

Tenete conto che la legge fa carico proprio al Medico di ricevere direttamente le comunicazioni telefoniche; potrete farvi così un'idea più reale della gravità della situazione, e lungo la strada prepararvi mentalmente al modo migliore di affrontarla, soprattutto in assenza di linee guida nazionali o regionali di appropriatezza nel triage telefonico e nella conseguente scelta delle modalità di intervento.



ATTENZIONE alle sintomatologie banali che possono ingannare in assenza di una completa conoscenza del paziente, nascondendo quadri clinici rapidamente evolversi.

A causa del purtroppo costante aumento di episodi di violenza anche nel nostro Paese, è utile, ove possibile, lasciare indirizzo e telefono del posto in cui vi recate, specie se in zone isolate o in condizioni meteorologiche avverse.

Un utile accorgimento, sia per accelerare i tempi d'intervento sia per scoraggiare perditempo, è chiedere ai parenti del malato di venire a prendervi o di attendervi in una località nota (es. davanti a una chiesa, al comune, ecc.). Quando piombate, ignari, in una casa dove c'è un malato grave o presunto tale e venite assaliti da un coro di parenti vocianti, ognuno dei quali cerca di dirvi che cosa fare, non abbiate scrupoli a mettere la maggioranza alla porta, trattenendo con voi solo quelle pochissime persone, di aspetto più calmo, che potrebbero esservi utili per la raccolta dell'anamnesi.

Se inizialmente non sapete che cosa fare, prendete il polso e la pressione arteriosa al paziente: due manovre che, al di là di un indiscutibile valore clinico, vi consentiranno di prendere tempo e riordinare le idee.

Per quanto riguarda l'esame obiettivo, costruitevi un metodo ed applicatelo costantemente, poiché solo questo v'impedirà, specie nei momenti di maggiore tensione, di trascurare qualcosa o di dimenticare importanti manovre semeiotiche.

A questo proposito vale la pena di ricordare che i segni meningei sono da ricercare in qualsiasi paziente vomiti, abbia febbre o cefalea, che l'addome merita di essere palpato accuratamente in qualsiasi paziente lamenti anche una modesta dolenzia addominale, e che la valutazione della pressione è d'obbligo sia nel paziente geriatrico, sia nel soggetto con cefalea. Le persone che vi chiamano, in linea di massima, non si fidano di voi: non date perciò un ulteriore colpo alla vostra credibilità spulciando su libretti e prontuari davanti al malato o ai parenti.

È assolutamente necessario che il Medico di Continuità Assistenziale conosca alla perfezione posologia, confezione e modalità d'uso dei pochi farmaci descritti in questo volumetto e li sappia prescrivere a memoria: non c'è nulla di meno incoraggiante per il malato che

vedere il Medico improvvisare terapie sull'Informatore Farmaceutico. Quando però non siete sicuri o vi assale un dubbio, seppure minimo, non rischiate e cercate sul testo, dichiarando magari di controllare se il farmaco è mutuabile o meno.

Nello stilare la vostra prescrizione siate accurati, specie riguardo alla posologia: se prescrivete per esempio un antipiretico "al bisogno", precisate al malato anche "al massimo 4 volte al dì", affinché il paziente non ne faccia indigestione.

È importantissimo conoscere l'effetto dei farmaci: se somministrate un farmaco e dopo un dato tempo non riscontrate l'effetto dovuto, pensate a patologie più rare (per esempio, il fatto che un potente antinfiammatorio non steroideo non sortisca alcun effetto in una cefalea, che voi avete diagnosticato di probabile origine artrosica, può farvi pensare ad una emorragia sub-aracnoidea).

Una piccola precauzione, che a volte può rivestire un'importanza vitale, è gestire livelli di informazione sul caso con i Servizi di Emergenza-Urgenza attraverso l'uso di protocolli relazionali che permettono ai Colleghi del Pronto Soccorso cui avete inviato un paziente in gravi condizioni di preparare le attrezzature, richiedere eventualmente plasma, ecc.; tutto questo con grande risparmio di tempo e maggiore efficienza.

Ma soprattutto non dimenticate di agire, sempre, con la massima calma; anche se per qualche momento non sapete cosa fare, fatelo con calma. Infatti, l'arrivo di un Medico che appare calmo e sicuro di sé, riscuote subito la fiducia del malato e con la sola presenza riduce la sintomatologia, mentre un Medico affannato e titubante non rende un buon servizio a nessuno, nemmeno a sé stesso.

La borsa del Medico di Continuità Assistenziale

È opportuno sottolineare che tutto il materiale qui elencato, nonostante le apparenze, entra in una borsa anche di modeste dimensioni:

STRUMENTI	DOTAZIONI	FARMACI	
Fonendoscopio	Siringhe	Glucosata 20% f.	
Sfigmomanometro	Butterfly	da 10 cc.	
Lampadina	Flacone 100 cc	Morfina	f. 1 ml 10 mg
Termometro	soluzione fisiologica	Lidocaina	f. 10 ml 200 mg
Pulsi-ossimetro	Deflussore per flebo	Buprenorfina	fiale
Martelletto	Cerotto	Naloxone	fiale
	Multistix	Diclofenac	fiale
	Destrostix	Adrenalina	f. 1 ml 1 mg
	Lancetta	Digossina	fiale
	Lacci emostatici (almeno tre)	Furosemide	fiale
	Limetta aprifiale	Nitroglicerina	cpr. sublinguali
	Guanti di plastica sterili	Nifedipina	gtt.
		Atropina solfato	f. 0,5 mg
		Betametasona	f. 4 mg
		Esomeprazolo oppure omeprazolo	fiale
		Metoclopramide	fiale
		Metilergometrina maleato	fiale
		Diazepam	fiale
		Acido tranexamico	fiale

La sicurezza personale

► T. Maio

Il continuo ripetersi di aggressioni e violenze di ogni genere contro Medici di Continuità Assistenziale ci induce, in linea con la filosofia di questo testo, ad inserire questo breve capitolo ritenendo utile ricordare qualche accorgimento da adottare in situazioni che avvertiamo come potenzialmente pericolose.

La scarsa sicurezza delle condizioni organizzative oltre che strutturali in cui spesso siamo chiamati a svolgere la nostra professione, sono la causa principale di questa situazione. Le ricerche condotte su questo argomento dimostrano che le condizioni di rischio non sono tanto determinate dalla gestione di pazienti in stato di alterazione quanto da atti volontari perpetrati da persone "normali" che, grazie alla mancata conoscenza da parte del Medico di Continuità Assistenziale dei loro dati personali, si sentono protette dall'anonimato. Possono essere atti occasionali - minacce, aggressioni verbali ma anche fisiche - scatenati dalla mancata soddisfazione di una richiesta o, in qualche raro caso, azioni premeditate da parte di particolari soggetti finalizzate al furto di denaro, di oggetti o anche di farmaci.

È importante che in ogni momento del nostro contatto con i pazienti ed i loro familiari manteniamo la consapevolezza ed il controllo attento dei gesti altrui, dei segnali che possono preludere all'*escalation* al fine di poter mettere tempestivamente in atto tutte le più opportune azioni volte a spezzare la spirale di aggressività. Esistono, infatti, specifiche tecniche, che gli esperti definiscono di *deescalation*, che migliorano la nostra capacità relazionale nelle situazioni critiche e possono essere facilmente apprese attraverso corsi ECM ai quali vi rimandiamo (www.fadmetis.it).

In questi anni abbiamo monitorato attentamente il fenomeno e abbiamo raccolto informazioni sulle caratteristiche e sulle condizioni che sono state descritte da Medici oggetto di aggressioni per individuare tutti gli elementi (strutturali, relazionali, procedurali, ecc.) che possono e devono essere modificati per operare con maggiore sicurezza.

Di seguito riportiamo qualche rapida indicazione, nata proprio dall'analisi delle condizioni presenti in pregressi episodi di aggressioni, che riteniamo possa contribuire ad affrontare con maggiore consapevolezza il contatto con gli utenti.

Una delle prime cose che vale la pena di ricordare è l'importanza della distanza di sicurezza: manteniamo sempre tra noi e gli altri una distanza pari alla lunghezza di un braccio, a meno che ovviamente non dobbiamo visitare. In questo caso chiediamo al paziente di appoggiare lontano da noi eventuali oggetti (borse, ombrelli, bastoni, ecc.) che ha portato con sé ed invitiamo l'eventuale accompagnatore a stare in una posizione a noi visibile, mai alle nostre spalle. Un'utile precauzione è limitare ad una sola persona la presenza di eventuali accompagnatori durante la visita. Tale indicazione può opportunamente essere fornita attraverso l'apposizione di un cartello nella sala d'aspetto e sulla porta dell'ambulatorio della nostra sede al fine di evitare motivi di conflitto con singoli utenti.

È necessario valutare anche la disposizione del nostro ambulatorio e verificare se la posizione della scrivania, del lettino o dell'arredo in genere non ostacoli il cammino verso l'uscita. Mentre visitiamo, ovunque ci troviamo, facciamo sempre in modo che sedie, persone, o semplicemente la nostra valigetta, non intralcino una eventuale via di fuga. Altra utile precauzione è non tenere visibili, né al domicilio né in ambulatorio, oggetti personali soprattutto se di valore.

Durante le visite domiciliari bisogna portare con sé solo l'essenziale, ma non dimentichiamo le nostre chiavi che, impugnate tra le dita della mano, possono diventare un buon oggetto di difesa per rispondere ad una aggressione.

Quando entriamo in un'abitazione osserviamo la collocazione delle stanze e delle uscite.



È importante essere sempre consapevoli delle vie di uscita presenti nell'ambiente in cui ci troviamo ad operare.

Anche i farmaci non devono essere visibili (un foglio di plastica autoadesiva strategicamente posizionata sul vetro dell'armadietto della sede o un opuscolo altrettanto strategicamente posizionato nella valigetta possono essere una soluzione) così come non devono essere lasciati in vista oggetti potenzialmente pericolosi come forbici, tagliacarte, bisturi, ecc.



Quando visitiamo, è essenziale evitare di rivolgere le spalle ai nostri interlocutori e, di conseguenza, posizioniamoci accanto al lettino di visita o, soprattutto, all'eventuale carrello di servizio/tavolo/scrivania mentre prepariamo una siringa, eseguiamo un test o scriviamo una ricetta.

Infine, in casi estremi, può essere di aiuto, mentre ci rechiamo al domicilio, telefonare direttamente alle forze dell'ordine e fornire preventivamente all'operatore che ci risponderà i nostri dati, l'indirizzo e la descrizione della situazione che stiamo per affrontare.

Questo ci tranquillizzerà ma, soprattutto in caso di pericolo, la nostra richiesta di aiuto sarà più rapida non dovendo dilungarci in spiegazioni. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che prevede in sequenza: aggressione verbale, minaccia, contatto fisico, gesto violento, arma. La conoscenza di questa *escalation* può aiutare a riconoscere precocemente il rischio ed interrompere il corso degli eventi.



Ricordiamoci infine che segnalare al funzionario responsabile dell'ASL ogni singolo episodio, anche se minimale, è indispensabile per individuare tempestivamente le potenziali condizioni di pericolo e prendere gli opportuni provvedimenti.

DECALOGO PER LA SICUREZZA

Ambienti e strumenti di lavoro

La disposizione degli arredi della sede deve essere valutata in funzione della sicurezza.

Gli oggetti potenzialmente pericolosi non devono essere accessibili ai pazienti: ad esempio, non dimenticare le forbici sulla scrivania.

Il cammino verso l'uscita deve sempre restare libero da impedimenti.

Non devono essere visibili agli utenti: farmaci, strumenti, oggetti di valore.

Le autovetture messe a disposizione dall'ASL devono rispondere ai requisiti di efficienza meccanica e sicurezza anche in relazione alle condizioni climatiche stagionali.

Comportamenti

Mantenere sempre la distanza di sicurezza e non rivolgere le spalle agli interlocutori.

Non indossare oggetti preziosi e non lasciare visibili oggetti di valore (cellulari, tablet, ecc.) durante le ore di attività.

Non consentire la presenza di più persone nella stanza in cui si esegue la visita.

Essere sempre consapevoli, durante la visita domiciliare, delle vie di accesso e uscita presenti nell'ambiente in cui ci troviamo ad operare.

Chiedere al paziente di appoggiare lontano da noi eventuali oggetti (borse, ombrelli, bastoni, ecc.) che ha portato con sé.

MA SOPRATTUTTO: SEGNALARE OGNI EPISODIO

Come visitare i bambini

► R. Antonicelli ► S. Scotti

Il Medico di Continuità Assistenziale, secondo quanto previsto dal nuovo ACN per la Medicina Generale, è responsabile di uno specifico livello assistenziale indirizzato a tutta la popolazione in ogni fascia di età e, pertanto, proprio per le caratteristiche del servizio, anche all'età pediatrica.

È quindi un'evenienza piuttosto frequente trovarsi a dovere visitare un bambino e questo capitolo cercherà di fornire consigli pratici per l'approccio a questa particolare categoria di pazienti.

Come per ogni paziente, la visita comincerà con anamnesi ed esame obiettivo, ma l'anamnesi pediatrica è particolare in quanto non è il bambino, ma un genitore, in genere la madre, a descrivere i disturbi. Ascoltate attentamente: la madre conosce bene il suo bambino ed, in genere, interpreta bene i suoi problemi, specie quando è malato. Va tenuto presente, comunque, che lo stesso bambino, se sufficientemente grande, può fornire informazioni utili, e quindi valutate l'opportunità di coinvolgerlo con domande mirate e ricche di esempi pratici (es. ti fa male come una puntura? o come una bruciatura?).

Oltre alla capacità di raccogliere l'anamnesi e di elicitare i segni clinici rilevanti all'esame obiettivo, è importante interpretarli correttamente (non dimenticate che i reperti variano nelle diverse età: cuore, polmoni e fegato del neonato danno reperti differenti da quelli che si avranno a 6 mesi o a 12 anni). Si vedano come esempio la frequenza respiratoria e la frequenza cardiaca alle varie età.

Il comportamento del bambino (e di conseguenza le difficoltà che voi incontrerete e il vostro modo di procedere) sarà diverso a seconda dell'età: un lattante starà in genere tranquillo, un bambino di 2-3 anni potrà opporre resistenza, dimenarsi, strepitare, piangere, un bambino più grandicello sarà più o meno collaborativo, mentre un bambino vicino all'adolescenza avrà una particolare sensibilità legata alla nuova percezione del corpo propria di questa fase della vita.

Nel lattante le principali informazioni si ricavano dall'osservazione della motilità spontanea, del comportamento e dalla risposta a stimoli elementari come luce, suoni, leggere punture: sospetterete una condizione grave sia in un bambino troppo tranquillo, eccessivamente sonnolento, poco reattivo che in un bambino che presenta una risposta esagerata a stimoli visivi, acustici, tattili.

I riflessi primitivi, come il riflesso tonico asimmetrico del collo, il riflesso di Moro (o riflesso di abbraccio), il riflesso di prensione, sono normali nel bambino di pochissimi mesi, ma assumono significato patologico quando persistono ulteriormente.

Palpate con delicatezza la fontanella bregmatica, ed eventualmente la sutura sagittale e la fontanella lambdoidea: una fontanella bregmatica tesa, pulsante e una diastasi della sutura sagittale vi indirizzeranno verso una diagnosi di ipertensione endocranica. Qualche piccola astuzia, e soprattutto l'esperienza, vi consentiranno comunque di arrivare alla diagnosi anche nel bambino più strepitante e meno collaborante.

Adottate un atteggiamento tranquillizzante, sorridete, non abbiate fretta: mentre ascoltate i genitori, lasciate che il bambino si abitui a voi e si convinca che si può fidare. Se piange, lasciatelo in braccio alla madre, dategli un giocattolo, un giornalino o anche lasciatelo giocare con lo stetoscopio.

Solo allora chiederete alla madre di iniziare a svestirlo, liberando di volta in volta dagli indumenti la regione che dovete valutare. Non dimenticate che le vostre mani e lo strumentario devono essere caldi e andrebbero usate apparecchiature adatte al bambino;

in particolare, se possibile cambiare il bracciale dello sfigmomanometro che utilizzate di solito per gli adulti con uno più piccolo.

Osservate i movimenti del torace durante la respirazione e ricordate che la percussione della parete toracica del bambino deve essere leggera e che la semplice variazione della pressione di applicazione dello stetoscopio causa variazioni dei rumori respiratori. Con un bambino piangente, è importante ascoltare i rumori respiratori nell'inspirazione e i rumori cardiaci nella pausa respiratoria.

La frequenza respiratoria può essere valutata con maggiore precisione con l'auscultazione, ma anche, come primo approccio, ispettivamente; la frequenza cardiaca deve essere valutata invece per mezzo dell'auscultazione cardiaca, poiché i polsi arteriosi sono apprezzabili con grande difficoltà e solo "qualitativamente".

FREQUENZA RESPIRATORIA A RIPOSO (RANGE)		FREQUENZA CARDIACA A RIPOSO (MEDIA E MASSIMA)	
<i>Neonato</i>	<i>30-60/min</i>	0-6 mesi	140-160/min
<i>1 anno</i>	<i>20-40/min</i>	6-12 mesi	130-150/min
<i>2-4 anni</i>	<i>20-30/min</i>	1-2 anni	110-130/min
<i>5-9 anni</i>	<i>20-25/min</i>	2-6 anni	100-120/min
<i>10-14 anni</i>	<i>17-22/min</i>	6-10 anni	95-110/min
		10-14 anni	85-100/min

Non dimenticate che il bambino in età scolare presenta spesso un aumento della frequenza cardiaca nell'inspirazione e una riduzione nell'espiazione. La misurazione della pressione arteriosa in un bambino richiede pazienza, pratica e soprattutto un bracciale di dimensioni adeguate.

I linfonodi vanno palpati nelle stazioni laterocervicali, retroauricolari, occipitali, ascellari, epitrocleari e inguinali. Un modesto aumento di volume nel bambino è fisiologico ed in genere è una risposta aspecifica a stimoli flogistici.

La palpazione dell'addome, da effettuare a bambino supino, sarà inizialmente delicata, per approfondirsi, se necessario e se il rilassamento muscolare lo consente (cercate di distrarre il bambino e, se soffre il solletico, eseguite la palpazione con la vostra mano poggiata sopra la sua). Fegato e milza palpabili sono un reperto fisiologico nell'infanzia (fino a 2-3 anni, milza e fegato debordano di 1-2 cm dall'arcata costale).

Non rari i casi in cui una mamma vi racconta che il bambino soffre di prurito anale, eventualmente accompagnato da diarrea e lesioni da grattamento in zona rettale; in questi casi non dimenticate di considerare la possibilità di una ossiuriasia, ossia infestazione provocata dai piccoli nematodi (*Enterobius vermicularis*) che è relativamente frequente in età infantile.

Solo alla fine della visita eseguirete quelle manovre che possono rendere il bambino non collaborante perché causa di dolore, come la pressione sul trago (nel sospetto di un'otite media) e l'esame del cavo orofaringeo e delle tonsille.

Pochi bambini apriranno la bocca alla vostra richiesta (per i più piccoli potrete ricorrere al trucco di chiudergli brevemente e con delicatezza il naso). Una volta che il bambino avrà aperto la bocca, applicate l'abbassalingua solo sui due terzi anteriori della lingua, per evitare di elicitare il riflesso del vomito, e soprattutto siate rapidi.

Enuresi notturna

Anche se non configura un intervento comunemente legato all'attività di Guardia Medica, un disturbo relativamente comune nell'infanzia in cui potreste "tangenzialmente" incontrare è rappresentato dall'enuresi notturna, che consiste nella perdita involontaria e completa di urina durante il sonno, per periodi prolungati, in un'età (circa 5-6 anni) in cui la maggior parte dei bambini ha ormai acquisito il controllo degli sfinteri.

Tale disturbo il più delle volte tende a risolversi spontaneamente con la crescita, ma può comunque essere causa di forte disagio psicologico per il bambino e i familiari. Se, almeno a livello verbale dovete incontrare tale evenienza non dimenticate di chiedere se il bambino non è mai riuscito ad acquisire il controllo notturno (enuresi primaria) oppure se il disturbo compare in un bambino che precedentemente aveva raggiunto il controllo della vescica per almeno 6 mesi (secondaria).

Non deve essere inoltre esclusa la possibilità di una enuresi "sintomatica" legata a infezioni urinarie o a diabete infantile. Se il disturbo viene riferito da parte dei genitori per la prima volta al Medico di Continuità Assistenziale, l'approccio più coerente consiste nel rassicurarli sulla natura generalmente "benigna" del disturbo e nel consigliar loro di rivolgersi al Pediatra per gli opportuni approfondimenti diagnostici.

Come visitare gli anziani

► T. Maio ► F. Salvi

Lo scopo di questo paragrafo è quello di offrire spunti di riflessione sull'approccio relazionale e clinico al paziente anziano, rimandando alle specifiche sezioni la trattazione dei quadri patologici. L'invecchiamento della popolazione ed il miglioramento delle cure fanno sì che il numero di anziani seguiti dai medici di medicina generale sia in costante aumento.

Il coinvolgimento del Medico di Continuità Assistenziale nella presa in carico di tali pazienti è condizionata dal modello organizzativo di Continuità Assistenziale in cui opera. Infatti, mentre nelle realtà in cui sono avviate esperienze di integrazione tra Medici di Famiglia e di Continuità Assistenziale, tali da permettere un'organizzazione di tipo strutturale o funzionale di continuità delle cure, possiamo trovarci nelle condizioni di poter gestire a pieno il percorso assistenziale del paziente grazie alla condivisione di informazioni ed attività con i Medici di Famiglia, nelle realtà non organizzate e non inserite in progetti di integrazione, il nostro rapporto con l'anziano sarà limitato ad interventi occasionali richiesti dal paziente per un problema acuto, che dovremo affrontare nella totale assenza di scambi informativi. La visita di un paziente anziano richiede sempre una valutazione particolarmente attenta che non può prescindere dalla raccolta di un'anamnesi completa ed un altrettanto completo esame obiettivo, anche in presenza di sintomi apparentemente marginali o di non rilevante gravità. Non dobbiamo infatti dimenticare la coesistenza nei soggetti anziani di molteplici malattie croniche, a carattere progressivo, che interagiscono manifestandosi in maniera atipica, rendendo ardua la formulazione di una diagnosi precisa.

Frequentemente in questi soggetti, una manifestazione clinica può essere espressione dell'alterazione di un organo o di un apparato del tutto lontano da quello interessato dal sintomo: le alterate risposte fisiche e psicologiche che l'anziano presenta ai processi patologici possono infatti determinare quadri sindromici aspecifici o addirittura fuorvianti (Tabella 1). Inoltre, i sintomi cardine che guidano in modo determinante il normale processo decisionale possono essere totalmente assenti nell'anziano (es., il dolore toracico nell'infarto cardiaco o la febbre e la tosse nella polmonite).

Particolarmente importante, nel paziente anziano, è il rapido peggioramento dello stato funzionale: può capitare che chi si occupa del soggetto anziano (familiare, badante) vi riferisca che "ieri camminava" mentre oggi "non riesce ad alzarsi dal letto" o "non si regge in piedi", oppure "è diventato incontinente" o, ancora, "non mangia, non ha appetito" o "non riesce a deglutire". Tali "sintomi" non sono da sottovalutare e non sono legati al normale processo di invecchiamento, né a problemi strettamente neurologici; anzi, essi sono spesso la spia di una malattia acuta che non ha ancora dato segno di sé attraverso sintomi più convenzionali: scompenso cardiaco, febbre e processi infettivi in generale (ad es. influenza, polmonite; non si dimentichi che la pollachiuria delle infezioni urinarie diventa "incontinenza" nell'anziano, troppo lento per arrivare in bagno, ma non va dimenticata la possibilità che si tratti d'iscuria paradossa e, quindi, di ritenzione urinaria acuta), (sub)occlusione intestinale/coprostasi ne sono un esempio.

Può accadere che il nostro interlocutore, anziano e non, non sia disponibile ad instaurare quel minimo di dialogo che consenta di raccogliere gli elementi indispensabili per indirizzare il processo decisionale. Un paziente che richiede la prescrizione di farmaci che assume abitualmente può essere infastidito da domande volte a ricostruire l'anamnesi farmacologica e può addirittura rigettare, come indebita invadenza da parte del medico, il tentativo di esaminare aspetti che Egli reputa estranei alla situazione contingente o, peggio, scambiare l'accuratezza anamnestica per insicurezza o incompetenza.

Tabella 1. Modalità di esordio nell'anziano di alcune condizioni trattabili (Modificata da: Knight S. 1978; tratta e modificata da Senin U. "Paziente anziano e paziente geriatrico" EdiSES 2003)

PRESENTAZIONE	POSSIBILI CAUSE
Alterazione dello stato mentale	Ipoglicemia, mixedema, iper ed iponatriemia, ematoma subdurale, idrocefalo normoteso, farmaci (ipnotici, tranquillanti, ecc.), deficit di vitamine (B12, folati), uremia, encefalopatia epatica, febbre, depressione...
Astenia	Iponatriemia, ipokaliemia, embolia polmonare, polmonite, sindrome da malassorbimento, anemia, scompenso cardiaco, depressione...
Depressione	Ipo ed ipertiroidismo, ipercalcemia, farmaci (ipnotici, tranquillanti, ecc.)
Sincope/cadute	Patologie convulsivanti, ipoglicemia, iponatriemia, ipocalcemia, disturbi parossistici del ritmo cardiaco, sanguinamento gastrointestinale, embolia polmonare, ipovolemia...
Quadro clinico paucisintomatico	Sepsi, endocardite batterica subacuta, scompenso cardiaco, embolia polmonare, insufficienza renale, depressione...

La soluzione a tutto questo è chiarire sin dall'inizio che noi non conosciamo il paziente ed abbiamo la necessità di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili per offrire una migliore assistenza, evitando duplicazione di farmaci o prescrizioni non adatte.

L'anamnesi geriatrica può inoltre presentare rilevanti difficoltà a causa di deficit uditivi, visivi e cognitivi che condizionano in maniera rilevante la raccolta dei dati. Di volta in volta, adatteremo alle condizioni del soggetto, alle caratteristiche della situazione, al setting nel quale avviene la visita, le modalità di raccolta dei dati.

Per esempio, è utile condurre la visita in un ambiente ben illuminato, avendo cura di eliminare le possibili fonti di rumore: chiudere le finestre, spegnere la tv, pregare i presenti di restare in silenzio; parlare con un tono di voce profondo, lentamente, mettendosi di fronte al paziente in modo che possa guardare il movimento delle nostre labbra; formulare le richieste in modo semplice, evitando i tecnicismi; porre domande specifiche rispetto a sintomi potenzialmente importanti. In alcuni casi, può essere necessario scrivere, a lettere grandi, le domande rivolte lasciando il tempo di leggere, comprendere e rispondere (non è un quiz a tempo e non è sempre la prima risposta quella che conta!).

È essenziale determinare prima possibile il grado di attendibilità delle informazioni offerte dal paziente, valutandone le condizioni cognitive con modalità tali da non urtarne la suscettibilità o determinare una posizione difensiva (es., chiarendo le motivazioni di tale indagine). In questo caso è opportuno invitare i presenti a non aiutare il paziente a rispondere. Se il paziente non è attendibile o appare confuso è preferibile raccogliere le informazioni importanti direttamente dal familiare o *caregiver* principale (badante).

La sua collaborazione ci permetterà di avere informazioni più complete, oltre che sulla storia clinica, anche sulle abitudini e sul grado di compliance che potremo attenderci dal paziente; potrà descriverci l'evoluzione del quadro essendo in grado di riconoscere per primo variazioni degli abituali disturbi ed assicurerà che vengano attuati i provvedimenti terapeutici proposti. È però importante evitare che interferisca in modo inappropriato nel nostro rapporto con il malato e, se le condizioni cognitive del paziente lo consentono, non bisogna permettere che il familiare diventi il nostro principale interlocutore.

L'anamnesi patologica remota deve riguardare oltre che le patologie note, eventuali allergie, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri. Sarà utile avere informazioni aggiuntive quali vaccinazioni, misure preventive adottate ed eventuali indagini diagnostiche che potrebbero aver determinato effetti collaterali o che possono consentirci di restringere con ragionevole certezza l'ambito delle diagnosi differenziali.

La conoscenza delle abitudini quotidiane, della dieta e persino dell'ambiente familiare potranno aiutarci, oltre che nella diagnosi (es., interferenze alimenti e farmaci), anche nella scelta delle modalità e delle vie di somministrazione dei farmaci: sciroppo invece che compresse se esiste una difficoltà di deglutizione, antidolorifici per via orale o rettale invece che iniezioni se le condizioni economiche non permettono di pagare un infermiere. Nella Tabella 2 sono riassunti alcuni elementi da chiarire nella raccolta dell'anamnesi.

Tabella 2. Elementi da valutare nella raccolta dell'anamnesi

Malattie note
 Allergie note
 Ricoveri ospedalieri
 Interventi chirurgici
 Vaccinazioni effettuate
 Accertamenti sanitari recenti
 Misure sanitarie preventive (MOC, mammografia, Pap test, ecc.)
 Farmaci assunti, con particolare attenzione all'automedicazione ed ai farmaci da banco (lassativi, diuretici "al bisogno")
 Abitudini voluttuarie e dieta
 Grado di autosufficienza
 Condizioni socioeconomiche
 Familiare di riferimento
 Recenti eventi di vita (lutti, pensionamento, ecc.)



Particolare attenzione dovrà essere data alla conoscenza delle terapie assunte (anamnesi farmacologica). È importante verificare non solo quali farmaci siano stati assunti e con quali modalità, ma anche l'avvenuta somministrazione del farmaco (contando pastiglie e confezioni) poiché non è raro scoprire che l'assunzione sia stata dimenticata, simulata o erronea.

In tal senso, non esitate a chiedere al paziente o ai familiari di mostrarvi il luogo in cui sono conservati i farmaci ed i farmaci stessi e di indicare quale farmaco viene assunto per un determinato motivo e quale per un altro motivo. Così facendo, diminuisce il rischio di omissioni o dimenticanze nella raccolta delle informazioni e si possono individuare improprie modalità di conservazione ed assunzione dei farmaci.

Molti anziani svuotano le confezioni e conservano le compresse in un unico contenitore con il rischio di confondere le specialità (es., assunzione di farmaco cardiologico in gocce a scopo ipnoinducente perché confuso con benzodiazepina/antipsicotico, sempre in gocce, assunte invece regolarmente "per il cuore"); altri, invece, ricorrono all'automedicazione usando frequentemente farmaci erroneamente ritenuti innocui poiché abituati ad assumerli da parecchio tempo o perché acquistabili senza prescrizione medica. È classico il caso dei lassativi, del paracetamolo o dei FANS. L'assunzione abitudinaria ed incontrollata di antinfiammatori non steroidei per la terapia sintomatica di banali affezioni osteo-articolari, oltre ad esporre al rischio di emorragie, essendo associata ai fenomeni fisiologici determinati dall'età, quali una funzionalità renale ridotta o la disidratazione conseguente al ridotto senso di sete, può portare ad insufficienza renale acuta. Nella tabella 3 sono riassunti alcuni frequenti problemi riscontrati in seguito al sovradosaggio o alla interazione di farmaci.

Un esame obiettivo completo ed accurato è un altro passaggio fondamentale nella visita al paziente anziano. Anche in questo caso, la collaborazione offerta dal paziente stesso ne rappresenta un elemento limitante importante. Il paziente anziano, specie se affetto da

Tabella 3.

FARMACI	SINTOMI
Diuretici	Confusione mentale, ipotensione ortostatica, sincope, iperazotemia, turbe idro-elettrolitiche
Digitale	Sintomi depressivi, disturbi visivi, turbe della coscienza, nausea/vomito
FANS	Emorragie gastroenteriche, insufficienza renale, ipertensione
Antipertensivi	Ipotensione ortostatica, turbe idro-elettrolitiche, sincope, insufficienza renale (acuta)
Psicofarmaci	Alterazioni extrapiramidali, stato confusionale (agitazione); depressione
Lassativi	Stipsi, disidratazione e turbe idro-elettrolitiche

demenza, può essere spaventato dall'essere "manipolato" (visitato) da un estraneo, quindi può essere utile, all'inizio della visita, chiamare il paziente per nome (empatia), instaurare un contatto fisico (es., accarezzare, prendere le mani), nonché presentarsi come "il dottore", che è venuto a visitarlo perché non sta bene. Durante la visita, è corretto chiedere al paziente se desidera la presenza di un familiare; se presente, quest'ultimo non dovrà rispondere alle nostre domande impedendo al diretto interessato di esprimere le proprie sensazioni e percezioni, né commentare quanto da Lui descritto. Il disturbo che più affligge il paziente può essere diverso da quello che il familiare considera il problema principale.

Il familiare potrà intervenire quando il paziente avrà completato la propria esposizione. Talvolta, la presenza del familiare può essere indispensabile per facilitare l'esecuzione di alcune manovre di semeiotica rese difficoltose da deficit cognitivi o gravi disabilità: aiutare a posizionare il paziente seduto o in piedi, sfruttare l'imitazione di gesti del familiare per far eseguire respiri profondi a bocca aperta (durante l'auscultazione polmonare, specie nel paziente demente, che non comprende i comandi, ma è ancora in grado di "imitare").

Un altro piccolo trucco per ottenere respiri profondi a bocca aperta nel paziente demente non collaborante e non "imitante" può essere quello di chiuderne le narici: questo produrrà una fisiologica respirazione a bocca aperta...



Particolare attenzione va posta alla comunicazione non verbale, specie, ancora, nel paziente demente, che, va ricordato, è spesso totalmente incapace di riferirvi qualsivoglia disturbo, sintomo o dolore: quindi, ad esempio durante la palpazione dell'addome o di un arto, è opportuno guardare il paziente in faccia, osservando la comparsa di smorfie di dolore o variazioni della mimica che possano suggerire appunto la presenza di dolore; anche l'aumento dello stato di agitazione o la comparsa di aggressività o maldestri tentativi di allontanarvi da Lui devono essere considerati come analoghi di espressione di dolore o, più un generale, un "segno".

Un'ultima considerazione. Nella gestione del complesso rapporto paziente/familiare dovremo confrontarci con due realtà: quella del malato e del suo rapporto con la malattia e quella del *caregiver* e del suo rapporto con la sofferenza del proprio caro. Aspettative, sensi di colpa, impotenza nell'affrontare situazioni immutabili, fatica quotidiana nell'assistenza, possono spesso determinare aggressività facilmente esternata nei confronti di un medico estraneo alla routinaria gestione della malattia. Un'adeguata informazione, una paziente contrattazione e condivisione delle scelte sono gli unici strumenti a nostra disposizione per superare queste difficoltà.



I FARMACI FORMULAZIONI E POSOLOGIE

Analgesici, antinfiammatori, antipiretici

► R. Antonicelli ► L. Falletta

Nella somministrazione o nella prescrizione di qualunque terapia siate sempre molto cauti e gradualmente; ricordate in particolare, che l'anziano ha un metabolismo diverso e questo vale anche per i farmaci. Durante i turni di Continuità Assistenziale, 8 chiamate su 10 si riferiscono a patologie in cui la categoria dei farmaci analgesici, antinfiammatori, antipiretici fa la parte del leone: è pertanto bene conoscerne a fondo l'uso, gli effetti ed i limiti.

Analgesici

Per un corretto uso di questa categoria di farmaci, dovete cercare il più possibile di precisare la sede e l'eziologia del dolore ricordando che, in certi casi, la semplice sedazione del dolore è controproducente se prima non si è posta una corretta diagnosi (basti pensare alle conseguenze cui può evolvere una appendicite addormentata farmacologicamente senza che lo stesso paziente se ne renda conto).

Dovete inoltre cercare, indipendentemente dalla partecipazione emotiva del paziente, di rendervi conto della reale consistenza del dolore, avvalendovi, per esempio, di scale qualitative per la valutazione dello stesso come la NRS (di pratico utilizzo, anche telefonico) o la VAS (se avete a disposizione il supporto cartaceo). In linea di massima, se il dolore è lieve, si può ricorrere ad un FANS o al paracetamolo. Nel caso di dolore acuto moderato-grave nell'adulto, si può ricorrere ad una associazione analgesica per via orale, ad es. paracetamolo/tramadolo cpr 325/37,5 mg oppure dexketoprofene/tramadolo cpr 25/75 mg.

Posologia adulti:

- Paracetamolo [supposte da 1000 mg: 1 supp. × 2/die o compresse/compresse effervescenti (dose max giornaliera 3 g; mantenere fra una dose e l'altra un intervallo di 6-8 ore)].
 - Acido acetilsalicilico (ASA) cpr 325 mg × 2-3/die o bustine 500 mg (dose max 2 bust x 3 volte/die) oppure ASA/acido ascorbico cpr 400/240 mg × 2-3/die.
 - Ibuprofene 200/400/600 mg q8-12 ore (una dose di 400 mg ha un'efficacia analgesica superiore a 1 g di paracetamolo).
 - Diclofenac 50 mg q8-12 ore oppure 75 mg q12 ore in fase acuta.
 - Dexketoprofene/tramadolo cpr 25/75 mg, da 1 a 3 volte/die, ad intervalli di almeno 8 ore.
 - Ketorolac gtt 2% 10 mg q4-6 ore (dose max 40 mg/die). Se non è possibile utilizzare la via orale (ad es. a causa di vomito), in genere è preferibile:
 - Diclofenac (1 f. i.m. 75 mg); in alternativa si usa:
 - Ketorolac (1 f. i.m. 10 o 30 mg).
 - Tramadolo cpr 100-200 mg/die o formulazione in gtt (20 gtt = 50 mg) 50-100 mg q6 ore (dose max 400 mg/die, adeguare il dosaggio all'intensità del dolore), effetti collaterali comuni sono capogiri e nausea (possibile associare antiemetico in profilassi).
- Nei casi di dolore grave, incoercibile, somministrare:
- Morfina 1 f. 10 mg s.c.

Antinfiammatori, antipiretici

Il farmaco di prima scelta come antipiretico è il paracetamolo; in genere la sua somministrazione è indicata quando la febbre si mantiene sopra i 38°C senza accennare a diminuzione spontanea.

Per il bambino si raccomanderà ai genitori di:

1. garantire un abbondante apporto di liquidi soprattutto nel bambino piccolo

2. favorire la dispersione del calore evitando di coprire eccessivamente il piccolo con magliette, golfini, calzini, coperte, ecc., evitare bagni freddi, piuttosto preferire bagni tiepidi che permettono dispersione di calore per evaporazione
3. evitare di stroncare rapidamente la febbre, poiché la rapida defervescenza può causare convulsioni febbrili
4. rassicurare in merito a farmaci sperimentati come il Paracetamolo.

Posologia bambini:

Il paracetamolo per OS generalmente può essere dosato come segue:

- <12 anni 10/15 mg/kg/dose ogni 4-6 ore; >12 anni 500-1000 mg/dose ogni 4-6 ore; <3 mesi dose max 60 mg/kg, >3 mesi dose max 80 mg/kg.
 - *sciropo* 24 mg di Paracetamolo/ml (5 ml = 120 mg):
 - 7-10 kg di peso → 5 ml/dose q6 ore (max 4 somministrazioni/die)
 - 11-12 kg di peso → 5 ml q4 ore (max 6 somministrazioni/die)
 - 13-20 kg di peso → 7,5-10 ml/dose q6 ore (max 6 somministrazioni/die)
 - 21-25 kg di peso → 10 ml/dose q4 ore (max 6 somministrazioni/die)
 - 26-40 kg di peso → 15-20 ml/dose q6 ore (max 4 somministrazioni/die)
 - 41-50 kg di peso → 20 ml/dose q4 ore (max 6 somministrazioni/die)
 - *gocce* (100 mg/ml - 1 gtt = 2,7 mg)
 - 3,2-6 kg - >16-23 gtt/dose q6 ore (max 4 somministrazioni/die)
 - *supposte* da 125, da 250, da 500 mg
 - ibuprofene sciropo 100 mg/5 ml (2,5 ml = 50 mg):
 - 7-10 kg di peso → 2,5 ml/dose q8 ore
 - 11-15 kg di peso → 5 ml/dose q8 ore
 - 15-20 kg di peso → 7,5 ml/dose q8 ore
 - 20-28 kg di peso → 10 ml/dose q8 ore
 - 28-43 kg di peso → 15 ml/dose q8 ore
- Esiste anche la formulazione di 200 mg/5 ml (doppia rispetto alla precedente).
- Metamizolo 500 mg/ml gtt orali:
 - 4 mesi -4 anni → 2-6 gtt fino a 4 volte/die
 - 5-14 anni → 10-15 gtt fino a 4 volte/die
 - >15 anni e adulti → 20-40 gtt fino a 4 volte die.
- Sconsigliato l'uso di cortisonici se la causa non è stata individuata.

Proflassi delle convulsioni febbrili

Se il bambino è piccolo (0-6 anni) informatevi se abbia mai avuto convulsioni febbrili o sussista una familiarità in questo senso; in caso di risposta affermativa, sarà opportuna la somministrazione di un antipiretico ogni 4-6 ore (secondo peso) (*Paracetamolo sciropo* o *supposte*). Poiché non sempre tale provvedimento è sufficiente a mantenere la temperatura corporea sotto i 38°C, è utile lasciare indicazione per l'uso di un altro antipiretico "al bisogno" [ad esempio Metamizolo (come pragrafo precedente)]. Non è raccomandato un trattamento antiepilettico a lungo termine (continuo o intermittente) in bambini con crisi isolate o ricorrenti in iperpiressia (AAP Strong recommendation, Grade B). Non è inoltre raccomandata la somministrazione di Diazepam per os o rettale all'esordio della febbre. È raccomandato interrompere la convulsione febbrile il prima possibile, scongiurando la possibilità che si instauri uno stato di male. Si raccomanda di somministrare Diazepam per via rettale alla dose di 0,5 mg/kg (grado di evidenza III; forza della raccomandazione A).

Antibiotici

► R. Antonicelli ► F. Testa

L'uso razionale degli antibiotici è un problema chiave, non solo per la Continuità Assistenziale, ma anche per la medicina ospedaliera ed extraospedaliera in generale. Negli ultimi anni in Italia il problema dell'antibiotico-resistenza ha raggiunto livelli allarmanti. La terapia antibiotica deve essere prescritta solo quando strettamente necessaria con scrupolosa attenzione allo spettro d'azione, alla posologia e alla durata del trattamento. Quando il trattamento antibiotico non è utile, la comunicazione medico-paziente ha un ruolo fondamentale: influenza la percezione del paziente riguardo la necessità di ricorrere ad antibiotici.

Delle infezioni tipiche degli Apparati (es.: cistiti, polmoniti, ecc.) parleremo più diffusamente nei rispettivi capitoli. È però necessario sottolineare subito un punto: come già detto, l'intervento del Medico di Continuità Assistenziale è un intervento indifferibile; il Medico di Famiglia avrà la possibilità nei giorni seguenti di far eseguire esami e di sorvegliare nel tempo l'evoluzione della malattia.

Con queste premesse, si converrà che sono piuttosto limitate le situazioni in cui l'introduzione di un antibiotico in terapia, 12 ore prima, cambi radicalmente il volto di una patologia.

Nei casi in cui si riterrà opportuno instaurare un trattamento antibiotico ecco un breve riferimento alle diverse classi di antibiotici con rispettiva posologia (valida per le infezioni batteriche più comuni):

Cefalosporine, Macrolidi e Penicilline semisintetiche.

Tra le cefalosporine, alcune sono le seguenti:

- Acetossietilcefuroxima (250-500 mg cpr 2/die, ogni 12 ore) (II generazione).
- Cefaclor (250-500 mg cpr 2-3/die, ogni 8-12 ore) (II generazione).
- Cefditoren (200-400 mg cpr 2/die, ogni 12 ore) (III generazione).
- Cefixima (400 mg cpr 1/die o 200 mg cpr 2/die, ogni 12 ore) (III generazione)

Tra i Macrolidi ricordiamo:

- Azitromicina (cpr 500 mg in monosomministrazione giornaliera)
- Claritromicina (formulazione RM 500 mg 1 cpr/die; cpr o bustina 250 mg 2/die, ogni 12 ore).
- Miocamicina (600 mg cpr 2-3 /die, ogni 8-12 ore)

Tra le Penicilline semisintetiche consigliamo:

- Amoxicillina/Ac. Clavulanico (1000 mg cpr 2-3/die, ogni 8-12 ore)

In caso di terapia iniettiva:

- Sulbactam/Ampicillina
f. 500 mg + 1 g: 1 f. i.m. 2/die

In presenza di soggetti che abbiano problemi di deglutizione o che per altri motivi non riescano ad assumere compresse (ad es. soggetti anziani, politrattati, ecc.) una valida alternativa è data da:

- Cefaclor (os grat 250 mg/5 ml) *oppure*
- Cefixima (compresse dispersibili 1 cpr 400 mg/die) *oppure*
- Claritromicina (250 bust 2/die, ogni 8-12 ore)

Fra i Chinolonici delle ultime generazioni, si ricordano:

- Ciprofloxacina (250-750 mg cpr 2/die, ogni 12 ore)
- Levofloxacina (500 mg cpr 1/die)
- Moxifloxacina (400 mg cpr 1/die)

Relativamente a questa classe di antibiotici, i limiti da tenere sempre presenti sono *la controindicazione nei bambini e negli adolescenti* (interferenza con le cartilagini durante la crescita) e fenomeni di fotosensibilizzazione (particolarmente importanti in estate).*

La *posologia pediatrica* risulta caotica se vi affannate a tenere a memoria per un prodotto "1/2 misurino fino a 2 anni, 1 misurino da 2 a 6 anni, ecc."

Il **criterio semplice e valido** consiste nel moltiplicare il peso approssimativo del bambino, che la madre in genere conosce, per un numero fisso di milligrammi conformemente alla formula:

mg della posologia × kg di peso del bambino

n. di somministrazioni al di

Posologia bambini:

Amoxicillina 40-90 mg × kg/die in 2-3 somministrazioni

Cefaclor 20 - 40 mg x kg in 2-3 somministrazioni

Cefixima 8 mg/kg/die in unica somministrazione.

Claritromicina 15 mg/kg/die suddivisi in 2 somministrazioni.

Amoxicillina/Ac. Clavulanico da 25 mg/3,6 mg/kg fino a 70 mg/10 mg/kg al giorno suddivisi in 2 somministrazioni.

*NOTA AIFA APRILE 2019

L'Agenzia Italiana del Farmaco rende disponibili nuove e importanti informazioni di sicurezza in merito ai medicinali contenenti fluorochinoloni (ciprofloxacina - levofloxacina - moxifloxacina - pefloxacina - prulifloxacina - rufloxacina - norfloxacina - lomefloxacina):

- Sono state segnalate con gli antibiotici chinolonici e fluorochinoloni reazioni avverse invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti, principalmente a carico del sistema muscoloscheletrico e del sistema nervoso.
- Di conseguenza, sono stati rivalutati i benefici e i rischi di tutti gli antibiotici chinolonici e fluorochinoloni e le loro indicazioni nei paesi dell'UE.
- I medicinali contenenti cinoxacina, flumechina, acido nalidixico e acido pipemidico verranno ritirati dal commercio.
- Non prescrivere questi medicinali:
 - per il trattamento di infezioni non gravi o autolimitanti (quali faringite, tonsillite e bronchite acuta);
 - per la prevenzione della diarrea del viaggiatore o delle infezioni ricorrenti delle vie urinarie inferiori;
 - per infezioni non batteriche, per esempio la prostatite non batterica (cronica);
 - per le infezioni da lievi a moderate (incluse la cistite non complicata, l'esacerbazione acuta della bronchite cronica e della broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO, la rinosinusite batterica acuta e l'otite media acuta), a meno che altri antibiotici comunemente raccomandati per queste infezioni siano ritenuti inappropriati;
 - ai pazienti che in passato abbiano manifestato reazioni avverse gravi ad un antibiotico chinolonico o fluorochinolonic.
- Prescrivere questi medicinali con particolare prudenza agli anziani, ai pazienti con compromissione renale, ai pazienti sottoposti a trapianto d'organo solido e a quelli trattati contemporaneamente con corticosteroidi, poiché il rischio di tendinite e rottura di tendine indotte dai fluorochinoloni può essere maggiore in questi pazienti. Dev'essere evitato l'uso concomitante di corticosteroidi con fluorochinoloni.
- Informi i pazienti d'interrompere il trattamento ai primi segni di reazione avversa grave quale tendinite e rottura del tendine, dolore muscolare, debolezza muscolare, dolore articolare, gonfiore articolare, neuropatia periferica ed effetti a carico del sistema nervoso centrale, e di consultare il proprio medico per ulteriori consigli.

*Importante informazione di sicurezza

Antistaminici e cortisonici

► L. Antonicelli ► M.C. Braschi ► L. Falletta

Queste due categorie di farmaci, peraltro tra loro diversissime, rappresentano il terzo cardine (ovviamente in termini quantitativi) delle terapie attuate durante la continuità assistenziale. Dato il grande numero di specialità disponibili e l'ampiezza delle indicazioni, in questo breve capitolo ci limiteremo a fornire alcune linee guida per l'utilizzo durante la continuità assistenziale, cioè in patologie acute, rinviando a testi specifici per le problematiche connesse all'uso cronico.

Antistaminici

L'incremento della frequenza di reazioni allergiche o para-allergiche e la natura squisitamente sintomatica degli antistaminici fanno di questa classe di farmaci uno strumento indispensabile per il Medico di continuità assistenziale.

Gli antistaminici meno recenti sono penalizzati da un effetto sedativo sul sistema nervoso centrale, che rappresenta un fattore di rischio durante l'attività in cui è richiesta attenzione, come ad esempio la guida di autoveicoli. È pertanto preferibile l'uso di antistaminici orali di nuova generazione, che non causano sedazione, come ad esempio Rupatadina 1 cpr da 10 mg/die oppure Desloratadina 1 cpr da 5 mg/die oppure Bilastina (1 cpr da 20 mg/die).

Qualora fosse necessaria notevole rapidità d'azione possono essere impiegati gli antistaminici di prima generazione, disponibili in formulazioni per via parenterale come la Clorfenamina (10 mg fiala i.m.); in scheda tecnica non è indicato sotto i 12 anni in formulazione iniettabile.

La posologia pediatrica di alcuni antistaminici orali è la seguente:

Bilastina:

- Nei bambini di 6-11 anni di età con un peso corporeo di almeno 20 kg: 10 mg di bilastina (4 ml di soluzione orale 2.5 mg/ml oppure 1 cpr orodispersibile da 10 mg) una volta al giorno;
- Al di sopra dei 12 anni di età è appropriata la somministrazione di bilastina 20 mg una volta al giorno.

Cetirizina (gtt. 1 gtt=0,5 mg):

- 1-2 anni → 5 gtt (2,5 mg) 2 v/die;
- 2-6 anni → 5 gtt 2 v/die oppure 10 gtt/die;
- 6-12 anni → <30 kg 10 gtt/die;
- >30 kg → 20 gtt 1-2 v/die.

Loratadina (sciroppo 5 ml/die nel bambino dai 2 anni di età in poi, fino a 30 kg di peso); sopra i 2 anni e >30 kg 10 ml (dose unica al mattino).

Cortisonici

In questo capitolo ci si limiterà esclusivamente ad alcune osservazioni sull'impiego dei farmaci steroidei in patologie acute. La necessità di agire energicamente e rapidamente su una condizione flogistica acuta (es. asma bronchiale, flogosi articolare, ecc.) è l'indicazione elettiva per il trattamento d'emergenza con corticosteroidi. Abitualmente l'impiego sistemico di breve durata, anche a dosi molto alte, è sostanzialmente sicuro dal punto di vista clinico.

L'entità della dose deve pertanto essere adeguata a bloccare il processo infiammatorio, ed anche se il dosaggio è in relazione a molteplici fattori, in linea di massima per un adulto medio la dose di attacco si aggira intorno a 1-2 cpr di Prednisone (cpr 25 mg) o 1

f di Betametasone (f. 4 mg). Nella tabella viene indicata orientativamente l'equivalenza di potere antiinfiammatorio di alcuni steroidi espressa in dosi equivalenti.

Nel trattamento acuto le cautele sull'impiego degli steroidi, derivanti dai loro ben noti effetti collaterali, dovrebbero essere considerate alla luce delle necessità immediate del paziente; in altre parole è necessario distinguere i fattori di rischio legati all'impiego a lungo termine (es. osteoporosi, diabete, ipertensione arteriosa, insufficienza surrenale, ecc.) dalle controindicazioni al momento dell'impiego (es. ulcera gastroduodenale in atto, diabete mellito scompensato) ed agire di conseguenza.

L'impiego del corticosteroide da solo in alcune condizioni rapidamente evolutive come lo shock anafilattico non è sufficiente: in tali circostanze farmaco di prima scelta è l'Adrenalina cui associare antistaminico e corticosteroide.

In commercio è anche presente adrenalina autoiniettabile di pronto uso [fl 0,33 mg e junior fl 0,165 mg (<30 kg)], già predosata per adulti e per bambini di facile trasporto in quanto non necessita di conservazione in frigorifero. In alternativa rimane disponibile Adrenalina soluzione 1:1000 fl, 0,5 ml i.m. eventualmente ripetibile.

La *posologia pediatrica* dell'Adrenalina i.m. è di 0,01 ml/kg fino ad un massimo di 0,3-0,5 ml, eventualmente ripetibile ogni 5-15 minuti se manca la risposta clinica.

FARMACO	DOSE EQUIVALENTE IN MG	POSOLOGIA PEDIATRICA IN MG/KG
Betametasone	1,5	0,1-0,2
Deflazacort	12	1-2
Metilprednisolone	8	0,8-1,6
Prednisone	10	1-2

Reazioni allergiche a farmaci

► L. Antonicelli ► R. Antonicelli ► M. C. Braschi
► L. Falletta

È buona regola, prima di prescrivere la terapia, domandare al paziente se presenti allergia a farmaci. Talvolta, purtroppo, tale domanda anziché essere di aiuto, attiva una caotica elencazione di circostanze, supposizioni, fenomeni bizzarri che spesso si concludono con l'affermazione: "dottore, sono allergico a tutti i farmaci". Tale affermazione è abitualmente priva di ogni fondamento e determina un ingiustificato nichilismo terapeutico. Peraltro sottovalutare precise informazioni anamnestiche può risultare estremamente pericoloso. È necessario che nella gestione di questi pazienti vi orientiate seguendo alcuni criteri essenziali:

1. distinzione tra effetti collaterali e reazioni allergiche ai farmaci;
2. individuazione ed utilizzo di farmaci che all'anamnesi risultano ben tollerati;
3. impiego di molecole singole e non di associazioni per limitare i rischi di reazione a componenti secondari;
4. impiego di formulazioni semplici (es. compresse) piuttosto che preparati più complessi (es. sciroppi, bustine), al fine di ridurre la presenza di additivi e coloranti a volte implicati in reazioni parallergiche;
5. sostituzione dei farmaci che inducono reazioni allergiche o parallergiche con farmaci alternativi.



ATTENZIONE: Se possibile, fatevi mostrare farmaci già impiegati, ricette o cartelle cliniche ove vi sia documentazione dell'uso tollerato o di eventuali reazioni allergiche a farmaci.

6. adozione preferibilmente della somministrazione per via orale.

Gli antibatterici più frequentemente implicati in reazioni allergiche sono i beta-lattamici ed i sulfamidici.

Quando l'anamnesi risulti chiara, è opportuno sostituire tali antibatterici con altri di differente classe molecolare.

Per affinità di struttura molecolare, sono possibili rare reazioni allergiche crociate tra penicilline e cefalosporine, pertanto, in sede di Continuità Assistenziale, non appare prudente attuare tale tipo di sostituzione.

Nel caso di anamnesi positiva per reazione allergica a farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), è invece necessario attuare un'altra strategia terapeutica. In queste circostanze, infatti, non si tratta di allergia IgE mediata ma di reazioni indesiderate cutanee (orticaria) o respiratorie (rinite e/o asma) correlabili con l'inibizione della cicloossigenasi.

In caso di dolore acuto, in un setting quale la Continuità Assistenziale, è più prudente l'utilizzo di Paracetamolo; se invece è necessaria una più energica terapia antalgica, è opportuno nell'emergenza utilizzare un farmaco ad azione sedativa centrale come il Tramadolo (cpr rp o cps). Consigliare consulenza allergologica per la gestione a lungo termine della intolleranza a FANS.



ATTENZIONE: tenete sempre presente il rischio derivante da FANS presenti come componenti minori all'interno di associazioni farmacologiche.

Una problematica non particolarmente frequente, ma che comunque dovete tenere presente è quella delle possibili allergie ma più frequentemente intolleranze agli eccipienti, ossia alle sostanze che conferiscono al medicinale la forma, la consistenza, la diluizione e gli altri caratteri fisici e chimico-fisici necessari, fungendo soprattutto da veicolo per i principi attivi. In effetti, sono varie le sostanze usate come eccipienti che impongono particolare attenzione a possibili eventi indesiderati.

In particolare i pazienti affetti da morbo celiaco devono evitare l'amido di grano (spesso utilizzato come eccipiente di compresse e capsule), scontato che i diabetici devono evitare le formulazioni dolcificate con glucosio, mentre l'aspartame è controindicato nei soggetti affetti da fenilchetonuria.



LA CLINICA
SINTOMI,
SEGNI E GESTIONE
DEL CASO

Algologia: il dolore ed il suo trattamento

► R. Antonicelli ► L. Falletta

Il dolore è una delle condizioni più frequentemente osservate nella pratica clinica durante l'attività della Continuità Assistenziale. Si potrebbe sicuramente affermare che il dolore è una delle cause più comuni della chiamata al Medico di Guardia ed un suo fedele compagno di lavoro.

Si può anche affermare che la sua conoscenza rappresenta una delle priorità che il Medico di Continuità Assistenziale deve possedere sul piano pratico. I quadri maggiormente comuni sono certamente quelli a carattere acuto e/o ricorrente; comunque, è anche possibile incontrare quadri di dolore cronico e/o di riacutizzazione algica di condizioni croniche, come ad esempio quello dell'osteartrosi.

Il dolore, specie se d'intensità moderata o grave, ha un sicuro impatto negativo sul benessere e sulla qualità della vita dei nostri pazienti, ed è per questo che è necessario orientarsi presto e possibilmente bene.

Da un punto di vista clinico è importante valutarne subito: intensità, durata, caratteristiche e se possibile capirne la causa.

Se sull'intensità si deve tenere ben presente quanto questa sia soggettiva e pertanto non sempre facilmente quantizzabile, dal punto di vista della **durata**, il dolore può essere classificato in alcune principali tipologie:

- Dolore acuto, la cui funzione è quella di "segnalare" la presenza di una lesione tissutale in corso, o di una alterazione dell'omeostasi; di norma si tratta di un dolore localizzato, che si risolve con la guarigione della condizione patologica che l'ha provocato.
- Dolore cronico, spesso causato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di auto-mantenimento della stimolazione dolorosa anche dopo la risoluzione della causa iniziale.
- "Dolore acuto ricorrente", episodio doloroso acuto della durata di poche ore o giorni, che rappresenta una riacutizzazione di una patologia cronica sottostante e che si manifesta con carattere "ricorrente" ad intervalli regolari o irregolari.

In relazione al **meccanismo eziopatogenetico**, si distinguono le seguenti grandi categorie di dolore:

- nocicettivo - che origina dall'attivazione diretta dei recettori periferici (nocicettori) e viene successivamente trasmesso al sistema nervoso centrale (SNC) mediante fibre nervose specifiche (C e Aδ);
- neuropatico - che origina direttamente dalla disfunzione del sistema nervoso centrale e/o periferico sensoriale, senza una pregressa attivazione recettoriale;
- misto - con una genesi cui partecipano sia l'infiammazione periferica, sia la sensibilizzazione centrale, che viene mantenuta dal rilascio di numerosi mediatori, tra cui le prostaglandine, e contrastata dalle vie inibitorie discendenti attraverso il rilascio di serotonina e noradrenalina.

Linee generali del trattamento del dolore

All'inizio degli anni '80, l'OMS ha introdotto la cosiddetta "scala analgesica" ("*analgesic ladder*"), basata su un approccio graduale all'uso dei farmaci in rapporto all'intensità del dolore:

- il "gradino" più basso, corrispondente al dolore lieve, prevede l'impiego di agenti non-oppioidi (quali paracetamolo o FANS) (*step 1*);

- se il dolore persiste o aumenta, si passa al trattamento con oppioidi “deboli” (ad es., codeina o tramadolo) in caso di sintomatologia dolorosa moderata (*step 2*);
- se il dolore persiste o aumenta malgrado l'utilizzo dei farmaci dello step precedente, si consiglia l'utilizzo degli oppioidi “forti” (ad es., morfina, fentanyl, ossicodone, metadone, meperidina) (*step 3*).

Questo approccio “graduale e progressivo”, tuttavia, presenta delle limitazioni nella sua applicazione pratica, soprattutto nel dolore acuto, ad eziologia multifattoriale e/o di intensità moderata-grave sin dal suo esordio o che presenta un rapido incremento della sua intensità. **L'importanza di un adeguato e tempestivo trattamento del dolore acuto**, specie di intensità moderata-grave, non solo è giustificata dalla necessità di evitare un'inutile sofferenza al paziente, ma è anche avvalorata da evidenze scientifiche secondo cui il dolore acuto non adeguatamente trattato ha il **potenziale di trasformarsi in dolore cronico**.

Gli analgesici più frequentemente utilizzati comprendono il paracetamolo, i FANS e gli oppioidi.

Ricordate sempre quanto possa essere pericoloso “addormentare” un dolore (dall'appendicite, all'infarto del miocardio) in una situazione dove non avete, con ragionevole certezza, ipotizzato una causa, e di quanto questo possa ritardare una corretta diagnosi eziologica che qualche volta può addirittura salvare la vita del paziente.

Pertanto, per la gestione del **dolore acuto** si può consigliare:

- Nel dolore acuto lieve, paracetamolo (1-3 g/die nell'adulto) o un FANS, ad es. dexketoprofene (1-3 cpr/die) o diclofenac (1-2 cp/die)
- Nel dolore acuto moderato-grave, una associazione preconstituita in dose fissa paracetamolo/oppioide minore, ad es. paracetamolo/tramadolo 325/37,5 mg 2 cpr/die *oppure* FANS/oppioide minore, ad es. dexketoprofene/tramadolo (1 compressa da 25/75 mg, ripetibile secondo necessità con un intervallo di almeno 8 ore tra le assunzioni, senza superare la dose giornaliera totale di 3 compresse).

Naturalmente, per ogni forma di dolore acuto, al trattamento sintomatico va associato il trattamento etiologico della condizione patologica che sta alla base delle manifestazioni algiche, laddove essa risulti identificabile.

Un approccio analogo appare ragionevole anche nelle forme “ricorrenti” di dolore, almeno per quanto riguarda il trattamento sintomatico delle fasi algiche acute.

Per quanto riguarda il dolore cronico, il trattamento esula dal compito del Medico di Continuità Assistenziale, che viene interpellato generalmente nel caso in cui il paziente presenti uno scompenso della sua situazione di base.

Cardiologia

► R. Antonicelli ► D. Caraceni ► L. Pimpini

Le malattie di pertinenza dell'apparato cardiovascolare sono abbastanza frequenti nella continuità assistenziale; in tali affezioni, più che in altre, è necessario un rapido orientamento diagnostico per capire se la patologia sia gestibile in proprio, o se sia opportuno ricoverare immediatamente il paziente, anche considerando il fatto che importanti ausili, come l'ECG, sono ben di rado presenti nelle sedi di continuità assistenziale.

Dolore precordiale

È questo uno dei sintomi con cui più di frequente avrete a che fare. Il vostro principale problema sarà stabilire se vi trovate di fronte ad una patologia cardiaca o extracardiaca. In questi casi è d'importanza fondamentale una corretta anamnesi.

Dovete chiedere in particolare del dolore:

- *tipologia* (peso gravativo, bruciore, costrizione, dolore urente, dolore "a pugnalata");
- *sede* che può essere:
 - - tipica: precordio, area retrosternale, giugulo o epigastrio;
 - - atipica: mandibola, dorso, addome, emitorace destro;
- *irradiazione* (braccio o avambraccio in particolare sn., dorso, collo, mandibola);
- *durata* (fugace, protratto, costante, intermittente);
- *modalità d'insorgenza* (se è la prima volta che compare tale sintomatologia, a riposo o dopo sforzo fisico, tensione emotiva, dopo i pasti, notturno, con esordio graduale o improvviso);
- *modalità di regressione* (spontanea, sospensione dell'attività fisica, nitrati sublinguali);
- *fattori che influiscono sul dolore* (cambiamento di posizione, attività respiratoria, assunzione di farmaci, ecc.);
- *sintomatologia associata* (dispnea, sudorazione algida, sindrome vertiginosa, senso di mancamento, sintomi neurovegetativi come nausea e conati di vomito, ecc.);
- *precedenti di cardiopatia ischemica* (coronaropatia documentata, infarto miocardico, angioplastica coronarica, by-pass aorto-coronarico).

Queste poche domande, associate ad un'attenta valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari (diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo, familiarità per patologie cardiovascolari) e ad un accurato esame obiettivo, già vi possono orientare a supporre l'origine cardiaca o extracardiaca del dolore toracico in maniera sufficientemente precisa.

In linea generale, nel caso in cui il sintomo principale riferito dal paziente sia rappresentato da un dolore toracico retrosternale o precordiale, di tipo oppressivo o costrittivo, irradiato all'arto superiore sinistro, al dorso, al collo o alla mandibola, associato ad eventuale dispnea, nausea e sudorazione, magari con caratteristiche cliniche simili ad episodi anginosi precedenti ed associato ad una anamnesi nota di cardiopatia ischemica, diabete mellito o altri fattori di rischio cardiovascolare ed al riscontro all'esame obiettivo di un quadro di edema polmonare acuto o stasi polmonare, di insufficienza mitralica transitoria, di toni cardiaci aggiunti (III e IV tono), di ipotensione arteriosa, allora l'inquadramento diagnostico potrà ragionevolmente orientarsi verso una sindrome coronarica acuta, suggerendo il ricorso immediato al ricovero ospedaliero.

Nel caso in cui, invece, i sintomi ischemici riferiti dal paziente non si associno agli elementi anamnestici precedentemente descritti ed all'esame obiettivo, il dolore risulta accentuato o riprodotto dalla palpazione sul torace, risulta assai improbabile che ci troviamo di fronte ad un caso di sindrome coronarica acuta e dunque possiamo ragionevolmente far ricorso alle cure ed eventuali accertamenti predisposti successivamente dal Medico Curante. Se, in corso di Continuità Assistenziale, ci si può avvalere dell'ausilio di un tracciato ECG (magari attraverso le moderne metodiche di Telemedicina), la probabilità di trovarci di fronte ad una sindrome coronarica acuta sarà ulteriormente suggerita dalla presenza di slivellamento del tratto ST transitorio o di nuova insorgenza >1 mV, dalla presenza di onde Q significative o dalla presenza di onde T negative.

Nel caso in cui invece il tracciato ECG mostri un appiattimento o inversione dell'onda T in derivazioni con R dominante, oppure l'elettrocardiogramma si presenti assolutamente normale, allora la probabilità di trovarci di fronte ad una coronaropatia appare sostanzialmente bassa (seppur da non escludere del tutto!).

Infarto miocardico acuto ed angina pectoris

Il dolore nell'infarto è il sintomo più comune (solitamente di durata >20 minuti), di solito di tipo viscerale, retrosternale profondo, descritto con un senso di oppressione e di trafittura, spesso con irradiazione al braccio sinistro, al collo e alla mandibola, talvolta al dorso, più raramente all'epigastrio. Le sedi tipiche del dolore da ischemia miocardica sono riportate nella Figura 1.

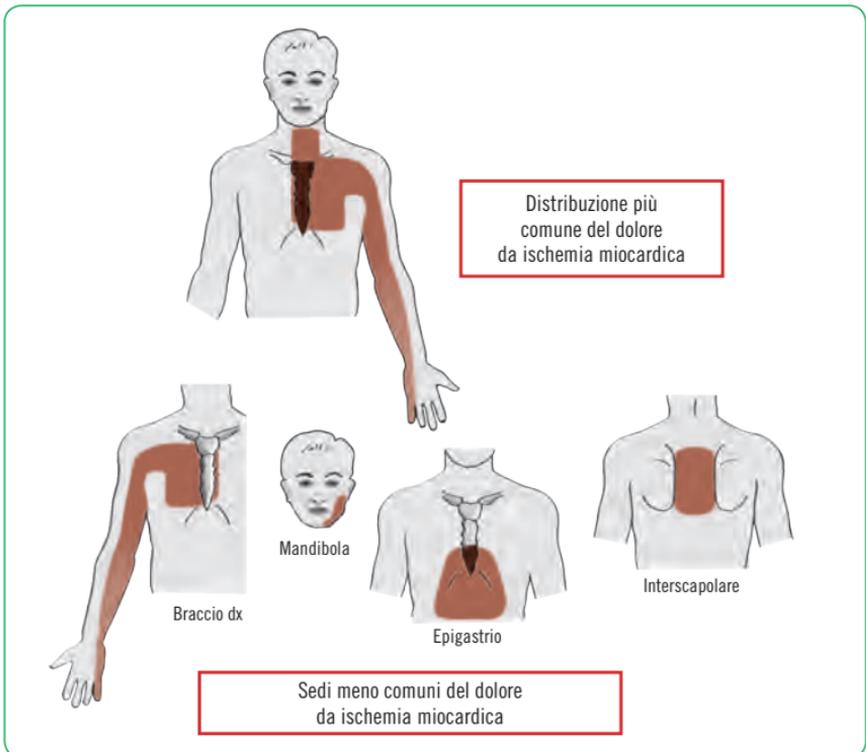


Figura 1 - Sedi tipiche del dolore causato da ischemia miocardica.

Se il paziente è un anginoso in trattamento, vi dirà anche che è scarsamente alleviato dalla nitroglicerina sublinguale.



ATTENZIONE: In molti casi, specie nelle persone anziane e nei diabetici, il dolore dell'infarto può essere ridotto ad un semplice fastidio precordiale, oppure irradiato a zone apparentemente non correlate con l'area occupata dal miocardio, come ad esempio l'epigastrio, oppure può manifestarsi sotto forma di dispnea ingravescente, sopore, improvvisi stati comatosi o più in generale con una modificazione significativa del quadro clinico generale, attenti perciò ai dolori violenti, persistenti nell'area epigastrica, soprattutto nei soggetti anziani, specie se cardiopatici, poiché in questi casi dovete pensare anche all'infarto del miocardio.

Obiettivamente il paziente è di solito irrequieto, preoccupato, pallido, sudato, la cute fredda, ma raramente cianotico. In questi pazienti è importante avere rapidamente un inquadramento generale dell'obietività:

- 1) auscultare cuore e polmoni
- 2) misurare la pressione in entrambe le braccia
- 3) palpare il polso, misurare frequenza cardiaca e saturazione, valutare segni di congestione sistemica (escludere scompenso cardiaco acuto).

Il seguente schema illustra le caratteristiche della precordialgia nell'ambito delle più frequenti condizioni da prendere in considerazione nella diagnosi differenziale. È bene premettere come la terminologia sindrome coronarica acuta comprenda gli infarti miocardici STEMI e NSTEMI (con elevazione della troponina, distinti in base a reperti ECG) e Angina Instabile (sintomi ischemici, non elevazione della troponina con o senza alterazioni ECG).

PRECORDIALGIA (DIAGNOSI DIFFERENZIALI)

Sindrome coronarica acuta

In genere violenta, persistente nel tempo, variamente irradiata (braccio sn., base del collo, in sede interscapolare, ecc.), non recede all'assunzione di nitrati s.l. Spesso accompagnata da sensazione di oppressione, angoscia, dispnea e sudorazione algida, durata >10 minuti, può comparire a riposo o dopo minimo sforzo fisico.

Angina stabile

Più o meno graduale, scatenata da sforzi (non presente a riposo come nella sindrome coronarica acuta) può avere irradiazione come nel classico infarto, durata limitata nel tempo (spesso 2-5 minuti o in generale <20-30 minuti), recede con assunzione di nitrati, riposo o cessazione dello sforzo fisico.

Aneurisma dissecante dell'aorta

Dolore violento e trafittivo, improvviso, spesso irradiato al dorso, può migrare in relazione alla progressione della dissecazione del vaso.

Ernia jatale

Più localizzata a livello epigastrico, può presentare irradiazione interscapolare, il dolore può aumentare alla deglutizione, in clinostatismo o facendo inclinare in avanti il paziente, generalmente il soggetto riferisce una storia di rigurgiti acidi (riduzione con assunzione di antiacidi), la palpazione a livello epigastrico può esacerbare il dolore.

Pericardite

Il dolore si accentua agli atti respiratori o in relazione alla posizione (talora si attenua facendo inclinare in avanti il paziente, mentre aumenta in posizione supina), spesso il soggetto riferisce un recente episodio febbrile. Il dolore è puntorio, in genere accentuato dalla digitopressione.

Costocondralgia Tamponamento cardiaco

Il dolore è irradiato al collo, alla spalla, al dorso o all'addome, è accentuato dalla respirazione profonda o dalla tosse.

Embolia polmonare

Il dolore più o meno violento è influenzato dagli atti respiratori ed è quasi costantemente accompagnato da improvvisa dispnea e tachipnea; si associa inoltre ipotensione.

Se vi trovate dunque di fronte ad un dolore molto violento, irradiato con le caratteristiche sopra citate in atto da più di 20 minuti e che non subisce nessuna apprezzabile modificazione con l'assunzione di nitroglicerina sublinguale (1 cpr da tenere sotto la lingua con pz sdraiato o almeno seduto) disponete per un ricovero urgente. (Nell'eventualità che con l'assunzione di nitroglicerina sublinguale la sintomatologia scompaia, ma che tale episodio sia il primo che il paziente riferisce, va comunque posta l'indicazione al ricovero essendo in ogni caso una situazione ad alto rischio potenziale).

È opportuno operare nella seguente maniera:

- somministrate immediatamente:
 1. ASA 162-325 mg il prima possibile (ACC/AHA classe I, livello A)
- in caso di ipossiemia ($\text{SaO}_2 < 90\%$):
 1. Ossigenoterapia (se prontamente disponibile (ACC/AHA classe I, livello C)
- per il controllo del dolore e dell'ansia (se sintomi importanti):
 1. Se disponibile utilizzate morfina 5 mg s.c. (ACC/AHA classe IIb/livello C).

Più spesso il quadro sintomatologico non si presenta in maniera così eclatante; vi troverete, pertanto, di fronte ad un paziente che lamenta dolori precordiali di una certa intensità ed in atto da qualche tempo; in questo caso dovete procedere nella seguente maniera:

1. Mettere a letto il paziente
2. Somministrare una cpr di nitroglicerina s.l. ed attendere che la terapia faccia regredire il dolore. Potete eventualmente ripetere la somministrazione dopo 10 minuti; controllate però la pressione arteriosa: si può avere ipotensione.

Nel caso si rilevino elevati valori pressori, vedi paragrafo "Crisi Ipertensiva".

È bene ricordare che il dolore che si attenua con nitroglicerina non è per definizione cardiaco, ma potrebbe essere anche legato a patologie esofagee o gastroenteriche.

Tuttavia un attacco anginoso che si manifesta per la prima volta è una situazione potenzialmente grave; sarebbe pertanto prudente consigliare l'ospedalizzazione. Se anche dopo la seconda cpr di nitroglicerina sublinguale il dolore non cessa, dovete sospettare fortemente un infarto miocardico; predisponete quindi per il ricovero immediato ed agite come sopra.



ATTENZIONE: In presenza di un dolore violento, in sede retrosternale e/o interscapolare, è opportuno considerare anche l'ipotesi di una dissezione aortica.



ATTENZIONE: Poiché è acquisito che esiste relazione tra precocità d'intervento ripercussivo (trombolisi o angioplastica) e miglioramento della prognosi nell'infarto miocardico acuto, è di fondamentale importanza di fronte al ragionevole sospetto clinico del medesimo, accelerare al massimo i tempi di ricovero in ambito specialistico.

Non è infrequente, nell'ambito della Continuità Assistenziale, l'osservazione di pazienti con cardiopatia ischemica cronica sintomatica che manifestano, oltre al "classico" dolore anginoso da sforzo, anche i cosiddetti "equivalenti anginosi", cioè sintomi diversi dal dolore toracico e meno specifici, quali dispnea, astenia, palpitazioni, intolleranza all'esercizio, ansia, vertigini, nausea e bruciore al petto.

Dissezione aortica

Il dolore è improvviso e molto intenso (>90% dei pazienti), di tipo viscerale profondo, spesso con irradiazione al dorso con spostamento progressivo di sede man mano che la dissezione si estende.

Il sospetto diagnostico può essere rafforzato da una storia d'ipertensione arteriosa o, più raramente, di Sindrome di Marfan o malattie del connettivo, dal rilievo obiettivo di un'asimmetria dei polsi arteriosi (carotide, brachiale o femorale) e della pressione arteriosa (sistolica >20 mmHg), dalla presenza di soffi patologici a livello cardiaco e/o vascolari: carotideo e/o periombelicali, soprattutto se il paziente non ne era preventivamente a conoscenza, dalla presenza di deficit neurologici focali.

Anche l'ipotensione e la sincope possono essere sintomi di accompagnamento.

Nel sospetto di dissezione aortica allertare immediatamente il servizio di emergenza.

Pericardite

Una pericardite acuta si può presentare con diversi segni e sintomi aspecifici e variabili in base alla eziologia, tuttavia va sospettata quando un paziente riferisce:

- Dolore precordiale persistente, di tipo pleuritico o superficiale, generalmente accentuato dagli atti respiratori (in particolare inspirazione)
- Attenuazione della sintomatologia dolorosa se il paziente piega il torace in avanti e accentuato dalla posizione supina
- Presenza di sfregamenti pericardici
- Febbre
- Frequente associazione anamnestica di precedenti affezioni delle vie aeree superiori o positiva per precedenti episodi pericarditici.

Suggerire il ricovero per accertamenti; nel frattempo si possono somministrare FANS, tipo:

- 1) Ibuprofene 600-800 mg (da ripetere ogni 8 ore) oppure Indometacina 25-50 mg (da ripetere ogni 9 ore) (ESC classe I, livello A).
- 2) In caso di "insuccesso" terapeutico con l'utilizzo di soli FANS è raccomandato l'uso associato di colchicina (ESC classe I, livello A), ma sarà eventualmente un atto terapeutico a carico del presidio ospedaliero dove il paziente verrà ricoverato.

Costocondrite

In questo caso il dolore è superficiale, di tipo puntorio, può essere accentuato con la compressione sulle articolazioni condrocostali e con la compressione anteroposteriore della gabbia toracica. Posta questa diagnosi, sono utili analgesici-antiinfiammatori come Ibuprofene (600 mg 1 bustina x 2), riposo funzionale ed apposizione di ghiaccio a livello locale.

Ernia jatale

- Presenza di dolorabilità epigastrica prevalentemente sottoforma di bruciore retrosternale, talora associato ad eruttazioni. Il dolore aumenta in clinostatismo o facendo inclinare in avanti il paziente seduto ed il soggetto riferisce una storia di rigurgiti acidi; in genere si attenua dopo l'assunzione di farmaci antiacidi ed inibitori di pompa protonica (per la prescrizione vedi nota AIFA 1 e 48 nel capitolo "Gastroenterologia"):
 1. Magnesio idrossido/algeldrato (sciroppo 1 cucch.)
 2. Magnesio idrossido/alluminio idrossido/dimeticone (comprese masticabili)
 3. Levosulpiride (10-15 gtt ai pasti)
 4. Esomeprazolo (20-40 mg 1 cpr) oppure Omeprazolo (20 mg 1 cpr/die) oppure Pantoprazolo (20 mg 1 cpr/die)
- Dolore alla deglutizione o disturbi della deglutizione durante gli accessi dolorosi devono farvi supporre possibili patologie a carico dell'esofago.

Tamponamento cardiaco

Questa grave emergenza cardiologica è caratterizzata da:

- Paziente pallido, sudato, sofferente
- Obiettivamente il segno più importante è la riduzione fino alla scomparsa del polso radiale durante l'inspirazione (polso paradossale); si hanno inoltre tachicardia, dispnea, grave ipotensione, turgore delle giugulari; i toni cardiaci sono nella maggior parte dei casi ipofonici. Ricoverate d'urgenza.



ATTENZIONE:

Evitate l'uso di diuretici.

Embolia polmonare

Tale patologia è ampiamente trattata nel capitolo "Pneumologia".

Sincope

Per sincope s'intende una transitoria perdita completa di coscienza, dovuta ad ipoperfusione cerebrale globale, a rapida insorgenza, in genere di breve durata e con risoluzione spontanea e completa. La sincope può essere neuromediata (vaso-vagale, situazionale, da ipersensibilità del seno carotideo), da ipotensione ortostatica o legata a cause cardiache, aritmiche (bradi- o tachiaritmie) o strutturali (stenosi aortica, cardiomiopatia ipertrofica, tamponamento cardiaco, embolia polmonare).

Quando siete chiamati in queste situazioni di solito il paziente si è risvegliato, provvedete ad effettuare la misurazione dei valori di pressione arteriosa e frequenza cardiaca possibilmente in clino- ed ortostatismo, la valutazione dello stato neurologico e dello stato di idratazione, cercate inoltre la presenza di soffi sia a livello cardiaco che vascolare carotideo. In ogni paziente con sincope è inoltre necessaria, se disponibile, la registrazione di un elettrocardiogramma (ECG) ed è consigliabile allertare subito il 118 per un possibile ricovero.

Scompenso cardiaco acuto

Vi potrete trovare di fronte a diversi stadi di scompenso cardiaco: la sintomatologia potrà essere rappresentata soltanto da una lieve dispnea e da rantoli fini alle basi polmonari, oppure il paziente vi apparirà in uno stadio avanzato con dispnea grave associata o meno a scompenso cardiaco congestizio in atto. Nel caso di scompenso lieve, è importante chiedere se il malato, magari non nuovo a questi episodi, è già in terapia ed accertarsi se questa è correttamente eseguita.



ATTENZIONE: È molto facile trovare, specie tra le persone anziane e sole, il soggetto che dimentica di prendere le medicine o le assume in modo saltuario; purtroppo è altrettanto facile imbattersi in soggetti che seguono scrupolosamente la terapia assegnatagli in dosi omeopatiche.

Nei casi più lievi, la semplice attuazione o correzione della terapia prescritta, è sufficiente a risolvere il quadro. Nel caso di malati non trattati o di fronte a scompenso cardiaco grave che è insorto acutamente e che ha portato ad un edema polmonare acuto, disponete subito il ricovero. È particolarmente importante riconoscere i principali segni e sintomi che potrebbero indicare uno scompenso cardiaco in atto:

- dispnea (allo sforzo, ortopnea, parossistica notturna)
- tosse e/o rantoli
- astenia e aumento di peso

- intolleranza allo sforzo fisico
- edema arti inferiori ed aumento circonferenza vita
- distensione venosa giugulare
- tono S3

I sintomi possono svilupparsi in settimane/mesi o in minuti/ore se dovuti ad un evento acuto (ischemia, aritmie ecc).

La pressione arteriosa è un parametro fondamentale:

- la pressione sistolica è elevata in >50% dei casi con segni e sintomi che si sviluppano in modo brusco e caratteristicamente polmonari piuttosto che sistemici
- pressione sistolica di norma in >40% dei casi con manifestazione graduale di segni e sintomi in giorni/settimane (sviluppo di congestione sistemica)
- pressione sistolica <90 mmHg in <8% dei casi, tipicamente con segni di ipoperfusione e bassa gittata cardiaca

NB: edema polmonare avviene in <3% dei casi mentre lo shock cardiogeno vero e proprio in <1% dei casi (con esordio rapido generalmente).

Ponteziali indicatori di scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione: battiti >90-100 bpm, PS <90 mmHg.

Potenziali indicatori di scompenso cardiaco con frazione di eiezione conservata: PD (diastolica) >105 mmHg, pressione in genere \geq 160/100.

1. Mettere il paziente in posizione seduta per favorire la respirazione (in genere lo fa da solo)
2. Ossigenoterapia se possibile
3. Prendere una vena e cercare di mantenerla pervia infondendo soluzione fisiologica a gtt lenta
4. Morfina 1/2 f e.v. (eventualmente aggiungere 1/2 f i.m se la sintomatologia è grave).



ATTENZIONE: Prima di somministrare la Morfina, accertatevi se il paziente è affetto da bronchite cronica grave o altri disturbi respiratori; in questo caso prestate molta attenzione a causa dei ben noti effetti depressori del farmaco sui centri del respiro.

La gestione dello scompenso cardiaco acuto in senso stretto richiede una ospedalizzazione tempestiva. È possibile tuttavia in attesa dell'arrivo del servizio di emergenza attuare alcune manovre terapeutiche:

- 1) somministrare O₂ (se disponibile) in pazienti con SaO₂ <90% (ESC classe I, livello C)
- 2) somministrare diuretici dell'ansa endovena o i.m. (meglio non per OS!) come la furosemide (ACCF/AHA classe I, livello B) con una dose variabile da 40 a 100 mg a boli intermittenti o infusione continua (la dose iniziale dovrebbe essere pari o superiore a quella orale assunta cronicamente nelle 24 h)
- 3) è possibile usare oppioidi (es. 1/2 fiala di morfina da 5 mg s.c. o i.m.) in particolare in pazienti molto agitati, con sintomi respiratori importanti, in modo da favorire una respirazione più fisiologica (ESC classe IIb, livello B)
- 4) si consiglia di far assumere al paziente posizione seduta per una respirazione più efficace.

Tutte queste misure sono solamente un trattamento iniziale parziale, considerando la disponibilità generale di farmaci in Continuità Assistenziale e il setting di lavoro.

Arresto cardiaco

Trovandovi di fronte a questa drammatica evenienza, è opportuno agire come ampiamente descritto nel capitolo "Primo Intervento".

Crisi ipertensiva

Molti pazienti con ipertensione severa $\geq 180/120$ sono asintomatici (urgenza ipertensiva) e non hanno compromissione d'organo. Nell'urgenza ipertensiva è possibile avere una moderata cefalea di accompagnamento. Tuttavia l'esame obiettivo del paziente con crisi ipertensiva, anche per valori $< 180/120$ deve escludere la presenza di:

- 1) traumi o lesioni craniche
- 2) sintomi neurologici generici (delirio, convulsioni, disturbi della vista ecc) o focali (suggeritivi per stroke)
- 3) Nausea e vomito (ipertensione endocranica)
- 4) Dolore o peso toracico (IMA o dissezione aortica)
- 5) Dolore acuto al dorso (dissezione aortica)
- 6) Dispnea (TEPA)
- 7) Gravidanza (eclampsia/preeclampsia)
- 8) Uso di sostanze con azione adrenergica (es. cocaina, amfetamina ecc).

Se anche uno solo dei precedenti è presente, il paziente ha una emergenza ipertensiva e va gestito a livello ospedaliero, nel reparto dedicato di emergenza con monitoraggio costante della pressione, farmaci e.v. e gestione dei danni d'organo (ACC/AHA classe I, livello B-NR).

Una volta esclusa una emergenza ipertensiva è bene comprendere che trovarsi davanti ad una urgenza ipertensiva è buona norma ridurre la pressione in modo graduale (non più del 30% in alcune ore) e non in modo improvviso al fine di evitare possibili eventi cerebrovascolari paradossi (UpToDate grado 2C).

Approccio terapeutico:

- 1) mettere sdraiato a riposo il paziente in una stanza tranquilla (questo approccio può ridurre la pressione $\geq 20/10$ mmHg in circa 1/3 degli adulti)
- 2) se non efficace quanto al punto 1) procedere con terapia farmacologica
- 3) utilizzare Captopril (25 mg) se si intende ridurre la pressione gradualmente oppure Furosemide 20 mg (1-2 fiale e.v. o i.m.) specialmente per "controllare" i valori pressori di soggetti che presentino una crisi ipertensiva con iniziali segni di scompenso (dispnea, cardiopalmo, ecc.).
- 4) potenziare farmaci antipertensivi già in terapia oppure instaurare una nuova terapia antipertensiva "long acting" se si vuole ridurre la pressione in giorni (es. Amlodipina). È altresì possibile ridurre la pressione come da strategia 3), osservare l'abbassamento pressorio e poi somministrare un farmaco long acting come da strategia al punto 4).



ATTENZIONE: Il paziente con urgenza ipertensiva è comunque generalmente gestito a livello ospedaliero per la possibilità di procedere ad accertamenti ematochimici ed osservazione prolungata.

Se il paziente non viene inviato in pronto soccorso, in ogni caso è bene raccomandare un successivo controllo clinico presso il proprio Medico di Medicina Generale.

Ipotensione

Frequenti cause d'ipotensione sono:

- a. Lo shock. Questa grave situazione clinica è caratterizzata in genere da:
 - ipotensione
 - tachicardia
 - oliguria
 - obnubilamento del sensorio

- tachipnea
- estremità fredde e mazzate (eccetto nello shock settico, anafilattico e neurogeno ove le estremità sono calde)
- acidosi metabolica
- iperlattatemia.

Come è noto lo shock può essere legato a diverse cause, in particolare:

- shock cardiogeno (es., gravi deficit di pompa);
- shock settico (gravi infezioni);
- shock ipovolemico (es., gravi emorragie);
- shock anafilattico (es., puntura d'insetti);
- shock neurogeno (es., antipertensivi, assunzione di farmaci a scopo di suicidio, es. barbiturici).

Naturalmente in tutti questi casi la terapia deve essere eziologica. La vostra principale preoccupazione deve essere quella di assicurare un ricovero immediato. Nell'attesa del ricovero, successivamente ad un'attenta valutazione clinica (campi polmonari, toni aggiunti cardiaci, turgore giugulare, grado di idratazione), potete iniziare a tentare di distinguere grossolanamente alcune eziologie:

1. Shock ipovolemico: causato generalmente da colpo di calore, vomito, diarrea, emorragia, ematemesi, ematochezia, rottura aneurisma aortico.
 2. Shock cardiogeno (vedi "Scompenso cardiaco acuto").
 3. Shock anafilattico: in questo caso il paziente presenterà ipotensione, stridore inspiratorio, edema cavo orale o al volto, orticaria, storia di recente esposizione ad allergeni (es. puntura di ape). Questi pazienti devono ricevere tempestivamente adrenalina (UpToDate grado1A) i.m. (1:1000) sulla faccia medio-laterale della coscia alla dose di 0,3 mg oppure se in possesso di autoiniettori la dose abituale è di 300 mcg, ripetibile dopo 5-15 minuti. A seguito è anche utile somministrare antistaminici e corticosteroidi meglio se e.v.
 4. Shock settico: caratterizzato da febbre, ipotensione e sospetta sorgente settica.
- b.** L'uso di farmaci che comportano come effetto collaterale ipotensione posturale.
- c.** Un insieme di circostanze quali: elevata temperatura ambientale, sudorazione intensa, scarsa alimentazione per mancanza di appetito (es., grave insufficienza renale), diarrea profusa, vomito. Per quanto riguarda queste ultime situazioni, nei casi lievi è sufficiente consigliare al malato riposo ed abbondante idratazione (diagnosi differenziale con shock ipovolemico).

Vanno inoltre proibite al paziente azioni potenzialmente pericolose come: bagno o doccia, guida di veicoli, salire su scale, maneggiare recipienti contenenti, per esempio, acqua bollente.

Disturbi del ritmo

Potrà capitarvi di essere chiamati da pazienti che lamentano: palpazioni, dispnea di varia entità, dolori precordiali, vertigini fino a sincopi. Di fronte a questi quadri sintomatologici, dovrete sempre pensare anche a patologie del ritmo cardiaco, specie se si accompagnano: cianosi, ipotensione, più raramente pulsatilità delle vene del collo, polso piccolo e variamente irregolare.

È di fondamentale importanza (non è frequente avere a disposizione un elettrocardiografo) che valutate frequenza e ritmo cardiaco a lungo, per molti minuti, avendo cura di esaminare contemporaneamente la pulsatilità dell'arteria radiale (la contemporanea auscultazione cardiaca e palpazione del polso vi permetterà di rilevare immediatamente dei disturbi del ritmo, ad es., l'irregolarità del polso per extrasistoli o per fibrillazione atriale).

Occorre, inoltre, che valutate le condizioni del paziente in quanto l'aritmia cardiaca può essere facilmente indotta da patologie sistemiche, quali: tireotossicosi, infezioni siste-

miche di una certa entità, vomiti o diarree particolarmente profuse o prolungate (a causa di disturbi elettrolitici), oppure patologie gravi come l'infarto, la rottura di un aneurisma aortico, l'embolia polmonare, ecc.

È molto importante anche cercare di stabilire se tale sintomatologia si è manifestata acutamente, oppure se il paziente ricorda questi sintomi da molto tempo e come viene tollerata. Il problema del trattamento delle aritmie è uno dei più spinosi nella Continuità Assistenziale.

Tenete presente che tutte le aritmie manifestatesi acutamente, o il peggioramento di situazioni croniche in fase di compenso funzionale, sono situazioni potenzialmente gravi, poiché da un momento all'altro il quadro sintomatologico può variare (spesso in peggio). In generale è buona norma agire come segue:

- chiedere al malato o ai parenti se è già in atto un trattamento con farmaci antiaritmici ed eventualmente di quale tipo, digitale in particolare;
- valutare la cadenza ritmica (tachicardia) o aritmica (fibrillazione atriale o frequenti extrasistoli) del polso.

Dal punto di vista pratico, l'evenienza forse più frequente è una crisi di:

a) *Fibrillazione atriale.*

All'auscultazione il ritmo è completamente irregolare, i toni cardiaci d'intensità variabile, il polso periferico completamente aritmico (utile valutare contemporaneamente polso arterioso ed auscultazione cardiaca). Assai frequenti astenia, cardiopalmo e dispnea moderata, minzione aumentata e tolleranza allo sforzo ridotta. Non è infrequente riscontrare precordialgie, lipotimie o senso di obnubilamento. Valutare innanzitutto il tempo di insorgenza dell'aritmia, ricordando che è possibile inviare il paziente a cardioversione solo se insorta entro 48 h, il grado di compenso emodinamico mediante un'attenta auscultazione dei campi polmonari ed una valutazione della presenza o meno di turgore giugulare (alcuni pazienti si presentano infatti con eventi embolici o scompenso cardiaco). Sebbene una Fibrillazione Atriale di primo riscontro sia meritevole di maggiore inquadramento ospedaliero, è possibile dividere le situazioni in 2 grandi gruppi:

- 1) FA databile <48 h: in questo caso il paziente potrebbe essere candidabile a cardioversione pertanto è meritevole di invio in ospedale
- 2) FA non databile oppure databile >48 h: il paziente andrebbe scoagulato per almeno 3 settimane prima della cardioversione (ACC/AHA, ESC classe I livello B).



ATTENZIONE: La diagnosi di FA va sempre confermata tramite ECG, anche in previsione di impostare una terapia in grado di controllare la frequenza (es. betabloccanti o calcioantagonisti). In caso di instabilità emodinamica allertare immediatamente i soccorsi per ripristinare prima possibile l'output cardiaco (ESC classe I, livello B).

Altre evenienze:

b) *Tachiaritmie (>100 bpm).*

Per tachiaritmia si intende ritmo anomalo con frequenza cardiaca \geq a 100 bpm. Segni e sintomi correlati possono essere: shock, ipotensione, scompenso cardiaco, dispnea, dolore toracico, IMA, palpitazioni e/o obnubilamento dello stato di coscienza.

Non è possibile identificare il tipo di aritmia senza l'esecuzione di ECG a 12 derivazioni, pertanto, se non in possesso di strumenti o adeguata formazione, è categorico l'invio in pronto soccorso.

Un primo atto diagnostico che il Medico di Continuità Assistenziale può mettere in atto una volta riscontrata una tachiaritmia è valutare la stabilità emodinamica.

c) *Bradiaritmie (<60 bpm).*

Per bradicardia si intende ritmo anomalo con frequenza cardiaca <60 bpm. Segni e sintomi correlati possono essere palpitazioni, sincope, dispnea, astenia, intolleranza all'eser-

cizio fisico, malessere generale, oppure il paziente può essere totalmente asintomatico. Altri sintomi possono invece essere legati a instabilità emodinamica come obnubilamento dello stato mentale, dolore toracico, scompenso cardiaco acuto, ipotensione. In questa patologia è fondamentale identificare la causa sottostante. A questo scopo sicuramente può aiutare la storia clinica (per es. presenza di ICD o pacemakers, anamnesi cardiologica, farmaci come betabloccanti, calcioantagonisti o digossina) e l'esame obiettivo ma è fondamentale eseguire l'ECG in tutti i pazienti con bradicardia. Il paziente è comunque sempre meritevole di gestione ospedaliera.

“Nevrosi cardiaca” ovvero palpitazioni

Vi succederà con una certa frequenza di trovare individui (per lo più giovani, spesso donne) che vi chiamano accusando disturbi come: “cuore che batte forte”, sensazione di cuore in gola, tachicardia, extrasistoli.

Nella gran parte dei pazienti le palpitazioni sono benigne. Il paziente potrà in genere indicarvi con molta precisione un punto del precordio come sede del dolore.

In questi casi l'anamnesi e l'esame obiettivo saranno in genere negativi per patologie cardiache; si tratta infatti di soggetti emotivi, con contrasti psichici che in genere somatizzano a livello dell'apparato cardiovascolare e i cui sintomi non sono presenti al momento della visita. In ogni caso è bene fare un esame obiettivo completo ed escludere le rare cause di palpitazioni che sottendono patologie gravi (aritmie, valvulopatie, cardiomiopatie ecc).

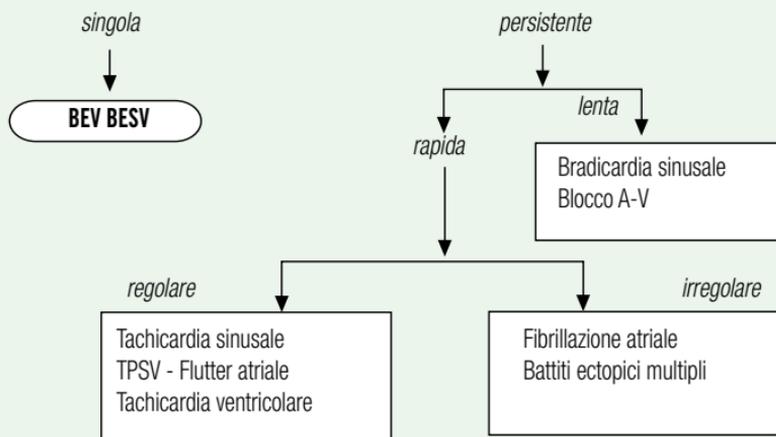
Nella gran parte dei casi è importante tranquillizzare il paziente, se ciò non è sufficiente potete somministrare:

1. Benzodiazepine (in base all'effetto desiderato per esempio Triazolam a breve emivita oppure Bromazepam ad emivita intermedia).



ATTENZIONE: Non ponete mai questa diagnosi con superficialità e senza un'accurata visita: nessuna legge vieta ai nevrotici di essere anche cardiopatici.

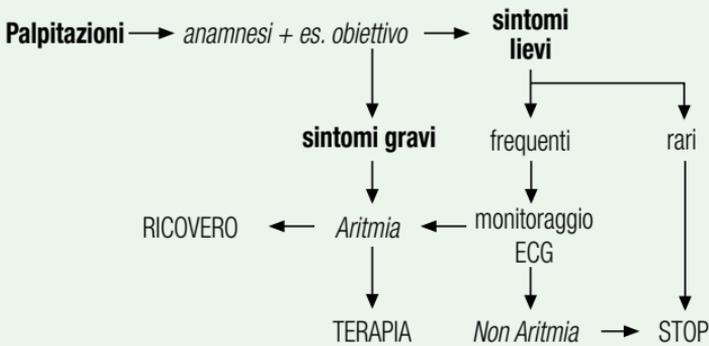
PALPITAZIONI (diagnosi differenziale)



CARATTERISTICHE CLINICHE UTILI NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI PALPITAZIONI DA CAUSA ARITMICA

Tachicardia sinusale	Esordio e cessazione graduali Ritmo regolare Soggetti sani Durante esercizio fisico, febbre Assunzione di caffè, tabacco, farmaci
Fibrillazione atriale	Ritmo irregolare Dissociazione polso centrale/periferico Indipendente da esercizio fisico
Flutter atriale	Polso centrale e periferico spesso regolare FC ~ 150 bpm (se conduzione 2:1) Manovre vagali possono dimezzare frequenza
Tachicardia parossistica sopraventricolare	Insorgenza improvvisa, frequenza regolare
Extrasistoli ventricolari	“Salti”, “tonfi”, “sensazione di battito mancante”
Tachicardia ventricolare	Battiti rapidi, regolari Segni clinici, dissociazione A-V

ALGORITMO DECISIONALE IN CASO DI PALPITAZIONI



Cure palliative

► G. Bono ► D. Girotto ► A. Dabbene ► D. Angioni

Le cure palliative rappresentano una branca della medicina che dovrebbe essere offerta al paziente oncologico già a partire dalla diagnosi oppure in presenza di sintomi non gestiti ottimamente, indipendentemente dalla prognosi. Le cure palliative infatti, benché spesso erroneamente così identificate, non sono caratteristiche solo del fine vita. Il Medico di Continuità Assistenziale (CA) tuttavia è sempre più frequentemente chiamato ad assistere proprio i malati terminali (Tabella). Accanto alle poche realtà ove la sua presenza è inserita in una risposta organizzativa strutturata in cui l'integrazione delle figure professionali coinvolte è qualificata dalla condivisione dei percorsi assistenziali e da efficaci scambi informativi, in ancora troppi casi il Medico di C.A. è coinvolto nell'assistenza di questi malati in assenza di protocolli operativi condivisi, di adeguate informazioni, di possibilità di relazione con gli altri operatori preordinate. Per questo motivo abbiamo ritenuto utile inserire questo breve capitolo che si prefigge l'obiettivo di offrire, attraverso la descrizione dei sintomi (in ordine alfabetico) ed il loro possibile trattamento in un paziente terminale, una sintesi delle problematiche di più frequente riscontro; si rimanda ai testi specifici per un più esaustivo approfondimento.

Le cure palliative sono l'unica scelta ragionevole nel paziente terminale. Terminale è un paziente a prognosi infausta, che ha una aspettativa di vita limitata, in cui le cure specifiche non trovano più indicazione o sono state sospese su richiesta del paziente stesso. L'obiettivo delle cure palliative è di offrire la migliore qualità di vita.

Nelle cure palliative bisogna mettere in atto i mezzi idonei per togliere o attenuare i sintomi. Il medico di Continuità Assistenziale viene a conoscenza della terminalità dalla documentazione disponibile al domicilio del malato, dal racconto dei familiari o della persona stessa o da informazioni lasciate dai medici curanti. È infrequente, anche se possibile, che debba essere lui a comunicare lo stadio terminale.

Tabella: Sintomi da trattare in cure palliative

SINTOMI E RELATIVE PERCENTUALI DI PAZIENTI TERMINALI NEOPLASTICI CHE LO MANIFESTANO. DA: REGNARD E AL. MANUALE DI MEDICINA PALLIATIVA, 2001, CIS, MILANO

1. dolore	80%	12. ulcere da decubito	19%
2. astenia	64%	13. prurito	17%
3. disidratazione-anoressia	64%	14. emorragia	14%
4. disturbi del cavo orale	60%	15. singhiozzo	12%
5. stipsi	51%	16. ascite	6%
6. dispnea	51%	17. diarrea	4%
7. nausea-vomito	40%	18. occlusione intestinale	3% (10% nei tumori colon- 25% nei tumori ovaio)
8. tosse	30%	19. febbre	
9. depressione	25%	20. edemi	
10. disfagia	23%	21. stati confusionali	
11. disturbi urinari	23%		

1. Ascite

Può essere causata da carcinosi peritoneale, stasi portale (cirrosi, metastasi epatiche, fegato da stasi), blocco linfatico sottofrenico, carcinoma ovarico. Se il versamento è molto

scarso e tollerato è possibile non dare terapia. Una combinazione di diuretici permette un controllo prolungato in buona parte dei pazienti: un possibile schema terapeutico potrebbe iniziare con spironolattone cpr da 100 mg (fino a massimo 400 mg/die) e aggiungere furosemide a partire da 25 mg (fino a 160 mg/die).

Se è molto abbondante, il paziente risulta sintomatico e non ha risposto ai diuretici, è necessario far eseguire una paracentesi in situazione protetta. Ciò determina un sollievo immediato del paziente, ma di breve durata.

Il dolore e la dispnea vanno controllati con morfina, anche per via orale, iniziando con 5 mg (4 gocce) e aumentando la dose progressivamente del 50%. Se il paziente è già in trattamento la dose va calcolata (almeno 1/6 della dose giornaliera).

2. Astenia

Cause di astenia diverse dalla malattia di base possono essere metaboliche, farmaci, depressione, deficit nutrizionale, anemia, infezioni, ipercalcemia, insufficienza d'organo. Non ha un trattamento nell'urgenza. Un benessere temporaneo potrebbe essere raggiunto con somministrazione ciclica di glucocorticoidi (es. a partire da 4-8 mg/die di desametasone per os o via parenterale).

3. Depressione

Non esiste un trattamento di emergenza per la depressione, se non la sedazione con neurolettici. La relazione medico-paziente è il più importante caposaldo del trattamento. Una terapia con antidepressivi dovrebbe essere iniziata prima di arrivare ad una situazione di emergenza.

4. Disfagia

L'ostruzione neoplastica intrinseca o estrinseca può frequentemente beneficiare di una terapia antiedemigena con glucocorticoidi (es. desametasone a partire da 4 mg/die per os o parenterale).



ATTENZIONE: Le benzamidi (metoclopramide, domperidone e analoghi) aumentano il tono del cardiacs e quindi peggiorano la disfagia.

5. Disidratazione-anoressia

Ricordare che entrambe, nel caso specifico del malato terminale, non hanno alcuna finalità terapeutica ed hanno significato solo se percepite soggettivamente come utili e se migliorano il comfort del paziente. Il medico deve informare i familiari che l'alimentazione non è assolutamente indispensabile per un malato terminale.

Se si ritiene indicata l'idratazione, e non è possibile per via orale, si ricorre a fleboclisi di soluzione fisiologica, cui si possono aggiungere eventuali altri farmaci sintomatici, o alla via sottocutanea (ipodermoclisi: la faccia anteromediale della coscia è la posizione migliore, a bassi volumi e non superiori a 60-80 ml/ora. Attenzione a non utilizzare a volumi superiori a 1-1,5 litri/die. Raggiunta questa soglia è saggio cambiare sito di infusione). Nel contesto di una anoressia è anche ipotizzabile, qualora se ne abbia giovamento in quantità ma soprattutto in qualità della vita, l'uso di megestrolo 160 mg, che ha come indicazione la perdita di peso secondaria a neoplasie.

6. Dispnea

L'ossigenoterapia è efficace solo se c'è ipossia (verificabile con un saturimetro portatile). Se si sospetta una insufficienza cardiaca somministrare 2 fiale o più di furosemide. In tutti gli altri casi desametasone ad alti dosaggi (fino a 16 mg). Se la causa della dispnea non è eliminabile trattare il sintomo con morfina cloridrato 2,5-10 mg per os o 3-5 mg e.v. o s.c. aumentabili del 25% se paziente già in terapia con morfina) e benzodiazepine. Se l'agitazione non è ancora controllata vedi paragrafo "Stati Confusionali".

7. Disturbi del cavo orale

I disturbi del cavo orale provocano sofferenza e impediscono di bere e mangiare. Solo una regolare cura della bocca può prevenire i problemi.

Candidosi e secchezza sono i sintomi più comuni.

Candidosi:

gli antimicotici per via generale vanno decisi nella valutazione globale del paziente: Nistatina sospensione orale: trattenere in bocca e poi deglutire solo dopo alcuni minuti. Altri farmaci utili in forme farmaceutiche diverse sono: miconazolo gel orale 2%, oppure in compressa buccale mucoadesiva (da applicare sulla gengiva superiore, sopra gli incisivi al mattino); pulizia accurata affidata a infermieri e familiari.

Scialorrea:

sebbene non esista un farmaco con questa indicazione specifica in Italia l'atropina solfato fl da 1 mg s.c. o i.m. oppure la ioscina bromuro (scopolamina) fl da 20 mg i.m. possono avere un buon effetto sul sintomo. La morfina stessa può portare ad una riduzione della salivazione, effetto avverso che, in una strategia complessiva, potrebbe essere sfruttato.

Secchezza:

succhiare cubetti di ghiaccio, bere succo di frutta o di ananas ghiacciati, masticare compresse di vitamina C, cibi aciduli e bere frequentemente. Evitare i cibi che richiedono lunga masticazione e cibi secchi. Umidificare l'ambiente ad intervalli, eventuale uso di saliva artificiale. Evitare la glicerina sulle labbra (azione disidratante), usare burro di cacao o miele rosato. Un farmaco che ha indicazione per la xerostomia ma che è *off-label* per i pazienti che non abbiano subito irradiazioni o abbiano la sindrome di Sjögren è la pilocarpina (1 cpr da 5 mg x 3-4/die) da assumere durante o subito dopo i pasti.

Ulcere:

sciacqui con: acqua e bicarbonato o con Betametasona sciolto in un collutorio. Nelle ulcere da chemioterapia, sucralfato. Se ulcere erpetiche (stomatite erpetiche) Acyclovir sciroppo da sciogliere in bocca almeno 5 volte al giorno.

8. Disturbi urinari

Se si sospetta una causa infettiva sarebbe ideale il controllo con stick urine, in caso di conferma, non potendo avere un antibiogramma, è ipotizzabile uso di antibiotici (vedi Capitolo "Nefrologia e Uroandrogia"). È possibile valutare l'uso di un anticolinergico.

Se si manifesta dolore addominale in un portatore di catetere provate a sgonfiare leggermente il palloncino. È importante accertarsi sempre che non ci sia un'ostruzione (ischuria paradossa) valutando il globo vescicale sovrapubico, che richiede una cateterizzazione o, se è già presente il catetere, una sua disostruzione ottenuta grazie ad un lavaggio con soluzione fisiologica.

Dolori tipo colica si trattano con sintomatici (ad es. FANS) per via iniettiva. Se questi risultano inefficaci si ricorre alla morfina.

9. Dolore

Gli oppioidi sono il cardine della terapia analgesica.

La terapia del dolore segue una strategia terapeutica antalgica basata sulla scala analgesica a 3 gradini dell'OMS:

I gradino: FANS/Paracetamolo +- adiuvanti

II gradino: oppioidi deboli +- FANS/Paracetamolo +- adiuvanti

III gradino: oppioidi forti +- FANS/Paracetamolo +- adiuvanti.

Questa scala analgesica rappresenta il gold standard nel trattamento del dolore da cancro nell'anziano (AIOM D positiva debole). La morfina (III Gradino scala OMS) oltre a essere l'analgesico migliore, interviene anche sulla dispnea, favorisce la broncodilatazione, la vasodilatazione periferica, diminuisce la frequenza respiratoria e provoca un rilassamento generale. Gli oppioidi transdermici non possono essere introdotti in questa fase per la loro lenta farmacocinetica iniziale (anche 12 ore). Quando non risulta più praticabile la via orale, la formulazione più usata è la **morfina cloridrato** in fiale da 10 mg attraverso la via sottocutanea (AIOM A positiva forte), con opportune pompe di erogazione, o intermittente ogni 4 ore (posizionare un butterfly o un angio-set).

Se il paziente non è attualmente in terapia con morfina, la dose di partenza suggerita è di 5-15 mg, la via di somministrazione per os. Se invece il paziente è già in terapia per os, la dose va calcolata, secondo le tabelle di conversione 2:1 per la via sottocutanea, 3:1 per la via endovenosa.

Per esempio: se era in trattamento con beneficio usando morfina orale a rilascio prolungato 60 mg × 2, totale 120 mg nelle 24 ore → passare a 60 mg per via sottocutanea o a 40 mg per via endovenosa (dose giornaliera).

Dolore episodico intenso (breakthrough pain - BTcP)

Frequentemente il medico di Continuità Assistenziale viene chiamato perché, nonostante il paziente sia già in trattamento con morfina, compare un dolore incidente. La dose di salvataggio da somministrare al bisogno per essere efficace deve essere 1/6 della dose totale delle 24 ore del farmaco già in uso (comunemente accettata una dose compresa tra il 10 ed il 20% della dose giornaliera) e può essere ripetuta ogni 4 ore se necessario.

Per esempio: il paziente già assume 60 mg di morfina cloridrato nelle 24 ore a goccia lenta (e.v.), se compare una crisi dolorosa la dose di morfina al bisogno deve essere di 10 mg e.v.

Se il paziente è in trattamento con altri oppioidi usare la tabella di conversione (Figura 1).

TABELLA DI CONVERSIONE DEGLI OPIOIDI

Idromorfone mg/die	8mg	16mg	24mg	32mg	40mg	48mg	56mg	64mg
Morfina Orale mg/die	30	40 50 60 75 80 90 100	120	160	180 200 210	240	280	300 320
Ossicodone mg/die	20	40	60	80	100	120	140	160
Fentanyl mg/die		25	50	75	100			125
Buprenorfina mg/die		35	52,5	70	105	122,5	140	
Tramadolo Orale SR mg/die		200	300	400				
Codeina (+Paracetamolo) mg/die		180						

Figura 1 - Conversione degli oppioidi.

Inoltre è molto efficace e sempre più utilizzato per controllare il BTcP da cancro il fentanil citrato per via transmurale (oromucosale, sublinguale o intranasale), se lo si ha disponibile in borsa o se disponibile a casa del paziente.

Ci sono molte resistenze all'uso della morfina. Il messaggio deve essere chiaro: a dosi adeguate, aumentando la dose gradatamente ogni volta non più del 50%, la morfina è una terapia sicura ed efficace! Gli effetti avversi della morfina sono la nausea (che può essere prevenuta con farmaci quali la metoclopramide), la stipsi (ben controllabile anche con farmaci da banco) e la sedazione.

10. Edemi

Determinano uno stato di ansia nel paziente e nella famiglia. Va considerata la fisiopatologia dell'edema, che in questo testo però non può essere discussa esaurientemente. L'ipalbuminemia facilita la formazione di edemi. Si ottiene beneficio col posizionamento di fasce o calze elastiche.

Furosemide e Spironolattone possono essere di notevole aiuto per periodi temporanei. Più grave l'edema da ostruzioni che impediscono il ritorno venoso o linfatico, con edemi asimmetrici: in questi casi sono meno utili i diuretici, vantaggiosi i corticosteroidi per il loro effetto antiedemigeno. I massaggi sono importanti e hanno sempre un favorevole effetto psicologico. Evitare, finché possibile, di immobilizzare il paziente in posizione di scarico. In presenza di edemi duri con cute arrossata a buccia d'arancia, pensare a dermoepidermite piogenica che necessita di terapia antibiotica. Se l'edema procura dolore il paracetamolo a dosi analgesiche (1000 mg massimo x 3/die) è una scelta corretta.

11. Emorragia

Emottisi, emorragia rettale, vaginale, lesioni del cavo orale: acido tranexamico (fl e cpr da 500 mg) fino a 3 g anche per os al dì o anche per uso topico (garza imbevuta per esempio nel tamponamento di un'epistassi o nella medicazione di una lesione cutanea);

Ematemesi: sospendere i farmaci gastrolesivi, utilizzare sucralfato, H₂ antagonisti o inibitori di pompa orosolubili (tipo lansoprazolo 30 mg orodispersibile). Se il paziente collassa, come avviene in alcuni casi di cancro del polmone per improvvisa vomica di sangue, valutare in base alle aspettative di vita, anche con la famiglia, l'opportunità di ricovero ospedaliero per trasfusione. Se non è opportuno rianimarlo, sedare con diazepam 10 mg e.v. e/o morfina cloridrato.

12. Febbre

Spesso accompagna l'ultima fase di un malato terminale per neoplasia. Se si escludono le infezioni batteriche o virali, micosi, il trattamento è solo sintomatico, per dare sollievo.

- paracetamolo 1000 mg ogni 6 ore (se disponibile 50 ml o 100 ml ogni 6 ore)
- metamizolo (20 gtt 500 mg 4 volte al dì, la dose può essere raddoppiata oppure utilizzare 1 fl da 1 g im o e.v.)

Consigliare l'idratazione: la febbre e la conseguente disidratazione facilitano la comparsa di agitazione psicomotoria, che, se non recede con l'abbassamento della temperatura, va trattata con neurolettici.

Le febbri paraneoplastiche spesso rispondono ai corticosteroidi.

13. Nausea e vomito

L'acronimo VOMIT comprende quasi la totalità delle cause: Vestibolari – Ostruttive – Motilità alterata (vedi oltre) – Infettive – Tossiche e da farmaci. Il vomito da ipertensione

endocranica è sovrastimato, meno del 5% di tutte le cause. Ragionare sul meccanismo di insorgenza per stabilire se usare pro cinetici e antidopaminergici o anticolinergici ad azione antisecretiva e spasmolitica.

I farmaci di riferimento sono:

- aloperidolo 0,5 mg fino a 3 volte al giorno
- metoclopramide 10 mg/sc, fino a 4 fiale al giorno
- proclorperazina 5-10 mg x massimo 4 volte/die fino a massimo 40 mg
- clorpromazina 25-50 mg per via i.m., ripetuti eventualmente 2-3 volte al giorno
- desametasone 4-8 mg fino a 3 volte/die.

È descritto in letteratura anche l'uso di anticolinergici o antistaminici se presente vertigine (attenzione ai farmaci *off-label* in Italia).

14. Occlusione intestinale

Un'occlusione andrebbe generalmente ospedalizzata per una colostomia, se il paziente ha una aspettativa di vita per la quale un intervento di questo tipo porti benefici in termini di quantità ma soprattutto di qualità della vita, o per desiderio del paziente. Importante è escludere che vi sia presenza di un fecaloma (Vedi paragrafo "Stipsi"). Le occlusioni inoperabili si possono curare a casa, controllandone i sintomi.

L'occlusione da patologia maligna divide la terapia sintomatica in funzione di due grandi obiettivi (indipendentemente dalla via di somministrazione):

1. Mantenere la funzione intestinale. In questo caso l'azione terapeutica si basa su: rotazione degli oppioidi, metoclopramide 5-10 mg 30 min prima dei pasti e prima di andare a dormire (massimo 40 mg/die), desametasone 4-12 mg da interrompere se nessun miglioramento in 3-5 giorni.
2. Non è possibile mantenere la funzione intestinale. In questo caso è possibile intervenire tentando di ridurre spasmi e produzione di secrezioni con ioscina bromuro 20 mg ogni 4/6 ore.

Dolore: morfina s.c. con aumento progressivo della dose sino al controllo del dolore.

La morfina dovrebbe controllare anche la iperperistalsi, in alternativa potrebbe essere ragionevole utilizzare loperamide (*off-label*).

15. Prurito

Sintomo controllabile con l'adeguata gestione del malato, generalmente compito non della Continuità Assistenziale. Chiamati tuttavia per un prurito generalizzato, somministrare antistaminici oppure, se in presenza di prurito associato ad ansia o insonnia, è possibile valutare l'uso di idrossizina per os (25 mg) o prometazina im o e.v. (fl da 50 mg) entrambi molto sedativi. Il prurito, in particolare se associato a lesioni da graffio sulla cute o infiammazione, può giovare dall'utilizzo di cortisonici.



ATTENZIONE: Il prurito può anche essere un effetto avverso da terapia con morfina o derivati.

16. Singhiozzo

Potete consigliare di effettuare, nell'attesa del vostro arrivo, le manovre semplici per interrompere il singhiozzo: valsalva, rebreathing (far respirare in un sacchetto di plastica), iperestensione del capo.

Di fronte al sintomo refrattario valutare dalla storia clinica le possibili 3 cause e intervenire con farmaci per via parenterale:

- da lesione cerebrale: clorpromazina 25/50 mg x massimo 3 volte/die. Anche il baclofene 10 mg x 3/die ha dimostrato efficacia in soggetti con lesioni cerebrali e singhiozzo, in particolare sul paziente con sintomatologia cronica (*off-label*)
- da compressione del nervo frenico (come nel gozzo, adenopatia, ostruzione cava superiore, ascite, neoplasie gastriche e esofagee, pericardite e sindrome mediastinica): cortisonici. Attenzione che in soggetti già in terapia con glucocorticoidi, la causa del singhiozzo potrebbero essere i glucocorticoidi stessi. È descritto un beneficio con un cambiamento (*switch*) di molecola.
- da distensione gastrica: metoclopramide (fl da 10 mg fino a 3/die) o levosulpiride; l'intervento più corretto sarebbe l'applicazione di un sondino naso-gastrico, di solito non disponibile al letto del malato, e spesso non accettato.

17. Stati confusionali

Le cause più comuni sono metaboliche: ipercalcemia, uremia, ipo o iperglicemia, ipercapnia, disidratazione, anemia, ritenzione urinaria. Meno di frequente: sepsi, ipertensione endocranica, ansia e depressione, farmaci (compresa la sindrome da astinenza). Non sempre è necessario trattarli, in particolare se il paziente non è agitato e se questo non provoca disagio al paziente e alla sua famiglia. La presenza continua di una persona vicina, la presenza di una luce accesa e/o rassicurazioni al paziente (è bene sempre presupporre che il malato sia in grado di capire) possono riorientarlo. Se l'aspettativa di vita è nell'ordine di settimane o mesi o superiore un tentativo di correzione dei deficit metabolici di volta in volta ipotizzati può cambiare rapidamente la sua condizione. È poi fondamentale impostare una terapia come segue:

Se i sintomi sono lievi/moderati:

- aloperidolo 0,5-2 mg massimo ogni 8 ore

Se i sintomi risultano severi:

- aloperidolo 0,5-2 mg e.v. se possibile oppure clorpromazina (25 mg subito fino ad un massimo di 100 mg nella giornata)
- se refrattarietà a neurolettici considerare aggiunta di lorazepam 0,5-2,5 mg o analogo benzodiazepinico a emivita breve-intermedia.

In caso di paziente con aspettativa di vita molto breve (ore o giorni) è bene valutare l'avvio di sedazione palliativa.

18. Stipsi

Provocata da varie cause, va prevenuta (AIOM C positiva forte) per esempio tramite l'utilizzo incrementale di derivati della senna.

Una stipsi persistente andrebbe trattata attraverso l'utilizzo di facilitatori dell'alvo come supposte di glicerina oppure lattulosio.

Come talvolta accade in questi pazienti, la stipsi è però oppioid-indotta di conseguenza in questi casi, oltre ai classici farmaci, è opportuno valutare l'uso di antagonisti dei recettori mu periferici degli oppioidi come naloxegol (1 cpr da 15 mg/die) (AIOM B positiva debole).

In presenza di fecaloma, invece, si può sviluppare una ostruzione parziale, che provoca dolore addominale e talvolta diarrea paradossa. Per coloro che possiedono l'adeguata formazione, se il paziente è compliant, è possibile tentare una rottura manuale dello stesso, premedicando con morfinoderivati (in base alla dose giornaliera) e/o diazepam se il paziente è agitato.

19. Tosse

Terapia causale quando possibile: antibiotici nelle infezioni, broncodilatatori e cortisonici nell'asma, diuretici nello scompenso cardiaco, cortisonici nella infiltrazione neoplastica.

Levodropropizina (60 mg pari a 20 gocce fino a 3 volte/die o Diidrocodeina 10,25 mg/ml (fino a 30 gtt x 4 /die) come sintomatici.

È sempre comunque possibile ricorrere alla morfina.

LA SEDAZIONE PALLIATIVA

In cure palliative va tentato in ogni modo il controllo del sintomo: i dosaggi indicati, cioè quelli presentati nelle schede tecniche, possono talvolta essere superati, anche se in modo progressivo. Tuttavia il sintomo può essere refrattario. Un sintomo è refrattario quando non è più adeguatamente controllabile con una terapia che non comprometta la coscienza. Di fronte a un sintomo refrattario bisogna decidere di attuare la sedazione palliativa.

La sedazione palliativa è la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo stesso che risulta, quindi, refrattario.

Non è possibile fornire un dosaggio universale valido per tutti i pazienti, poiché la dose e il tipo di farmaco dipendono dalla situazione clinica e dai farmaci in terapia al momento della sedazione, tuttavia si possono dare delle linee guida generiche. Se disponibile un accesso venoso: soluzione fisiologica + 30 mg morfina (3 fl o più se paziente già in trattamento con oppioidi) + clorpromazina (1 fl 50 mg) + eventuale induzione rapida del sonno con 30 mg di midazolam (2 fl da 15 mg) o 20 mg di diazepam (2 fl da 10 mg). Se non disponibile un accesso venoso la morfina si somministra sc e la clorpromazina im. Il processo decisionale per la sedazione deve coinvolgere la persona, se cosciente, i familiari e ogni altro operatore sanitario presente.

La sedazione palliativa andrebbe somministrata da un medico che si sia sottoposto ad un corso di formazione sulla fase finale.



Ustioni

La prima cosa da fare è valutare gravità ed ampiezza della superficie ustionata. Nei casi gravi (ustione complicata da un trauma grave o danno da inalazione, ustione chimica, ustione elettrica ad alto voltaggio e, in genere nell'adulto, ogni ustione che coinvolga più del 20% della superficie corporea fatta eccezione per quella solare) la vostra prima preoccupazione sarà di telefonare al 118 o al numero unico d'emergenze (NUE), presente in quasi tutti gli Stati dell'Unione Europea, 112 e far organizzare al più presto i soccorsi. Nell'attesa potete:

- 1) Valutare il dolore ed eventualmente somministrare analgesia al bisogno
- 2) Lavare le lesioni con soluzione fisiologica 0,9% o con soluzione di Ipcloclorito di Sodio o Clorexidina 0,05%
- 3) Rimuovere tutto il materiale estraneo ed i lembi di epidermide scollata e necrotica
- 4) Aprire e svuotare le flittene voluminose (>3 cm) o in sedi articolari, risparmiando, se possibile, il tetto della bolla che costituisce una utile medicazione biologica
- 5) Rasare i peli intorno all'area lesa
- 6) Medicare con garza non aderente (non è necessaria a flittene integre) a cui sovrapporre per le prime 24-48 ore un impacco di blando antisettico (ipoclorito di sodio/clorexidina 0,05%) eventualmente da far rinnovare a casa o in alternativa una pomata antimicrobica e garza sterile.
- 7) In caso di lesioni molto essudanti utilizzare garze asciutte fissate con l'applicazione di una maglia tubulare a rete o tubigrip, assicurandosi che non sia costrittivo.
- 8) Sollevare e mettere la parte lesa in scarico per ridurre gli edemi.



ATTENZIONE: Una ustione non deve mai essere sottovalutata. Controllare sempre ogni 2-3 giorni. In caso di sospetta infezione è indicato associare una terapia antibiotica o inviare dallo specialista. È sconsigliabile l'uso della Sulfadiazina argentea per ustioni superficiali, a causa della difficoltosa e dolorosa rimozione dei residui prima della successiva medicazione. Verificare la validità della vaccinazione antitetanica.

Nel caso invece vi troviate di fronte ad ustioni medicabili ambulatorialmente potete attenervi al seguente schema:

I Grado = Solo eritema ed edema. Bruciore per due o tre giorni. Guarigione spontanea in 5-10 giorni, spesso con ampie esfoliazioni.

Praticare la sola terapia cortisonica locale:

- Beclometasone (crema 2 applicazioni/die)
- Mometasone furoato (crema 1 applicazione/die).

II Grado superficiale = Eritema, edema e bolle. Bruciore intenso. Guarigione spontanea in due/tre settimane senza cicatrici. Bagnare con acqua a temperatura ambiente o fredda, per non più di 5' per evitare che la pelle si maceri. Evitare il ghiaccio che può peggiorare la gravità dell'ustione. Eventualmente è possibile applicare garze bagnate con soluzione salina a 12° C, un modo alternativo per raffreddare la lesione. Normali disinfettanti andrebbero evitati, si consiglia lavare con acqua del rubinetto e sapone neutro; la clorexidina senza alcol può essere utilizzata. Evitare lo svuotamento delle

bolle integre al di sotto dei 3 cm per il rischio di possibili infezioni, pulire quelle aperte. Adottare preferibilmente una medicazione chiusa con garze medicate nelle fasi più essudanti (bagnate), e pomate antibiotiche in quelle successive più asciutte. Utile: Acido Fusidico crema due applicazioni/die.

Il Grado profondo limitato a piccole aree = Eritema intenso, edema e bolle estese. Bruciore moderato. Guarigione in più di quattro settimane con cicatrici se non si applicano innesti. La medicazione locale è come la precedente.

Il Grado limitato a piccole aree = Escara pallida o bruna. Dolore assente o modesto. Assente capacità di guarigione in assenza di atti terapeutici. Rimuovere i tessuti necrotici, medicazioni locali come prima usando pomate antibiotiche (Acido fusidico crema) due applicazioni/die.



ATTENZIONE: La somministrazione va sempre preceduta da un impacco di soluzione fisiologica.

Calcolo (%) della superficie corporea ustionata

ANNI	0-1	1-4	5-9	10-14	15
Capo (volto)	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
Capo (nuca)	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
Collo (a+p)	2	2	2	2	2
Tronco anteriore	13	13	13	13	13
Tronco posteriore	13	13	13	13	13
Braccio (a+p)	4	4	4	4	4
Avambraccio (a+p)	3	3	3	3	3
Mano (a+p)	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Gluteo (dx+sn)	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitali	1	1	1	1	1
Coscia (a+p)	5,5	6,5	8	8,5	9
Gamba (a+p)	5	5	5,5	6	6,5
Piede (dorso + pianta)	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

(a+p = anteriore+posteriore)

Dermatiti da celenterati (meduse, attinie)

Scopo della terapia deve essere:

- 1) *Inattivare le tossine liberate*: è necessario lavare la parte colpita possibilmente con acqua salata ad una temperatura che vada tra 40 e 45°C, per 20 minuti (UptoDate grado 1B).
- 2) *Inattivare le nematocisti ancora chiuse*: si consiglia di utilizzare l'aceto per l'inattivazione delle nematocisti e successivamente applicare schiuma da barba e rimuoverle con un oggetto spesso (carta di credito, coltello a piatto).
- 3) *Ridurre il processo infiammatorio e il dolore ad esso conseguente*: per esempio applicare topici steroidei: Mometasone furoato (crema, 1 applicazione/die) alternati con anestetici locali (Lidocaina/prilocaina crema).

Nei casi più gravi si possono somministrare cortisonici come: Betametasone (4 mg 1 f i.m.) ed antistaminici sistemici come: Clorfenamina (1 f i.m.).



ATTENZIONE: Non applicare mai acqua fredda e non strofinare mai la cute colpita.

Può essere utile ricordare che le nematocisti chiuse staccate dai tentacoli possono essere attive ancora per settimane sulle spiagge dove vengono riversate le meduse o parti di esse dopo una burrasca.

Punture di insetti

Le punture di insetto possono dare reazioni locali o sistemiche, in base al tipo di reazione dovremo decidere che tipo di terapia applicare.

Nel caso in cui la reazione sia sistemica con anafilassi dovete immediatamente somministrare:

- Adrenalina f soluz. 1:1000 alla dose di 0,3-0,5 ml s.c., eventualmente ripetibile; nel bambino la dose è di 0,01 ml/kg sempre s.c.
- Beta-agonisti
- Corticosteroidi: il prednisone è considerato uno dei farmaci più indicati vista la capacità di prevenire effetti anafilattici ritardati e di limitare l'anafilassi bifasica (20% di probabilità di avere un secondo episodio anafilattico all'antigene residuo nelle successive 8-12 h). È comunque consigliabile ospedalizzare questi pazienti.

In situazioni più lievi (orticaria) può essere sufficiente:

- 1) Betametasone (f 4 mg: 1-2 f i.v.)
- 2) Cetirizina (cpr 1 cpr/die)
- 3) Clorfeniramina (1 f. i.m.).

Se la puntura di un insetto determina invece solo una lesione locale:

- 1) applicate impacco con ghiaccio; poi
- 2) Cetirizina (cpr 1 cpr/die);
- 3) Clobetasone (pomata) 2 volte/die.

Se la reazione locale è imponente (intero arto gonfio, ecc.) associate:

- 4) Betametasone (cpr 0,5 mg 1 × 2/die; ovvero 0,1-0,2 mg/kg nel bambino). Successivamente consigliate un controllo presso un centro allergologico per valutare il rischio di possibili reazioni gravi in caso di un'altra puntura.

Morsi di ragno

La maggior parte dei ragni velenosi non vive alle nostre latitudini; tuttavia, in alcune zone dell'Italia sono stati segnalati i cosiddetti ragni "a violino", il cui colore varia dal giallastro al marrone scuro e il cui morso può dare origine sia a reazioni locali (dolore variabile da lieve a molto grave, prurito, comparsa di una bolla che si sviluppa nell'arco di alcuni giorni e viene seguita dalla formazione di una crosta che, distaccandosi, dà origine a una zona ulcerata) che sistemiche (febbre, astenia, vomito).

Se si sospetta un morso da ragno velenoso, è consigliabile lavare l'area morsa con acqua e sapone e applicare ghiaccio o impacchi freddi sopra la zona interessata dal morso, per ridurre il dolore. Nei casi più gravi, ospedalizzare il paziente.

Puntura di pesce ragno

Scopo della terapia è ridurre il più possibile l'avvelenamento:

- 1) Lavare con acqua calda 45°C, per 90' la parte colpita, rimuovendo ogni frammento di aculeo accessibile, ma evitando la lacerazione dei tessuti.
- 2) Se la ferita interessa un arto, applicare un laccio emostatico in modo da non arrestare il flusso arterioso, ma da rallentare il deflusso venoso (deve consentire il passaggio di un dito al di sotto).
- 3) Iniettare intorno alla ferita anestetici locali (Mepivacaina cloridrato 3% o altro) e somministrare antalgici:
 - Diclofenac (1 f i.m.) e cortisonici sistemici.
- 4) Profilassi antitetanica ed in caso di anafilassi anche antistaminici e adrenalina. Nei casi più gravi ospedalizzare il paziente.

Cute arrossata o eritematosa

L'eritema è un arrossamento della cute, causato dalla dilatazione dei vasi sanguigni più superficiali, sotto forma di chiazze di varie dimensioni, eventualmente confluenti fino a coinvolgere tutta la superficie cutanea (eritrodermia). Essendo determinato da una vasodilatazione, si accompagna ad aumento della temperatura locale e a bruciore e/o prurito più o meno intenso. A distanza di tempo variabile, in relazione all'acuzie del processo infiammatorio, alle dermatiti eritematose può far seguito desquamazione più o meno intensa. Ai fini pratici si possono distinguere forme con poche chiazze e forme molto estese.

A. Lesioni eritemato-desquamative con poche chiazze <10

Micosi

Per un corretto approccio riveste notevole importanza la sede della lesione:

Micosi al cuoio capelluto: poco frequente, di solito colpisce i bambini con poche chiazze isolate di alopecia o con pochi capelli spezzati a pochi mm dal foro di uscita dal cuoio capelluto, che all'interno della chiazza è poco o nulla eritematosa, sormontato da una desquamazione biancastra che può essere anche abbondante. Somministrare:

- Griseofulvina (20-25 mg/kg/die per 6-8 settimane nei bambini; 1 g/die per 6-8 settimane nell'adulto)
- Fluconazolo (5-6 mg/kg/die per 3-6 settimane nei bambini; 200 mg/die per 3 settimane).

Micosi al corpo: poche chiazze isolate circolari eritemato-desquamanti, perfettamente delimitate in periferia, a tipico andamento centrifugo con apparente risoluzione centrale. Terapia:

- 1) Ciclopiroxolamina (crema due volte al dì per 21 gg) oppure Bifonazolo (crema una volta al dì per 21 gg); qualora la forma sia rapidamente espansiva aggiungete:
- 2) Itraconazolo (la posologia varia in funzione della parte del corpo interessata).

Dermatite seborroica

Dermatosi frequente, cronica, si presenta con chiazze eritematose a limiti sfumati, ricoperte da squame giallastre, che tipicamente si localizzano al margine anteriore del cuoio capelluto, al bordo sopracciliare, ai solchi nasogenieni e nasolabiali e in regione medio-toracica.

Nella metà dei casi si ha remissione nei mesi estivi.

Terapia per la sola fase di acuzie:

- 1) Mometasone furoato (crema una applicazione/die per 3/4 giorni)
- 2) Solfuro di Selenio al 2,5% e Zinco Piritione gel detergente (attività antimicotica)
- 3) Ketoconazolo (crema, 1 applicazione/die) o
- 4) Diflucortolone valerato e Isoconazolo nitrato (2 applicazioni/die).

Per la terapia completa inviate ad uno specialista.

Psoriasi

La psoriasi si presenta con chiazze eritematose a limiti netti policiclici, ricoperte da squame biancastre stratificate una sull'altra, localizzate più frequentemente ai gomiti, alle ginocchia, al tronco e al cuoio capelluto. Caratterizzata da una predisposizione genetica, trova notevole miglioramento nei mesi estivi. Caratteristica patognomonica, quando presente, è l'insorgenza delle chiazze psoriasiche nei punti in cui la cute si traumatizza (ferite, escoriazioni, fenomeno di Koebner ecc.). La terapia prevede applicazione di creme a base di steroidi+derivati vit. D = (Calcipotriolo + Betametasona unguento una applicazione/die per 3-4 settimane, al centro delle chiazze, cercando di non farla debordare troppo per evitare fenomeni irritativi –peraltro normali– sulla cute integra circostante). Per le forme più estese si rimanda a uno specialista.

Cheratosi attinica

Precancerosi che compare negli anziani nelle zone foto-esposte (volto, cuoio capelluto specie se alopecico, dorso, mani) con elementi unici o multipli (mai molti), costituiti da squame secche spesso adese parzialmente ad una cute secca di un tipico colorito roseo acceso, rugosa. La terapia è appannaggio dello specialista, consistendo nel controllo o nell'applicazione di creme specifiche (Diclofenac sodico, Imiquimod, Ingenolo mebutato).

B. Lesioni eritemato-desquamative con molte chiazze >10

Pitiriasi rosea di Gibert

L'importanza di questa dermatopatia, più spesso confusa con una micosi, è nell'allarme che provoca nei pazienti. La sintomatologia clinica è tipica ed inconfondibile: una chiazza eritemato-desquamante circolare (chiazza madre) è seguita a distanza di pochi giorni (4-7) dalla comparsa, per lo più al tronco e alla radice degli arti, di molte altre lesioni dello stesso tipo, caratteristicamente con prurito scarso o assente. Malattia a probabile eziologia virale, scompare spontaneamente in 4-6 settimane senza reliquati. La diagnosi differenziale va posta con le micosi (mai con così tante chiazze) e con l'orticaria (mai con così scarso prurito in rapporto al numero delle chiazze).

In caso di prurito:

- Cetirizina (1 cpr/die).

Cute con lesioni vescicolose

Le vescicole sono piccoli elementi cupoliformi di 1-3 mm circoscritti all'epidermide, contenenti un liquido di solito trasparente, talvolta opaco, raramente emorragico. Varie sono le dermatopatie ad estrinsecazione vescicolosa:

1) Eczema

Qualunque forma di eczema si manifesta sempre con la medesima sequenza cronologica. La cute diventa eritematosa (fase eritematosa). Compaiono quindi, accompagnate da intenso prurito, vescicole a contenuto limpido, disposte una vicina all'altra ma talvolta confluenti,

le quali successivamente si rompono lasciando fuoriuscire il liquido (fase umida). Il liquido così fuoriuscito si rapprende infine in croste (fase secca), che desquamano come preludio alla guarigione quando il processo infiammatorio si esaurisce.

Eczema da contatto o più correttamente *Dermatite irritativa da contatto (DIC)*: insorge improvvisamente in sedi, come volto ed arti, maggiormente soggette a contatto con agenti esterni. Spesso riproduce la forma dell'oggetto fonte della reazione allergica. Può dare bruciore.

Dermatite allergica da contatto (DAC): insorge nella sede di contatto con l'agente allergizzante, ma può estendersi ben oltre tale limite. Causa prurito.

Eczema atopico: forma tipica dei neonati dal terzo mese in poi e dei bambini, con localizzazioni tipiche alle pieghe dei gomiti e delle ginocchia e in regione retroauricolare, ma può manifestarsi ovunque. Predomina il prurito che può essere intensissimo; le vescicole sono meno numerose e più sparse rispetto alle forme allergiche da contatto.

Eczema disidrosico: forma con caratteristica recrudescenza primaverile-autunnale, può colpire le mani ed i piedi, con esordio tipico alla superficie laterale delle dita. Le vescicole, che possono confluire in bolle anche profonde, non si rompono, bensì si essiccano in squamo-croste. Scarso o assente l'eritema circostante. Indipendentemente dal tipo di eczema, la terapia può essere schematizzata come segue in base alle fasi:

Fase eritematosa: creme steroidee tipo:

- Mometasone furoato (crema 1 applicazione/die).

Fase umida: lavaggi con prodotti antisettici per prevenire la sovrainfezione (Ipoclorito di sodio 1 cucchiaino per litro di acqua) e applicazione di creme steroidee come sopra. Quando si sospetti invece una sovrainfezione si possono utilizzare soluzioni batteriostatiche e micostatiche (Eosina 2% soluzione acquosa da pennellare una volta/die per 4/5 giorni), associate ad un antibiotico con steroide locale come Acido fusidico/betametasona da applicare due volte al dì.

Fase secca: pomate (prodotti più grassi delle creme) steroidee:

Mometasone furoato (pomata una applicazione/die).

In alcuni casi il prurito, specie se la dermatite è estesa, può richiedere la prescrizione di antistaminici o di cortisonici sistemici fino a remissione della fase critica.

2) Herpes simplex

Patologia frequente, dovuta alla riattivazione del virus, legata a stress fisici o psichici; si caratterizza per la comparsa per lo più a livello periorale o genitale (ma è possibile ovunque) di un'area erimatoso, su cui compaiono vescicole dapprima trasparenti, poi torbide, quindi giallastre, tipicamente raggruppate a grappolo.

La sintomatologia è modificamente urente e/o pruriginosa e gli episodi si autorisolvono in 7-10 giorni. Per la terapia dell'infezione primaria ci si avvale di:

- Aciclovir (200 mg, 5 cp/die per 5-10 giorni, adulti e bambini sopra i 6 anni) il più precocemente possibile per ottenere una riduzione della sintomatologia e della durata della medesima.

Nel bambino la prima infezione erpetica può comportare gengivostomatite aftosa e segni sistemici di malattia, tra cui febbre elevata, e rendere opportuno l'impiego di antivirali per via generale:

- Aciclovir 10 mg/kg/dose \times 5 volte al dì \times 5 giorni (*scir.* 1 ml 80 mg; 5 ml 400 mg; quindi 1 ml ogni 8 kg di peso per dose).

Nei casi più gravi, quando il bambino non si alimenta e si disidrata, è indicato il ricovero.

3) Herpes zoster

Affezione dovuta al virus varicella-zoster, più frequente nell'anziano in seguito a debilitazione psicofisica. Esordisce con alterazioni della sensibilità (parestesie, dolore), che precedono alle volte di qualche giorno l'insorgenza di eritema con vescicolo-pustole simili a quelle dell'*H. simplex*, ma molto più numerose e caratteristicamente disposte lungo il territorio di innervazione di alcuni nervi, più spesso gli intercostali, con tipica monolateralità.

Il dolore può essere acutissimo e persistere oltre un anno dalla fine della manifestazione cutanea, che solitamente ha durata di due-tre settimane.

La terapia nel paziente adulto si avvale di:

- Aciclovir (800 mg 1 cpr × 5/die per 7 gg. o
- Brivudina (125 mg 1 volta/die per 7 giorni) in pazienti adulti immunocompetenti.



Brivudina e 5-fluorouracile, comprese anche le sue preparazioni per uso topico o i suoi pro-farmaci (per es. capecitabina, floxuridina, tegafur) o le associazioni che contengono questi principi attivi, ed altre 5-fluoropirimidine (per es. flucitosina) non devono essere somministrati contemporaneamente e si deve osservare un intervallo minimo di 4 settimane prima di iniziare il trattamento con farmaci a base di 5-fluoropirimidina. Come ulteriore precauzione, l'attività dell'enzima DPD deve essere monitorata prima di iniziare qualsiasi trattamento con farmaci a base di 5-fluoropirimidina nei pazienti ai quali è stato recentemente somministrato Brivudina (vedere anche sezioni 4.5 e 4.8).

L'uridina triacetato, un analogo per uso orale dell'uridina, si è dimostrata efficace come antidoto nel trattamento di urgenza del sovradosaggio di 5-fluorouracile o capecitabina e di pazienti che manifestano tossicità gravi dopo somministrazione di questi agenti chemioterapici. L'uridina triacetato non è disponibile in commercio, ma qualora se ne renda necessario l'impiego come antidoto, se ne può fare richiesta all'Azienda Produttrice Wellstat (USA).

oppure

- Famciclovir (250 mg 1 cpr × 3/die per 7 gg.) o
- Valaciclovir (1000 mg 1 cpr × 3/die per 7 gg.) e, se necessario, di antidolorifici; per il dolore provocato dalla nevrite post-erpetica si possono usare:
 - 1) Amitriptilina (gtt 10 gtt × 2/die), tenendo ben presenti i possibili effetti collaterali;
 - 2) Carbamazepina (cpr 200 mg 1 cpr × 2/die);
 - 3) Gabapentin (cps 300 mg 1 cps × 3/die partendo da 1 cps il primo giorno a salire fino al terzo);
 - 4) Ketorolac (10 mg f i.m.);
 - 5) Pregabalin (cps 150 mg 1 cps × 1-4/die).

4) Impetigine

Si può presentare con vescicolo-pustole su base eritematosa, le quali si rompono con formazione di croste giallastre o con lesioni bollose, poi squamo-crostose a tendenza centrifuga, aventi bordo flitturnolare. Si localizza più frequentemente alle superfici esposte (viso, mani, gambe), specie su cute già lesa (ad esempio da eczema). Agente etiologico può essere lo streptococco beta-emolitico o, più frequentemente, lo stafilococco aureo. È caratteristica dell'età pediatrica ed è notevolmente contagiosa. Se le lesioni sono limitate, si può avviare trattamento topico con:

- Mupirocina (crema: 2-3 applicazioni/die esclusivamente sulle lesioni, evitando cioè scrupolosamente di "spargere" la crema e con essa i germi!).

Se il bambino è piccolo (lattante), o se le lesioni sono estese, o se sussistono segni sistemici (malessere, febbre), si deve associare terapia per via generale con:

- 1) Amoxicillina/Ac. clavulanico (0,6 ml × kg/die in 2 somm. nel bambino; 1 cpr × 2-3/die nell'adulto) oppure
- 2) Claritromicina (nel bambino, 125 mg/5 ml o 250 mg/5 ml granulato per sospensione orale 15 mg/kg/die suddivisi in due somministrazioni giornaliere; nell'adulto, cpr o bustina da 250 mg ogni 12 ore).

Prurito

Il prurito può essere diffuso o localizzato e più o meno intenso fino a diventare insopportabile. Rimandando alle singole dermatiti per i pruriti localizzati da dermatopatie, si espongono alcune elementari linee guida per l'approccio al paziente con prurito diffuso, che può essere distinto in:

A) Prurito diffuso da dermatopatie

Scabbia

È una parassitosi che si manifesta dopo pochi giorni o settimane dal contagio, che avviene per contatto interumano e colpisce successivamente più membri della medesima famiglia. Si caratterizza per lesioni papulose, che insorgono alle mani (risparmiando le palme), alle ascelle, ai fianchi, alla regione pubica, e per strie rossastre, lineari o sinuose, corrispondenti ai cunicoli scavati dagli acari.

È accompagnata da prurito incoercibile, più intenso la notte, con conseguenti lesioni da grattamento. Terapia a base di creme alla permetrina 5% 1 applicazione la sera dopo bagno tiepido su tutta la cute, escluso il volto ed il cuoio capelluto. La crema va lasciata agire per almeno 8 ore, quindi lavarsi accuratamente. Se le lesioni persistono è possibile ripetere il trattamento dopo 7 giorni. Dopo ogni trattamento cambiare indumenti intimi e lenzuola da lavare a +60° o isolarli in sacchi chiusi per 2 settimane. Può essere utile isolare il materasso con un foglio di cellophane per 2 settimane.

Pediculosi

Parassitosi da acari, che si presentano come piccoli animaletti che si "arrampicano" sul fusto dei capelli o dei peli del pube e delle ascelle; adese ai capelli e ai peli si repertano piccole formazioni bianco perlacee (lendini) che rappresentano le uova del parassita.

Il prurito è costante ed intenso. Applicare prodotti a base di:

- Malathion gel per 10' e poi lavare con shampoo (Malathion shampoo) e pettinare con pettine a denti stretti per eliminare pidocchi e uova morte. Se necessario ripetere il trattamento dopo 8 giorni.

Xerosi senile

Diagnosi possibile solo dopo avere escluso altre cause dermatologiche o non. Si determina per l'eccessiva secchezza della cute, che si realizza nelle persone anziane e trova la sua massima espressione a livello del dorso e delle gambe, specie sulle creste tibiali, dove si accompagna tipicamente alla scomparsa dei peli e ad una desquamazione pulverulenta biancastra. La terapia prevede emolliente e protettivo per il lavaggio e crema a base di urea e polidocanolo due volte/die.

Orticaria

L'orticaria è caratterizzata dalla presenza di pomfi, lesioni cutanee eritematose o bianche con alone eritematoso, leggermente rilevate, di forma variabile (rotonde, ovali, arciformi, anulari), di dimensioni e numero variabile, pruriginose e transitorie, con distribuzione localizzata, regionale o generalizzata.

Le cause scatenanti dell'orticaria possono essere di varia natura (allergica, fisica, chimica, ecc.) e spesso sono di difficile individuazione. Non va dimenticato che, oltre all'orticaria acuta che è la forma più frequente, vi è anche la possibilità di orticaria cronica, cioè con lesioni di durata superiore alle 6 settimane (circa il 10% dei casi).

Il trattamento dell'orticaria prevede l'utilizzo di farmaci antistaminici, da associarsi in caso di sintomi più marcati ad uno steroide.

Nei soggetti adulti e negli adolescenti (>12 anni) si possono usare vari antistaminici, come ad esempio Rupatadina (cpr 10 mg una volta al giorno) oppure Bilastina (1 cpr da 20 mg una volta al giorno).

Nei bambini di 6-11 anni di età con un peso corporeo di almeno 20 kg può essere usata Bilastina 10 mg (4 ml di soluzione orale 2,5 mg/ml oppure 1 cpr orodispersibile da 10 mg) una volta al giorno.

Nei soggetti con età inferiore ai 12 anni, può essere usata anche cetirizina (gtt), alla posologia di:

- 2,5 mg due volte al giorno (5 gocce \times 2/die) nei bambini di età compresa tra 2 e 6 anni
- 5 mg due volte al giorno (10 gocce \times 2/die) nei bambini di età compresa tra 6 e 12 anni.

È utile indicare al paziente l'opportunità di annotare i cibi ed i farmaci assunti prima della comparsa dell'episodio di orticaria, poiché tale informazione potrebbe risultare molto utile, in seguito, allo specialista Dermatologo o Allergologo per diagnosi eziologica.

B) Prurito anale o genitale

Riteniamo che in queste situazioni, pur se mal tollerate dal paziente, sia saggio privilegiare la strada della diagnosi etiologica, che consentirà di ottenere la guarigione, ma soprattutto evita di "correre" dietro a dermatiti iatrogene che nascondono la patologia iniziale. Quindi limitatevi a prescrivere prodotti a base di:

- Ossido di Zinco (crema 2-3 volte/die), che hanno il privilegio di non modificare il quadro e producono un effetto antipruriginoso il più delle volte soddisfacente, ed inviate a consulenza dermatologica appena possibile. Se il paziente è un bambino, specie se vive in ambiente agricolo e/o a contatto con animali, prendete in considerazione che il prurito anale, specie se serotino, dipenda da ossiuriasi, che può essere curata con:
- Mebendazolo (scir. 1 misurino 5 ml al mattino a digiuno, da ripetersi dopo 2 settimane).

C) Prurito diffuso da cause interne

Numerose malattie internistiche causano prurito diffuso senza evidenti alterazioni della cute: insufficienza renale, colestasi, policitemia, distiroidismi, neoplasie, ecc. possono causare prurito *sine materia* e andrebbero indagate tutte nel caso di un prurito intenso e perdurante.

Spesso i pazienti con prurito *sine materia* prolungato e non adeguatamente trattato vanno incontro a lesioni cutanee da grattamento, talora gravi e che possono risultare causa di infezioni cutanee secondarie.

Per il trattamento sintomatico si ricorre ad antiistaminici:

- 1) Cetirizina (1 cpr/die)

oppure:

- 2) Drossizina (1 cpr 2 volte/die) qualora si sospetti anche una consistente componente ansiosa (attenzione alla sonnolenza).

Nevi traumatizzati

Fonte di notevole ansia per il paziente può essere il traumatismo di un neo, specie se accompagnato da sanguinamento. In primo luogo consigliate disinfezione con acqua ossigenata, seguita da applicazione di una pomata antibiotica:

- Acido Fusidico (crema due/tre applicazioni al dì) + una garza protettiva fino alla ricostruzione dell'integrità della neoformazione o quanto meno alla normalizzazione della cute. Solo a questo punto sarà utile consultare uno specialista per la valutazione dell'accaduto, non prima, quando il processo infiammatorio rende impossibile una analisi obiettiva.

Fotodermatiti

Le fotodermatiti rappresentano un vasto gruppo di dermatosi che comprendono quadri infiammatori e degenerativi diretti o mediati da fattori endo/esogeni. In questo testo faremo riferimento alle forme che si possono presentare più frequentemente in Continuità Assistenziale.

Eritema solare

Si presenta con gli stessi aspetti delle ustioni e con un tempo di latenza diverso a seconda del fototipo dei pazienti che possono quindi manifestare, rigorosamente nelle zone fotoesposte, da semplici arrossamenti a vere e proprie bolle. Per il trattamento si rimanda a quello delle ustioni.

Lucite estivale benigna

Erroneamente diagnosticata come "eritema solare" è una manifestazione che insorge dopo poche ore dalla prima esposizione prediligendo il sesso femminile, al décolleté ed alle spalle, talvolta agli avambracci e tronco ma mai al volto.

La dermatite è caratterizzata dall'insorgenza di multiple papule pruriginose su uno sfondo eritematoso che tendono a migliorare con le esposizioni successive ma a recidivare nella stessa stagione.

La terapia si avvale dell'applicazione di steroidi locali per breve tempo (Metilprednisolone aceponato crema 1 applicazione al dì) e l'ovvia astensione dall'esposizione.

Dermatite polimorfa solare

È una dermatite più rara della precedente che colpisce indifferentemente i due sessi alle prime esposizioni solari con un tempo di latenza più lungo ed una distribuzione più ampia della precedente. Si presenta come dice il nome con un polimorfismo di manifestazioni che vanno dalla forma papulosa a quelle vescico-bollose fino alle placche. La manifestazione si aggrava con il proseguire delle esposizioni.

Per entrambe queste forme la terapia consiste nell'allontanamento dall'esposizione, nell'applicazione di creme o meglio emulsioni steroidee (Metilprednisolone aceponato emulsione) ed attuando terapie preventive di carattere specialistico per prevenire gli episodi successivi.

Eritema fisso da farmaci

Abbastanza frequente si presenta tipicamente con l'insorgenza di una o più chiazze isolate a margini perfettamente delimitati, poco o nulla rilevate e di colore rosso porpora con prurito e sensazione di bruciore. Le mucose (genitali in particolare) possono essere colpite.

L'anamnesi è positiva per l'assunzione di farmaci (per lo più antibiotici e FANS) nei giorni precedenti l'insorgenza della dermatopatia per la quale non è necessaria alcuna terapia poiché autorisolutiva.

Balanopostiti

La balanopostite rappresenta spesso per il paziente causa di forte apprensione che può indurlo a chiedere l'intervento della continuità assistenziale. Varie sono le forme possibili, senza addentrarci nelle diagnosi differenziali mi pare utile fornire qualche suggerimento comportamentale. Fondamentale è l'anamnesi che, deve precisare le abitudini igieniche e sessuali, l'uso di farmaci (sistemici e topici), la presenza di patologie concomitanti (diabete, enterocoliti ecc.), la presenza o meno di sintomi. In questi casi non bisogna farsi tentare dal desiderio di soddisfare la logica richiesta dei pazienti di una terapia immediata tralasciando i tentativi di comprenderne l'eziologia.

Bisogna ricordarsi che non sempre quando il "pene si arrossa" siamo di fronte ad una Candidosi, spesso è più utile consigliare dei blandi antisettici come Ipcloclorito di sodio (un cucchiaino da tè in un bicchiere di acqua) o Permanganato di Potassio 1/20.000 e rivedere a distanza di qualche giorno il paziente poiché molto spesso queste manifestazioni sono autorisolutive. Terapie specifiche antibatteriche o antimicotiche andrebbero eseguite in un secondo tempo, meglio se dopo un tampone degli essudati e/o squame.

Tabelle riassuntive

USTIONI

I grado:	Mometasone furoato crema o Beclametasone dipropionato crema (o altro cortisonico)
II grado:	Superficiale impacco di 30' con acqua fredda Ipcloclorito di sodio al 5% o altro antisettico Drenare le bolle più grandi Garze medicate + Gentamicina crema Profonda Medicazione locale come sopra + Antidolorifici Diclofenac sodico 1 f. i.m
III grado:	Rimozione meccanica dei tessuti necrotici. Medicazione locale come sopra. Antibiotici locali (Gentamicina crema)

DERMATITI DA CELENERATI

- Lavare con acqua salata ad una temperatura che vada tra 40 e 45°C
- Inglobare le nematocisti ancora chiuse (si consiglia l'utilizzo di aceto e successivamente schiuma da barba)
- Passare coltello a piatto o carta di credito per asportarle meccanicamente
- Applicare localmente cortisonici (Mometasone furoato crema) e anestetici locali (Lidocaina/prilocaina crema)

N.B. nei casi più gravi cortisonici sistemici (Betametazone 4 mg 1 fiala i.m.) e antiistaminici sistemici (Clorfenamina maleato 1 f i.m.)

LESIONI ERITEMATO-DESQUAMATIVE

<10 chiazze	Micosi = Bifonazolo crema 1 volta al di Dermatite seborroica = Mometasone furoato crema 1 die Psoriasi minima = Calcipotriolo crema × 1 die Cheratosi solari = consulto con specialista
>10 chiazze	Pitiriasi rosea di Gibert = Cetirizina - 1 cpr/die se c'è prurito Psoriasi diffusa = consulto con lo specialista

LESIONI VESCICOLOSE

Eczema

- Da contatto = Mometasone furoato crema × 1 die
- Atopico = Eosina 2% soluzione acquosa + Acido fusidico/betametazone valerato - crema × 2 die se c'è sovrainfezione.

Poi nella fase secca Mometasone furoato

Herpes simplex = Aciclovir crema × 5 die prima possibile

Impetigine = Claritromicina 500 mg 1 cpr × 2 die oppure Claritromicina RM 1 cpr/die oppure

Amoxicillina/potassio clavulanato 1 g 1 cp × 2 die e Mupirocina crema × 3 die

PRURITO

Diffuso da malattie dermatologiche

- Scabbia = Permetrina crema: 1 appl. la sera per 3 sere consecutive
Sospendere per 8 giorni poi ripetere il ciclo completo per altri 3 giorni
- Pediculosi = Malathion gel + Malathion shampoo × 1 die per quattro giorni, da ripetere dopo 8 giorni per due giorni

- Xerosi senile = Emollienti in bagno e crema
- Orticaria = Cetirizina 1 cpr/die

Diffuso da malattie internistiche

- Insuff. renale
- Colestasi
- Policitemia

- Paraneoplastico
- Distiroidismi

Endocrinologia

► G. Brandoni ► G.E. Zagami



Contenuti web
aggiuntivi

Le patologie riguardanti questo sistema di più frequente riscontro per il Medico di Continuità Assistenziale sono principalmente rappresentate dalle complicanze acute del Diabete e dalla Crisi tireotossica.

Diabete

Una delle complicanze più frequenti è l'ipoglicemia che, se non opportunamente e tempestivamente trattata, può portare al coma ipoglicemico.

In talune circostanze lo scompenso glicemico del paziente diabetico è tale da evolvere in disturbi metabolici severi quali la chetoacidosi diabetica, nel diabete tipo 1, e la sindrome iperosmolare non chetosica, nel diabete tipo 2.

Tali complicanze acute, per quanto rare, sono temibili perché mettono a repentaglio la vita del paziente e devono essere affrontate rapidamente e in maniera intensiva in regime di ricovero ospedaliero. In tutti i casi informarsi sul paziente tramite i parenti è di grande importanza, vi permette di stabilire se è in trattamento con insulina, antidiabetici orali o iniettivi, i livelli abituali della glicemia, ecc. Un altro passaggio di grande rilievo diagnostico è eseguire gli stick per la glicemia, per la glicosuria e la chetonuria; con questi elementi non vi sarà difficile porre una corretta diagnosi.

L'ipoglicemia è possibile dividerla in tre livelli:

Livello 1: glicemia inferiore a 70 mg/dl;

Livello 2: glicemia inferiore a 55 mg/dl;

Livello 3: valore glicemico non definito, il paziente ha disturbi neurologici severi che richiedono il ricovero immediato.

Essa è tanto più frequente quanto più il paziente è trattato in maniera intensiva, soprattutto nei soggetti in cura con insulina, ma anche con farmaci che stimolano la secrezione insulinica, in particolare le sulfaniluree. La metformina, per il suo meccanismo d'azione, non dà ipoglicemie se usata in monoterapia; anche la combinazione metformina ed inibitori DPP-IV o analoghi del GLP-1 ha un basso rischio di ipoglicemia.

In presenza di un'ipoglicemia bisogna agire subito, come segue:

1. somministrando 15 g di glucosio per os (se il paziente può deglutire), come ad esempio 3 zollette bustine di zucchero sciolte in un bicchiere d'acqua o dando cibi che contengano glucosio e ricontrollare la glicemia a distanza di 15 minuti; se persiste è necessaria una nuova somministrazione.
È possibile dare anche carboidrati complessi per evitare che l'ipoglicemia si presenti a distanza (DynaMed Plus: forte raccomandazione)
2. Glucosata e.v. (possibilmente preceduta da un bolo di una fiala di glucosata al 20%);
3. di grande efficacia, quando disponibile, è la somministrazione di *Glucagone*.



ATTENZIONE: Una crisi ipoglicemica è sempre un'eventualità molto grave, anche pochi minuti di ritardo possono provocare seri danni al paziente.

Deve essere ricordato che un coma ipoglicemico in paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali è più grave e pericoloso che un coma da insulina per la durata d'azione di questi farmaci e la tendenza all'accumulo, soprattutto nell'anziano con funzionalità epatica o renale scadute.

Crisi ipoglicemiche possono d'altra parte occorrere, specie nel bambino, nei primi tempi dopo l'esordio di un diabete tipo 1, durante la cosiddetta "luna di miele" (periodo in cui, subito dopo l'inizio della terapia, si ha una certa transitoria ripresa dell'increzione d'insulina endogena) oppure quando il bambino abbia ricevuto la sua consueta dose d'insulina ed abbia poi vomitato il pasto o anche si sia rifiutato di mangiare. Accertata con gli stick la vostra diagnosi, la somministrazione di bevande zuccherate o di glucosata e.v. è in genere sufficiente a dominare la crisi.

La chetoacidosi diabetica è tipica ma non esclusiva del bambino e del giovane adulto, con diabete di tipo 1. Dati anamnestici caratteristici nei giorni e talora nelle settimane precedenti sono: la notevole ingestione di acqua (polidipsia); la poliuria (ad alto peso specifico con glicosuria; effettuare lo stick); la comparsa di enuresi e, nel bambino più grandicello e nell'adulto, di nicturia; la perdita di peso, nonostante il fatto che l'appetito possa essere incrementato. Indipendentemente dallo stato di coscienza, il paziente deve essere ricoverato senza indugi. Ricordate inoltre che in corso di patologie intercorrenti (infettive o febbrili) il fabbisogno d'insulina aumenta.

La *sindrome iperglicemica non chetotica (iperosmolare)* è invece tipica del diabetico di tipo 2, sia all'esordio sia in occasione di episodi febbrili o in caso di disidratazione.

In tal caso segni e sintomi sono simili a quelli del coma chetoacidotico, ma è assente la chetonuria. In attesa del ricovero è essenziale reidrattare il paziente.



ATTENZIONE: Nell'anziano il senso della sete può essere attenuato, cosicché viene favorita la disidratazione.

Oltre a provvedere all'opportuna idratazione, nel paziente acuto, ma non critico, i target glicemici sono una glicemia <140 mg/dl a digiuno e <180 mg/dl in fase post-prandiale.

Se si volesse utilizzare un analogo insulinico rapido (insulina lyspro, aspart, glulisina) somministrato per via sottocutanea, per calcolare quante unità somministrare è opportuno tener conto della terapia praticata dal paziente, l'indice di massa corporea del paziente ed eventuali fattori che possono portare ad un maggior livello di insulino-resistenza (terapia cortisonica intercorrente, malattie febbrili, ecc, condizioni che generalmente aumentano il fabbisogno di insulina nel paziente diabetico). Detto ciò, andrà calcolato il "Fattore di correzione", ovvero di quanto scende la glicemia di quel determinato soggetto con 1 unità di insulina. Ciò può essere agevolmente calcolato in un paziente già in terapia insulinica seguendo *la regola del 1700*: 1700 diviso la dose totale di insulina praticata dal paziente nell'arco delle 24 ore. Ad esempio: se il soggetto ha un valore di glicemia di 300 mg/dl e riferisce che, normalmente, al domicilio pratica il seguente schema insulinico: 4 UI di analogo rapido a colazione, 8 UI a pranzo, 8 UI a cena e 20 UI di analogo "long acting" alla sera, potremo calcolare: $1700: 40 = 42,5$, cioè in questo paziente 1 unità di insulina riduce la glicemia di 42,5 mg/dl, per cui, per riportare la glicemia ad un valore di 180 mg/dl, potremo praticare 3 UI di analogo rapido di insulina per via s.c.

Nel paziente non in terapia insulinica al domicilio, per calcolare il fattore di sensibilità insulinica potremo utilizzare: $3000/\text{peso corporeo del paziente}$. Quindi se un paziente con 300 mg/dl di glicemia post-prandiale, non in trattamento con insulina al domicilio, riferisce di pesare 75 kg: $3000/75 = 40$, cioè occorrerà praticare 3 UI di analogo rapido per riportare il suo valore glicemico intorno a 180 mg/dl.

Dopo aver praticato la terapia insulinica s.c. e controllato l'andamento dei valori glicemici mediante stick per la glicemia, sarà opportuno inviare il paziente al proprio medico di famiglia per un corretto inquadramento del problema (in caso di primo riscontro di iperglicemia) o per una rivalutazione della terapia anti-diabetica.

Infine, un quadro di estrema gravità è l'acidosi lattica che necessita ospedalizzazione immediata. È sospettabile in anziani con insufficienza renale, respiratoria o cardiaca grave

in terapia con biguanidi. Per quanto riguarda la diagnosi di diabete, ricordiamo che valori di glicemia a digiuno compresi tra 100 e 126 mg/dl rappresentano una condizione denominata *“alterata glicemia a digiuno”*, predisponente allo sviluppo di diabete. La diagnosi di diabete mellito viene posta in caso di riscontro di valori di glicemia a digiuno superiori a 126 mg/dl, o di glicemia superiore a 200 mg/dl 2 ore dopo curva di carico orale di glucosio (OGTT), o di emoglobina glicosilata superiore a 6,5 %, in due diverse determinazioni, in assenza di sintomi tipici di iperglicemia. In presenza di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia, calo ponderale), la diagnosi di diabete è posta con il riscontro, anche in una sola occasione di glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

Tireotossicosi ed ipertiroidismo

Per tireotossicosi si intende l'elevato aumento degli ormoni tiroidei in circolo, può avere diverse cause: ipertiroidismo, tiroidite subacuta e da eccesso di ormoni tiroidei. Bisogna stare attenti a non confondere la tireotossicosi (caratterizzata da: palpitazioni, tachicardia, aritmia cardiaca, agitazione, diarrea, sudorazione) con una crisi di agitazione psicomotoria endogena o secondaria ad assunzione di droghe o farmaci.

Una corretta anamnesi vi può essere d'aiuto per la giusta diagnosi. Ricercate una pregressa storia d'ipertiroidismo (insonnia, perdita di peso, incremento dell'appetito, facilità al pianto, cardiopalmo).

Dal punto di vista obiettivo: tachicardia, iperreflessia, aumento della pressione differenziale, presenza di gozzo, talvolta esoftalmo. In presenza di questi elementi potete porre la diagnosi e predisporre per il ricovero. Se però non fossimo di fronte al classico paziente con ipertiroidismo, sarebbe bene indagare in maniera più approfondita, per escludere le eventuali altre cause che possono portare alla crisi tireotossica.

Le strategie terapeutiche dipendono dalla causa di fondo. Sugeriamo una terapia in acuto, ma sarà comunque necessario rimandare il paziente dallo specialista.

La terapia include:

- corticosteroidi: bloccano la conversione periferica di T4 in T3, oltre ad avere un effetto antipiretico e contrastare l'aumentato turnover del cortisolo in corso di tireotossicosi. Dose suggerita: idrocortisone 100 mg i.v. ogni 8 ore (DynaMed Plus: Fortemente raccomandato);
- iodio inorganico: sotto forma di ioduri (Lugol forte o soluzione satura di ioduro di potassio) o composti organici di iodio. Dose raccomandata: 150 mg/die per una settimana (Lugol forte 5-7 gtt x 3/die, soluzione satura di KI 1-2 gtt x 3/die) (DynaMed Plus: Fortemente raccomandato);
- tionamidi: metimazolo (MMI) dosi raccomandate: MMI 30-40 mg/die in 3 somministrazioni/die; (DynaMed Plus: Fortemente raccomandato).

Oltre a tale terapia, è bene ricordare che la crisi tireotossica richiede anche una terapia di supporto generale che agisca sugli effetti periferici degli ormoni tiroidei; essa include:

- betabloccanti, essenziali per controllare la frequenza cardiaca (il farmaco di scelta è il propanololo, alla dose di 10-40 mg in 3-4 somministrazioni al di (DynaMed Plus: Fortemente raccomandato);
- antibiotici ad ampio spettro in caso di infezioni (DynaMed Plus: Fortemente raccomandato) e, secondo necessità, benzodiazepine come sedativi;
- paracetamolo e/o impacchi freddi per l'iperpiressia;
- terapia reidratante per lo stato di disidratazione;
- loperamide in caso di diarrea.



Il “dolore addominale”

È uno dei quadri sintomatologici più frequenti che possano occorrere in Continuità Assistenziale. È sempre importante non sottovalutare questo sintomo: anche se per la maggior parte dei casi è di natura benigna o sottende a patologie autolimitanti, è importante che il Medico di Continuità Assistenziale riconosca i casi di emergenza-urgenza tali da meritare un accertamento laboratoristico e strumentale in Pronto Soccorso.

Soltanto una ponderata esclusione di tali patologie potrà autorizzarvi a tranquillizzare il paziente ed a somministrargli la terapia più appropriata. In tutti i casi in cui si sospetta una patologia organica, va sempre evitato un approccio farmacologico empirico, perché potrebbe ritardare la diagnosi e l'eventuale trattamento chirurgico. L'anamnesi è di notevole aiuto per definire meglio questo tipo di dolore. Necessario sarà quindi interrogare il paziente o chi per esso con queste domande:

1. È un dolore acuto o cronico? Da quanto tempo è insorto? Dove era localizzato il dolore all'inizio? Dove si è irradiato successivamente? (La risposta a queste domande è più attendibile se il paziente indica direttamente col dito le regioni interessate).
2. La sensazione dolorosa è comparsa improvvisamente o in modo progressivo? L'andamento è stato costante o ciclico con l'alternarsi di fasi di acuzie e di risoluzione (tipo colica)? Il dolore colico è provocato classicamente dallo spasmo di un viscere cavo (colecisti, intestino, uretere, ecc.); mentre il dolore continuo è più comunemente dovuto ad infiammazione od ischemia. In generale, il dolore della colecistite è localizzato all'ipocondrio dx ed irradiato posteriormente in regione sottoscapolare dx, quello dello stomaco all'epigastrio, del piccolo intestino a livello periombelicale, del colon ai quadranti inferiori dell'addome.
3. Il dolore è di tipo gravativo, trafittivo, puntorio, peristaltico, crampiforme?
4. Qual è l'intensità in una scala da 1 a 10? Sono utilizzabili:
 - Scala numerica NRS (da 1 a 10);
 - Scala VAS (Nessun dolore, dolore lieve, dolore moderato, dolore forte, dolore atroce), più comprensibile, è poco sensibile, utile per il monitoraggio a lungo termine;
 - Scala della faccia (utile nel bambino).



ATTENZIONE: Negli anziani il dolore si manifesta con minore intensità e quasi mai è ben descritto.

5. Il paziente ricorda di aver sofferto in passato di episodi analoghi o si tratta di un quadro clinico completamente nuovo?
6. Il dolore ha avuto o meno rapporto con i pasti, è stato associato a riduzione dell'appetito? Ha avuto rapporto con la defecazione e la minzione? È stato preceduto dall'assunzione di cibi diversi dagli usuali, di alcolici o di farmaci?
7. Ha notato alterazioni dell'alvo (diarrea, stipsi, chiusura totale anche ai gas, presenza di sangue nelle feci) e/o della minzione (pollachiuria, disuria, ematuria)?
8. È presente o è preesistita febbre, ed eventualmente con quali caratteristiche di insorgenza (improvvisa, con brivido scuotente, subdola) e di durata (intermittente, remittente, continua)?

9. Il paziente ricorda, nelle ore o nei giorni precedenti l'esordio del dolore, traumi addominali anche apparentemente irrilevanti?
10. Se si tratta di una paziente in età fertile: in quale fase del ciclo mestruale si trova? Ha notato turbe del ciclo e/o perdite vaginali abnormi, o è portatrice di I.U.D. (spirale)?

Passando all'esame obiettivo è necessario ricordare la buona norma di palpare un addome con le mani calde, mettendo il paziente a proprio agio, eventualmente facendogli flettere le cosce. Cominciate con l'ispezione avendo cura di esporre completamente l'addome, dall'arcata costale al pube, senza tralasciare le regioni inguinali. Passate poi ad una palpazione superficiale iniziando possibilmente dai quadranti addominali lontani dalle zone più dolenti, avvicinandovi successivamente, per gradi, ai punti dove il dolore è più forte. Il primo segno da rilevare è la trattabilità dell'addome oppure la presenza di una contrattura muscolare addominale legata ad una irritazione peritoneale (peritonite). Ricordate che questa è una reazione di difesa, dapprima apprezzabile solo alla palpazione profonda ed è quasi sempre localizzata.

Con il tempo, per l'aggravarsi e l'estendersi della peritonite, tende a diventare spontanea e diffusa sino all'"addome ligneo". È però indispensabile tener presente che tale evoluzione può manifestarsi in un arco di tempo estremamente variabile, ed in genere tanto più lungo quanto più il paziente è a rischio (bambino piccolo, anziano defedato); è questo il motivo principale per cui l'attenzione e la prudenza non devono mai mancare. In particolare negli anziani talvolta il dolore non si manifesta con la stessa intensità del giovane e quasi mai è ben descritto; in qualche caso un quadro di peritonite acuta si può manifestare solo con un lieve rialzo febbrile e modesto dolore addominale.

Le manovre semeiologiche che possono essere d'aiuto quando la contrattura muscolare appare dubbia sono la ricerca del segno di Blumberg e la risposta al colpo di tosse: entrambe determinano uno stiramento del peritoneo per cui la presenza di vivo dolore da rimbalzo o l'esacerbarsi della sintomatologia dopo il colpo di tosse sono in genere un valido indice di peritonite parietale localizzata; queste manovre vanno eseguite a livello di vari quadranti dell'addome a partire da quelli più interessati dal dolore spontaneo. In caso di distensione addominale la percussione dell'addome differenzia la presenza di gas (meteorismo, perforazione) da quella di liquido (versamento peritoneale); in presenza di occlusione intestinale l'auscultazione permette di differenziare un ileo meccanico (iperperistalsi con borborigmi ad alta frequenza a timbro metallico) da un ileo paralitico (peristalsi ridotta o silente) e l'eventuale presenza di aneurismi addominali (soffi vascolari).

Quando con verosimile certezza sono state escluse le patologie su base organica, nei pazienti che presentano colon irritabile e manifestazioni spastico-dolorose del tratto enterico distale, è appropriato l'utilizzo di otilonio bromuro (40 mg 1 cpr rivestita 2-3 volte al di) oppure mebeverina cloridrato (1 cps 200 mg 2 volte al di). Nel caso si associ una componente ansiosa, è indicato l'utilizzo di otilonio bromuro/diazepam (40 mg + 2 mg 1-3 cpr al di, preferibilmente dopo i pasti) oppure octatropina metilbromuro/diazepam (20 mg/2,5 mg 1 cpr 2-3 volte al di).

Vomito

Questo sintomo può essere legato a varie patologie, da quelle neurologiche a quelle chirurgiche, da quelle gastroenterologiche a quelle metaboliche. In questo paragrafo si vuole dare un orientamento generale nella diagnosi differenziale del vomito e si rimanda, per la definizione delle singole patologie, agli specifici paragrafi.

Gli elementi che ci aiutano nella diagnosi sono:

- **La storia clinica:** bisogna chiedere al paziente se è stato sottoposto precedentemente ad interventi chirurgici (briglie aderenziali), se è portatore di ernie o laparoceli (intasamento, strozzamento), se in passato ha avuto ulcere peptiche (possibile presenza di

stenosi pilorica), se è portatore di litiasi biliare; se è affetto da patologie dismetaboliche (diabete, uremia) o endocrine (alterazioni tiroidee, M. di Addison); se ha avuto traumi recenti. È, inoltre, importante conoscere la terapia che il paziente assume per escludere un vomito provocato da farmaci potenzialmente emetizzanti (digitale, aminofillina, FANS, oppioidi, antibiotici, chemioterapici, ecc.).

- **Le caratteristiche del vomito:** a seconda del materiale espulso il vomito può essere acquoso (succhi gastrici, saliva), alimentare, biliare (il protrarsi del vomito determina sempre reflusso nello stomaco di materiale dal duodeno e quindi la presenza di bile non significa sempre occlusione intestinale), emorragico (è importante distinguere la presenza di tracce di sangue dall'ematemesi franca), fecaloide (tipico dell'ostruzione intestinale).
- **Le modalità di insorgenza:** preceduto da conati e senso di pienezza oppure a getto improvviso (ipertensione endocranica).
- **La correlazione temporale fra vomito ed alimentazione:** il vomito che si verifica prevalentemente al mattino è tipico della gravidanza, in corso di uremia o della gastrite alcolica. Il vomito che compare durante o poco dopo il pasto può suggerire una causa psicogena o un'ulcera peptica con spasmo del piloro. Il vomito post-prandiale comporta l'espulsione di grandi quantità di cibo indigerito, indica spesso ritenzione gastrica (per stenosi pilorica, alterazioni della motilità gastrica e/o intestinale) o colecistopatie.
- **Eventuali sintomi associati:** vertigini e acufeni indicano la possibilità che si tratti di labirintite o Sindrome di Ménière; una lunga storia di vomito con calo ponderale scarso suggerisce un vomito psicogeno, ma potrebbe essere suggestivo di una neoplasia gastrica. La concomitante presenza di diarrea, mialgie, cefalea o di febbre depone per una gastroenterite acuta o per un'intossicazione endogena o esogena. La cefalea si può associare al vomito quando si tratta di un'emicrania o di un aumento della pressione intracranica: **non trascurate pertanto di ricercare i segni meningei.** Il dolore addominale o in altra sede deve fare pensare ad una occlusione intestinale o ad un vomito riflesso da colica renale, alla colica biliare, alla pancreatite o all'infarto miocardico acuto; la riduzione del dolore dopo il vomito è tipico dell'ulcera peptica.
- **L'esame obiettivo:** l'ispezione generale del paziente ci permette di valutare lo stato del sensorio (vomito da cause centrali o da gravi intossicazioni), la presenza di squilibri idroelettrolitici (mucose aride, irritabilità, astenia, segni neurologici, ipotensione, tachicardia) o di alterazioni cutanee (l'ittero depone per una litiasi della via biliare o una epatite). L'esame dell'addome permette invece di valutarne la distensione, la presenza di ernie, la dolorabilità, il timpanismo e la peristalsi (assente nell'ileo paralitico, vivace e con timbro metallico nell'occlusione meccanica), tutti segni fondamentali per riconoscere o per escludere una occlusione intestinale.

In questi casi dovrete decidere, secondo le condizioni oggettive del paziente, come comportarvi: se si sospetta una occlusione intestinale, una grave patologia metabolica, una intossicazione o ci sono segni di severa disidratazione è necessario ricoverare il paziente, mentre se queste evenienze sono escluse, con ragionevole sicurezza, si possono somministrare farmaci antiemetici come:

1. Domperidone 10 mg 1 cpr orosolubile (controindicato per bambini con meno di 12 anni).
2. Metoclopramide 10 mg 1 f im, e.v. (indicato nei bambini da 1 a 18 anni solo per la prevenzione di nausea e vomito ritardati indotti da chemioterapia e per il trattamento di nausea e vomito postoperatori). Si ricorda che la Metoclopramide è controindicata tra l'altro nei pazienti affetti da glaucoma, epilessia e m. di Parkinson.

Sarà sempre consigliabile, inoltre, un periodo di qualche ora di digiuno e poi, quando il paziente sente di nuovo il desiderio di alimentarsi, una dieta atta ad assorbire l'eccesso di secrezione gastrica: pane, biscotti, patate con pasti piccoli e frequenti, a ridotto contenuto

di grassi, evitando fibre non digeribili e bevande gassate. Si consiglia infine l'assunzione di liquidi zuccherati in piccole dosi. Ricordate in caso di contatto con tossici (agricoli, industriali o veleno per topi) è consigliabile inviare ai Colleghi la confezione originale del prodotto.



ATTENZIONE: L'intossicazione da tossici agricoli è soggetta a denuncia obbligatoria.

Nel bambino, specie se piccolo, il vomito può essere sintomo di molteplici affezioni. L'approccio al piccolo paziente richiede che consideriate attentamente parecchi dati anamnestici ed obiettivi:

- Fondamentale è valutare lo stato di idratazione. Nel bambino febbrile altrettanto indispensabile è ricercare i segni meningei. Nel lattante non aspettatevi una evidente risposta febbrile alle infezioni, bensì valutate sempre la tensione e la pulsatilità della fontanella bregmatica, l'eventuale diastasi delle suture craniche, lo stato soporoso o, all'opposto, l'estrema irritabilità con presenza o meno di tremori o clonie.
- Esaminate personalmente il materiale vomitato: ovviamente la presenza di bile o di sangue costituisce un segnale di pericolo.
- Nel bambino di 20-30 giorni acquista particolare interesse il ripetersi del vomito dopo quasi ogni pasto ed in misura abbondante: il piccolo piange (per la fame), si nutre voracemente, ma il suo stato di denutrizione si aggrava di giorno in giorno: sospettate la stenosi ipertrofica del piloro e ricoveratelo.
- Annusate l'odore dell'alito del bambino per la frequente alitosi acetoneica e soprattutto eseguite uno stick sulle urine per obiettivare la chetonuria.
- Palpate meticolosamente l'addome per la possibilità di un addome acuto.
- Verificate, anche nel neonato e nel lattante, la situazione dei testicoli, rammentando che la torsione del funicolo causa dolore addominale intenso e vomito e che un testicolo ectopico più facilmente va incontro a torsione.

Ricoverate sempre il paziente con vomito da cause chirurgiche, neurologiche, da sindrome adrenogenitale e quelli che, indipendentemente dall'eziologia, appaiono disidratati, con mucose orali aride e cute ipoelastica (Tabella).

Segni di allarme per una grave disidratazione sono: fontanella depressa, occhi alonati, prolabi secchi o screpolati; e, nei casi più gravi, tachicardia sproporzionata rispetto alla febbre, sopore o talora agitazione psicomotoria. Trattenete a domicilio gli altri pazienti, purché accertiate la presenza di una valida assistenza: cardine della terapia è evitare la disidratazione.



ATTENZIONE: Un bambino si disidrata più facilmente di un adulto con conseguenze pericolose per la vita; è perciò importante far intendere il problema a chi deve assistere il piccolo paziente: è utile, pertanto, far pesare il paziente, far registrare la quantità di liquidi successivamente assunta, valutare la diuresi.

È importante non forzare il bambino ad alimentarsi, soprattutto nelle prime 24 ore, piuttosto garantire un'adeguata idratazione attraverso l'utilizzo di soluzioni reidratanti (50 ml per kg nell'arco di 4 ore) (DynaMed Plus: raccomandazione forte).

Una volta che la sintomatologia sarà regredita, al bambino potranno essere offerti cibi solidi accordando la preferenza a quelli ricchi di zuccheri ed atti ad assorbire i succhi gastrici (pane e marmellata, biscotti o fette biscottate, patata lessa), ed evitando quelli ricchi di grassi. Soltanto dopo i cibi solidi si somministreranno le bevande preferite, zuccherate (sino a 5 g di saccarosio ogni 100 ml), al fine di combattere la tendenza all'acetoneica (la quale

SEGNI E SINTOMI	DISIDRATAZIONE LIEVE	DISIDRATAZIONE MEDIA	DISIDRATAZIONE GRAVE
Condizioni generali:	Vigile, irrequieto, assetato	Assetato; irrequieto o sonnolento ma irritabile iperestesico	Letargico; debole, freddo, sudato; estremità cianotiche
Lattante e bambino piccolo			Talvolta comatoso
Bambino più grande	Vigile, irrequieto, assetato	Vigile, assetato; possibile ipotensione posturale	Di solito cosciente; freddo, sudato, estremità cianotiche; crampi muscolari
Febbre	Da lieve ad elevata	Da lieve ad elevata	Elevata
Respirazione	Normale	Profonda, talora rapida	Profonda e rapida
Fontanella anteriore	Normale	Depressa	Molto depressa
Elasticità cutanea	Normale retrazione della plica cutanea	Lenta retrazione della plica cutanea	Retrazione molto lenta (>2 sec)
Occhi	Normali	Infossati	Molto infossati e alonati
Lacrime	Presenti	Assenti	Assenti
Membrane mucose	Umide	Secche	Molto secche
Pressione arteriosa sistolica	Normale	Normale o bassa	Inferiore a 90 mmHg; può essere non rilevabile
Diuresi	Normale	Ridotta; urine scure	Oligo-anuria
Diminuzione peso corporeo	5%	6-10%	>10%
Deficit di liquidi stimabile	50 ml/kg	60-100 ml/kg	>100 ml/kg

deriva appunto da carenza di zuccheri) o una soluzione reidratante (1 bustina in 200 ml d'acqua). Tali bevande saranno somministrate dapprima a cucchiaini, intervallando alcuni minuti tra un cucchiaino e l'altro, finché non si sia ragionevolmente certi che il vomito si sia placato. La limonata calda (ma non troppo), sempre a cucchiaini, è indicata; l'acqua da sola è da sconsigliarsi; il latte verrà sospeso eccetto che nei neonati in corso di allattamento.

Se l'acetonemia è già in atto, i criteri d'intervento restano fondamentalmente i medesimi. È importante sottolineare che la somministrazione di alcalinizzanti è inutile, purché al bambino vengano forniti zuccheri, anzi può diventare addirittura pericolosa (tetania) se il ripetersi del vomito causa la perdita di valenze acide, portando all'alcalosi.

Diarrea

La diarrea acuta è caratterizzata dalla comparsa di oltre 3 scariche in 24 ore di feci liquide; solitamente è di breve durata (<14 giorni) e nella maggior parte dei casi è di origine infettiva o tossica. La diarrea cronica, invece, persiste da oltre 30 giorni; in questo caso può essere l'espressione clinica di una malattia funzionale o di una patologia organica grave. Gli elementi che ci aiutano nella diagnosi sono:

- **la storia clinica:** depongono per un'eziologia infettiva o tossinfettiva la comparsa di una sintomatologia diarroica recente anche in altri membri della famiglia o di una comunità; recenti viaggi in Paesi tropicali o in via di sviluppo. L'assunzione o l'esposizione a particolari sostanze (insetticidi, funghi, metalli pesanti, tossine di origine alimentare) o farmaci (antibatterici, lassativi, FANS, teofillina, ecc.) o una recente radioterapia depongono per un'eziologia tossica. Da ricordare che qualsiasi modificazione significativa dell'alvo insorta in un soggetto di età adulta-avanzata deve far sospettare una neoplasia colica e che la diagnosi di cosiddetto "colon irritabile" deve essere sempre fatta per esclusione.

- **la modalità di insorgenza:** la diarrea che compare dopo i pasti o che è esacerbata da fattori emozionali, depone per una sindrome da colon irritabile. Se la diarrea è presente anche durante la notte, è solitamente, segno di una patologia organica. L'alternanza di stipsi e di diarrea soprattutto di diarrea mucosa suggerisce la possibilità che si tratti di una neoplasia intestinale.
- **i sintomi associati:** il dolore addominale di tipo crampiforme è sempre presente nelle malattie infiammatorie intestinali, nelle diarree ad eziologia infettiva, nella diverticolite e nella colite ischemica, se il dolore è localizzato ai quadranti addominali inferiori ed è associato a tenesmo deve suggerire un'afezione del colon o del retto. Le diarree di origine infettiva, sono, inoltre, spesso accompagnate da febbre, malessere, nausea e talvolta vomito. La presenza di febbre, mialgie e sintomi respiratori depone spesso per una virosi.
- **l'esame obiettivo:** permette di definire i quadranti addominali dolorabili alla palpazione e di localizzare eventuali masse (neoplasie). Quando, associate alla diarrea, ci sono dolorabilità addominale e resistenza localizzata, con segni di peritonismo o con notevole distensione addominale, si sospetta un addome acuto (colite ischemica, diverticolite, megacolon tossico). Utile l'esplorazione rettale per escludere la presenza di melena o di ematochezia o che si tratti di una pseudodiarrea (incontinenza, fecaloma, masse rettali).

La coesistenza di diarrea, dolore addominale crampiforme, addome trattabile faranno propendere per una enterocolite ed a questo punto la cosa più consigliabile sarebbe quella di non dare alcuna terapia e di far bere abbondanti liquidi (DynaMed Plus raccomandazione forte) (the, acqua e limone, spremute di agrumi, ecc.): in tal modo si avrà reintegrazione delle perdite senza ottenere l'effetto (indotto dagli antidiarroici) di prolungare la durata della diarrea infiammatoria quando sono presenti feci con muco e sangue, febbre o dolore addominale. Solo nel caso in cui questi sintomi non siano presenti e si possa ragionevolmente escludere una eziologia riferibile a vibrio cholerae, salmonella, ecc., *si potrà somministrare un antidiarroico del tipo:*

- Diosmectite (1 bst \times 3/die).
- Loperamide (2 mg 2 cpr subito, seguite da 1 cpr ogni scarica diarroica successiva ad un'ora dalla assunzione delle prime due capsule).



ATTENZIONE: La dose massima di questo farmaco è di 8 cpr/die; è controindicato sotto i 6 anni di età.

Se sulla diarrea prevalgono gli spasmi colici sarà opportuno somministrare antispastici, ad es. loscina butilbromuro (1-2 cpr o 1 f i.m.).

La terapia di varie forme di diarrea acuta (come ad es. la diarrea del viaggiatore e la diarrea associata a terapia antibiotica) si avvale anche dei probiotici, ossia integratori alimentari di fermenti lattici vivi, che sono in grado di ridurre la gravità e la durata della diarrea acuta infettiva, favorendo il ripristino della normale flora intestinale. Nell'*adulto* una eventuale terapia antibiotica va instaurata in caso di sintomi severi (oltre 6 scariche al giorno o persistenza del quadro oltre 72 ore senza miglioramento) o di un quadro che non migliora dopo terapia reidratante e antidiarroica ASSOCIATO ad un elevato sospetto di eziologia batterica o parassitaria (presenza di febbre o feci con sangue e sospetto di un interessamento sistemico, diarrea associata a terapia antibiotica o contratta in ambiente ospedaliero, sospetta diarrea del viaggiatore). Le indicazioni all'invio in Pronto Soccorso devono includere tutti i pazienti in cui si riscontrino:

- segni di addome acuto o diarrea sanguinolenta
- gravi condizioni di disidratazione o deperimento

- sospetta malattia infiammatoria cronica riacutizzata
- concomitante IRC (insufficienza renale cronica), scompenso cardiaco, diabete scompensato
- sintomi neurologici, sospetta intossicazione da farmaci, funghi, organofosfati.

Nel *bambino*, specie se piccolo, e nell'anziano, la diarrea (così come il vomito) può causare disidratazione e porre in pericolo la vita stessa del paziente, è quindi anche qui fondamentale valutare lo stato di idratazione secondo i criteri già esposti (DynaMed Plus raccomandazione forte).

Dati anamnestici di rilievo sono: il numero e i caratteri delle scariche, la presenza di vomito, il dolore addominale, segni di disidratazione e la febbre elevata ($>40^{\circ}\text{C}$), feci con evidente presenza di sangue, dolore addominale e sintomi da coinvolgimento del SNC inducono ciascuno per un'etiologia batterica. Il vomito e i sintomi respiratori sono associati ad un'etiologia virale. Feci semisolide con muco sanguinolento o anche solo muco con sangue, devono farvi rammentare la possibilità d'invaginazione intestinale, soprattutto se associate ad una massa nel quadrante superiore dx, vomito biliare, dolore addominale severo o localizzato, spesso improvviso, distensione addominale.

L'esame obiettivo dovrà mirare ad escludere l'addome acuto e cause infettive extraintestinali quali la polmonite, le infezioni delle vie urinarie, la meningite, l'otite media (frequente compagna della diarrea nei bambini, specie se molto piccoli). È utile ricordare che anche la dentizione può associarsi a fenomeni diarroici e febbre. Per prima cosa è importante determinare se sono presenti sintomi o segni di severa compromissione o di addome acuto. In tal caso il bambino va ricoverato nel sospetto di appendicite, invaginazione intestinale o megacolon tossico. La diarrea acuta può essere espressione di sindrome uremico-emolitica o sepsi da *Salmonella*, infezione da *C. difficile*, intossicazione da organofosfati. La sovralimentazione può causare diarrea nei bambini tra i 6 ei 12 mesi di vita, per un introito eccessivo di latte formulato. Un elevato consumo di succhi di frutta o di sorbitolo può causare diarrea funzionale nei bambini più grandi. Per quanto riguarda la terapia tenere conto di:

- stato di idratazione;
- ipotesi eziologica ed età del bambino;
- presenza o meno di vomito.

Il pericolo di disidratazione è tanto più imminente quanto più piccolo è il paziente, quando si hanno scariche numerose, quando è presente anche il vomito. Prenderete inoltre la decisione di ricoverare il bambino non soltanto in considerazione della obiettività, ma anche in base alle capacità di collaborazione di chi lo assiste. Poiché la diarrea è un fenomeno per lo più autolimitante, è in realtà sufficiente compensare le perdite idroelettrolitiche affinché l'affezione si risolva spontaneamente nella quasi totalità dei casi. È opportuno, pertanto, garantire un adeguato apporto idrico compensando ogni episodio di diarrea o vomito con 60-120 mL di soluzione reidratante per i bambini con peso corporeo <10 kg e con 120-240 mL per i bambini con peso corporeo >10 kg. Dal punto di vista dietetico non è raccomandato sospendere gli alimenti che contengono lattosio, mentre si consiglia di evitare bevande ad elevato contenuto di zuccheri. Nel neonato, se allattato al seno, continuare ad allattare ad ogni richiesta; in caso di allattamento con latte formulato, continuare come d'abitudine, almeno ogni 3 ore (DynaMed Plus: raccomandazione forte).

La terapia antibiotica va riservata nei casi di diarrea sanguinolenta e:

- bambini con <3 mesi di vita
- sospetta Shighella
- sospetto clinico di sepsi.

Va instaurata una terapia antibiotica anche nei casi di diarrea acquosa e nei bambini immunocompromessi, con diarrea acquosa o sanguinolenta.

La frequente sovrapposizione micotica, denunciata dalla presenza di papule eritematose, va trattata con Bifonazolo (crema). Va anche ricercato un mughetto orale; in questo caso è opportuno trattarlo con Miconazolo (gel orale).



ATTENZIONE: Nel bambino piccolo, alla diarrea frequentemente si associa eritema della regione perigenitale; pertanto di fronte alla inevitabile domanda materna, consigliate di:

- Aumentare la frequenza nel cambio dei pannolini e nella pulizia della cute
- Permettere alla cute di rimanere almeno alcune ore al giorno a diretto contatto con l'aria
- Detergere la cute con acqua calda e piccole quantità di sapone a pH fisiologico
- Applicare creme barriera, associando creme di corticosteroidi nelle forme severe o con antimicotici nelle forme con sovrainfezione da *Candida*.

L'emissione di feci mucosanguinolente nell'adulto/anziano, specie se accompagnata da dolore addominale e/o febbre, deve sempre far pensare alla possibilità di una riacutizzazione di malattia infiammatoria intestinale (morbo di Crohn o rettocolite ulcerosa).

Non infrequente, specie nell'anziano, è una diarrea cronica legata a sindrome da malassorbimento; quest'ultima è caratterizzata da insufficiente assorbimento di grassi, vitamine, proteine, carboidrati, elettroliti, sali minerali e acqua. Il sintomo più comune è la diarrea cronica, generalmente associata a steatorrea; di conseguenza, il paziente con sindrome da malassorbimento presenterà spesso feci abbondanti, voluminose, giallastre, maleodoranti; sono in genere presenti malnutrizione e dimagrimento.

Ematemesi

Posta diagnosi differenziale rispetto all'emottisi (cfr p. 151), in tutti i casi di ematemesi sarà necessario il ricovero urgente. Sul piano operativo:

1. Valutate parametri vitali ed emodinamici (DynaMed Plus raccomandazione forte)
2. Incannulate una vena e infondete Fisiologica, oppure, se disponibile plasma-expander (Poligelina) (DynaMed Plus: raccomandazione forte).
3. Preavvisate telefonicamente i Colleghi del Pronto Soccorso più vicino.

Cercate poi di stabilire se l'ematemesi sia più probabilmente da malattie peptiche o da varici esofagee.

	ULCERA PEPTICA	VARICI ESOFAGEE
Anamnesi	Brucciore e dolore epigastrico, storia di infezione da <i>Helicobacter pylori</i> , tabagismo, uso di FANS	Patologia epatica e/o etilismo
Elementi dall'e.o.	Dolorabilità epigastrica	Epatosplenomegalia, circoli collaterali porto-cavali, ittero, ascite

In caso di emorragia da *varici esofagee* la situazione può essere drammatica per il concreto rischio che il Paziente muoia dissanguato. Pertanto:

4. Praticate, se disponibile, Terlipressina [(f da 0,5 mg) 4 f pari a 2 mg e.v. lenta (4 ore)]; (AASLD/ACG Classe I, livello A)

5. Controllate la P.A.

In caso invece di sanguinamento verosimilmente da malattia peptica può essere utile:

- Esomeprazolo f (2 f da 40 mg diluite in 100 ml di fisiologica, iniettate e.v. (30 minuti) (ICUGB Grado 1B).

Melena

Il ricovero è sempre necessario; l'urgenza va valutata in base all'entità del sanguinamento, tuttavia è bene non perdere troppo tempo perché, soprattutto nelle emorragie alte, l'emissione di limitata quantità di sangue digerito non è sinonimo di emorragia modesta.

Pirosi gastrica (da gastrite/gastroduodenite/ulcera peptica)

La generica diagnosi di "gastrite" o "gastroduodenite" deve essere posta solo dopo una razionale esclusione di altre patologie più serie. A questo punto, essendo sicuri che il dolore epigastrico sia solo un classico "bruciore di stomaco", e non nasconda in realtà una patologia miocardica, pericardica, pancreatica o biliare, sarà lecito somministrare inibitori di pompa protonica (PPI) come (AGA Grado A):

- Esomeprazolo (40-20 mg 1 cpr al dì).
- Lansoprazolo (cpr 15-30 mg × 1/die).
- Omeprazolo (cpr 20 mg × 1/die)

oppure:

- Ranitidina (cpr effervescenti, 1 cpr da 150 mg × 2/die).
- Magnesio idrossido/algedrato sciroppo, da 2 a 4 cucchiaini o 1-2 bustine di sospensione orale 4 volte al dì o 2 compresse ogni 4-6 ore e/o:
 - Magaldrato anidro (1 bust × 4/die).
 - Sucralfato (1 bust da 2 g 2 volte al dì).

Si ricorda che la prescrizione di Ranitidina, Roxatidina, Famotidina, Nizatidina, Cimetidina, Omeprazolo, Lansoprazolo, Pantoprazolo, Esomeprazolo, Rabeprazolo per pirosi gastrica può avvenire solo in fascia C in quanto la rimborsabilità di tali farmaci è limitata dalla nota 48 (ulcera duodenale o gastrica, malattia da reflusso gastroesofageo, sindrome di Zollinger-Ellison). La nota 1 per Misoprostolo, Esomeprazolo, Lansoprazolo, Omeprazolo, Pantoprazolo, Rabeprazolo invece permette la possibilità di prescrivere in regime di rimborsabilità SSN per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio:

- storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
- concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
- età avanzata.

Sarà opportuno inoltre consigliare al paziente di rivolgersi al proprio Medico Curante per l'esecuzione di accertamenti atti ad escludere la presenza di patologie organiche (ernia iatale, ulcera peptica, ecc.). Dovete ricordargli di non assumere farmaci gastrolesivi, alcolici, cibi stimolanti la secrezione cloridro-peptica (carne e brodo di carne, caffè, spezie, ecc.) e di evitare il fumo e le situazioni emotivamente stressanti.

Esofagite da reflusso

In presenza di un soggetto che accusi: pirosi, eruttazione, disfagia, dolore retrosternale, deve essere tenuta presente anche la diagnosi di reflusso del contenuto gastrico da incontinenza dello sfintere esofageo inferiore (LES). Di solito i sintomi sono accentuati dall'aumento della tensione addominale (clinostatismo post-prandiale, stipsi, sovrappeso) e da fattori che riducono il tono del LES (fumo, alcol, caffeina). Una volta escluse altre importanti

patologie toraco-addominali (è bene porre particolare attenzione ad una sintomatologia simil-dispeptica in un paziente diabetico in quanto può essere sintomo di un'ischemia cardiaca in atto) si può istituire una terapia a base di:

1. Inibitori di pompa protonica (AGA Grado A) quali: Esomeprazolo (40 mg/die) oppure Lansoprazolo (30 mg/die) oppure Omeprazolo (20 mg/die) oppure Pantoprazolo (20 mg/die).
2. Ranitidina (1 cpr da 150 mg ogni 12 ore. In casi di esofagite moderata-severa la posologia può essere aumentata fino a 600 mg/die).
3. Clebopride (1 cpr 3 volte al giorno); Levosulpiride (15 mg 1 cpr × 3 volte al giorno).

Appendicite acuta

È frequente nell'adolescente e nel giovane adulto, ma non disdegna alcuna età in assoluto; la sede del dolore è, in genere, dapprima periombelicale, si sposta poi in fossa iliaca destra o al fianco destro con possibile irradiazione alla regione inguino-crurale sino al pube, specie nella appendicite pelvica.



ATTENZIONE: Nei casi di appendicite retrocecale il dolore può iniziare in ipocondrio destro e simulare una colica epatica, ma può essere localizzato anche in sede costo-vertebrale e, nell'uomo, a livello del testicolo destro.

Nausea, vomito e anoressia sono frequenti all'esordio; può aversi anche una diarrea iniziale spesso seguita da progressiva chiusura dell'alvo. La temperatura cutanea può apparire normale o poco elevata (38°C) nelle fasi iniziali, mentre aumenta con la progressione del quadro infiammatorio. La palpazione dell'addome evocherà viva dolorabilità in fossa iliaca destra con eventuale resistenza muscolare.

La manovra di Blumberg e il colpo di tosse potranno rafforzare la vostra ipotesi diagnostica nei casi un po' dubbi; data invece la variabilità individuale della localizzazione dell'appendice (retrocecale, retroileale, ecc.), non è determinante volere individuare punti elettivi precisi, come quello di McBurney. Se il quadro è così chiaro, nel paziente di sesso maschile la diagnosi di appendicite acuta può dirsi fatta. Nella donna invece sussiste la possibilità che una patologia annessiale destra o anche una emorragia da deiscenza follicolare in fase ovulatoria, in genere di piccola entità, simuli un quadro simil-appendicite, oppure può insorgere emoperitoneo da corpo luteo sanguinante in fase post-ovulatoria, cosicché dovrete sempre ritenervi meno sicuri della vostra diagnosi (v. Ginecologia).

Nel bambino egualmente possono incontrarsi maggiori difficoltà diagnostiche. Il dolore, anche dell'appendicite, è quasi sempre riferito alla regione epigastrica e periombelicale. Se il bambino collabora, alcune manovre possono aiutare a precisare la sede del dolore o ad evocare almeno il dolore del peritonismo attraverso colpi di tosse o salti su un piede:

- in corso di appendicite acuta, è possibile che le manovre effettuate a sinistra, elevando la pressione all'interno dell'intestino crasso, evochino dolore a destra;
- Blumberg come nell'adulto.

L'esplorazione rettale nel bambino non è necessaria per porre diagnosi nel sospetto di appendicite; può essere utile nei casi dubbi se eseguita da un esaminatore esperto.



ATTENZIONE: La presenza di diarrea, come già detto, non esclude la diagnosi di appendicite acuta specie nel bambino.

Occlusione intestinale

Il paziente (più spesso anziano) vi chiamerà lamentando dolore addominale, mancata evacuazione da un tempo variabile da alcune ore a molti giorni e/o nausea e vomito,

alimentare o anche soltanto biliare. Il dolore addominale è caratteristico e predominante nell'*ileo meccanico*: si tratta di un dolore peristaltico, di tipo colico, cioè inizia e raggiunge un acme per intensità e frequenza, quindi si affievolisce, per poi riprendere, essendo le crisi subentranti in rapporto con le contrazioni peristaltiche.

Spesso è localizzato, giacché viene avvertito nella zona a monte dell'ostacolo. Il dolore è invece meno intenso, diffuso, di tipo gravativo, o può anche mancare del tutto nell'ileo paralitico; predominano allora la distensione addominale e la chiusura dell'alvo a feci e gas, la nausea e il vomito.



ATTENZIONE: La distensione addominale può essere limitata o in rari casi assente nelle ostruzioni alte, che provocano però vomito intenso; quest'ultimo si ripresenta ogni qual volta il paziente cerchi di alimentarsi. Il vomito può all'opposto mancare nelle ostruzioni distali, come quelle del colon.

Un caso particolare ed ingannevole di sindrome oclusiva è rappresentato dal volvolo, generalmente a carico dell'ileo o del sigma, specie in presenza di dolicosigma. In entrambe le sedi può manifestarsi un quadro clinico intermittente, in cui scariche diarroiche, talora muco-sanguinolente in caso di sofferenza vascolare del viscere, si alternano a fasi di occlusione completa, caratterizzate da accentuazione del dolore e da distensione addominale. Il dolore può essere assente nei pazienti più anziani o con disturbi neurologici. Il sospetto diagnostico deve sempre condurre al ricovero urgente, per il rischio di necrosi dell'ansa coinvolta nel volvolo e per la conseguente peritonite.



ATTENZIONE: Di fronte ad un quadro clinico di occlusione intestinale, specie nel soggetto anziano ed allettato, bisogna considerare la possibilità di un fecaloma che può generare anche una contemporanea ritenzione urinaria acuta con globo vescicale. Risalite anamnesticamente all'ultima evacuazione e chiedete se il paziente soffre di prostaticismo. Per la diagnosi differenziale è necessaria l'esplorazione rettale, se si apprezzerà la presenza di un fecaloma nell'ampolla si potrà evitare al paziente il ricovero e risolvere il tutto con una rettoclisi.

Un'altra possibile causa di occlusione intestinale è una neoplasia, per cui alla palpazione dell'addome, potrebbe talora essere rilevabile una massa. L'occlusione intestinale può aversi anche nel bambino, in genere causata da invaginazione intestinale. Si tratta di una patologia spesso subdola, ma piuttosto frequente, che predilige il bambino piccolo dal 5° al 9° mese e che può essere diagnosticata soltanto valutando accuratamente ogni sintomo e segno. In primo luogo, dovete valorizzare al massimo l'anamnesi della crisi che facilmente si manifesta con: pianto, vomito, pallore, progressiva distensione addominale, massa addominale palpabile, di solito al quadrante superiore destro, alterazioni dello stato mentale con irritabilità, letargia, apatia e ridotta responsività; ma soprattutto la sintomatologia dolorosa è tipicamente ripetitiva, presentandosi ad intervalli pressoché regolari, inframezzati da periodi di apparente benessere (ogni 10-15 minuti). Se il bambino ha emesso feci, esaminatelo (od ottenete almeno una esauriente descrizione); sono di solito striate di sangue o commiste a muco rosato, appunto perché contenenti sangue.

Non dimenticate mai che un bambino si disidrata tanto più celermente, quanto più è piccolo; se siete lontani dai presidi ospedalieri ed il bambino vi appare in condizioni precarie, cercate di predisporre una vena con una infusione di fisiologica. L'occlusione intestinale può anche rappresentare la complicità di interventi addominali recenti o pregressi, anche di semplici appendicectomie, a causa della possibile formazione di briglie aderenziali, che provocano strangolamento di qualche ansa. In presenza di dolore addominale acuto il dato di un intervento addominale recente o pregresso dev'essere quindi valorizzato per l'eventualità di una occlusione intestinale.

Infarto intestinale

Questa gravissima patologia, frequentemente mortale entro poche ore, spesso a dispetto della terapia anche più eroica, va sospettata di fronte a quadri subocclusivi od occlusivi in pazienti con claudicatio abdominis o con cardiopatie embolizzanti o con vasculopatie diffuse; la chiusura dell'alvo può essere preceduta da scariche diarroiche, talvolta emorragiche, ed accompagnata da segni di peritonismo e da grave compromissione dello stato generale. È implicita la necessità di ricovero urgente in reparto chirurgico. Una forma di sofferenza vascolare intestinale di tipo subacuto o cronico è invece data dalla *colite ischemica*: apparentemente poco difforme da altri quadri flogistici aspecifici del grosso intestino, se ne distingue tuttavia per la frequente componente ematica, non grossolana, nelle scariche diarroiche che accompagnano il quadro doloroso. Trattandosi comunque di una patologia non propriamente acuta, la soluzione migliore è probabilmente quella di sensibilizzare il paziente all'esecuzione degli opportuni accertamenti endoscopici e radiologici.

Perforazione di un viscere addominale

È un quadro di variabile eziopatogenesi e sede, che inevitabilmente sfocia in una peritonite inizialmente saccata o già primitivamente diffusa. Le evenienze più frequenti sono le perforazioni di ulcere gastriche e duodenali che causano rapidamente un quadro peritonitico diffuso. Inizialmente la dolorabilità è epigastrica e/o mesogastrica; l'esordio è iperacuto, con dolore a pugnolata; nell'anamnesi andranno valorizzati precedenti ulcerosi, nonché l'eventuale recente trattamento con farmaci (cortisonici, antiflogistici non steroidei). I caratteri obiettivi sono quelli già descritti per la peritonite, ma un ruolo predominante nella diagnosi è svolto dal riscontro della scomparsa dell'area di ottusità epatica (per il passaggio di aria in cavità addominale). Se alla perforazione si accompagna una emorragia abbondante (più frequente nell'ulcera duodenale), il quadro clinico può anche essere dominato dai segni dell'incipiente shock (tachicardia, ipotensione, pallore, sudorazione).

Altra possibile perforazione è quella di *diverticoli colici*, che può insorgere in pazienti con stipsi cronica e malattia diverticolare già nota (in questo caso l'acutizzazione del quadro clinico è emblematica), oppure in adulti-anziani precedentemente in buona salute, i quali possono tuttavia riferire occasionali e sfumati episodi di dolori addominali, più spesso in fossa iliaca sinistra, magari accompagnati da turbe dell'alvo.

In entrambi i casi, i segni di peritonite possono restare localizzati anche molto a lungo, per la possibile preesistenza di aderenze infiammatorie e saccature, e il riscontro percussorio della scomparsa dell'ottusità epatica può seguire tardivamente o mancare del tutto. In ogni caso, nel sospetto di perforazione, il ricovero va predisposto con la massima celerità; nell'attesa agite somministrando:

1. Flebo di fisiologica e.v. rapida
Monitorate i parametri clinici (P.A., F.C., ecc.).

Ernie strozzate

I casi possono ridursi essenzialmente a due:

- il paziente è a conoscenza di essere affetto da un'ernia e attualmente riferisce aggravamento acuto della precedente sintomatologia, riferibile a strozzamento: dolore, aumento volumetrico della tumefazione, irriducibilità, tensione, arrossamento, calore della cute soprastante;
- il paziente ignora di essere portatore di ernia e si rivolge per la prima volta al Medico accusando i medesimi sintomi locali e generali. In questa seconda circostanza occorre fare molta attenzione, specie nella donna adulta-anziana, ove piccole ernie crurali

possono manifestarsi per la prima volta ed in pieno benessere con lo strozzamento. Ovviamente, un quadro riferibile ad ileo meccanico può accompagnare fin dall'inizio i sintomi locali, oppure insorgere tardivamente (es. per complicanze vascolari a livello di un'ansa pinzata) oppure mancare completamente qualora nell'ernia sia impegnato soltanto l'omento o ad es. la vescica.

In ogni caso il riscontro di tumefazione erniaria (in genere inguinale o crurale, ma anche ombelicale) tesa, dolente, non più riducibile, anche in assenza di segni generali dovrà indirizzare verso il ricovero in reparto chirurgico. Tale ricovero sarà ovviamente urgente nei casi in cui siano presenti sintomi generali (distensione addominale, dolori peristaltici, chiusura dell'alvo, vomito...): un ritardo anche di poche ore può causare necrosi del viscere strozzato!

Nell'attesa del ricovero, è utile somministrare analgesici con azione esclusivamente antidolorifica e non antinfiammatoria e spasmolitica per evitare che il quadro clinico possa essere mascherato. È utile ricordare che lo strozzamento erniario è una patologia che può verificarsi anche in età pediatrica.

Pancreatite acuta

È un quadro particolarmente grave che presenta una elevatissima mortalità; è perciò necessario un ricovero immediato, qualora esistano discreti sospetti in tal senso. Può rafforzare questa ipotesi diagnostica la presenza di litiasi biliare (circa il 45% dei casi di pancreatite acuta si manifesta in questo tipo di pazienti), di diabete, di obesità e l'abitudine all'abuso di alcolici.

L'elemento clinico di maggior rilievo è costituito dal dolore: violento, ad esordio rapido, che raggiunge la massima intensità in epigastrio, talvolta anche in mesogastrio e/o nell'ipocondrio sinistro, irradiato a sbarra, grosso modo allo stesso livello anche dorsalmente. In fase iniziale il quadro può simulare un infarto del miocardio o un'ulcera perforata, in questo caso mancano però i segni di aria libera in peritoneo; inoltre pur essendo il dolore di per sé grave, accentuato dalla compressione, manca a lungo la reazione peritoneale ed il Blumberg permane negativo; precoce e frequente è invece il vomito gastrico e/o biliare. In alcuni casi si può avere febbre.

Trattandosi di una reale emergenza medica, talora fatale, il paziente con sospetta pancreatite acuta deve essere immediatamente ospedalizzato.

Pancreatite cronica

Potreste essere chiamati da soggetti che lamentano quadri recidivanti di dolore addominale con le stesse caratteristiche della forma acuta, sintomi da malassorbimento con feci steatosiche e talora diabete mellito. Si tratta di una condizione solitamente associata a etilismo cronico o a tabagismo, ma in alcuni casi può manifestarsi anche in soggetti che non fanno uso di alcolici, ad es. pazienti con litiasi biliare cronica, fibrosi cistica o sottoposti a terapia prolungata con acido valproico, estrogeni, corticosteroidi. Non essendo, ovviamente, un quadro gestibile in Continuità Assistenziale, nel caso di un sospetto diagnostico fondato il paziente va trattato con analgesici (HaPanEU/UEG Grado 1B) (evitando i FANS) e inviato presso consulenza specialistica.

Litiasi biliare, colecistite acuta, colangite

Il sospetto diagnostico di colica biliare è giustificato a fronte di un quadro clinico caratterizzato da:

- dolore acuto di tipo spastico o gravativo in epigastrio e ipocondrio destro con irradiazioni dolorose alla spalla destra e/o al collo;

Quadri clinici del dolore addominale acuto

PRESENTAZIONE CLINICA	DIAGNOSI D'ORGANO
Dolore in ipocondrio destro con irradiazione posteriore ed alla spalla. Peritonismo nella stessa regione. Febbre. Eventualmente, colecisti palpabile per idrope.	<i>Colecistite acuta (diagnosi diff. appendicite retroceale)</i>
Dolore in ipocondrio destro con irradiazione posteriore ed alla spalla. Non peritonismo.	<i>Colica biliare</i>
Dolore in ipocondrio destro-epigastrico con irradiazione posteriore ed a "sbarra". Peritonismo ai quadranti superiori. Febbre. Vomito. Shock.	<i>Pancreatite acuta</i>
Dolore vago periombelicale che poi aumenta e si localizza in fossa iliaca destra . Peritonismo in fossa iliaca destra . Febbre. Vomito. Alvo chiuso, a volte diarrea.	<i>Appendicite acuta</i>
Dolore in fossa iliaca destra o sinistra. Scarso peritonismo nella stessa regione. Non scadimento delle condizioni generali.	<i>Cisti ovarica con torsione del peduncolo, follicolite</i>
Dolore ai quadranti inferiori . Peritonismo negli stessi quadranti. Shock. Anamnesi mestruale positiva.	<i>Gravidanza extrauterina</i>
Dolore improvviso trafittivo in epigastrico-ipocondrio destro . Peritonismo ai quadranti superiori.	<i>Ulcera gastrica o duodenale perforata</i>
Dolore in meso-epigastrico con irradiazione posteriore. Addome scarsamente trattabile. Massa addominale pulsante. Scomparsa dei polsi periferici. Shock.	<i>Aneurisma dell'aorta addominale in rottura</i>
Dolore in meso-epigastrico , a volte intermittente. Scarso peritonismo. Scadimento grave delle condizioni generali. A volte, vomito e diarrea sanguigna.	<i>Infarto intestinale</i>
Dolore crampiforme intermittente in meso-ipogastrico o diffuso. Iperperistalsi, in fase iniziale. Alvo chiuso a feci e gas. Vomito. Distensione meteorica addominale.	<i>Occlusione intestinale</i>
Dolore crampiforme in meso-ipogastrico o diffuso. Diarrea.	<i>Enterocolite</i>
Dolore in fossa iliaca sinistra . Peritonismo nella stessa regione. Febbre. Alvo chiuso.	<i>Diverticolite</i>

- anamnesi positiva per recenti intemperanze alimentari (pasti abbondanti, ricchi di grassi, ecc.);
- nausea, sudorazione e vomito alimentare, gastrico o biliare;
- spiccata dolorabilità alla palpazione del punto colecistico;
- applicando pressione sul punto colecistico e chiedendo al paziente di inspirare profondamente, questi a causa del dolore interrompe l'inspirazione (manovra di Murphy positiva).

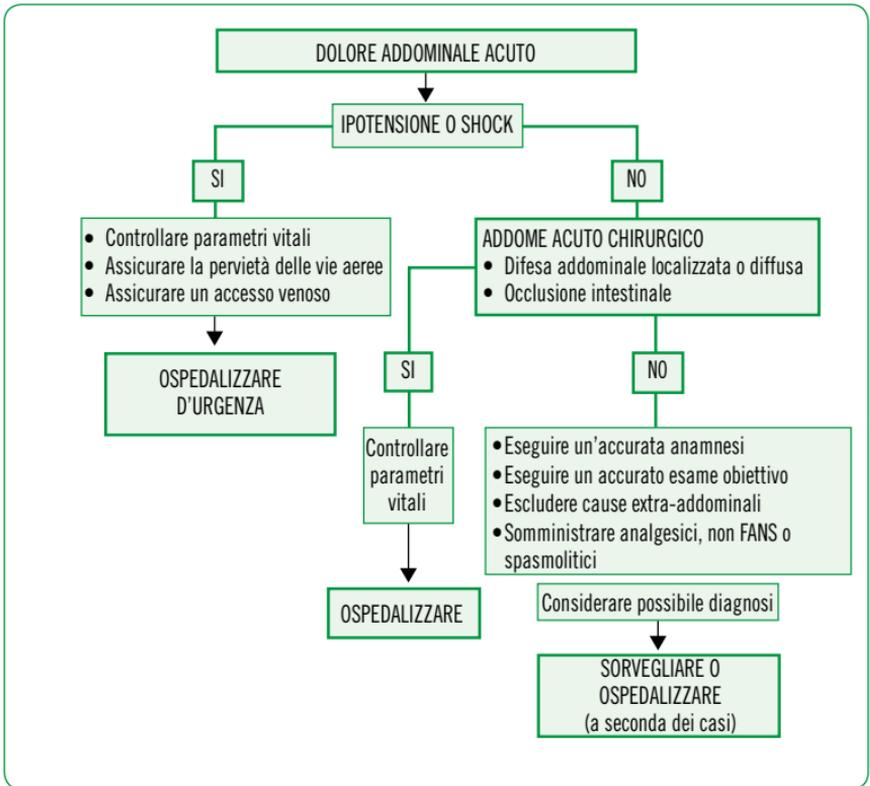
In tal caso è opportuno somministrare:

1. Ioscina butilbromuro 1 f i.m.

Se la sintomatologia comprende, oltre alla componente spastica, anche un dolore subcontinuo, si può associare un analgesico non narcotico come:

2. Diclofenac 1 f i.m. (DynaMed Plus: raccomandazione forte)

Superata la crisi dolorosa non dimenticate di consigliare sempre al paziente di prendere contatto con il proprio Medico Curante per effettuare accertamenti ecografici. Qualora però ai sintomi sopra citati si associno: febbre specie se con brivido, subittero od ittero franco, sudorazione, compromissione delle condizioni generali, vomito alimentare e biliare, sarà doveroso sospettare una colecistite acuta o una colangite o addirittura un calcolo incuneato nel coledoco.



Queste condizioni costituiscono indicazioni per il ricovero. In situazioni con sintomatologia più sfumata o in pazienti con riacutizzazioni di sintomatologie croniche già ben definite, si può somministrare:

1. Ceftazidima (1 gr 1 f × 3/die).
2. Ceftriaxone (f 1 gr 1 f × 2/die).

Stipsi cronica semplice

Pur non configurando un quadro in cui è ragionevole chiamare il Medico di Continuità Assistenziale, talvolta qualche “bizzarro” soggetto potrebbe attivare la chiamata per questo problema; non cedete alla tentazione di rispondere come la situazione meriterebbe, ma nei pazienti con stipsi cronica semplice (in cui sia stata precedentemente esclusa con certezza ogni causa organica alla base del disturbo) possono essere utili una serie di consigli igienico-dietetici, come aumentare la massa fecale con scorie e fibre solubili vegetali (ad es. pasta e pane integrali, patate, carote, verdure, fagiolini), idratare la massa fecale bevendo “fuori pasto” (ad es. acqua naturale, spremute), assumere senza eccedere grassi (ad es. formaggi fermentati magri, latte scremato) e proteine (ad es. carne magra alla griglia, arrosto o bollita), regolare la flora batterica con yogurt magri o fermenti lattici, assumere olio di oliva crudo (azione lubrificante).

Emorroidi

Le circostanze urgenti che possono riguardare il Medico di Continuità Assistenziale sono la trombizzazione, che determina un importante quadro doloroso, e le emorragie anomale per quantità e durata. Ispezionate innanzitutto la regione anale con un guanto a perdere.

Nel caso di un gavocciolo venoso esterno e strozzato dallo spasmo dello sfintere è bene tentare di riposizionare il tutto in ampolla rettale previo massaggio dello sfintere. Nel caso di una trombo di un gavocciolo venoso è bene far eseguire dei semicupi con acqua per lenire il dolore ed evitare lo spasmo dello sfintere, poi si potrà consigliare l'applicazione topica di:

1. Fluocinolone/Ketocaina oppure Tetracaina/Escina pomata, dopo ogni defecazione;
2. Lidocaina pomata, se il dolore è insopportabile.

Nel caso di gavoccioli venosi ulcerati e sanguinanti, tamponate con una garza arrotolata e consigliate una visita chirurgica urgente. Consigliate inoltre astensione da cibi piccanti e dagli alcolici. Poiché questi pazienti sono spesso stitici cronici, per cui feci dure vengono emesse con notevole sforzo e sofferenza, sarà indicata una dieta (ASCRS Grado 1B) con abbondante idratazione (almeno 2 litri di acqua/die), ricca di fibre vegetali (verdure cotte e crude, frutta mangiata con la buccia, pane integrale, crusca mescolata al latte del mattino) e l'uso di:

1. Psyllium 1-2 bust/die;
2. Lattulosio 2 cucchiaini/die.

Può essere inoltre consigliata la terapia con flebotonici, ad es. frazione flavonoica purificata micronizzata (1 cpr \times 2/die), da somministrare per almeno 2 mesi.



Perdite ematiche vaginali

Tra le principali problematiche di tipo ginecologico che vi capiteranno durante la Continuità Assistenziale vi sono: le perdite ematiche dai genitali e le algie pelviche acute (dolori più o meno intensi localizzati ai quadranti addominali inferiori). Bisogna innanzitutto, nella donna in età fertile, capire se è gravida o meno, in quanto le cause del sanguinamento e del dolore e le relative terapie sono differenti nei due casi. Ricordatevi di farvi dire la data dell'ultima mestruazione e di considerare come gravida qualsiasi donna che, avendo cicli normali (di 28-30 giorni), presenti un ritardo mestruale anche di soli 4-5 giorni.

In ogni caso misurate la pressione arteriosa, prendete il polso e la frequenza cardiaca; ciò diventa imperativo di fronte a perdite ematiche di notevole entità.

Perdite ematiche al di fuori della gravidanza

Nella diagnosi differenziale dovete considerare:

- a) lesioni traumatiche (rapporto sessuale, abuso sessuale, corpi estranei, trauma pelvico,...);
- b) infezioni sessualmente trasmissibili;
- c) sanguinamento da polipi cervicali, polipi endometriali o fibromi;
- d) endometrite post-partum o post-abortiva (tale evenienza può capitare ad una donna che abbia subito un raschiamento e che, dopo un intervallo di qualche giorno, cominci a sanguinare; spesso è presente febbre e le perdite ematiche sono associate a materiale purulento e malodorante);
- e) carcinoma della vulva, della vagina, della cervice o dell'endometrio;
- f) coagulopatie;
- g) disfunzioni ovulatorie, più frequenti in epoca perimenarcale e perimenopausale;
- i) cause iatrogene (farmaci, fumo di sigaretta, spotting intermestruale in pazienti con IUD o che assumono contraccettivi orali in modo irregolare).

Innanzitutto bisogna fare un'accurata anamnesi: escludete una possibile gravidanza in atto, chiedete se la paziente è già in menopausa o meno, se sono presenti altri sintomi, quantificate la perdita ematica (eccessiva per volume, per esempio la necessità di sostituire i tamponi ogni 1-2 ore, o per durata, se superiore a 7 giorni); informatevi sui flussi precedenti (se regolari od irregolari) e sulla data dell'ultima mestruazione; chiedete se la paziente assume farmaci (in particolare contraccettivi orali) o se è portatrice o ha da poco tempo posizionato un dispositivo anticoncezionale intrauterino (IUD o spirale). L'anamnesi vi sarà di valido aiuto nel distinguere una metrorragia (sanguinamento irregolare) da una menorragia (mestruazione eccessiva) o da una eventuale lesione traumatica.

Attraverso l'esame obiettivo è necessario rilevare i parametri vitali, evidenziare eventuali lesioni traumatiche, neoformazioni o infezioni; è importante inoltre distinguere se il sanguinamento non origina dai genitali bensì dalle vie urinarie o dal tratto intestinale, per esempio per la presenza di emorroidi sanguinanti.

Bisogna ricordare che, anche se in una piccola percentuale di casi, lo IUD può provocare una perforazione dell'utero con conseguenze molto serie. L'incidenza di perforazione uterina in donne con IUD è di circa 1/1000 e nella maggior parte dei casi questo evento si verifica al momento del posizionamento piuttosto che per una dislocazione successiva. In questo caso cercate il filo dello IUD. La sua mancanza permette di sospettare la risalita del dispositivo

intrauterino e quindi l'eventuale perforazione dell'utero, che può verificarsi anche in assenza di dolore. Quindi se non trovate il filo si avvia a consulenza ginecologica. Dovete sempre ospedalizzare nel caso di perdite ematiche di notevole entità, pazienti emodinamicamente instabili, traumi (in particolare per abuso sessuale) o sospetta endometrite post-abortiva o post-partum.

Terapia d'urgenza di un sanguinamento vaginale in donna non gravida

È sintomatica e si basa sull'impiego di antifibrinolitici.

Somministrare quindi:

- 1) Ac. tranexamico (1g per os per 3 /die); l'uso è controindicato in donne ad elevato rischio di trombosi).

Bisogna ricordare che i farmaci emostatici agiscono solo in assenza di alterazioni della coagulazione. Consigliate, inoltre, sempre una visita specialistica.

Sanguinamento vaginale in donna gravida

Cause nel primo trimestre: minaccia d'aborto, aborto in atto, mola vescicolare, gravidanza extrauterina, impianto, cause non ostetriche (per es. polipo della cervice, infezioni vaginali, traumi). Nel secondo e terzo trimestre: aborto, parto pretermine, placenta previa, distacco di placenta, rottura d'utero.

Il sanguinamento vaginale in gravidanza è gestito indipendentemente dall'eziologia e necessita l'ospedalizzazione urgente.



ATTENZIONE: In donna gravida (o da considerare tale) con sanguinamento vaginale, non somministrate antispastici che potrebbero favorire la dilatazione della cervice uterina ed aumentare il rischio di espulsione del prodotto del concepimento.

Diagnosi differenziale delle algie pelviche acute

Si è già parlato diffusamente in altri capitoli del dolore addominale, ma quando vi trovate di fronte ad una donna con dolore addomino-pelvico è necessario porre in diagnosi differenziale alcune patologie ginecologiche:

- a) gravidanza ectopica (in genere tubarica), aborto o altre complicanze in gravidanza;
- b) torsione o rottura di cisti ovarica, torsione di annesso uterino (tuba + ovaio) o di fibroma uterino pedunculato, necrosi di fibroma uterino;
- c) infiammazione pelvica acuta (PID);
- d) emoperitoneo da corpo luteo sanguinante;
- e) ematocolpo e/o ematometra (ritenzione di sangue mestruale o da metrorragia in vagina e/o cavità uterina per anomalie anatomiche congenite o acquisite).
- f) dismenorrea;
- g) endometrite, salpingite;
- h) endometriosi;
- i) neoplasie.

Un'attenta anamnesi mestruale è fondamentale. Anche in questo caso bisogna infatti capire, nella donna in età fertile, se è gravida o meno o se presenta un ritardo mestruale. I sintomi più frequenti della gravidanza ectopica sono il dolore addominale e il sanguinamento vaginale.

La sintomatologia è quindi identica a quella di una minaccia d'aborto. Nella gravidanza ectopica con rottura della tuba, invece, il dolore è lancinante, localizzato ad uno dei quadranti inferiori, con sviluppo di un quadro di addome acuto ed eventuale irradiazione del dolore alla spalla omolaterale.



ATTENZIONE: Nel sospetto di gravidanza ectopica dovete sempre ospedalizzare, perché la sintomatologia della rottura della tuba gravida con emoperitoneo ha tendenza ad un rapido aggravamento fino allo shock (da fattori emodinamici e da riflessi scatenati dall'irritazione peritoneale).

L'appendicite, invece, non si associa ad alcuna alterazione del ciclo, ma un suo esordio contemporaneo ad un flusso mestruale può confondere la diagnosi.

Nelle malattie infiammatorie pelviche (PID) il dolore è generalmente in sede addominale bassa, bilaterale, continuo e non è localizzato, ben apprezzabile alla pressione, proprio sopra i legamenti inguinali, e si associa a secrezioni vaginali e/o sanguinamenti intermestruali. Possono essere presenti sintomi sistemici quali febbre e brividi. Se si verifica la rottura di un ascesso tubo-ovarico con versamento peritoneale del suo contenuto il dolore è più severo ed è maggiore la dolorabilità alla palpazione.

I sintomi classici dell'appendicite invece sono il dolore addominale localizzato al quadrante inferiore destro e la zona di massima dolorabilità è rappresentata, di solito, dal punto di McBurney. Si associano, inoltre, anoressia, febbre, nausea e vomito.

Nel caso di torsione o rottura di cisti ovariche, torsione di annessi o di fibromi uterini pedunculati, necrosi di fibromi uterini, ematocolpo e/o ematometra è generalmente palpabile una massa pelvica dolente. Una rapida ospedalizzazione è sempre necessaria nel caso di presenza di massa pelvica dolente.



ATTENZIONE a non fare diagnosi di massa pelvica dolente in donna con globo vescicale da ritenzione di urina.

In alcune donne, occasionalmente, la rottura di un follicolo in periodo ovulatorio può essere accompagnata da una sintomatologia dolorosa molto intensa. Il dolore trafittivo insorge a metà tra due cicli mestruali, è monolaterale, localizzato in sede ovarica e si accentua alla palpazione. È importante che in donne fertili, teniate presente anche questa eventualità, soprattutto per evitare ricoveri impropri visto che in genere il quadro sintomatologico si risolve spontaneamente entro poche ore o al massimo un paio di giorni.

Al contrario, nel caso di emoperitoneo da corpo luteo sanguinante, il dolore insorge dopo l'ovulazione: il quadro sintomatologico non si risolve spontaneamente, bensì evolve verso un quadro di addome acuto. Ricordate infine che un quadro di addome acuto (da appendicite, ileo, pancreatite, perforazione di ulcera o altra patologia endoaddominale) può presentarsi anche in donna gravida.

Dismenorrea

Con tale termine si indica il dolore che insorge in sede pelvica e può irradiarsi in sede lombo-sacrale durante la mestruazione, con talvolta associati disturbi di carattere generale. Vi sono due tipi di dismenorrea:

a) Dismenorrea primaria, in assenza di patologie che possano giustificare tale sintomatologia.

b) Dismenorrea secondaria, quando è presente in donne con patologie che possono giustificare tali sintomi, per es. endometriosi, fibromi uterini.

Nella crisi acuta di dismenorrea primaria potete prescrivere un FANS (SOGC Grado A, Livello I):

- 1) Ibuprofene 400 o 600 mg 1 cpr per os fino a 3 volte al giorno *oppure*
- 2) Dexametoprene trometamolo (25 mg 1 cpr × 3/die) *oppure*
- 3) Diclofenac sodico (50 mg 1 cpr fino a 3 volte al giorno).

La prescrizione della pillola del giorno dopo o contraccezione di emergenza (CE)

La contraccezione di emergenza (CE) è un intervento che può essere di tipo farmacologico o non farmacologico (dispositivo intrauterino-IUD al rame).

Usata tempestivamente la CE ha lo scopo di evitare una gravidanza indesiderata dopo un rapporto sessuale non protetto o non protetto adeguatamente. Tra le indicazioni, ricordiamo in particolare che la donna è a rischio di gravidanza indesiderata se:

- ha dimenticato di assumere 1 dose di contraccettivi orali nella prima settimana
- ha dimenticato di assumere 3 o più dosi di contraccettivi orali nella seconda o terza settimana
- ha assunto in ritardo o ha dimenticato di assumere una dose di contraccettivi orali progestinici
- ha subito una violenza sessuale e non assume terapia contraccettiva (v. sotto).

È una scelta delicata sia per la Paziente che per il Medico. Potete cogliere l'occasione per lo sviluppo di azioni di prevenzione e di educazione sanitaria informando la paziente sui metodi anticoncezionali. La prescrizione può essere rilasciata solo alla donna diretta interessata.

È importante approfondire con l'anamnesi: quando è avvenuto il rapporto non protetto, la data dell'ultima mestruazione, le modalità della contraccezione inefficace, l'utilizzo di farmaci che potrebbero influenzare l'efficacia della contraccezione.

Nella figura è riportato un possibile Modulo di Consenso Informato alla CE. È indispensabile che alla valutazione segua una spiegazione esauriente delle finalità e delle possibili complicanze del trattamento chiarendo che la CE può non essere efficace nel prevenire la gravidanza, in ogni caso potete suggerire:

1) Contraccezione orale di emergenza:

a) Levonorgestrel [1 cpr per via orale in una singola somministrazione, non oltre 72 ore dopo il rapporto (FSRH Grado A)], nota alle pazienti come "pillola del giorno dopo". In seguito ad una decisione dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) pubblicata nella G.U. del 03/03/2016, questo farmaco può essere acquistato in farmacia dalle maggiorenni come medicinale senza obbligo di ricetta medica (SOP); per le donne che hanno meno di 18 anni, invece, rimane l'obbligo della prescrizione con ricetta non ripetibile, che si suggerisce di corredare con la compilazione del consenso informato in forma scritta da parte della diretta interessata. Si segnala inoltre la revisione da parte della scheda tecnica dell'AIFA della "Pillola del giorno dopo" a base di Levonorgestrel con la cancellazione della vecchia dicitura "il farmaco potrebbe anche impedire l'impianto" sostituita con "inibisce o ritarda l'ovulazione". La pillola del giorno dopo, pertanto non è considerata un abortivo, ma un contraccettivo. Tale rettifica rimuove i presupposti per l'applicazione della "clausola di coscienza", stabilita nel febbraio 2011 dal Comitato Nazionale di Bioetica.

b) L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato anche la vendita della "pillola dei 5 giorni dopo" a base di ulipristal acetato. Si tratta di un CE da assumersi entro 120 ore (5 giorni) (FSRH Grado A) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo. È in commercio come compresse da 30 mg in confezione monodose, da assumere per via orale. Secondo le vigenti normative, l'erogazione della "pillola dei 5 giorni dopo" può avvenire senza prescrizione medica per le maggiorenni e vi è stata l'abolizione dell'obbligo del test di gravidanza prima di assumere tale farmaco

CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA

Il/La sottoscritto/a Dr in servizio presso la Sede di Continuità Assistenziale di informa, come da Riferimento del Registro n° del.....
 la Sig. ra Nata a il.....

Documento C.I. P.A. n° rilasciata a il

La Sig. ra **PRECISA:**

- Di avere ricevuto esaurienti informazioni dal Medico su indicato sul significato della "pillola del giorno dopo" (contraccezione d'emergenza).
- Di essere stata informata che la "pillola del giorno dopo" (contraccezione d'emergenza) è un metodo occasionale e non deve in nessun caso sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare.
- Di essere stata dettagliatamente informata circa le modalità, gli svantaggi ed i possibili rischi generali e specifici, gli effetti collaterali, le controindicazioni immediate e tardive dell'assunzione della "pillola del giorno dopo" (contraccezione d'emergenza).
- Di essere stata informata che gli effetti collaterali che possono verificarsi sono: nausea, vomito, astenia, cefalea, dolori addominali, perdite ematiche uterine, vertigini, tensione mammaria, alterazioni del ciclo, tromboembolia.
- Di essere stata informata che anche l'assunzione corretta e tempestiva della "pillola del giorno dopo" non dà certezza assoluta dell'efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza.
- Di essere stata informata che è consigliato sottoporsi a controlli clinici ed accertamenti diagnostici tramite il medico curante successivamente o qualora insorgessero complicanze (vomito, emorragia e malessere fisico evidente).

Luogo, data Firma della Paziente

La Sig. ra **DICHIARA:**

- Di avere compreso tutto ciò che Le è stato spiegato sulla contraccezione di emergenza e di essere quindi consapevole dei rischi legati alla sua assunzione.

Luogo, data Firma della Paziente.....

Luogo, data Firma del Medico.....

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

La sottoscritta autorizza il trattamento dei propri dati personali secondo la modalità semplificata per l'informativa ed il consenso al trattamento dei dati sensibili di cui agli artt. 77-78-79-81 d.lgs. n. 196 del 30-06-03.

Luogo, data Firma della Paziente.....

per tutte le donne (maggioresenni e minorenni). La "pillola dei 5 giorni dopo" va quindi somministrata con ricetta solo alle minorenni; per le altre donne, può essere venduta senza ricetta e senza test di gravidanza.

Se il rapporto ha avuto luogo nelle ore o nei giorni che precedono l'ovulazione, il levonorgestrel e l'ulipristal acetato impediscono la fecondazione. Se invece il rapporto ha avuto luogo quando il processo che conduce all'ovulazione è già iniziato, il levonorgestrel non ha effetto, mentre l'ulipristal acetato è in grado di posticipare l'ovulazione di alcuni giorni. Se infine il processo di impianto è già iniziato (anche se da poco tempo) il farmaco non è efficace. Gli effetti collaterali più comuni sono cefalea, astenia e algie pelviche.

La contraccezione orale d'emergenza può essere utilizzata anche dalle donne che hanno controindicazioni ai contraccettivi orali tradizionali, comprese le donne con patologie cardiovascolari, emicrania, patologie epatiche o in allattamento.

- 2) **La Spirale:** che va applicata dal ginecologo entro le 72 ore successive al rapporto non protetto a scopo intercettivo.

È il metodo contraccettivo più efficace (ACOG Level A).

È controindicata in caso di:

- Infezioni degli organi genitali o forti infiammazioni del collo dell'utero
- Malformazioni dell'apparato genitale
- Tumori degli organi genitali
- Mestruazioni particolarmente abbondanti e/o dolorose.

Violenza sessuale

È possibile che in occasione di una consulenza sulla contraccezione di emergenza, una donna vi informi di essere stata vittima di violenza sessuale. In tal caso è necessario che la donna venga trasferita in ospedale, meglio se accompagnata, comunque secondo la sua volontà.

È obbligo del medico di CA denunciare all'autorità giudiziaria i reati procedibili d'ufficio di cui sia venuto a conoscenza come incaricato di Pubblico Servizio o di Pubblico Ufficiale. In particolare a tal proposito:

Delitti sessuali

- a) Violenza sessuale commessa nei confronti di minore di anni 18 (nelle donne maggiorenni la violenza sessuale è un reato a querela di parte);
- b) Violenza commessa dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia;
- c) Violenza commessa da un pubblico ufficiale o da incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- d) Violenza connessa ad altro delitto perseguibile d'ufficio;
- e) Atti sessuali compiuti su persona che non ha ancora compiuto i 10 anni;
- f) Violenza sessuale di gruppo

Delitti contro l'incolumità individuale:

- a) lesioni personali dolose
 - lievi: malattia della durata da 21 a 40 giorni;
 - gravi: malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni superiore a 40 giorni; malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa; malattia che produca un indebolimento permanente di un senso o di un organo;
 - gravissime: malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso o dell'uso di un organo, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita della capacità di procreare, difficoltà grave e permanente della favella, deformazione o sfregio permanente del viso.

(Le lesioni personali dolose lievissime, con prognosi pari o inferiore ai 20 giorni, sono perseguibili a querela di parte a meno che non siano commesse con l'uso di armi, di mezzi venefici o insidiososi, di sostanze corrosive).

Nel caso di lesioni volontarie a minori, la denuncia va invece sempre presentata, indipendentemente dalla prognosi delle lesioni.

Delitti contro la libertà individuale:

- a) Sequestro di persona
- b) Violenza privata
- c) Minaccia aggravata
- d) Incapacità procurata mediante violenza
- e) Prostituzione minorile.

Delitti contro la famiglia:

- a) Abuso di mezzi di correzione o di disciplina;
- b) Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli: il reato presuppone la pluralità di atti reiterati, commissivi od omissivi per cui vanno valutati più accessi "sospetti" di persone, in particolare donne e bambini, con lesioni anche se riconducibili a lesività apparentemente accidentale.

Nel caso che una minorenni richieda la prescrizione della contraccezione d'emergenza, è bene ricordare che è reato l'atto sessuale quando compiuto da un maggiorenne con un minore di anni 14; oppure con un minore di anni 16, quando l'autore ne sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui il minore stesso è affidato per ragioni di cura, educazione ecc., ovvero abbia con il minore una relazione di convivenza.

Tale reato è perseguibile a querela di parte, mentre è perseguibile d'ufficio l'atto sessuale nei confronti di minore:

- compiuto ai danni di minore di anni 10;
- compiuto da un ascendente, da un genitore, anche adottivo, dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza, custodia (insegnanti, educatori...);
- compiuto da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni;
- che concorre con altro fatto procedibile d'ufficio (es. violenza privata, maltrattamento, lesioni gravi o gravissime, sequestro di persona, ecc.).

È prevista la non punibilità per l'ipotesi in cui gli atti sessuali nei confronti di un minore siano compiuti da un soggetto anch'esso minorenne, purché la differenza di età tra i due soggetti non superi i tre anni, il più piccolo abbia almeno 13 anni e non si rientri in un'ipotesi di violenza sessuale.

Pre eclampsia

È un quadro clinico che insorge in una donna dopo 20 settimane di gravidanza caratterizzato da ipertensione (definita come PAS ≥ 140 mmHg e/o PAD ≥ 90 mmHg) e proteinuria (>300 mg/24h). In assenza di proteinuria, per la diagnosi è necessaria la presenza di uno dei seguenti:

- trombocitopenia ($<100.000/\text{mm}^3$)
- aumento degli enzimi epatici
- insufficienza renale
- edema polmonare
- disturbi neurologici o della vista.

È necessaria l'ospedalizzazione nelle forme severe, cioè in presenza di PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg o nelle forme con sintomi o segni di danno d'organo (SOGC Grado B).

L'evoluzione più temibile di tale quadro è l'attacco convulsivo eclamptico acuto (eclampsia). Anche in questo caso è necessario il ricovero con urgenza; per evitare un eventuale aggravamento durante il trasporto in ospedale o aspettando l'ambulanza, dovete:

- 1) evitare la morsicatura della lingua durante la crisi convulsiva
- 2) controllare la pervietà delle vie aeree; posizionare la donna in decubito laterale sinistro
- 3) somministrare ossigeno
- 4) se possibile, incannulare una vena periferica e iniziare una infusione di Magnesio solfato 6 g e.v. in 15-20 minuti e poi in somministrazione continua a 2 g/h (ACOG raccomandazione forte); applicare un catetere vescicale a permanenza per controllare la diuresi; si consiglia tuttavia di eseguire il trattamento con Magnesio solfato in ambiente ospedaliero.
- 5) ospedalizzare sempre con la massima urgenza.

Iperensione arteriosa in gravidanza

È una delle complicanze più frequenti in gravidanza e si definisce per il riscontro di pressione sistolica superiore a 140 mmHg e/o pressione diastolica superiore a 90 mmHg; è severa quando la pressione sistolica supera 160 mmHg o la diastolica supera i 110 mmHg.

Si definisce ipertensione cronica in gravidanza quando l'ipertensione era presente già prima dell'inizio della gravidanza o è comparsa nelle prime 20° SG. Se il quadro compare dopo la 20° SG, si parla di ipertensione gestazionale. Si tratta di preeclampsia se si associa anche la presenza di proteinuria o di altre complicanze (v. sopra). È importante chiedere se la paziente è già in terapia con antipertensivi ed eventualmente quali farmaci assume.

Nelle donna con valori pressori costantemente elevati (PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 105 mmHg) è opportuno intraprendere una terapia antipertensiva (ACOG raccomandazione forte), per esempio:

- Labetalolo 100 mg 2 volte/die fino ad un massimo di 2400 mg/die suddivisi in 2-3 volte/die
- Nifedipina a lento rilascio: 20 mg 1-2 volte/die fino ad un massimo di 120 mg/die
- Metildopa 250 mg 2-3 volte/die fino ad un massimo di 4 g/die.

Bisogna provvedere all'ospedalizzazione in caso di riscontro di valori pressori sistolici \geq 170 mmHg o diastolici \geq 110 mmHg (ESC Classe I, Livello C). Nel frattempo è possibile somministrare nifedipina 10 mg 1 cps per os oppure 20 gtt 20 mg/ml per os (ACOG raccomandazione forte).

Parto precipitoso

È molto probabile, data la ricchezza di strutture ospedaliere, che nessuno dei lettori si troverà nella necessità di dover assistere da solo ad un parto. A quei pochi cui la sorte giocherà questo brutto scherzo vorremmo ricordare come incoraggiamento, che la natura non ha previsto il Medico come complemento indispensabile per il parto e che, in genere, è in grado di risolvere da sola benissimo il problema. Si definisce precipitoso un travaglio che dura meno di tre ore dall'insorgenza delle contrazioni regolari al parto; è un'evenienza rara. Si verifica più frequentemente nelle pluripare con feti piccoli e bacini ampi. Sia nel caso di un parto precipitoso, che di una donna che sia in fase avanzata di travaglio o che abbia appena partorito, la prima cosa da fare è contattare il 118. In attesa dell'arrivo dei soccorsi, poiché le contrazioni uterine possono compromettere l'ossigenazione fetale nel periodo dilatante bisogna:

- 1) mettere la partoriente in decubito laterale sinistro;
- 2) incannulare una vena periferica;
- 3) infondere soluzione glucosata al 5% od eventualmente anche soluzione fisiologica (il glucosio e.v. è preferibile in quanto costituisce materiale energetico per la muscolatura uterina);
- 4) per trattare l'eventuale ipotensione materna somministrare Idrocortisone (f fino a 2-3 gr. e.v.);
- 5) ossigenoterapia se avete l'ambulanza.



ATTENZIONE: La rapida espulsione del feto può provocare la lacerazione dei tessuti del canale del parto e/o emorragie da atonia uterina nel post-partum; sono possibili anche lesioni traumatiche fetali per espulsione in ambiente non idoneo: controllate pertanto la vitalità e le condizioni del neonato.

Nel caso il parto sia già avvenuto prima del vostro arrivo:

- 1) controllate che il cordone ombelicale sia stato legato e tagliato (eventualmente fatelo; ricordando di tagliare tra due legature);
- 2) controllate che il neonato sia avvolto in panni caldi;
- 3) controllate che il neonato respiri bene e non abbia laringe e narici ostruite da mucosità (in questo caso provvedete all'aspirazione del cavo orofaringeo e delle narici utilizzando

un aspiratore a bocca. Aspirate ad intermittenza, per brevi periodi ed in modo non troppo violento);

- 4) controllate l'eventuale espulsione della placenta e, se questa è stata espulsa, inviatela in ospedale assieme alla paziente ed al neonato;
- 5) se la paziente non ha ancora espulso la placenta e non sanguina, non fate niente (non tentate il secondamento manuale). Se invece sanguina e vi trovate nell'impossibilità di trasporto immediato, incannulate una vena periferica, infondete soluzione glucosata al 5% o anche solo soluzione fisiologica per mantenere pervia la vena, completate l'estrazione della placenta nella seguente maniera, assicurandovi che la vescica sia vuota e l'utero ben contratto e procedendo come segue:

a) valida pressione esterna sull'addome (sul fondo uterino) verso il basso al momento della prima contrazione o eventualmente delle altre (potete massaggiare l'utero per farlo contrarre);

b) pressione sovrapubica (sempre esterna) diretta contro il polo inferiore del corpo uterino (con la mano destra), mentre viene effettuata una modesta trazione del funicolo con la mano sinistra;

c) cui segue pressione sovrapubica verso l'alto del corpo mentre il funicolo viene trattenuto.



ATTENZIONE: Il funicolo va tenuto, non tirato; tale manovra è nota come manovra di Brandt e non va eseguita in modo precipitoso o violento per non provocare una inversione uterina.

Mastite

Una donna, il più delle volte in corso di allattamento, può accusare qualcuno di questi sintomi:

- a) dolore più o meno localizzato in un punto della mammella;
- b) ipertrofia dolorosa dei linfonodi ascellari;
- c) eritema della zona dove avverte dolore, se superficiale;
- d) febbre;
- e) alla palpazione è possibile percepire un nodulo dolorabile.

Tale sintomatologia vi conduce facilmente alla diagnosi di mastite, che in genere riconosce una eziologia stafilococcica. È importante rassicurare la donna sul valore dell'allattamento, che è sicuro continuare ad allattare, che il latte del seno ammalato non danneggerà il suo neonato e che una volta guarito il seno riprenderà un aspetto e una funzione normali. La donna va aiutata nel favorire la risoluzione dell'ingorgo, migliorando l'attaccamento al seno del neonato e incoraggiandola a fornire pasti ogni volta che il neonato lo richiede, senza alcuna restrizione. Se necessario è possibile favorire la fuoriuscita del latte con la mano o con un tiralatte fino al ripristino completo del quadro. È utile effettuare uno svuotamento del seno almeno ogni 6 ore, attraverso l'allattamento o manualmente. Per il trattamento sintomatico possono essere utili analgesici (Paracetamolo o Ibuprofene) e l'applicazione dopo l'allattamento o lo svuotamento di impacchi caldi, per ridurre il dolore e l'edema. È importante assicurarsi che la donna abbia un adeguato apporto di liquidi con la dieta.

La terapia antibiotica è indicata se:

- i sintomi persistono oltre 12-24 ore
- il quadro si presenta severo da subito
- sono presenti ragadi al capezzolo
- nelle forme ascessualizzate.

La terapia antibiotica può essere:

- Amoxicillina/ac.clavulanico 875+125 mg 1 cpr x 2 die per 10-14 giorni
- Cefalexina 500 mg 1 cpr x 4 die per 10-14 giorni.

I farmaci in gravidanza

Innanzitutto bisogna ricordare che i rischi non sono gli stessi all'inizio ed al termine della gravidanza: nei primi mesi si deve temere un'azione teratogena del farmaco e quindi un rischio di malformazioni; nell'ultimo trimestre, invece, si deve temere un evento avverso per il nascituro. Ricordatevi inoltre che l'azione dannosa dei farmaci deriva spesso dai metaboliti prodotti dall'organismo materno oltre che dalla molecola del farmaco stesso. Per eventuali dubbi, è possibile consultare il sito che l'Agenzia Italiana del Farmaco ha realizzato sull'utilizzo dei farmaci in gravidanza (www.farmaciegravidanza.gov.it).

Perdite ematiche (diagnosi differenziale)

In donna non gravida	Perdite ematiche vaginali	
	In donna gravida	
Lesioni traumatiche (coito, corpi estranei)	I trimestre:	II-III trimestre:
Infezioni genitali (vaginiti, annessiti)	minaccia d'aborto	placenta previa
Polipi cervicali, polipi endometriali	aborto in atto	distacco placentare
Endometrite postabortiva	gravidanza extrauterina	rottura d'utero
Carcinoma (vulva, vagina cervice, endometrio)	mola vescicolare	aborto (<20° SG)
Coagulopatia	impianto	parto pretermine (>20° SG)
Endocrinopatie	cause non ostetriche	

Perdite ematiche vaginali (cosa fare)

- 1) Verificare l'entità del sanguinamento (se imponente: pressione, polso, ricovero)
- 2) Escludere ematuria ed emorroidi sanguinanti
- 3) Chiedere data dell'ultima mestruazione
- 4) Anamnesi
- 5) Terapia sintomatica
- 6) Chiedere visita specialistica

Algie pelviche acute (diagnosi differenziale)

- Gravidanza extrauterina, aborto o altre complicanze ostetriche
- Torsione di:
 - cisti ovarica
 - annesso
 - fibroma uterino peduncolato
- Infiammazione pelvica acuta
- Dismenorrea
- Rottura dolorosa di un follicolo

Algie pelviche acute (cosa fare)

- 1) Chiedere data dell'ultima mestruazione
- 2) Chiedere caratteristiche dell'ultima mestruazione
- 3) Anamnesi ginecologica-ostetrica
- 4) Ospedalizzare se:
 - sospetto di gravidanza extrauterina
 - sospetto di torsione sospetta
 - infiammazione pelvica acuta

Terapia sintomatica se dismenorrea

Malattie esantematiche

► R. Antonicelli ► F. Testa



Contenuti web aggiuntivi

Le malattie esantematiche, tipicamente, ma non esclusivamente, appannaggio dell'età infantile, sono malattie infettive la cui manifestazione principale e costante è rappresentata dalla comparsa dell'esantema.

Gli esantemi possono essere espressione della moltiplicazione dell'agente eziologico a livello della cute e dei vasi del derma oppure dipendere dalla risposta immunitaria dell'ospite.

Negli adulti, tali affezioni possono presentare sintomatologia particolarmente eclatante ed andare più facilmente incontro all'insorgenza di complicanze.

La diagnosi differenziale tra le varie malattie esantematiche è molto importante, in quanto in alcuni casi la terapia può essere oltre che sintomatica anche eziologica.

Le caratteristiche delle più comuni malattie esantematiche vengono riassunte in tabella.

La terapia delle malattie esantematiche ad eziologia virale è essenzialmente sintomatica e prevede l'impiego di antipiretici, soprattutto paracetamolo, in dose da 10 a 15 mg pro kg di peso, in caso di somministrazione per via orale, e di 20 mg pro kg in caso di somministrazione per via rettale (assorbimento più rapido, ma minore quantitativamente) ogni 4-6 h.

È sconsigliato superare il dosaggio di 100 mg/kg nelle 24 ore (60 mg/kg nei neonati di età inferiore ai 3 mesi e 80 mg/kg nei bambini di età inferiore ai 12 mesi).

Nel bambino è importante controllare il più rapidamente possibile la temperatura corporea onde evitare l'insorgenza di convulsioni febbrili.

In corso di Varicella può essere necessaria l'aggiunta di un antistaminico come la cetirizina (bambini di età compresa tra 2-6 anni: 5 gtt 2/die, bambini di età compresa tra 6-12 anni: 10 gtt 2/die, adolescenti di età >12 anni: 20 gtt 1/die) per combattere il prurito.

Nei bambini sani, l'infezione è solitamente autolimitante e il trattamento antivirale non è necessario.

Vi sono però condizioni particolari in cui è indicata la somministrazione di Aciclovir: età >12 anni, stato immunocompromesso, varicella neonatale, gravidanza, malattia cronica della pelle o dei polmoni casi gravi di varicella (DynaMed Plus evidenze di livello II).

La posologia consigliata è la seguente: bambini di età >6 anni: *Aciclovir* 800 mg in cpr o 10 ml di sospensione 4 volte/die; bambini di 2-6 anni di età: *Aciclovir* 400 mg in cpr o 5 ml di sosp 4 volte/die; bambini di età <2 anni: *Aciclovir* 2,5 ml di sosp 4 volte/die. La terapia va proseguita per 5 giorni. Nell'adulto la posologia è 800 mg in cpr o 10 ml di sospensione 5 volte/die per 7 giorni.

Mentre nelle malattie esantematiche di origine virale la terapia antibiotica va instaurata solo in caso di superinfezione batterica, per la scarlattina, che riconosce un'eziologia batterica, la terapia antibiotica va impostata in maniera prioritaria, anche per evitare l'insorgenza di complicanze cardiache o renali.

La terapia si avvale dell'impiego dei seguenti antibiotici:

a. Beta-lattamici: Penicillina o cefalosporina

- casi lievi: bambini <40 kg di peso, amoxicillina/ac. clavulanico 45 + 6,4 mg/kg/die in 2 somm.; >40 kg di peso, 875 + 125 mg/kg/die in 2 somm. per 10 giorni;

- casi gravi: bambini >3 anni, benzilpenicillina una singola somm. i.m. variabile tra 300.000 a 900.000 UI; adulti, benzilpenicillina 1.200.000 UI in singola somm. i.m.

b. Macrolidi: Azitromicina 12 mg/kg il primo giorno, 6 mg/kg il secondo giorno per un totale di 5 giorni di terapia.

	VARICELLA (VIRUS VARICELLA ZOSTER)	ROSOLIA (RUBIVIRUS)	MORBILLO (PARAMIXOVIRUS)	QUINTA MALATTIA (PARVIRUS UMANO B19)	SESTA MALATTIA (HERPES VIRUS TIPO 6)	MALATTIA BOCCA – SCARLATINA (STREPTOCOCCUS MANI – PIEDI (COXSACKIE VIRUS) β-EMOLITICO DI GRUPPO A)
Stagionalità	Autunno/inverno/primavera	Inverno/primavera	Inverno/primavera	Estate/autunno	Tutte le stagioni	Tutte le stagioni
Incubazione (giorni)	10-21	14-21	10-14	4-14	4-12	1-7
Febbre	Discreta	Possibile	Elevata	Irregolare	Elevata per tre giorni, scompare all'inizio dell'esantema	Elevata
Esantema	Papule che si trasformano in vescicole che rapidamente diventano pustole e poi croste	Maculo-papulare roseo, poco confluyente	Maculo-papuloso rosso confluyente	Erisipeloido	Maculo-papuloso roseo, poco confluyente	Micro-papulo rosso scarlatto
Inizio esantema	Centripeto con interessamento principalmente del tronco e poi della periferia, può essere interessato anche il cuoio capelluto	Dal capo	Dalla radice dei capelli alla nuca	Al volto: a farfalla Agli arti: marginato	Comincia al tronco e poi si estende al volto ed agli arti; si associa a linfadenopatia	Dal volto con risparmio della zona circumorale
Durata esantema	1-3 gg	In 24-48 ore ricopre tutto il corpo e poi scompare	I gg: capo Il gg: tronco III gg: arti inf.	2-3 gg al volto 6-7 gg agli arti	Da poche ore ad 1-2 gg	Si estende al tronco ed agli arti. Scompare con fine desquamazione
Enantema	Erosioni su mucose (cavo orale, congiuntiva, mucose genitali)	Petecchie su palato molle	Lesioni puntiformi bianche su mucosa orale iperemica	Assente	Assente	Tutta la mucosa orale Lingua a lampona
Fenomeni associati	Angina	Congiuntivite	Fenomeni catarrali Congiuntivite	Assenti	Congiuntivite Angina	Angina
Complicanze	Infezione secondaria delle vescicole Encefalite Atassia cerebellare Polmonite	Artrite Trombocitopenia Encefalite Rosolia congenita	Otite media Group Bronchite Polmonite Panencefalite subacuta sclerosante	Lieve artrite autolimitante Anemia aplastica grave (immunocompromessi)	Agitazione psicomotoria Trombocitopenia Encefalite	Setticemia Febbre reumatica Glomerulonefrite

Nella valutazione di un esantema infantile va sempre tenuta presente la possibilità di trovarsi di fronte ad una porpora.

Nella porpora di Schönlein Henoch (o porpora anafilattoide), è caratteristica l'eruzione purpurica con aspetto eritematoso e/o urticarioide localizzata sulla superficie estensoria degli arti superiori ed inferiori e delle natiche a disposizione simmetrica; le lesioni compaiono a poussés precedute da prurito e parestesie della zona cutanea interessata e si associano manifestazioni artritiche a livello soprattutto di caviglie, ginocchia, polsi e gomiti e dolore colico diffuso, essenzialmente periombelicale, con diarrea sanguinolenta e talora vomito; possono comparire segni di compromissione renale quali ematuria e proteinuria.

Un'altra manifestazione esantematica da differenziare è la porpora trombocitopenica caratterizzata dalla spiccata tendenza al sanguinamento spontaneo.

Va ricordato che vi è obbligo di segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, entro 48 ore dall'osservazione, del caso anche sospetto di malattie esantematiche quali morbillo, parotite, rosolia, scarlattina, varicella.

È importante che le donne gravide evitino il contatto con i pazienti, a meno che non ne sia nota l'avvenuta immunizzazione.

Nefrologia

► M. Melappioni ► R. Antonicelli ► D. Angioni

Le patologie riguardanti questo apparato e che interessano la Continuità Assistenziale sono fondamentalmente: la colica renale, la cistite acuta, la macroematuria, la ritenzione urinaria acuta.

Colica renale

La colica renale è causata dall'impegno del calcolo dalla pelvi nell'uretere con conseguente idronefrosi, distensione della capsula renale e dolore violento. È un evento improvviso, drammatico, che di solito non è preceduto da alcun tipo di aura sintomatologica. Il dolore è il sintomo più frequente e si sviluppa a cicli e parossismi della durata di 20-60 minuti insorge a livello lombare monolaterale, in corrispondenza del rene interessato dal processo litiasico (manovra del Giordano positiva), con periodi di stasi e di riacutizzazione s'irradia lungo tutto il decorso ureterale (dolorabilità nei punti ureterali) fino alla regione sacrale, alla faccia antero-mediale della coscia e agli organi genitali. Ci possono essere sintomi generali di accompagnamento, come nausea, vomito, disuria ed urgenza urinaria (fare diagnosi differenziale con appendicite acuta e torsione del funicolo spermatico). Frequente (70-90%) il rilievo di macroematuria; nei pazienti sintomatici in alcuni casi compare oliguria o anuria dovuta ad un meccanismo riflesso. A volte si osserva, o viene riferito, eliminazione con le urine di "renella", cioè sabbia formata da minute concrezioni brune o rossastre. Di grande utilità è lo stick per l'esame delle urine: trovare una microematuria è di grande conforto per la diagnosi di colica renale.



ATTENZIONE: L'ospedalizzazione è richiesta in coloro che non riescono ad assumere farmaci o liquidi per via orale, hanno dolore incontrollato nonostante terapia o febbre. La febbre è un evento infrequente nelle coliche non complicate e potrebbe sottendere una urosepsi o una pielonefrite.

Una volta posta la diagnosi la terapia di base si fonda sul controllo del dolore e abbondante idratazione.

Farmaci utili per la gestione del dolore sono:

I linea: FANS (ESA raccomandazione forte)

II linea: oppioidi (ESA raccomandazione forte).

I FANS potrebbero essere considerati più appropriati soprattutto per non peggiorare o causare sintomi quali nausea e vomito.

Di seguito alcuni esempi di terapia:

1) Diclofenac (75 mg 1 f i.m.) o Ketorolac (30 mg 1 f i.m.).

Nel caso in cui, dopo una mezz'ora, il dolore sia ancora violento con grave sofferenza del paziente potete ripetere il ciclo terapeutico o nei casi più gravi somministrare:

2) Dexketoprofene/tramadololo cpr 25/75 mg (da 1 a 3 volte/die)

3) Morfina 5 mg (1 fl. sottocute) ed eventualmente ricoverare il paziente.

L'uso di farmaci alfa-litici come la tamsulosina è raccomandato in caso di terapia espulsiva per calcoli distali ≥ 5 mm e ≤ 10 mm (EAU raccomandazione forte). La maggioranza dei calcoli, tuttavia, è < 5 mm di conseguenza vengono espulsi senza necessità di terapia facilitante.

Altri farmaci come calcioantagonisti e nifedipina hanno dimostrato discreta efficacia (inferiore a tamsulosina). L'utilizzo di tamsulosina unitamente a glucocorticoidi come il

deflazacort può migliorare il tasso di espulsione del calcolo e ridurre la necessità di analgesici (DynaMed Plus livello 2, evidenza moderata).



ATTENZIONE: Nel bambino può aversi, sia pur raramente, calcolosi renale; poiché in questi casi l'eziologia può risiedere in errori del metabolismo, sferocitosi, ecc., si devono sempre consigliare accertamenti.

I calcoli di maggiori dimensioni difficilmente vengono espulsi spontaneamente e di conseguenza devono essere eliminati mediante misure di competenza specialistica (litotrixxia, estrazione endoscopica, intervento chirurgico). Per quanto riguarda la prevenzione degli episodi di colica renale da nefrolitiasi:

- 1) assumere almeno 2 L/die di acqua
- 2) aumentare l'assunzione di frutta e verdura, evitando diete vegetariane
- 3) evitare eccessivo consumo di proteine animali
- 4) evitare eccessivo consumo di sale
- 5) evitare eccessivo consumo di vitamina C e D
- 6) ridurre cibi ricchi di ossalati (es. spinaci, cavoli, ecc)
- 7) assumere calcio tramite la dieta
- 8) consumare cibi ricchi in fitati (es. legumi, fagioli, crusca, ecc)

Fattori di rischio per sviluppo di calcoli renali sono insulino-resistenza, obesità e gotta.

Cistite acuta

Il paziente, che per maggiore incidenza sarà con alta probabilità di sesso femminile, vi riferirà i classici segni di urgenza e bruciore minzionale, dolore, pollachiuria, talvolta ematuria ed emissione di urine torbide e maleodoranti; la presenza di febbre, in genere, è segno comune ma può sottendere infezioni più gravi come una pielonefrite.

La diagnosi di cistite non complicata, in donne senza fattori di rischio, si basa sulla storia clinica (ESA raccomandazione forte). Generalmente non sono necessarie analisi delle urine ed urinocoltura. È possibile utilizzare stick urine per orientare la diagnosi (EAU raccomandazione debole). Nella maggioranza dei casi è corretto tentare una terapia empirica scegliendo tra i farmaci proposti:

- 1) Nitrofurantoina 100 mg 2-4/die in base alla clinica per 5 giorni (IDSA/ESCMID grado A-I)
- 2) Trimetoprim-sulfametoxazolo 160/800 mg x 2/die per 3 giorni (IDSA/ESCMID grado A-I)
- 3) Fosfomicina 3 g in singola dose (IDSA/ESCMID grado A-I).



ATTENZIONE: I fluorochinoloni non sono più raccomandati come prima linea di terapia nelle cistiti non complicate.

Per alleviare il dolore: Dexketoprofene trometamolo (25 1 cp x 3/die), oppure Ibuprofene 600 mg cpr o bustine x 2/die.

Se il paziente è un uomo, i sintomi più frequenti comprendono disuria, aumento della frequenza, urgenza, dolore sovrapubico. Le infezioni del tratto urinario negli uomini sono un sottogruppo delle infezioni complicate del tratto urinario. Se possibile verificare con urinocoltura + antibiogramma ed analisi delle urine (dipstick). La terapia empirica della durata di 10-14 giorni comprende:

- 1) Trimetoprim-sulfametoxazolo 160/800 mg x 2/die
- 2) Ciprofloxacina 500 mg x 2/die*
- 3) Levofloxacina 500 mg x 1/die*

*Per limitazioni vedi Nota pag.17

Nei bambini con età <2 anni è complicato distinguere una infezione delle vie urinarie inferiori da una delle vie urinarie superiori anche tramite utilizzo di stick urine, pertanto in caso di sospetto clinico è buona norma pensare ad una infezione delle vie urinarie superiori fino a prova contraria e gestirla come tale in ospedale.

Nei bambini con età >2 anni è comunque raccomandato procedere con esame delle urine/urinocoltura e solo dopo avviare terapia empirica (DynaMed Plus raccomandazione forte) valutando la situazione come segue:

- 1) Iniziare terapia antibiotica in attesa del risultato dell'urinocoltura se febbrili, immunocompromessi, di aspetto malato/sofferente, portatori di catetere a permanenza, anomalie genitourinarie, storia di IVU oppure in assenza di questi parametri in caso di evidenza di batteriuria allo stick o all'analisi delle urine.
- 2) Iniziare terapia antibiotica solo dopo aver ottenuto il risultato dell'urinocoltura in paziente apiretico, immunocompetente, in apparente buono stato di salute, non portatore di catetere a permanenza, in assenza di anomalie genitourinarie in soggetti che hanno evidenza di piuria MA non di batteriuria allo stick o esame delle urine.

Terapie empiriche appropriate per le IVU basse sono:

- 1) Amoxicillina 50 mg/kg/die in 3 dosi
- 2) Cotrimossazolo 24-48 mg/kg/die in 2 dosi (non prima di 6 settimane di vita)
- 3) Nitrofurantoina 4-6 mg/kg/die in 2-3 dosi (non prima di 3 mesi di vita).

Tenuto conto del fatto che i germi responsabili delle cistiti derivano quasi sempre da contaminazione fecale, non trascurate di verificare come il bambino viene lavato quando ha emesso feci, e scoprirete assai frequentemente grossolani errori nell'igiene della regione perineale. Spiegate quindi che la regione genitale dev'essere lavata prima e separatamente rispetto a quella anale. Anche l'impiego di spugne va considerato possibile fonte di contaminazione fecale dei genitali. È utile ricordare anche agli adulti, e alle donne in particolare, le seguenti norme igieniche:

- 1) Bere abbondante quantità d'acqua, ed evitare gli alcolici
- 2) Evitare indumenti intimi stretti e i tessuti sintetici
- 3) Porre particolare attenzione all'igiene intima prima e dopo rapporti sessuali e nel periodo mestruale
- 4) Utile l'assunzione di fermenti lattici e di acidificanti urinari (ad es. spremuta di limone).



ATTENZIONE: In generale la terapia empirica dovrebbe comunque essere basata sui pattern locali di resistenza agli antibiotici e sulla storia individuale del paziente.

Macroematuria

Oltre alla colica renale, molteplici affezioni possono causare macroematuria che, ricordiamo, è caratterizzata da urine rosse con diverse sfumature del colore: da lavatura di carne e sangue vivo (più spesso ematurie delle basse vie urinarie), a ruggine e coca-cola (più spesso di origine renale).

In questa sede è sufficiente ricordare quei casi che richiedono un rapido orientamento diagnostico per un ricovero tempestivo: **a)** Glomerulonefrite acuta: è contraddistinta da quattro segni: ematuria, contrazione della diuresi, ipertensione arteriosa, edemi (al volto, alle palpebre soprattutto mattutini, agli arti inferiori, in regione pubica). Negli anziani è possibile la comparsa di scompenso cardiaco mentre nei bambini può insorgere encefalopatia. Il paziente, tipicamente, può essere incorso in una malattia infettiva 2-3 settimane prima della insorgenza dei sintomi attuali (glomerulonefrite "post-infettiva"). A volte il focus infettivo può essere una semplice flogosi dentaria. **b)** Traumi renali: l'azione traumatizzante può essere stata sia addominale, sia costale. Dolore lombare e/o ematuria (o all'opposto

Cause di ematuria

- Extrarenali

Affezioni dell'apparato uro-genitale:

- Calcoli (uretere, vescica, uretra)
- Neoplasie (uretere, vescica, uretra, prostata)
- Infezioni (vescica, uretra, prostata)
- Traumi

Cause non correlate all'apparato uro-genitale:

- Coagulopatie
- Farmaci anticoagulanti

- Parenchimali renali

- Affezioni glomerulari (glomerulonefriti, vasculiti)
- Affezioni tubulo-interstiziali
- Infarto renale

anuria) possono essere i segni di un trauma renale che va pertanto preso in considerazione nella diagnosi differenziale.



ATTENZIONE: Sia nella glomerulonefrite, sia in caso di trauma renale, l'ematuria può essere anche soltanto microscopica; pertanto quando raccogliete una anamnesi suggestiva per questa patologia, la conferma diagnostica va ricercata con lo stick.

c) Infarto renale: è annunciato da un improvviso dolore lombare, nausea e vomito che persiste poi con carattere di dolore gravativo continuo; seguono febbre, macroematuria, ipertensione arteriosa. Tutte e tre queste condizioni richiedono il ricovero.



ATTENZIONE: Nel paziente renale non trascurate mai di valutare la pressione arteriosa.

Pielonefrite acuta

La pielonefrite acuta è un'infezione che coinvolge il rene e la pelvi renale. Clinicamente si manifesta in genere con febbre alta associata a brivido, nausea, vomito, ematuria e/o piuria macroscopica; è spesso presente dolorabilità alle logge renali e/o minzioni frequenti e dolorose.

Nel caso venga sospettata una pielonefrite acuta, che è una urgenza medica spesso molto grave, è sempre opportuno inviare al Pronto Soccorso per consulenza specialistica. Sul piano fisiopatologico i microrganismi responsabili (di solito i coliformi, *Pseudomonas* e *Proteus*) possono raggiungere il rene attraverso il circolo sanguigno, provenendo dall'intestino, oppure originare da un focolaio di infezione localizzato nelle basse vie urogenitali.

Esistono varie cause predisponenti: idronefrosi, ostacolo al flusso urinario (ad es. vescica neurologica, malattie del collo vescicale, stenosi ureterali, reflusso vescico-ureterale), manovre strumentali sull'uretra e vescica, fistole vescico-vaginali e vescico-sigmoidee, malattie metaboliche (diabete, gotta), gravidanza (per compressione da parte dell'utero).

Ritenzione urinaria acuta

Il paziente accusa dolore intenso all'ipogastrio, è inquieto, riferisce che avverte stimolo imperioso ad urinare ma non vi riesce. Il globo vescicale è in genere rilevabile sia alla percussione, sia alla palpazione; può esservi gemizio di urine per iscuria paradossa.

L'anamnesi è spesso fondamentale per la diagnosi (paziente anziano maschio con storia di ipertrofia prostatica o altra anamnesi positiva per ostacoli uretrali come calcoli, corpi estranei, tumori pelvi, ecc.). Raccogliete sempre la storia clinica completa ed eseguite l'esplorazione rettale negli uomini con sintomi del tratto urinario inferiore (LUTS) (DynaMed Plus raccomandazione forte).

La terapia si avvale di: cateterizzazione urinaria se in possesso di materiale specifico ed esperienza adatta (manovra controindicata in paziente che hanno subito recenti interventi urologici). Nei pazienti con Ipertrafia Prostatica Benigna la terapia prevede somministrazione di alfa litici già al momento della cateterizzazione.

È poi anche possibile somministrare una terapia analgesica per il dolore come:

1) Paracetamolo/Codeina (supp.).

Se il dolore è acuto:

2) Diclofenac (1 f i.m.) o Ketorolac (30 mg 1 f i.m.).

3) Tramadolo (20 gtt o 1 f i.m.)

4) L'applicazione di una borsa di acqua calda può giovare al paziente.



ATTENZIONE: Si raccomanda svuotamento completo senza pause. In passato veniva raccomandata l'interruzione per prevenire complicanze (come ematuria, ipotensione). Tuttavia un drenaggio parziale di urina con clampaggio non riduce queste complicanze e sembra aumentare il rischio di infezioni.

Neurologia

▶ G. Pelliccioni ▶ F. Sagripanti ▶ T. Maio
▶ B. Gobbi ▶ L. Falletta



Contenuti web
aggiuntivi

Le problematiche neurologiche in cui può imbattersi il Medico di Continuità Assistenziale sono molteplici. Comprendono una vasta e variegata famiglia di patologie accomunate da manifestazioni cliniche simili e possono spesso porre problemi di tipo diagnostico. L'obiettivo che ci siamo posti è stato di fornire le indicazioni utili per rispondere alle tre domande che ci si deve porre in questi casi:

1. Di che cosa si tratta (ovvero: ho gli elementi per fare una corretta diagnosi)?
2. Che cosa fare nell'immediato?
3. Devo provvedere al ricovero?

Abbiamo cercato innanzitutto d'indicare l'ordine di priorità da seguire nell'approccio al paziente, in particolare se privo di coscienza. Di fronte ad un paziente collaborante (o se non collaborante, utilizzando i parenti) non dimenticate mai il grande valore dell'**anamnesi**, particolareggiata e guidata da poche, ma precise domande-guida ed eseguite un **esame ispettivo** del paziente cercando di raggiungere una sufficiente padronanza degli elementi fondamentali di semeiotica generale e neurologica.

- Patologia preesistente (diabete: crisi iper o ipoglicemica? Ipertensione arteriosa, patologia cardiaca: ictus? Patologia tumorale: metastasi cerebrali? Encefalopatia ipercalcemica?)
- Risposta del paziente (orientamento, comunicazione appropriata, disturbo dell'eloquio?)
- Quando, come e dove sono iniziati i disturbi? Prodromi del quadro clinico e profilo temporale: esordio acuto o graduale? Associato o no a febbre e/o a disturbo della coscienza? (L'esordio acuto avvalorata la genesi vascolare. L'esordio di febbre e cefalea associato a stato confusionale pone il sospetto di una meningite o una meningoencefalite. Una progressiva e graduale restrizione di coscienza fino al coma può indicare la presenza di encefalopatia metabolica).
- Cefalea improvvisa, acuta e/o perdita di coscienza dopo uno sforzo (coito o defecazione)? Sospetta emorragia subaracnoidea.
- Anamnesi di crisi epilettiche? Prima crisi in iperpiressia, nuovo evento dopo modifica o sospensione della terapia antiepilettica.
- Farmaci, alcool, droghe? Abuso, intossicazione, sospensione.
- Patologia psichica? Tendenza al suicidio, psicosi, depressione.
- Trauma cranioencefalico e/o midollare? Intervallo libero durante il quale il paziente appariva migliorato? Sospetto ematoma.
- Alterazioni della deambulazione e/o dell'equilibrio e/o della sensibilità a distanza di due settimane da un'infezione acuta o da una vaccinazione? Poliradicolonevrite acuta.

Esame ispettivo del paziente

- Funzioni vitali e livello di coscienza (paziente vigile, soporoso, in coma risvegliabile o non risvegliabile?)
- Deficit motorio o sensitivo di un emicorpo (ictus ischemico o emorragico?)
- Posizione con tronco, gambe e ginocchia flesse (a cane di fucile), opistotono (meningite, tetano?)
- Morso della lingua, incontinenza sfinterica (crisi epilettiche?)
- Ematoma del capo, ferite alla testa (pregresso trauma cranioencefalico, ictus con perdita di coscienza?)

- Segni di iniezione venosa (abuso di droghe?), ferite dei polsi, abuso farmacologico (tentato suicidio?)
- Eventuale alitosi alcoolica o da dismetabolismo (chetoacidosi?)
- Dopo aver eseguito anamnesi ed esame ispettivo è necessario condurre un esame neurologico per verificare l'integrità delle varie funzioni del paziente.

Cranio e colonna cervicale

Mobilità passiva della colonna cervicale nella ricerca di un eventuale meningismo.

Sistema motorio

Arti superiori (esaminate il paziente disteso o seduto sul bordo del letto).

- **Esame della forza muscolare: prove antigravitarie (Mingazzini)** con le braccia distese e, se possibile, con il palmo delle mani verso l'alto per verificare una caduta più o meno rapida di un arto o la sua pronazione. Valutazione forza segmentaria.
- **Esame del tono muscolare** per identificare differenze tra i due lati, verificate la possibile flessione ed estensione passiva del braccio.
- **Riflessi osteotendinei:** bicipitale, tricipitale, radioflessore, cubitopronatore.

Arti inferiori (esaminate il paziente disteso)

- **Esame della forza muscolare: prove antigravitarie (Mingazzini)** con sollevamento delle gambe. Valutazione forza segmentaria.
- **Esame del tono** (flessione ed estensione del ginocchio e del piede); eseguite inoltre sempre la manovra di Lasègue (essa è positiva se, con il paziente supino, la flessione della coscia sul bacino a gamba estesa determina un dolore significativo, provocato dallo stiramento del nervo sciatico).
- **Riflessi osteotendinei:** rotuleo (a paziente seduto sul lettino con le gambe penzolanti, se si percuote con il martelletto il tendine sottorotuleo, si ha come risposta normale l'estensione della gamba sulla coscia; livello sinaptico corrispondente: L2-L3-L4) ed achilleo (a paziente supino con il piede flesso dorsalmente dall'esaminatore, se si percuote il tendine di Achille, si ha come risposta normale l'estensione del piede; livello sinaptico corrispondente: L5-S1).
- **Segni di compromissione del fascio piramidale:** segno di Babinski (lo strisciamento con un oggetto smusso della pianta del piede, partendo dal bordo laterale e spostandosi verso la base delle dita, induce come risposta un'estensione lenta dell'alluce, che si può associare a flessione delle altre dita o alla loro apertura a ventaglio).

Sensibilità

Verificate la sensibilità tattile e dolorifica dai due lati del corpo strisciando con una punta smussa nel primo caso e usando la punta di uno spillo nel secondo. Indagate sul senso di posizione e, se possibile, la sensibilità vibratoria (diapason!).

Coordinazione

Esame dell'equilibrio (test di Romberg), della marcia e della coordinazione segmentaria (prova indice-naso per valutare eventuale presenza di dismetria, prono-supinazione veloce degli arti superiori per valutare la diadococinesia).

Nervi cranici (i principali)

II verificate l'acutezza visiva, la conta delle dita, prova di lettura, con uno e con entrambi gli occhi.

III, IV e VI posizione dei bulbi oculari, nistagmo, mobilità di uno e di entrambi gli occhi, reazione pupillare alla luce.

V sensibilità tattile e dolorifica del volto e confronto tra i due lati, ricerca del riflesso corneale.

VII motilità del volto e confronto tra i due lati, ammiccamento, digrignamento denti.

IX, X e XII motilità del velo pendulo, simmetria della lingua, deviazione nella estroflessione della lingua.

La conoscenza della Glasgow Coma Scale (Tabella 2) potrebbe sembrare un approccio scolastico, poco in sintonia con lo spirito pratico di questo manuale, in realtà potrà rivelarsi un prezioso ausilio non solo per una corretta valutazione del paziente, ma anche per gestire in maniera univoca il rapporto con le altre strutture sanitarie dove eventualmente indirizzare il paziente.

I principali quadri clinici neurologici che tratteremo sono riassunti nella Tabella 1.

Tabella 1. Quadri clinici neurologici di riferimento per la diagnosi differenziale in Guardia Medica

- 1) Compromissione dello stato di coscienza:
 - 1A. Sincope
 - 1B. Coma
 - 1C. Crisi epilettica
 - 1D. Stato confusionale
- 2) Deficit neurologico focale:
 - 2A. Accidenti cerebrovascolari
 - 2B. Complicazioni di traumi cranici
- 3) Sintomatologia algica:
 - 3A. Cefalea:
 - a) Cefalea muscolo-tensiva
 - b) Emicrania con e senza aura
 - c) Nevralgia del trigemino
 - 3B. Dolore cervicale o della zona spalla-braccio (cervicobrachialgia)
 - 3C. Dolore della superficie anteriore del tronco
 - 3D. Lombosciatalgia, cruralgia

Tabella 2. Glasgow Coma Scale

PUNTEGGIO	APERTURA DEGLI OCCHI	RISPOSTA VERBALE	RISPOSTA MOTORIA
6			Al comando
5		Orientata	Localizzata alla stimolazione dolorosa
4	Spontanea	Confusa	Retrazione allo stimolo doloroso
3	In seguito a stimolazione verbale	Parole inappropriate	Flessione allo stimolo doloroso
2	In seguito a stimolazione dolorosa	Suoni incomprensibili	Estensione allo stimolo doloroso
1	Assente	Assente	Assente

1) Compromissione dello stato di coscienza

1A. SINCOPE

Per sincope si intende una transitoria e completa perdita di coscienza, dovuta ad ipoperfusione cerebrale globale a rapida insorgenza, in genere di breve durata con recupero spontaneo e completo.

Può essere classificata in tre tipologie:

- 1) neuromediata (vaso-vagale; situazionale)
- 2) ortostatica
- 3) cardiogena (perlopiù aritmie e stenosi aortica)

In tutti i casi di sincope è fondamentale la raccolta anamnestica (episodi precedenti, cardiopatie, modifiche farmacologiche, circostanze dell'evento) e l'esecuzione di un esame obiettivo completo (è fortemente raccomandata la misurazione di PA e FC in ortostatismo e in posizione supina). Per porre diagnosi di sincope è necessario escludere tutte le altre condizioni che possono portare a perdita di coscienza transitoria un soggetto, come: crisi epilettiche, trauma cranico, intossicazioni, alterazioni metaboliche, alterazioni cerebrovascolari (per es. TIA vertebro-basilare), emorragia parenchimale, emorragia subaracnoidea, cause psichiatriche (per es. catatonia).

È raccomandata l'esecuzione di un ECG in tutti i casi di sincope (ACC/AHA/HRS: classe I livello B), per cui è sempre consigliabile inviare il paziente al pronto soccorso.

1B. COMA

Di fronte ad un paziente privo di coscienza valutate in ordine di priorità: a) Funzioni vitali; b) Livello di coscienza.

a) Funzioni vitali

Rilevate rapidamente: polso centrale, attività respiratoria, pervietà delle vie aeree. Procedete eventualmente con le appropriate manovre di rianimazione in attesa del medico rianimatore (cfr. Primo Intervento).

b) Livello di coscienza

Questo fondamentale dato clinico viene spesso trascurato, mentre è invece prioritario. Il metodo più utilizzato a livello internazionale è la Glasgow Coma Scale (Tabella 2): il valore totale è tra 3 e 15. Un Glasgow Coma Scale Score inferiore o uguale a 8 indica una compromissione della coscienza severa (coma). Appuntate il valore e l'ora della prima rilevazione per meglio seguire l'evoluzione del quadro clinico. L'esame non è valido per i bambini e per i pazienti intossicati o quando sia presente una lesione oculare o midollare. Procedete nella visita partendo dal capo, ma evitate la mobilizzazione del rachide cervicale nel paziente in coma per la possibilità di un'associata lesione del rachide cervicale. Facendo attenzione alle risposte motorie ai vari stimoli, al tipo di respirazione, alle pupille e ai movimenti oculari, sarete in grado di identificare la presenza e il tipo di coma del paziente. Nel paziente con disturbo della coscienza va sempre eseguita una valutazione della **motilità spontanea e della motilità indotta** mediante pizzicamento del braccio, della gamba e del volto. Se non si ottiene risposta motoria, applicate uno stimolo doloroso compressivo, moderato ma prolungato, a livello dell'incisura sovraorbitaria (a metà del margine orbitario superiore) o pizzicate il capezzolo. I fattori che indicano un'emiplegia o un'emiparesi sono:

- la caduta flaccida o più rapida dell'arto controlaterale, di un'estremità che avrete sollevato
- l'angolo della bocca che appare spianato con incapacità a fare smorfie o a sorridere
- il movimento spontaneo ridotto di un emicorpo
- la difficoltà nel parlare.

Osservate sempre con attenzione i **movimenti e la posizione spontanea degli occhi e del capo**. La presenza di una deviazione del capo e degli occhi è indicativa di un ictus o comunque di una lesione a focolaio.

La presenza di una divergenza orizzontale o verticale dei bulbi è indizio di una lesione a carico del tronco encefalico, mentre il nistagmo o un movimento ondulatorio spontaneo di va e vieni dei due globi oculari sono indizio di stati di intossicazione acuta alcolica o da farmaci. Valutate inoltre, **il diametro, la simmetria e la reattività pupillare** che spesso sono l'indizio di intossicazione farmacologica o abuso di droghe o di lesioni intraparenchimali (anisocoria da ernia cerebrale). Le pupille fisse e dilatate che si hanno in seguito ad una diffusa anossia-ischemia, hanno una cattiva prognosi.

La **postura** del paziente con compromissione della coscienza è un altro indizio di patologia cerebrale emisferica o del tronco e va osservata attentamente e più spesso indotta dallo stimolo doloroso. Una postura cosiddetta "decorticata" si riferisce alla rigidità muscolare che si apprezza con posizione in estensione degli arti inferiori mentre gli arti superiori sono flessi, addotti ed intraruotati. Nella postura "decerebrata" le braccia e le gambe del paziente si estendono marcatamente per la vostra stimolazione dolorosa. Le posture in flessione implicano, in genere, una lesione più alta e, pertanto, una migliore prognosi rispetto a quelle in estensione. Con la sofferenza della porzione inferiore del tronco encefalico, si arriva alla non responsività motoria associata a flaccidità.

L'assenza di risposta motoria a qualsiasi stimolo dovrebbe tuttavia far prendere in considerazione anche la possibile presenza di un grave trauma midollare cervicale, una poliradiculopatia acuta o una sindrome ischemica del tronco encefalico.

La posizione rannicchiata "a cane di fucile" con tronco, gambe e ginocchia flesse, è sintomo di irritazione meningea (da meningite o da emorragia subaracnoidea) e indicazione al ricovero urgente. In tal caso valutate la presenza del rigor nuchalis piegando passivamente la testa con il mento spostato in direzione dello sterno. Per far ciò fate sdraiare il paziente in posizione rilassata con le gambe allungate.

In caso di irritazione meningea si apprezzerà un incremento del tono muscolare riflesso che impedirà un'ulteriore flessione del collo.

Con la rigidità nucale si potrà identificare quello che i neurologi chiamano segno di Brudzinski che consiste nella flessione delle ginocchia e delle anche per ridurre la tensione meningea indotta dalla flessione del collo.

Qualità e ritmo dell'attività respiratoria sono ulteriori indizi da osservare attentamente in corso di compromissione della coscienza. Il respiro può mantenersi regolare oppure divenire periodico interrotto da apnee, atassico, tachipnoico; turbe respiratorie sono presenti nel coma sia da cause strutturali, sia da cause metaboliche, e sono indicative della sua gravità.

Dopo aver effettuato la visita ed una corretta anamnesi siete in grado di valutare la gravità dello stato di coma ed ipotizzarne eventualmente le cause.

È ovvio che il ricovero s'impone in tempi più rapidi possibili, pertanto il vostro problema è come comportarvi nell'attesa; se da un lato, come precedentemente ricordato, può essere necessario mettere in atto tutti quei provvedimenti per sostenere le funzioni vitali qualora lo stato del paziente lo rendesse necessario (vedi Primo Intervento), esistono particolari evenienze in cui è importante un intervento farmacologico immediato.

Le due patologie che più frequentemente configurano questa situazione sono: il coma ipoglicemico (vedi Endocrinologia) e l'overdose di oppiacei, desumibile come abbiamo precedentemente ricordato oltre che dall'anamnesi, dai segni delle iniezioni sulle braccia, spalle, piedi, dalla miiosi e dalla possibile depressione respiratoria.

Ricordate però che la miiosi non è necessariamente presente e le pupille possono essere normali o dilatate se l'intossicazione ha già raggiunto uno stadio avanzato o nel caso di intossicazione da Meperidina; può anche coesistere edema polmonare. Deve essere somministrato: Naloxone (0,4 mg 1 f.e.v. lentamente, o anche sottocute o i.m.; la dose pediatrica iniziale è 0,01 mg/kg e.v., seguita da 0,1 mg/kg e.v. se non si è ottenuta la risposta clinica attesa).

Nel caso la prima dose non modifichi la frequenza del respiro entro 3-4 minuti, si può ripetere altre volte l'iniezione. Se dopo 3 dosi il quadro clinico resta ancora immutato, può essere esclusa l'ipotesi di overdose. In caso di accertata *intossicazione da Benzodiazepine*, in attesa del ricovero, somministrare: Flumazenil 0,2 mg e.v. lentamente; se non si ottiene il livello di coscienza atteso, dopo 30 secondi, somministrare ulteriore dose di 0,3 mg e.v. lentamente; è possibile ripetere una dose di 0,5 mg e.v. lentamente a intervalli di 1 minuto, fino ad una dose totale di 3 mg.



ATTENZIONE: Naloxone e Flumazenil sono farmaci che potrebbero non essere presenti in tutte le sedi di Continuità Assistenziale. Inoltre, prevedono somministrazione endovenosa (possibile anche i.m.) e richiedono un'adeguata monitoraggio del paziente. Valutate bene la fattibilità del trattamento nel setting di Continuità Assistenziale. Di fronte a un paziente con sospetta intossicazione e/o alterazione di coscienza, allertate il servizio di emergenza.

Trauma cranico

Il trauma cranico pone sempre angosciosi problemi al Medico di Continuità Assistenziale. Questi divengono particolarmente pressanti quando, come frequentemente accade, rimane coinvolto un bambino.

Spesso l'ansia dei genitori e la legittima preoccupazione del Medico comportano ricoveri incongrui. Riteniamo pertanto utile esporre i principali criteri che possono orientare il Medico nella gestione di questi particolari pazienti (v. Tabelle).

Trauma cranico nel bambino: Criteri per il ricovero del paziente

- Paziente con coagulopatie, con derivazione ventricolo-peritoneale, con precedente intervento neurochirurgico
- Sospetto maltrattamento
- Pazienti con segni neurologici focali, con deficit di nervi cranici, con segni di ipertensione endocranica, con segni riferibili a frattura della base cranica, con ferita penetrante
- Pazienti con cefalea persistente o ingravescente
- Più di 2 episodi di vomito nelle prime 2 ore dopo il trauma oppure vomito presente a distanza di 2-3 ore dal medesimo
- Convulsione post-traumatica oppure convulsioni ripetute
- Dinamica del trauma importante o potenzialmente tale

Trauma cranico apparentemente lieve nel bambino: Criteri per la sorveglianza* a domicilio e quindi di ricovero in caso di insorgenza

- Bambino confuso, disorientato
- Vomito ripetuto con rallentamento della frequenza cardiaca
- Cefalea persistente o ingravescente
- Convulsioni
- Febbre elevata
- Fuoriuscita di liquido chiaro o sangue dal naso o dall'orecchio
- Improvvisa riduzione della forza di uno o più gruppi muscolari
- Postura strana nel sonno con difficoltà a risvegliarsi
- Comportamento strano o diverso rispetto all'abituale

*Tali criteri devono essere esposti e scritti ai familiari del bambino

1C. CRISI EPILETTICA

È molto raro che il Medico della Continuità Assistenziale al momento del suo arrivo assista alla crisi epilettica (non a caso l'etimo greco significa "sorpresa, vengo sorpreso"); quasi sempre la crisi sarà terminata da poco e saranno presenti sintomi della fase post-critica: coma o sonnolenza (procedete come già esposto), o al risveglio cefalea, spossatezza, mialgie diffuse.

Al fine di porre diagnosi di crisi epilettica, il paziente stesso, se è in grado di rispondere, fornirà molte informazioni utili; in alternativa cercate tra i testimoni dell'episodio quelli che abbiano assistito all'esordio della crisi, che può essere stato improvviso oppure preceduto da segni premonitori (aura epilettica).

Provate a ricostruire cronologicamente l'episodio, tenendo conto che la durata media di una crisi tonico-clonica generalizzata (cosiddetta crisi di Grande Male) è di alcuni minuti, ripartiti in una fase tonica di secondi, una fase clonica che può durare poco più di 1 minuto, una fase post-critica che può durare anche una decina di minuti.



ATTENZIONE:

Per chi assiste, un minuto sembra durare un'eternità.

Esistono due possibili situazioni:

a) **Crisi isolata** in un paziente che non ha in anamnesi episodi analoghi. La crisi epilettica può quindi rappresentare la modalità di risposta del SNC ad una eterogenea serie di situazioni patologiche: lesioni focali o diffuse del SNC, abuso di alcol etilico (saltuario o abituale); assunzione di droghe o di farmaci attivi sul SNC o di altro genere; trauma cranico; privazione di sonno; forte emozione o stress psicofisico; febbre; alterazioni metaboliche; particolari stimolazioni luminose da luci intermittenti (discoteca), da schermi video (computer e videogiochi), da apparecchi televisivi. La crisi isolata impone in ognuno di questi casi il ricovero a scopo diagnostico e terapeutico.

b) Si tratta di un paziente **epilettico**, soggetto a crisi che si ripresentano nel tempo con caratteristiche ripetitive, ed assume probabilmente farmaci anticomiziali per la prevenzione delle recidive. In questo caso il ricovero non è in genere indispensabile, ma la decisione andrà soppesata in considerazione di una serie di fattori:

- la crisi epilettica è stata oggettivamente più lunga di quelle abituali;
- il coma postcritico non si risolve nei tempi classici;
- le crisi sono ripetute e ravvicinate;
- permane un deficit neurologico post-critico;
- la crisi fa seguito a sospensione o variazione della terapia;
- il tipo di crisi risulta diverso rispetto alle precedenti.

Se ricorre una di queste situazioni, è corretto ricoverare il paziente epilettico. Se invece si tratta della "solita" crisi, consigliate un controllo EEGrafico e dei livelli ematici dei farmaci antiepilettici. La singola crisi epilettica non costituisce pertanto un'emergenza e non giustifica la somministrazione immediata di benzodiazepine, che renderebbe anzi più difficile il compito del Collega del P.S. modificando qualitativamente e quantitativamente la fase post-critica.

Lo Stato di Male Epilettico si definisce come una condizione clinica caratterizzata da crisi subentranti, senza recupero della coscienza le quali, se non risolte con intervento farmacologico tempestivo, danno origine a danno neuronale irreversibile. Si tratta di una emergenza medica e giustifica la somministrazione di anticonvulsivanti:

È raccomandata la somministrazione e.v., ma in base al contesto è possibile utilizzare la via intramuscolare, rettale (preferibile nel bambino, LICE: livello I Grado B), nasale, o anche orale se non è possibile avere un accesso venoso.

- 1) Lorazepam 0,1 mg/kg e.v. con infusione lenta 2 mg/minuto fino a una dose massima singola di 4 mg; se non risoluzione ripetere dopo 5-10 minuti (NCS: classe I livello A).
- 2) Diazepam 0,15 mg/kg e.v. infusione lenta non superiore a 5 mg/minuto (dose massima singola 10 mg); se non risoluzione ripetere la dose dopo 5 minuti. Se si utilizza la via rettale dose 0,2 mg/kg (NCS: classe IIa livello A).
- 3) Midazolam 0,2 mg/kg i.m. (dose massima singola 10 mg) se si utilizzano vie di somministrazione alternative 0,2 mg/kg intranasale, oppure 0,5 mg/kg per via orale (NCS: classe I livello A, in Italia utilizzo off label in stati di male refrattari).

Consigliamo tuttavia di decidere in relazione al contesto, dati il rischio di depressione respiratoria e la necessità di eseguire un monitoraggio delle funzioni vitali.

La crisi di Grande Male è spesso seguita da ipotonia ed areflessia generalizzata, midriasi, rilasciamento sfinterico.

Nel *bambino* al fine di sedare una *crisi epilettica* o una *convulsione febbrile* in atto si ricorre alla somministrazione di:

- 1) lorazepam 0,1 mg/kg e.v., si può ripetere la dose una sola volta (NCS: classe I livello A)
- 2) diazepam 0,15-0,2 mg/kg e.v., si può ripetere la dose una sola volta; 0,2-0,5 mg/kg per via rettale (NCS: classe IIa livello A; la via rettale è la prima scelta).

In caso non sia disponibile in emergenza la formulazione rettale è possibile utilizzare la fiala a mezzo di una siringa da insulina o da 2,5 ml (ovviamente senza ago!).

Se possibile, lubrificare la siringa con glicerina o con qualche altra crema disponibile.

È importante introdurla nel retto per qualche cm, altrimenti l'effetto risulterà scarso o tardivo. In pratica si somministra:

1/4 di fiala di *Diazepam* 10 mg nel bambino di 5 kg;

1/2 fiala di *Diazepam* 5 mg nel bambino di 10 kg;

1 fiala di *Diazepam* 10 mg nel bambino di 20 kg.

Se non si ottiene controllo della crisi, la medesima dose di *Diazepam* è ripetibile a distanza di 15 minuti.

- 3) midazolam 5 mg i.m. se 13-40 kg, 10 mg i.m. se >40 kg, oppure 0,2 mg/kg i.m./0,2 mg/kg intranasale/0,5 mg/kg orale (NCS: classe I livello A, in Italia utilizzo off-label).

In caso di convulsione febbrile, per prevenire un'eventuale complicazione in stato di male si praticherà terapia antipiretica con Paracetamolo [(supp.: 20 mg/kg/dose o scir.: (v. cap. Antipiretici) oppure ibuprofene 20-30 mg/Kg/die in 3-4 somministrazioni. La somministrazione alternata di paracetamolo e ibuprofene può risultare più efficace della monoterapia nella riduzione della temperatura corporea. Infine se non efficace la terapia proposta si può somministrare Metamizolo efficace antipiretico (gtt 500 mg/ml) (1gtt=18 mg):

4 mesi-4 anni: 2-6 gtt;

5-14 anni: 10-15 gtt;

>14 anni: 20-40 gtt.

1D. STATO CONFUSIONALE

Nello stato confusionale è presente un disturbo dello stato di coscienza che induce un alterato rapporto con l'ambiente circostante con facile distraibilità ed incapacità a mantenere fissa l'attenzione. Nel paziente in stato confusionale dovete stare attenti all'atteggiamento che appare attonito o agitato e comunque perplesso, indicando la presenza di disordini percettivi ed attentivi. Spesso il paziente è disorientato nel tempo e nello spazio,

non riesce ad evocare eventi recenti, reagisce in modo rallentato o esagerato agli stimoli, può presentare allucinazioni visive.

Poiché molte situazioni possono indurre tale stato, è necessario che poniate le seguenti domande:

- Il paziente ha ingerito farmaci (tranquillanti, cortisonici, anticolinergici, antidepressivi, antiistaminici, isoniazide, ipoglicemizzanti orali, insulina)?
- Usa abitualmente droghe? Ha interrotto l'assunzione di tali droghe?
- Usa e/o abusa di alcolici?
- È un alcolista che non assume alcolici da parecchie ore?
- Ha motivi per incorrere in uno squilibrio idro-elettrolitico (oliguria!)? È disidratato?
- Ha avuto traumi recenti?
- È epilettico?
- Ha manifestato precedentemente sintomi cerebrali focali deficitari o sintomi di ipertensione endocranica (cefalea, diplopia, riduzione transitoria dell'acuità visiva, vomito)?
- È affetto da disturbi psichiatrici?
- È diabetico?
- È iperteso?

Dopo un primo orientamento diagnostico controllare:

- il polso, con particolare attenzione alla presenza di bradicardia (ipertensione endocranica), di tachicardia (febbre), ed eventualmente di altre aritmie;
- la pressione arteriosa;
- l'escursione e la frequenza del respiro;
- il grado di idratazione (lucentezza della lingua, elasticità della cute);
- temperatura e colorito di mani e piedi;
- il grado di sudorazione;
- il diametro e la reattività pupillare;
- la presenza di alitosi (chetoacidosi, insufficienza renale, intossicazione etilica, ecc.);
- la presenza di segni meningei.

I principali segni di irritazione meningei sono:

- decubito a "cane di fucile";
- rigidità nucale;
- segni di Kernig e Brudzinski;
- dermografismo rosso intenso e protratto;
- iperestesia e fotofobia.

Possono associarsi *segni di ipertensione endocranica*:

- obnubilamento del sensorio;
- bradicardia, rialzo della pressione arteriosa;
- papilla da stasi.

Nel *lattante* sospettate una sindrome meningei di fronte a:

- stato soporoso o all'opposto estrema irritabilità ed inconsolabilità del piccolo, per stimoli visivi, acustici, tattili (specie quando viene toccata la nuca o il piccolo viene spostato);
- pianto flebile, improvvisamente interrotto da un gemito acuto;
- fontanella bregmatica tesa e pulsante;
- diastasi delle suture craniche;

† Per valutare la frequenza cardiaca nel bambino tranquillo (se piange, tende ad accelerare la frequenza) tener conto delle frequenze cardiache per età (cfr. Come visitare i bambini).

- vomito, strabismo comparso ex novo, paralisi del facciale (nel piangere il bambino non riesce a chiudere l'occhio omolaterale alla paresi, la rima buccale spianata);
- bradicardia relativa[†] inferiore a 80 battiti/minuto.

Qualunque siano le caratteristiche cliniche, il paziente confuso non va mai trascurato e s'impone un'attenta sorveglianza per evitare incidenti dovuti al disorientamento. Se il paziente ha assunto farmaci per i quali è in trattamento cronico ed alle dosi abituali, dopo avere escluso la presenza di concause, si prospetti la sospensione del farmaco, rimandando al giorno successivo un controllo presso il Medico Curante. Tuttavia l'interruzione brusca del farmaco spesso non è possibile sia per i rischi connessi alla malattia di base sia perché certi farmaci vanno sempre sospesi gradualmente; pertanto anche in questo caso è spesso consigliabile un breve periodo di osservazione in ospedale.

Nel caso in cui il farmaco sia stato assunto in sovradosaggio, per errore o tentato suicidio, è bene inviare comunque il paziente in ambiente ospedaliero per un periodo di osservazione, non essendo sempre prevedibile l'evoluzione della sintomatologia.

Nella situazione nella quale lo stato confusionale dipenda dalla assunzione di alcolici (significativi sono l'alitosi, il parlare ininterrotto, la deambulazione atassica), la decisione per un eventuale ricovero dipende dai rilievi semeiologici.

Ricordate che, per ogni determinata quantità di alcol ingerito, in genere le concentrazioni di alcol nel sangue sono più alte nel sesso femminile, per una serie di ragioni (le donne, rispetto agli uomini, sono mediamente di corporatura più minuta, hanno meno acqua corporea per unità di peso in cui l'etanolo può distribuirsi e hanno una minore attività dell'alcol-deidrogenasi); quindi, la probabilità di ebbrezza alcolica è maggiore nelle donne che negli uomini che consumano la stessa quantità di alcol. Il paziente con marcata ipotensione e/o difficoltà respiratoria va inviato in ospedale.

Se al contrario le funzioni vitali si mantengono buone, il soggetto può restare a casa sotto il controllo di altre persone (preferibilmente sobrie); in questo secondo caso può essere utile intervenire praticando Metadoxina [1 o 2 f.e.v. *oppure* i.m. (1 fiala = 300 mg)] sebbene non sia usuale averlo a disposizione in Continuità Assistenziale. Se allo stato confusionale si associa un marcato stato di agitazione psicomotoria, somministrare a scopo sedativo:

Aloperidolo 2-5 mg os/i.m./e.v. *oppure*

Lorazepam 1-2 mg os/i.m./e.v. *oppure*

Promazina (1 f.i.m. o 25 gtt.).

Se anamnesticamente il paziente è un alcolista cronico che da parecchie ore non assume più alcolici, la sindrome confusionale più o meno agitata può rappresentare l'esordio di una sindrome di astinenza alcolica (specie se sono presenti atteggiamenti che possono far presagire allucinosi microzooptiche) indirizzarlo al Pronto Soccorso.

2) Deficit neurologico focale

In genere, la continuità assistenziale è consultata solo quando il deficit neurologico ha un'insorgenza acuta. La sintomatologia varia in rapporto con l'area cerebrale interessata, quindi può essere molto varia e sottendere varie eziologie. Le principali cause possono essere:

- le vasculopatie;
- le lesioni occupanti spazio in rapida espansione (es.: neoplasia cerebrale con edema o neoplasia nel cui contesto si verifica una emorragia);
- le lesioni traumatiche e le loro complicazioni.

I sintomi possono essere stabili nel caso in cui nel cervello si sia formata una lesione, oppure possono regredire in un tempo variabile [es. crisi epilettiche focali, TIA (durata <1 ora); minor stroke (durata 1-24 ore)] senza lasciare reliquati. In ogni caso converrà comunque ricoverare il paziente preferibilmente in strutture dotate di TAC cerebrale e di Unità Stroke.

2A. ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI

Il sospetto sorge di fronte ad un soggetto che presenti acutamente un deficit neurologico focale come: paresi o paralisi di uno o più arti, disturbo dell'eloquio quale afasia o disartria, diplopia, calo del visus, ipoestesia, disturbo dell'equilibrio.

Vi dovranno orientare verso l'ipotesi di una vasculopatia cerebrale acuta:

- l'esordio rapido;
- la constatazione diretta o anche solo anamnestica di deficit neurologici focali, variabili in relazione alla topografia del distretto arterioso interessato (vertebrobasilare o carotideo). In condizioni gravi possono associarsi segni clinici d'ipertensione endocranica, ed eventualmente d'irritazione meningea.



ATTENZIONE: Alla presenza di anisocoria o di paralisi totale del terzo nervo cranico, con ptosi palpebrale e deviazione dell'occhio verso il basso e l'esterno.

Confortano il sospetto diagnostico:

- il rilievo anamnestico di episodi simili, la presenza di fattori di rischio vascolare, in particolare il riscontro di elevati valori pressori;
- la negatività anamnestica per episodi epilettici, sincopali, emicranici, isterici o di ipersonnia.

Il solo rilievo clinico effettuabile a domicilio non consente una diagnosi di assoluta certezza (TIA, ictus ischemico, ictus emorragico, ecc.). Inoltre, anche se la sintomatologia è lieve e tende a regredire, attenetevi a criteri di prudenza, poiché potreste trovarvi di fronte ad un ictus in evoluzione (patologia che la negatività clinica del momento non vi permette di escludere). Ricoverate in osservazione, pertanto, anche i casi dubbi. La persona con un sospetto ictus deve ricevere, il prima possibile, il trattamento più adatto. È necessario trasportare rapidamente il paziente nell'ospedale più vicino, in particolare presso un ospedale organizzato per l'emergenza ictus, dotato cioè di una Unità Stroke (Stroke Unit). Queste Unità sono composte da professionisti multidisciplinari che conoscono il problema e sono in grado di trattarlo nel miglior modo possibile.

Con questa modalità gestionale [attivazione rapida 118 o NUE (Numero Unico Emergenze) 112 dove attivo] si riducono statisticamente sia la mortalità sia il grado di invalidità di chi ha subito un ictus ischemico, indipendentemente dalla gravità e dall'età. È essenziale condurre la persona nella struttura specializzata quanto prima in modo che esegua subito gli esami, la TAC encefalica (AHA/ASA: classe I livello B NR) in particolare, per capire se l'ictus è stato determinato da un'ischemia o da un'emorragia. Nel primo caso, infatti, si può procedere alla terapia trombolitica, talora risolutiva, entro 3 ore (AHA/ASA: classe I livello A), o quattro ore e mezzo (AHA/ASA: classe I livello B R) dall'esordio della sintomatologia. Naturalmente più precoce è il trattamento trombolitico migliore è la prognosi dell'ictus ischemico. Una lista di ospedali con Unità Stroke è disponibile alla fine del capitolo.

Emorragia subaracnoidea (ESA)

L'ESA può derivare da un trauma oppure essere atraumatica. In questo caso nell'80% dei pazienti la causa è una rottura spontanea di aneurisma intraparenchimale o di una MAV.

Talvolta è un fattore precipitante un intenso sforzo fisico eseguito nelle 2 ore precedenti l'evento (19% dei casi). Il paziente lamenta:

- una cefalea improvvisa, lancinante o pulsante a “rombo di tuono”, ad esordio acuto, spesso occipito-parietale, *oppure*

- sono possibili presentazioni atipiche quali crisi epilettiche, stato confusionale, trauma cranico associato.

Sono presenti, in alcuni casi, segni di irritazione meningea e/o di ipertensione endocranica, come pure deficit neurologici focali e/o perdita di coscienza.

Valutate sempre la pressione arteriosa; è importante la ricerca anamnestica di episodi di cefalea isolati o accompagnati da altri sintomi neurologici. Anche solo nel sospetto di ESA ricoverate in osservazione.

2B. COMPLICAZIONI DI TRAUMI CRANICI

Riteniamo utile un breve elenco delle possibili complicazioni di trauma cranico perché il collegamento col trauma comporta spesso aspetti medico-legali ed assicurativi, di cui il Medico ha il dovere di avvertire il paziente.

Le complicazioni precoci (lacerazione cerebrale, ematoma subdurale acuto, ematoma extradurale, edema cerebrale, emorragia cerebrale) si esprimono tutte con sintomi neurologici di notevole entità e rapidamente ingravescenti, che devono indurvi ad un rapido ricovero. Possono svilupparsi entro 30 giorni dal trauma: sintomi come vomito, cefalea, disequilibrio, astenia, foto/fonofobia ecc.; alterazioni cognitive quali deficit dell'attenzione, alterazioni mnesiche, rallentamento ideomotorio ecc.; alterazioni psichiatriche come depressione, ansia, agitazione, aggressività ecc.; encefalopatia post-traumatica cronica (in pazienti soggetti a traumi ripetuti). Le complicazioni tardive possono manifestarsi a distanza di settimane o di mesi dal trauma, che va pertanto attentamente ricercato nell'anamnesi di qualsiasi paziente neurologico.

- Possibile conseguenza di un trauma è l'*ematoma subdurale cronico*: il paziente è generalmente asintomatico, se si instaura acutamente può presentare segni neurologici focali (emiparesi eterolaterale, compromissione della coscienza); predisposte risultano le persone >70 anni;
- Crisi epilettiche post-traumatiche*: possono essere un sintomo che insorge acutamente dopo l'evento traumatico, non hanno un significato prognostico. Si possono manifestare anche a distanza di tempo dal trauma.

Tutti questi casi sono meritevoli di ricovero urgente. In queste situazioni, quando sussista il sospetto di eziologia traumatica, si rammenti che il primo Medico che visita il paziente ha obbligo di referto se il trauma riveste interesse medico-legale (incidenti sul lavoro o della strada, incidenti riguardanti bambini affidati alla scuola o ad altri terzi, ecc.). In caso di trauma cranico, specie quando interessa bambini, la Continuità Assistenziale viene frequentemente interpellata, anche se il paziente è apparentemente asintomatico, da familiari desiderosi di essere rassicurati. Di fronte a tali richieste è necessaria in primo luogo un'anamnesi accurata volta ad appurare:

- entità del trauma (altezza di caduta, velocità e mole del corpo contundente, ecc.) in rapporto all'età ed allo stato fisico del paziente;
- eventuale perdita di coscienza, sua durata ed eventuale intervallo libero;
- presenza o meno di lacuna mnesica;
- insorgenza o meno di crisi epilettica immediata;
- precedenti personali e familiari di crisi epilettiche o di convulsioni febbrili. È importante valutare anche il cuoio capelluto per eventuali lesioni o infossamenti o punti dolorabili, che possono far sospettare fratture. In assenza di rilievi patologici, se il trauma è stato, a vostro giudizio, di una certa entità, consigliate egualmente al paziente di recarsi al Pronto Soccorso per ulteriori valutazioni. Se invece sembra essersi trattato di un trauma banale, rassicurate i familiari, ma consigliate egualmente un'attenta sorveglianza, specie per quanto riguarda l'insorgenza di vomito, crisi comiziali, cefalea.

Consigliate inoltre al paziente riposo e astensione da azioni potenzialmente pericolose (guidare autoveicoli, fare il bagno o la doccia, praticare sport o giochi fisicamente impegnativi). Ricordate che, specie nel bambino, la mancanza di perdita di coscienza non è di per sé considerata predittiva di prognosi favorevole.

3) Sintomatologia algica

Schematizzando, possiamo trovarci di fronte a queste evenienze:

- A) cefalea: a) cefalea muscolo-tensiva;
b) emicrania con e senza aura;
c) nevralgia del trigemino;
- B) dolore cervicale o della zona spalla-braccio (cervico-brachialgia);
- C) dolore della superficie anteriore del tronco;
- D) lombosciatalgia, cruralgia.

3A. CEFALEA

Sarete spesso interpellati per un dolore cranico o facciale; nel caso si tratti del sintomo principale, è bene procedere ad un accurato inquadramento della cefalea:

- carattere (pulsante, gravativo, tensivo, trafittivo, ecc.);
- topografia (diffusa o circoscritta);
- modalità di esordio (graduale, accessuale);
- decorso (acuto, cronico);
- eventuali fattori scatenanti (stress, abuso d'alcool, assunzione di alcuni cibi, assunzione di Trinitrina o altri vasodilatatori, ecc.);
- sintomi associati (vomito, nausea, vertigini, deficit neurologici, lacrimazione, fotofobia, fonofobia, rinorrea, starnuti);
- patologie preesistenti (ipertensione arteriosa, diabete, anemia, emicrania, ulcera gastrica, tireotossicosi, traumi cranici, epilessia, malattie psichiatriche, malattie neoplastiche, otiti, sinusiti, artrosi cervicali, glaucoma, difetti di rifrazione oculare).

Dal punto di vista pratico è utile classificare le cefalee in primitive e secondarie.

Le *cefalee secondarie a lesione cerebrale* (processo espansivo endocranico, emorragia subaracnoideale o intracerebrale, ematoma extradurale, meningite, ascesso cerebrale) si presentano di solito associate a segni focali e/o segni di meningismo e/o ipertensione endocranica;

- la *cefalea da sindrome meningea* è diffusa e violenta, esacerbata da qualsiasi stimolo visivo, acustico, tattile;
- la *cefalea da ipertensione endocranica* è pulsante o gravativa, diffusa o prevalente in sede occipito-nucleale, in genere notturna o mattutina; è accentuata dalla manovra di Valsalva e dalla pressione sulla squama temporale. Vi si associano segni neurologici focali.

Di fronte a queste condizioni, predisponete il ricovero di urgenza. Particolarmente subdola e pericolosa è la cefalea secondaria ad intossicazione da monossido di carbonio; può essere variamente associata ad altri sintomi (in genere in relazione ai livelli di CO, [Tabella 3]).

Non dimenticate di porre opportuni quesiti sulla funzionalità dell'impianto di riscaldamento quando questi sintomi siano presenti, soprattutto in persone che vivono da sole o in gruppi familiari che versano in condizioni disagiate ed in abitazioni precarie (baracche, case vecchie, roulotte, ecc.) e di arieggiare l'ambiente in caso di situazioni dubbie.

È opportuno tenere presente che anche malattie internistiche (ipertensione arteriosa, artrosi cervicale, ecc.) possono causare cefalea secondaria. In questi casi è di preminente importanza la terapia eziologica. La diagnosi di *cefalea primaria* è in genere suggerita dalla tipicità della sintomatologia, dalla negatività dell'esame neurologico e dalla ricorrenza dei sintomi.

Tabella 3.

LIVELLO EMATICO DI COHB (%)	SINTOMI E SEGNI DI INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO
10-20	Cefalea, dispnea, angina
20-30	Cefalea con spasmi, nausea, vomito, affaticamento, irritabilità, difficoltà di concentrazione
30-40	Vertigini, affaticamento, sincope, difficoltà di pensiero
40-50	Tachipnea, tachicardia, sincope, confusione
50-60	Insufficienza respiratoria, collasso, coma
60-70	Insufficienza respiratoria, ipotensione, coma
>70	Coma fatale in breve tempo

a) Cefalea muscolo-tensiva

La cefalea muscolo-tensiva è la più frequente cefalea di tipo primario. L'episodio può durare da minuti a giorni, il dolore è tipicamente bilaterale, costrittivo, gravativo e di intensità da lieve a moderata, con andamento continuo nella giornata, non interferisce in modo rilevante con la normale attività quotidiana. Solitamente non c'è nausea, ma possono esserci fotofobia e/o fonofobia. Il suo trattamento richiede l'allontanamento di possibili fattori scatenanti e l'uso di FANS in I linea:

1. Ibuprofene da 200 a 800 mg (prima scelta, dose abituale d'attacco 400 mg) oppure in alternativa naprossene (375-550 mg), acido acetilsalicilico (500-1000 mg), paracetamolo (1000 mg), ketoprofene (da 25 a 80 mg/dose), o diclofenac (da 25 a 100 mg/dose)
2. Associazioni con caffeina (64-200 mg) in seconda linea.

b) Emicrania con e senza aura

Sono caratterizzate nelle fasi di attività da dolore intenso, generalmente monolaterale a carattere pulsante, accompagnato frequentemente da vomito, nausea, fotofobia, fonofobia. Nell'emicrania con aura sono presenti sintomi prodromici più frequentemente visivi (scotomi, annebbiamento del visus, ecc.), ma talvolta possono presentarsi come deficit motori o alterazioni del linguaggio (paresi, disartria, ecc.).

Si comprende quindi come al primo episodio anche l'emicrania con aura suggerisca l'opportunità di un ricovero cautelativo, quando siano presenti:

- aura visiva caratterizzata da amaurosi della durata di 5-6 minuti (<60 min.);
- fenomeni parestesici interessanti la zona orbitaria, periorale o l'arto superiore e soprattutto disartria.

Quando la diagnosi di emicrania sia certa, il trattamento va eseguito il più precocemente possibile scegliendo in I linea i comuni FANS nei casi di emicrania moderata, i triptani negli attacchi severi.

Trattamento della cefalea di origine emicranica.

Attacco lieve-moderato:

1. Acetilsalicilato di lisina (1000 mg 1 bust), oppure
2. Ibuprofene 400 mg (SIGN: classe 1++)
3. Paracetamolo 1000 mg
4. Naprossene 550 mg
5. Diclofenac 50 mg

eventualmente associati ad antiemetico se coesistesse nausea e/o vomito. In particolare l'associazione di un antiemetico alla terapia analgesica induce una migliore risposta del dolore (SIGN: classe 1++):

- metoclopramide (1 fiala i.m.)
- proclorperazina (1 supposta).

Esiste a questo proposito un'associazione farmacologica preconstituita di analgesico e antiemetico, formata da indometacina 25 mg/cafeina 75 mg/proclorperazina 2 mg) indicata negli attacchi emicranici con o senza aura.



ATTENZIONE: L'indometacina da sola non ha indicazione al trattamento degli attacchi emicranici.

Attacco severo:

6. Sumatriptan (100 mg per os, oppure 6 mg per via sottocutanea) è il capostipite dei triptani raccomandati dalle linee-guida per il trattamento dell'attacco emicranico (SIGN: classe 1++).
7. Rizatriptan 10 mg (1 cpr); oppure almotriptan 12,5 mg (1 cpr).
8. Frovatriptan (1 cpr 2,5 mg) [non superare i 5 mg/die].
I triptani sono controindicati in coronaropatie, ipertensione arteriosa, gravidanza.
9. Ergotamina tartrato 1 mg per os (1 cpr) oppure 2 mg per via rettale (1 supp.). Le singole dosi sono ripetibili dopo un'ora, con attenzione a non superare il dosaggio di 5-6 mg per attacco. Evitate la somministrazione parenterale di Ergotamina. Gli effetti collaterali più frequenti con l'utilizzo di ergotamina sono nausea, vomito, dolori addominali e più raramente sincopi, dispnea, crisi ipertensive.

c) Nevralgia del trigemino

La nevralgia del trigemino presenta, se primaria, caratteri tipici: esordio improvviso, andamento accessuale con brevi scariche dolorose, topografia limitata ad una o più branche trigeminali, esistenza di meccanismi e zone trigger (più spesso una stimolazione tattile superficiale della cute).

Se non sussistono controindicazioni (sensibilità alla Carbamazepina e agli antiepilettici triciclici, depressione del midollo osseo):

1. Carbamazepina 200-1200 mg/die in 2 somministrazioni
2. Oxcarbazepina 600-1800 mg/die
3. Lamotrigina 400 mg/die.
4. Sebbene non ci siano studi che ne dimostrino chiaramente l'efficacia è di largo utilizzo il Gabapentin (400 mg 1-3 cpr/die) oppure Pregabalin (25-75 mg cps; 1 cps x 2) si è dimostrato efficace in alcuni casi.

Consigliate poi al paziente di rivolgersi al Medico Curante o allo Specialista per eventuali indagini strumentali e per monitorare gli effetti benefici e/o collaterali del trattamento.

3B. DOLORE CERVICALE O DELLA ZONA SPALLA-BRACCIO (CERVICO-BRACHIALGIA)

Si può essere chiamati al letto del paziente per l'insorgenza acuta di un dolore violento al collo, con limitazione antalgica della motilità ed irradiazione ad un arto superiore. Tale sintomatologia può sottendere la presenza di un'ernia discale oppure può essere la conseguenza di un trauma meccanico da contraccollo (cosiddetto "colpo di frusta"), facilmente verificabile all'anamnesi.



ATTENZIONE: In caso di trauma recente o progressivo, che potrebbe aver provocato lesioni vertebrali, evitate manovre sul rachide cervicale ed inviate il paziente a consulenza neurologica.

In assenza di anamnesi di traumi, con molta prudenza e gradualità, si può procedere a flessione e a rotazione passiva del collo verso il lato opposto, e con abduzione e con estensione posteriore di spalla e braccio: lo stiramento delle radici nervose intensifica il dolore.

In corso di cervicotalgia o cervicobrachialgia l'irradiazione del dolore ed il disturbo della sensibilità possono interessare territori cutanei differenti. Si associano frequentemente un deficit di forza e la riduzione dei riflessi osteotendinei dell'arto superiore.

Sindromi radicolari cervicali più importanti:

- Radicolopatia cervicale C5: deficit muscolare del m. deltoide con debolezza all'abduzione del braccio, area ipoestesica porzione laterale spalla fino al deltoide;
- Radicolopatia cervicale C6: deficit muscolare dei mm. bicipite brachiale e brachioradiale, con debolezza alla flessione del braccio, area ipoestesica del braccio, dorso-lateralmente il braccio, lateralmente l'avambraccio fino al pollice; si associa un'ipo o areflessia del riflesso bicipitale;
- Radicolopatia cervicale C7: deficit muscolare dei mm. tricipite brachiale ed estensori dell'avambraccio, con debolezza alla estensione del braccio, area ipoestesica del braccio, lateralmente fino all'indice e medio; si associa un'ipo o areflessia del riflesso tricipitale;
- Radicolopatia cervicale C8: deficit muscolare dei mm. intrinseci della mano, con debolezza dell'abduzione delle dita, area ipoestesica del braccio, posteriormente fino all'anulare e al mignolo.

In tutti questi casi la terapia è costituita da antiflogistici e miorilassanti, ma al paziente verrà consigliato di sottoporsi ad ulteriori indagini radiografiche e ad EMG per precisare il livello, l'estensione e la gravità della lesione, nonché la sua natura. Infatti, in alcuni di questi casi, in presenza di compressioni radicolari importanti ed evolutività clinica è indicato l'intervento chirurgico. Trattamento conservativo:

FANS, miorilassanti, antiepilettici, corticosteroidi.

1. Diclofenac (1 f i.m.), oppure Ketoprofene (1 f i.m.), oppure ibuprofene (400-600 mg 3 cp/die) oppure naprossene (250-500 mg 2 cp/die) oppure Ketorolac sale di trometamolo (1 fiala da 30 mg). Nel caso di dolore acuto moderato-grave nell'adulto, si può ricorrere ad una associazione analgesica per via orale, ad es. paracetamolo/tramadolo cpr 325/37,5 mg (2 cpr/die) oppure dexketoprofene/tramadolo cpr 25/75 mg (da 1 a 3 volte/die).
2. In pazienti affetti da *gastropatie*: Misure di protezione gastrica (*Magnesio idrossido/algeldrato* sciroppo 1 cp \times 3/die o *Alluminio idrossido/magnesio idrossido/dimeticone/latte in polvere* cpr mast 2 cpr \times 2/die o *Esomeprazolo* 20 mg 1 cpr/die) in associazione al FANS oppure paracetamolo/codeina (bustine 1 b \times 3/die). Si ricorda che la prescrizione dell'inibitore di pompa protonica avviene al di fuori dei criteri previsti dalle note AIFA 1 e 48, quindi verrà prescritto in fascia C e limitatamente al periodo di trattamento antinfiammatorio.
3. Può essere utile un miorilassante come l'alcool piperidinpropilico (6 mg 1 f i.m.) o anche la somministrazione di una modesta quantità di una benzodiazepina con attività miorilassante come il diazepam 1 fiala i.m.



ATTENZIONE: Solo la formulazione parenterale, non di tutti i brand in commercio, ha come indicazione in scheda tecnica gli spasmi muscolari di origine reumatica. La somministrazione di diazepam è giustificata solo in caso di gravità del quadro clinico.

- Eventuale posizionamento di collare morbido ma solo fino a valutazione eziologica del dolore in casi dubbi, poiché è sconsigliato il suo utilizzo di routine (ritarda il recupero funzionale).
- Nei pazienti già in trattamento con FANS e persistenza di dolore urente può essere utile aggiungere alla terapia: Gabapentin (400 mg cps: 1-3 cps/die) o Pregabalin (25-75 mg cps; 1 cps \times 2).

Le sindromi neurogene che abbiamo descritto vanno differenziate dalle sindromi dolorose di altra natura coinvolgenti lo stesso territorio quali:

- periartrite scapolo-omerale;
- osteoporosi ed artrite scapolo-omerale;
- sindrome spalla-mano in pazienti emiplegici;
- dolori di origine coronarica (angina, infarto) che, ovviamente, richiederanno terapie specifiche.

In merito al cosiddetto quadro clinico della “Spalla Dolorosa”, va segnalato che si tratta di uno dei quadri più importanti dei reumatismi extra-articolari, caratterizzato dall'interessamento infiammatorio, degenerativo e/o distrofico delle strutture peri-articolari della spalla (capo lungo del bicipite, cuffia dei rotatori, borsa sotto-acromion-deltoidea). Il paziente affetto da questo disturbo manifesta generalmente dolore che compare in seguito ad alcuni movimenti (ad es. pettinarsi, infilarsi la giacca) e/o di notte, atteggiamento antalgico con braccio addotto e flessione dell'avambraccio, possibile dolorabilità alla digitopressione in sede sotto-acromiale, deltoidea o bicipitale e dolore all'abduzione passiva. Nei casi di maggiore gravità, se vi è rottura della cuffia dei rotatori (sottoscapolare, soprascapolare, sottoscapolare e piccolo rotondo) si configura clinicamente la sindrome della “Spalla Pseudo-Paralitica” (con impossibilità di sollevamento verticale del braccio); nelle forme inveterate, in seguito ad una capsulite retraente, si può addirittura giungere al quadro clinico della “Spalla Bloccata” (limitazione funzionale fino alla totale rigidità articolare). L'etiologia può essere collegata a fenomeni traumatici, a microtraumatismi di origine professionale, osteoartrosi, diabete, gotta e varie altre condizioni patologiche. La diagnosi e l'opportuna terapia di queste condizioni vanno effettuate in ambito specialistico; per il controllo temporaneo del dolore, può essere consigliato al paziente il riposo e l'assunzione di FANS.

3C. DOLORE DELLA SUPERFICIE ANTERIORE DEL TRONCO

Una sintomatologia dolorosa può insorgere acutamente a carico di più rami primari anteriori dei nervi toracici (intercostali); di solito non vi è sintomatologia motoria clinicamente rilevabile ed un deficit sensitivo si evidenzia solo per l'interessamento di tre nervi adiacenti (per il compenso dei nervi sani sopra e sottostanti). Occorre porre particolare attenzione, quindi, alla diagnosi differenziale con affezioni dolorose non neurogene, in particolare con quelle di origine cardiaca (cfr. Cardiologia). Se il dolore appare riferibile a nevralgia intercostale è consigliabile somministrare antidolorifici come:

- Diclofenac (1 f i.m.), oppure Ketoprofene (1 f i.m.)
- Dexketoprofene trometamolo (25 mg 1 cpr \times 3/die).

Di solito tale forma regredisce in breve tempo e non richiede ulteriori accertamenti e terapie. Unico (o quasi) caso di mono-neuropatia dei nervi toracici è rappresentato dall'*Herpes zoster*, caratterizzato da vescicole disseminate lungo il decorso del nervo intercostale e da dolore urente. In questo caso è consigliabile procedere come descritto in Dermatologia.

3D. LOMBOSCIATALGIA, CRURALGIA

Il dolore della sciatalgia è causa non rara di visita domiciliare. Il dolore ha carattere tensivo, costrittivo, urente e, come tutti i dolori radicolari, ha topografia corrispondente al

territorio di distribuzione delle fibre nervose. Le manovre di stiramento delle radici (Lasegue) risultano positive. Come per la cervicobrachialgia anche in corso di lombosciatalgia al disturbo della sensibilità radicolare si associano frequentemente un deficit di forza e la riduzione dei riflessi osteotendinei dell'arto inferiore.

Sindromi radicolari lombosacrali più importanti:

- **Radicolopatia lombare L3:** deficit muscolare dei mm. adduttori e del quadricipite femorale con debolezza alla flessione dell'anca e dell'estensione del ginocchio, area ipoestesica faccia mediale della coscia;
- **Radicolopatia lombare L4:** deficit muscolare del m. tibiale anteriore, con debolezza alla dorsiflessione del piede e difficoltà deambulatoria sui talloni, area ipoestesica del lato anteromediale della coscia e mediale della gamba; si associa un'ipo o areflessia del riflesso rotuleo;
- **Radicolopatia lombare L5:** deficit muscolare dei mm. estensori delle dita del piede e dell'alluce, con debolezza alla dorsiflessione dell'alluce e delle dita del piede, area ipoestesica dalla regione lombare alla faccia esterna della coscia ed antero-laterale della gamba, per arrivare, talvolta, al malleolo laterale e all'alluce;
- **Radicolopatia sacrale S1:** deficit muscolare del m. tricipite della sura, con debolezza della flessione plantare e difficoltà deambulatoria sulla punta dei piedi, area ipoestesica del lato esterno posteriore della coscia fino al tallone; si associa un'ipo o areflessia del riflesso achilleo e medio-plantare.

Anche in questi casi la terapia è costituita da antiflogistici e miorilassanti (vedi cervicobrachialgia), ma al paziente consiglierete di sottoporsi ad ulteriori indagini neuroradiologiche (TAC lombosacrale) e ad EMG per precisare il livello, l'estensione e la gravità della lesione, nonché la sua natura.

L'esame neuroradiologico diventa urgente nel caso di segni neurologici come grave paresi, areflessia, anestesia.

Nel caso di cruralgia, il dolore si irradia dalla regione lombo-sacrale all'inguine ed alla parte supero-mediale della coscia. Il trattamento è analogo a quello della sciatalgia. In entrambe le condizioni si impone un'attenta valutazione per escludere:

- appendicite retrocecale
- ernia inguinale e crurale
- versamento articolare coxofemorale
- coxartrosi.

**UNITÀ STROKE
IN ITALIA**
VALLE D'AOSTA

Aosta Ospedale Regionale Valle d'Aosta Umberto Parini V.le Ginevra, 3 - Tel. 0165 543326

LOMBARDIA

Bergamo A.O. Papa Giovanni XXIII, Piazza OMS, 1 - Tel. 035 267111

Brescia Fondazione Poliambulance Brescia Via Bissolati, 57 - Tel. 030 3515720

Brescia A.O. Spedali Civili di Brescia P.le Spedali Civili, 1 - Tel. 030 3996671/3995580

Busto Arsizio (VA) Ospedale di Circolo di Busto Arsizio P. le Solaro, 3 - Tel. 0331 699267

Como Ospedale Valduce Como Via Dante, 11 - Tel. 031 324162 - 031 324162/3 e 324411/2

Como Ospedale Sant'Anna - Via Napoleona, 60 - Tel. 031 5855346

Crema (CR) Ospedale Maggiore Largo Ugo Dossenz - Tel. 0373 280580 - 0373 280580/2801

Cremona Presidio Ospedaliero di Cremona V.le Concordia, 1 - Tel. 0372 405402

Desio (MB) Ospedale di Desio - Via Mazzini, 1 - Tel. 0362 383306

Garbagnate (MI) A.O. Salvini V.le Forlanini, 121 - Tel. 02 994302277

Lecco Ospedale Alessandro Manzoni, Via dell'Eremo, 9/11 - Tel. 0341 489805

Legnano (MI) A.O. Ospedale Civile Legnano Via Papa Giovanni Paolo II - Tel. reparto 0331 449551

Lodi Ospedale Maggiore Viale Savoia - Tel. 0371 372210

Merate (LC) Ospedale San Leopoldo Mandic, Largo Mandic, 1 - Tel. 039 5916256 - 039 5916256

Melegnano (MI) Neurologia, Via Pandina 1, 20070 Vizzolo Predabissi (MI) - Tel. 02 9805.2463/2464

Mantova A.O. Carlo Poma Strada Lago Paiolo, 10 - Tel. 0376 2011 - 0376 201548

Milano A.O. Luigi Sacco Via GB. Grassi, 24 - Tel. 02 39042543 - 02 39042543/2317

Milano Istituto Clinico Città Studi SPA Via Jommelli, 17 - Tel. 02 23935454 - 02 23935454

Milano Istituto Auxologico Italiano Ospedale S. Luca P.le Brescia, 20 Tel. 02 619112794 - 02 619112794/2126

Milano Istituto Clinico Humanitas Via Manzoni, 56 Rozzano - Tel. 02 82244067

Milano Istituto Scientifico San Raffaele Via Olgettina, 48 - Tel. 02 26432813

Milano Ospedale Niguarda Via Ospedale Maggiore, 3 - Tel. 02 64442389

Milano A.O. San Carlo Borromeo Via Pio II, 3 - Tel. 02 4022 2716

Milano Ospedale S. Giuseppe, Via S. Vittore, 12 - Tel. 02 85994696

Milano Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Via Francesco Sforza - Tel. 0255503.1

Monza Ospedale San Gerardo, Via Pergolesi, 33 - Tel. 039 2332449

Pavia IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino Via Mondino, 2 - Tel. 0382 380318

Pavia Policlinico San Matteo - P. le Golgi, 2 - Tel. 0382 502184

Saronno (VA) A.O. di Saronno - P. le Borella - Tel. 02 96131

San Donato Milanese (MI) Policlinico San Donato Via R. Morandi - Tel. 02 527741

Sondalo (SO) Ospedale Morelli Via Zubiani - Tel. 0342 808339

Sondrio A.O. Valchiavenna Via Cereria, 4 - Tel. 0343 67245

Treviglio (BG) Ospedale di Treviglio P. le Ospedale, 1 - Tel. 0363 424834

Varese A.U.O. di Circolo e Fondazione Macchi V. le L. Borri, 57 - Tel. 0332 393295 - 0332 278427

Vimercate (MI) A.O. di Vimercate Via Cesare Battisti, 23 - Tel. 039 6654474 - 039 6654474

Zingonia (BG) Policlinico San Marco Corso Europa, 7 Osio Sotto - Tel. 035 886295

PIEMONTE

Alba (CN) Ospedale San Lazzaro Via P. Belli, 26 - Tel. 0173 316298 - 0173 316298

Alessandria S.U. di II livello, A.S.O. S. Antonio e S. Biagio Via Venezia, 16 - Tel. 0131 206484

Asti Ospedale Cardinal Massaia C.so Dante, 202 - Tel. 0141 481111

Biella Ospedale degli Infermi, Via Caraccio, 5 - Tel. 015 3503355

Chieri (TO) Ospedale Maggiore di Chieri Via De Maria, 1 - Tel. 011 9429 3199 - 011 9429 4542

Chivasso (TO) Ospedale Civico Cr.so Galileo Ferraris, 3 - Tel. 011 9176257

Cirié (TO) Ospedale di Cirié ASL T04 Via Battitore 7/9 - Tel. 011 9217371

Cuneo A.S.O. S. Croce e Carle Via M. Coppino, 26 - Tel. 0171 641335

Domodossola (VB) Ospedale San Biagio Largo Caduti Lager nazifascisti, 1 - Tel. 0324 491563

Ivrea Ospedale Civile Piazza Credenza, 2 - Tel. 0125 414274 - 0125 414274

Novara S.U. di II livello, Ospedale Maggiore della Carità Cr.so Mazzini, 18 - Tel. 0321 3733890 - 03213733890/3733429

Novi Ligure (AL) A.O. Novi Ligure Via E. Raggio, 12 - Tel. 0143 332433 - 0143 332433

Orbassano (TO) Ospedale San Luigi Regione Gonzole, 10 - Tel. 011 9026302 - 011 9026302

Pinerolo (TO) Ospedale Edoardo Agnelli Via Brigata Cagliari, 39 - Tel. 0121 2331

Rivoli (TO) Ospedale degli Infermi Strada Rivalta, 29 - Tel. 011 9551251

Savigliano (CN) Ospedale Santissima Annunziata Via Ospedali, 14 - Tel. 0172 719111 - 0172 719327

Torino Ospedale San Giovanni Bosco Piazza Donatori di Sangue, 3 - Tel. 011 2402292

Torino Ospedale Maria Vittoria Via Cibrario, 72 - Tel. 011 4393296

Torino S.U. di II livello, Ospedale Martini Via Tofane 71 - Tel. 011 79052271

Torino Ospedale Mauriziano Largo Turati, 62 - Tel. 011 5082528 - 011 5082529

Torino S.U. di II livello, AOU Città della Salute e della Scienza - Ospedale Molinette Corso Bramante, 88 - Tel. 011 6334985

Torino P.O. Gradenigo Cr.so Regina Margherita, 8/10 - Tel. 011 8151486

Vercelli Presidio Ospedaliero S. Andrea, Vercelli corso M. Abbate, 21 - Tel. 0161 593111

FRIULI - VENEZIA GIULIA

Portonovo A.O. Santa Maria degli Angeli, Via Montereale, 24 - Tel. 0434 399111 - 0434 399447 (segreteria)

Trieste Ospedale di Cattinara Strada di Fiume, 447 - Tel. 040 399 4568-9

Udine S.U. di II livello, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Udine, Neurologia, Piazza Santa Maria della Misericordia - Tel. 0432 557220

TRENTINO - ALTO ADIGE

Bolzano Ospedale Centrale Via L. Boehler, 5 - Tel. 0471 908561

Trento Ospedale S. Chiara Largo Medaglia d'oro - Tel. 0461 903281

VENETO

Arzignano (VI) Ospedale Cazzavillan Via Del Parco, 1 - Tel. 0444 9300-1

Bassano del Grappa (VI) Ospedale di San Bassiano Via Dei Lotti, 40 - Tel. 0424 888421

Belluno Ospedale San Martino di Belluno V. le Europa, 22 - Tel. 0437 516327-325-343

Castelfranco Veneto (TV) Ospedale San Giacomo Apostolo Via Ospedale Civile, 18 - Tel. 0423 732590-731902

Cittadella (PD) A.O. ULSS 15 Alta Padovana Via Riva Ospedale - Tel. 0499 424111

Conegliano (TV) Ospedale di Conegliano, Via Brigata Bisagno, 4 - Tel. 0438 663278

Feltre (BL) Ospedale S. Maria del Prato (ITOMP) Via Bagnols sur Ceze, 3 - Tel. 0439 883505 - 0439 883506

Legnago (VR) Mater Salutis Hospital via Gianella, 1 - Tel. 044 2622638

Mestre (VE) Ospedale dell'Angelo Via Paccagnella, 11 - Tel. 041 96507392

Mirano (VE) Ospedale Civile Via Mariutto, 13 - Tel. 0415 794561

Monselice (PD) ULSS17 Monselice Hospital Via Marconi, 19 - Tel. 0429 788355

Negrar (VR) Ospedale Sacro Cuore Via Sempredoni, 6 - Tel. 045 6013644-747

Padova A.O.U. Policlinico Sant'Antonio Via Facciolati, 71 - Tel. 049 8215314-5

Padova A.O.U. Policlinico Clinica Neurologica Via Giustiniani 3 - Tel. 049 8213600-1

Peschiera del Garda (VR) Casa di Cura Dott. Pederzoli S.P.A. Via Montebaldo, 24 - Tel. 045 6449130

Portogruaro (VE) Ospedale Civile Via F. Zappetti, 58 - Tel. 0421 764681

Rovigo Ospedale Santa Maria della Misericordia Via Tre Martiri - Tel. 0425 394588

Santorso (VI) Ospedale Santorso Via Garziere, 42 - Tel. 0445 388544-5

Treviso Ospedale Cà Foncello P. le Ospedale, 1 - Tel. 0422 322527

Venezia Ospedale SS. Giovanni e Paolo, Castello 6777 - Tel. 041 5294409.

Verona A.O.U. Integrata Verona OCM Borgo Trento P. le Stefani, 1 Tel. 045 812 2672-3682

Vicenza Ospedale San Bortolo V.le Rodolfi, 37 Tel. 0444 753675

LIGURIA

Genova E.O. Ospedali Galliera Mura delle Cappuccine, 14 - Tel. 010 563 4597-4591-4901

Genova IRCCS A.O.U. - IST San Martino L. go R. Benzi, 10 - Tel. 010 5555870

Genova Ospedale Villa Scassi. ASL3 Genovese C.so Scassi, 1 - Tel. 010 8492234

Imperia Ospedale di Imperia Via S. Agata, 57 - Tel. 0183 794390-93

La Spezia Ospedale S. Andrea Via Vittorio Veneto, 197 - Tel. 0187 533111 - 0187 534025

Lavagna (GE) ASL 4 Chiavarese Ospedale di Lavagna Via Don Bobbio, 35 - Tel. 0185 329526-52

Pietra Ligure (SV) Ospedale Santa Corona Via XXV Aprile, 38 - Tel. 019 623 011-2600-4009

Savona ASL 2 Savonese - Ospedale S. Paolo, via Genova 40 - Tel. 019 8404340

EMILIA ROMAGNA

Bologna Ospedale Maggiore L. go Nigrisoli, 2 - Tel. 051 6478657

Bologna A.O.S.P. Sant'Orsola Malpighi Padiglione 2 Via Albertoni, 15 - Tel. 051 6363111

Carpi (MO) Ospedale B. Ramazzini Via Molinari - Tel. 059 659317

Cesena Ospedale Maurizio Bufalini Viale Ghirotti, 286 - Tel. 0547 352917

Ferrara Arcispedale S. Anna Corso della Giovecca, 203 - Tel. 0532 236430

Fidenza Ospedale di Fidenza Via Don Tincati, 5 - Tel. 0524 515253 - 515204 - 515333

Forlì Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni" Via Forlanini, 34 - Tel. 0543 73502

Imola Ospedale Santa Maria della Scaletta Via Montericco, 2 - Tel. 0542 662914

Modena Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense Via Giardini, Baggiovara - Tel. 059 3962547

Parma Ospedale Maggiore A.O.U. di Parma Via Gramsci, 14 - Tel. 0521 703512

Piacenza P.O. Guglielmo da Saliceto Via Taverna, 49 - Tel. 0523 303310

Ravenna A.O. di Ravenna Viale Randi, 5 - Tel. 0544 285340

Reggio Emilia Ospedale di Reggio Emilia V.le Risorgimento, 80 - Tel. 0522 296494

Rimini Ospedale degli Infermi Viale Settembrini, 2 - Tel. 0541 705626

TOSCANA

Arezzo Ospedale San Donato Via Pietro Nenni, 20 - Tel. 0575 254561

Borgo San Lorenzo (FI) Ospedale Mugello V.le Resistenza - Tel. 055 6577476

Carrara Ospedale delle Apuane, Azienda USL 1 di Massa e Carrara, Piazza Sacco e Vanzetti - Tel. 0585 655288

Firenze Ospedale Careggi Viale Morgagni, 85 - Tel. 055 754111

Firenze Ospedale S. Maria Annunziata Via dell'Antella, 58 - Tel. 055 2496268

Firenze Ospedale San Giovanni Di Dio Via di Torregalli, 3 - Tel. 055 7192427

Firenze Ospedale Santa Maria Nuova V.le Michelangelo, 41 - Tel. 055 6577476

Grosseto Ospedale della Misericordia Via Senese, 161 - Tel. 0564 485010

Livorno Ospedale di Livorno Viale Alfieri, 48 - Tel. 0586 223336

Lucca Ospedale Campo di Marte Località Campo di Marte - Tel. 0583 970381

Montevarchi (AR) Ospedale Santa Maria alla Gruccia Piazza Volontariato, 1 - Tel. 055 9106526-202

Pescia (PT) Ospedale SS Cosma e Damiano V. le C. Battisti, 5 - Tel. 0572 4601

Pisa Clinica Neurologica Università di Pisa Via Roma, 67 - Tel. 050 992443

Pistoia Ospedale del Ceppo USL 3 Pzza Giovanni XXIII - Tel. 0573352337

Prato Ospedale Misericordia e Dolce di Prato Via Cavour, 87 - Tel. 0574 434430

Siena Policlinico Le Scotte V. le Bracci, 1 - Tel. 0577 585408

Viareggio (LU) Ospedale Versilia Viareggio Via Aurelia, 335 Lido di Camaiore (LU) - Tel. 0584 605939

UMBRIA

Città della Pieve (PG) Ospedale Via Beato Giacomo Villa, 1 - Tel. 0578 290807

Città di Castello (PG) Ospedale Via Luigi Angelini, 10 - Tel. 075 85091

Foligno (PG) Ospedale San Giovanni Battista Via Ariamone - Tel. 0742 3397968-797

Gubbio (PG) Ospedale Branca Località Branca - Tel. 0759 270418 - 0759 270418

Perugia Ospedale Santa Maria della Misericordia Via Sant'Andrea delle Fratte - Tel. 075 5782765

Terni A.O. S. Maria Via Tristano Joannuccio - Tel. 0744 205381

LAZIO

Rieti Ospedale S. Camillo De Lellis Via John Fitzgerald Kennedy - Tel. 0746 278366

Roma A.O. S. Andrea Via di Grottarossa, 1035 - Tel. 06 33775774

Roma Policlinico Gemelli Largo A. Gemelli, 8 - Tel. 06 30156321

Roma Policlinico Umberto I Via del Policlinico, 155 - Tel. 06 49977529

Roma A.O. San Filippo Neri Via Martinotti, 20 - Tel. 06 33062280

Roma Policlinico Tor Vergata Viale Oxford, 81 - Tel. 06 20903425

Roma Ospedale San Camillo Circonvallazione Gianicolense, 87 - Tel. 06 58703233

Roma Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata, UOC Neurologia e Unità di trattamento Neurovascolare Via Amba Aradam 9, 00184 - Tel. 06 77055966

Roma UOC Neurologia Ospedale S. Eugenio P.le Umanesimo 10 - 00144

Roma - Tel. 06-5100 2609-2610

Roma Santo Spirito - UOC Neurologia, Lungotevere in Sassia, 3 - 00193 - Roma (RM) - Tel. 06-68352352

Viterbo Ospedale Di Belcolle - Neurologia UTN, Strada Sarmartinese - 1100 - Viterbo - Tel. 0761/339265, 0761- 339450 - 0761-339447

MARCHE

Ancona INRCA Ospedali Sestili Via della Montagnola, 81 - Tel. 071 8001/8003519

Ancona S.U. di Il livello, Ospedali Riuniti Via Conca, 71 (Torrette) - Tel. 071 5964530 - 071 5961

Fano (PU) Osp. Santa Croce Via V. Veneto, 1 - Tel. 0721 882464

Fermo Ospedale Augusto Murri, Via A. Murri, 1 - Tel. 0734 6252461

Jesi (AN) Ospedale Regina Elena Via della Vittoria, 76 - Tel. 0731 534508

Macerata Ospedale Generale Provinciale, via Santa Lucia, 2 - Tel. 0733 2572531 - 2433

San Benedetto del Tronto (AP) Ospedale Madonna del Soccorso - Tel. 0735 793279 - 3440-3444

ABRUZZO

Avezzano (AQ) Ospedale SS Filippo e Nicola di Avezzano Via G. Di Vittorio - Tel. 0863 499269

Chieti Ospedale Santissima Annunziata

L'Aquila S.U. di Il livello, Ospedale San Salvatore P. le Salvatore Tommasi, 1 - Tel. 0862 368553-324

Lanciano (CH) Ospedale Civile Renzetti Via Del Mare, 1 - Tel. 0872 7061

Pescara Ospedale Civile Spirito Santo Via Fonte Romana, 8 Tel. 085 4252277-78

Teramo S.U. di Il livello, Ospedale Mazzini Piazza Italia, 1 - Tel. 0861 429595 - 0861 429595

Vasto Ospedale San Pio - via Camillo de Lellis, Vasto - Tel. 0873 308323

MOLISE

Pozzilli (IS) Istituto Neurologico del Mediterraneo Neuromed Via Atinense, 18 - Tel. 0865 929161

BASILICATA

Potenza A.O. San Carlo Via Potito Petrone - Tel. 0971 611111

CAMPANIA

Benevento A.O. G. Rummo Via Dell'Angelo, 1 - Tel. 0824 57722 e 57492

Napoli AORN Cardarelli - via A. Cardarelli - Tel. 081 747205

Salerno A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Via S. Leonardo, 1 Tel. 089 672343

PUGLIA

Acquaviva delle Fonti (BA) Ospedale F. Miulli Strada Provinciale, 127 - Tel. 080 3054057 - Med. SU 080 305423

Bari A.O. Policlinico Università di Bari P.zza Giulio Cesare, 100 - Tel. 080 5592310

Barletta Ospedale A. R. Dimiccoli V. le Ippocrate, 5 Tel. 0883 577782-577111

Brindisi Ospedale A. Perrino - SS 7 per Mesagne - Tel. 0831 5373510-57111

Foggia Ospedale Riuniti V. le Pinto, 1 - Tel. 0881 733729-732444

Lecce Ospedale Vito Fazzi P.zza F. Muratore Tel. 0832 661111-4117

Taranto OA. SS. Annunziata Via F. Bruno, 1 - Tel. 099 4585111 - 099 4585111

CALABRIA

Cosenza A.O. di Cosenza Via Felice Migliori, 10 - Tel. 0984 681419

Reggio Calabria A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli Via Melacrino, 21 - Tel. 0965 397972-90

Vibo Valentia P.O. Vibo Valentia Ospedale Jazzolino P. le Fleming Tel. 0963 962312-6-3-7

SICILIA

Caltanissetta A.O. di Caltanissetta V.le Luigi Monaco, 6 Tel. 0934 559374

Catania UOC Neurologia con stroke ARNAS - Piazza S. M. Gesù 5 - Tel. 095 7594551

Erice (Trapani) Neurologia, Ospedale Sant'Antonio Abate Via Cosenza 82 - Tel. 0923 809.111

Messina A.O. G. Martino Via Consolare Valeria - Tel. 090 2212790

Palermo Ospedale Civico A.R.N.A.S.- Piazza Nicola Leotta, 4 - Tel. 091 6665611/3012

Palermo A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello Piazza Salerno, 1 - Tel. 091 7808002 - 091 7808004 - 7808166

Siracusa Ospedale Umberto I Via Testaferrata, 1 - Tel. 0931 724400/724286

Vittoria (RG) P.O.R. Ospedale Guzzardi Via Papa Giovanni XXIII - Tel. 0932 447147 - 0932 447147

SARDEGNA

Cagliari A.O. Brotzu Piazzale Ricchi, 1 - Tel. 070 539897-539210 Urp

Nuoro Ospedale San Francesco Via Mannironi - Tel. 0784 240203

Sassari Ospedale SS. Annunziata Via De Nicola, 1 - Tel. 079 2061301

Oculistica

▶ S. Lippera ▶ N. Defranco
▶ E. Defranco ▶ F. Testa



Contenuti web
aggiuntivi

I disturbi oculistici sono motivo frequente di accesso in Continuità Assistenziale. Uno strumento utile nell'ispezione oculare, in assenza di oftalmoscopio, è una comune lente d'ingrandimento.

Innanzitutto cercate di verificare:

- 1) se esiste edema palpebrale e blefarospasmo;
- 2) se la cornea è trasparente e perfettamente riflettente la luce;
- 3) se sulla superficie corneale sono presenti corpi estranei;
- 4) se l'occhio è rosso per iperemia diffusa dei vasi congiuntivali o per iperemia dei vasi episclerali pericheratici;
- 5) se è presente secrezione;
- 6) se l'iride è regolare o se esistono aderenze (sinechie) tra cornea e iride, tra iride e cristallino;
- 7) se la pupilla è in miosi o in midriasi e se reagisce alla luce.

Segni e sintomi che rappresentano una indicazione all'invio in pronto soccorso per necessità di visita oftalmologica urgente sono:

- dolore oculare severo
- deficit visivo
- perdita di reattività pupillare
- trauma penetrante
- Ippion (raccolta di essudato nella camera anteriore dell'occhio)
- Ifema (raccolta ematica nella camera anteriore dell'occhio).

Edema palpebrale

L'ispezione può consentire di evidenziare vari tipi di alterazioni a carico delle palpebre, alcune delle quali clinicamente rilevanti, come ad esempio:

- *Ceratosi attinica*: si tratta di una lesione precancerosa delle palpebre, generalmente legata a prolungata esposizione solare in individui di carnagione chiara; si presenta solitamente come una placca squamosa persistente.
- *Ptosi*: consiste in una dislocazione della palpebra superiore in una posizione più bassa rispetto alla norma; può essere di origine neurogena, cicatriziale, involutiva o miogena.
- *Entropion* (ripiegamento verso l'interno delle palpebre), *ectropion* (rovesciamento della palpebra verso l'esterno) o *trichiasi* (alterata direzione delle ciglia, che risultano orientate all'interno).

Poiché questi dati semeiologici possono essere talora indicativi di gravi patologie, nel caso di un loro riscontro è consigliabile indirizzare il paziente ad una consulenza oftalmologica.

Nel contesto della continuità assistenziale, il segno più frequentemente incontrato a carico delle palpebre è comunque l'edema.

L'edema palpebrale deriva dalla facile distensibilità del tessuto sottocutaneo; può essere riscontrato in corso di patologie sistemiche di competenza internistica oppure può essere espressione di patologia oculare.

Per quanto riguarda la patologia oculare, nella maggior parte dei casi vi troverete di fronte all'*Orzaio* ed al *Calazio*. L'*Orzaio* è un'infezione delle ghiandole palpebrali, ad eziologia batterica (*Stafilococchi*), apprezzabile come papula o foruncolo al margine palpebrale, generalmente regredisce spontaneamente in una settimana.

Impacchi caldo-umidi possono favorire il drenaggio, mentre l'impiego routinario di antibiotici topici non è supportato da evidenze in letteratura.

Il calazio è un'infiammazione circoscritta delle ghiandole palpebrali si presenta alla palpazione come tumefazione non dolorabile, non tesa, di consistenza duro-elastica.

Anche in questo caso possono essere utili impacchi caldo-umidi e il massaggio, non va invece impostata terapia antibiotica non essendo un patologia infettiva, la risoluzione avviene spontaneamente in alcune settimane.

Se la massa edematosa si trova nella regione del sacco lacrimale, e tende ad espandersi nella zona sottorbitaria, e se il paziente denuncia lacrimazione e dolore, sospettare una *Dacriocistite acuta*. Tale infiammazione del sacco lacrimale, secondaria ad una ostruzione del dotto nasolacrimale, va trattata con antibiotici per via sistemica:

- Ciprofloxacina* 500 mg 1 cpr 2/die per 7 -14 giorni.

Frattura del pavimento orbitario

Si tratta di una condizione in genere conseguente ad un evento traumatico acuto, che può manifestarsi con edema ed ecchimosi a livello periorbitario, enoftalmo, diplopia verticale ed enfisema sottocutaneo. Il paziente che presenti tale quadro clinico va prontamente ospedalizzato.

Corpi estranei e causticazioni corneo-congiuntivali

Un'accurata anamnesi è importante per definire la dinamica del trauma e/o il tipo di sostanza venuta a contatto con l'occhio. Specie se siete dotati di oftalmoscopio o lente, potreste riuscire a vedere sulla cornea il corpo estraneo. Tutti i corpi estranei vanno tolti; se sono superficiali potete provare a toglierli anestetizzando l'occhio con Oxibuprocaina cloridrato coll. ed utilizzando una garza sterile o irrigando abbondantemente l'occhio con soluzione salina sterile; se supponete che siano profondi e/o ferrosi, inviate il paziente ad un Pronto Soccorso. Benché le evidenze in letteratura siano limitate, può essere utile somministrare una terapia locale antibiotica, gli unguenti oftalmici, che garantiscono una miglior lubrificazione, sono da preferire rispetto ai colliri: es Ofloxacina (ung. 1 applicazione 3-4 /die). In caso di causticazione da agenti chimici (soda caustica o calce viva o altro), occorre subito irrigare copiosamente e accuratamente l'occhio con soluzione fisiologica (es. utilizzate una siringa, ovviamente senza ago, per fare le irrigazioni); inviate quindi il paziente, a consulenza oftalmologica urgente.

Occhio rosso non dolente

È frequente trovare soggetti che lamentano leggeri bruciori, prurito, sensazione di corpo estraneo, difficoltà ad aprire le palpebre al risveglio. All'angolo interno dell'occhio può essere presente secrezione, le palpebre possono essere edematose, la congiuntiva diffusamente iperemica.

È verosimilmente una congiuntivite, difficile dire se virale, batterica o allergica. Frequente e altamente contagiosa è la congiuntivite da *Adenovirus*, caratterizzata da insorgenza acuta, spesso bilaterale, con senso di corpo estraneo, arrossamento e secrezione acquosa congiuntivale, linfadenopatia preauricolare, edema palpebrale, chemosi ed emorragie sottocongiuntivali.

Se si sospetta un'etiologia virale è importante ricordare al paziente l'elevata contagiosità, raccomandando norme igieniche per minimizzare il rischio di contagio (DynaMed Plus: evidenza forte).

*Per limitazioni vedi Nota pag.17

Il decorso è autolimitante, ma possono essere utili trattamenti sintomatici (lacrime artificiali, colliri antistaminici).

Va invece evitato l'uso indiscriminato di colliri cortisonici (DynaMed Plus: evidenza forte).

Fattori che invece suggeriscono un'eziologia batterica sono:

- occhio "appiccicoso"
- secrezione mucopurulenta
- assenza di sensazione di prurito/bruciore
- età < 6aa.

In tal caso, anche se le evidenze in letteratura sono ridotte, può essere utile prescrivere una terapia antibiotica locale: es. Ciprofloxacina cloridrato 0,3% unguento. 1 applicazione 3 volte/die per 7 giorni.

Se il sintomo predominante è il prurito e la secrezione è scarsa, vi trovate verosimilmente di fronte ad una congiuntivite allergica (spesso a carattere stagionale) per cui somministrate un collirio con azione antiallergica e antistaminica es. Ketotifene fumarato acido (coll. 1 gt 2-3/die).



ATTENZIONE: Evitate scrupolosamente di trattare con cortisonici una cheratite erpetica; i segni che possono indirizzarvi verso questa diagnosi sono:

- 1) presenza di un'ulcera corneale: la cornea perde la sua perfetta trasparenza e la sua continuità in uno o più punti essendo presente un danno all'epitelio ed allo stroma corneale in assenza di traumi;
- 2) l'ipoestesia corneale: verificatela per mezzo di un batuffolo di cotone confrontando la sensibilità dei due occhi; in questi casi non dovete assolutamente somministrare cortisonici.

In caso di sospetta congiuntivite erpetica prescrivere un collirio antivirale:

- 1) Ganciclovir (coll. 1 applicazione × 5/die).

Raccomandate una visita oculistica urgente. In alcuni casi l'occhio può essere rosso anche per un'emorragia sottocongiuntivale, in quel caso confortate il paziente riguardo l'innocuità di tale condizione.

Occhio rosso dolente

Se siete chiamati alle due, tre di notte per questa sintomatologia potrebbe trattarsi di una cheratite oppure di lesioni corneali (frequenti nei pazienti che indossano lenti a contatto).

La fotocheratite insorge generalmente dopo esposizione prolungata ai raggi ultravioletti naturali o artificiali. Tipicamente si tratta di un saldatore o uno sciatore che non hanno usato occhiali protettivi, lamentano dolore acuto e lancinante alcune ore dopo l'esposizione ai raggi ultravioletti, mentre i pazienti con abrasione corneale riferiranno di aver portato le lenti a contatto più a lungo del solito.

La fotocheratite è bilaterale, il paziente lamenterà dolore, iperemia, iperlascrimazione, blefarospasmo, fotofobia, talvolta visione annebbiata (per l'edema corneale).

Consigliate impacchi freddi, uso di occhiali da sole, lacrime artificiali e rassicurate il paziente, (DynaMed Plus: raccomandazione forte) la sintomatologia regredirà in 24-48 ore.

La sintomatologia dell'abrasione corneale è analoga, ma spesso monolaterale.

In questo caso, può essere utile somministrare un collirio antibiotico:

- Ofloxacina (ung. 1 applicazione 3-4 /die).
- Ciprofloxacina (ung. 1 applicazione 3 volte/die).

Un paziente con un occhio rosso e un forte dolore oculare, più spesso periorbitario e frontale, nausea e a volte vomito, con visione diminuita, accompagnata a percezione di aloni intorno alla luce, potrebbe avere un *attacco acuto di glaucoma*. Vedrete l'occhio rosso, la cornea edematosa come "alitata", la pupilla moderatamente midriatica, scarsamente reattiva alla luce.

Il tono oculare è aumentato e potete sentirlo spingendo le dita poste sopra la palpebra superiore e confrontando il tono oculare dei due occhi. Predisponete il ricovero ed impostate terapia farmacologica (DynaMed Plus: raccomandazione forte):

1) Acetazolamide 250 mg 1 cpr ogni 4-6 ore (da 4 a 6 cpr nelle 24 ore).



ATTENZIONE: I colliri topici betabloccanti sono controindicati nell'asma e nella BPCO grave.

2) Timololo 0,25%-0,50% 1 gt ogni 12 ore;

3) Dapiprazolo coll. 1-2 gtt ogni minuto per 5 minuti, quindi 1-2 gtt ogni 15 minuti fino a risoluzione dell'attacco acuto.



ATTENZIONE: Il paziente può accusare un dolore periorbitario o frontale anche per una nevralgia del trigemino, ma in questo caso l'occhio è normale (vedi Neurologia).

Il paziente con occhio rosso e dolore che si accentua alla palpazione ha probabilmente una *uveite anteriore acuta*.

La differenza dall'attacco acuto di glaucoma sta nella miosi marcata della pupilla; è possibile vedere a volte sinechie tra iride e cristallino.

Dilatate la pupilla usando un midriatico:

1) Tropicamide contenitore monodose, (1 cont. 1-2 /die) aggiungendo:

2) Colliri cortisonici (Fluorometolone acetato 0,1% coll. 1-2 gtt X 4/die).



ATTENZIONE: In una certa percentuale dei casi di iridociclite ci può essere ipertono oculare; a causa dei gravi danni che tale situazione può procurare, è buona norma somministrare: Acetazolamide 250 mg 1 cpr ogni 4 - 6 ore (da 4 a 6 cpr nelle 24 ore), in attesa di consultare uno specialista.

L'occhio rosso dolente può derivare anche da un'ulcera corneale infettata da batteri; sussistono dolore, fotofobia, blefarospasmo, secrezione mucopurulenta.

L'ulcera corneale infetta si presenta come un'area regolare biancastra, visibile all'ispezione. Il paziente deve essere indirizzato repentinamente a DEA/PS, in quanto tale condizione costituisce un'emergenza oculistica.

Occhio rosso non dolente

- Emorragia sottocongiuntivale
- Congiuntivite

Occhio rosso dolente

- Cheratite
- Glaucoma acuto
- Uveite anteriore acuta
- Ulcera corneale infetta.

Diminuzione o perdita improvvisa della vista

Quando un paziente lamenta una riduzione del visus è importante raccogliere un'accurata anamnesi riguardo il tempo di insorgenza e l'entità del sintomo.

Una perdita visiva improvvisa può sottendere ad un distacco di retina, tale condizione può manifestarsi anche con la comparsa improvvisa di "flash luminosi", "punti neri" e corpi mobili nel campo visivo, (più frequentemente queste anomalie sono espressione di miodesopsie) in entrambi i casi è comunque opportuno indirizzare il paziente in Pronto Soccorso non avendo in Continuità Assistenziale gli strumenti adeguati per fare diagnosi.

Un calo del visus improvviso in occhio rosso dolente deve far sospettare un episodio di glaucoma acuto ad angolo chiuso.

Quando invece il calo visivo insorge gradualmente ed è accompagnato da un alterazione dell'area pupillare che appare di colore bianco o ambraccio si tratta verosimilmente di cataratta.

Otorinolaringoiatria

- ▶ G. Misiano ▶ G. Brozzi
- ▶ B. Rizzi ▶ G.E. Zagami



Contenuti web
aggiuntivi

Pur essendo questa una branca di tipo specialistico, è frequentissimo nel corso della Continuità Assistenziale incappare in sintomatologie ad essa riferibili ed è quindi necessario saper operare correttamente.

Otodinia-Otalgia

Il “mal d’orecchio” è un’evenienza molto frequente, soprattutto nei bambini piccoli; in questo caso eseguire un’indagine otoscopica sarebbe indispensabile al fine di una corretta diagnosi.

Il bambino grandicello e l’adulto riferiscono un dolore all’orecchio che può essere dovuto a patologia auricolare e si parla quindi di otodinia (affezioni infiammatorie dell’orecchio esterno e medio) oppure per patologie non auricolari (lesioni di tipo ulcerativo o neoplastico della porzione posteriore della lingua, della faringe e della laringe) e si parla quindi di otalgia riferita. La diagnosi è più difficile nel lattante e nel bambino più piccolo: basarsi esclusivamente sul segno dell’evocazione del pianto con la pressione sul trago è molto aleatorio per frequenti falsi positivi.

Il bambino che piange sconcolato, che porta spesso la manina all’orecchio o che interrompe la poppata col pianto dopo le prime sorsate può essere affetto da otodinia causata da un’otite media acuta. Una secrezione sierosa o francamente purulenta dal condotto uditivo (otorrea mucopurulenta) indirizza verso una diagnosi di certezza. In presenza di otodinia da otite media acuta è sempre consigliabile esaminare naso e gola poiché questi sono molto spesso sedi di infezione.

L’intervento terapeutico immediato si limiterà alla prescrizione di:

- 1) Paracetamolo 1000 mg ogni 8 h nel bambino 10-15 mg/kg/dose ogni 4-6 ore.
- 2) Ibuprofene (600 mg ogni 8 ore; nel bambino 20-30 mg/kg, suddivisa 3 volte al giorno ad intervalli di 6-8 ore).



ATTENZIONE: Solamente una modesta forma di otite esterna può beneficiare esclusivamente della terapia locale; nelle flogosi dell’orecchio medio, la prescrizione di gocce auricolari contenenti farmaci ototossici (come aminoglicosidi o formulazioni antisettiche acidificate) può rivelarsi dannosa in caso di rottura della membrana timpanica.

Otite media acuta

L’otite media acuta è un’infezione dell’orecchio medio caratterizzata dalla rapida insorgenza di segni e sintomi: tipicamente è monolaterale, ed è associata ad otodinia e ipoacusia. La diagnosi è confermata dalla presenza all’otoscopia del “bulging” medio-severo (estroflessione) della membrana timpanica, eventualmente associato a opacizzazione o iperemia della stessa. Una diagnosi più precisa potrebbe essere effettuata mediante pneumoscopia (se disponibile).

Nel sospetto fondato di otite media purulenta acuta, specialmente nel lattante, la terapia antibiotica va prontamente attuata allo scopo di evitare temibili complicanze (otomastoidite, meningite).

La terapia di prima linea è l'amoxicillina-clavulanato 875 mg + 125 mg x 2-3/die; nel bambino il dosaggio è di 90 mg/kg/al giorno in 2-3 somministrazioni.

In caso di reazioni allergiche alle penicilline moderate (es. senza anafilassi, bronco-spasmo o angioedema):

– Cefuroxima 500 mg x 2/die, nel bambino 30 mg/kg in 2 somministrazioni.

In caso di reazione allergica severa:

– Claritromicina 500 mg x 2/die, nel bambino 15 mg/kg al giorno in 2 somministrazioni.

In genere la durata della terapia è di 5-7 giorni. Nei casi più gravi può durare fino a 10 giorni. Con l'inizio della terapia antibiotica appropriata, nella maggior parte dei pazienti si ha un netto miglioramento della sintomatologia in 48-72 ore.

Se i sintomi suggeriscono una mastoidite (gonfiore sulla regione mastoidea, paralisi facciale, vertigini, perdita dell'udito neurosensoriale), è necessaria l'ospedalizzazione del paziente.

Si può manifestare otorrea a seguito della rottura della membrana timpanica. In questo caso, in genere, si ha un improvviso miglioramento della sintomatologia dolorosa. Il trattamento si avvale di terapia antibiotica sistemica.

Nella maggior parte dei casi la rottura della membrana guarisce spontaneamente, fino ad allora evitare il contatto con acqua (es. nuoto o durante la doccia, dove si può consigliare di utilizzare del cotone impregnato di vaselina).

Otite esterna

Si intende per otite esterna un processo flogistico, più o meno diffuso, a carico del condotto uditivo esterno e/o della conca. L'agente etiologico più frequentemente in causa è un batterio (Stafilococco, Streptococco, *Pseudomonas aeruginosa*) e, più di rado, un micete (otomicosi da *Aspergillus*) o un qualunque virus (otite bollosa-emorragica, spesso conseguente a sindrome influenzale) tra cui gli herpes.

Sintomatologicamente il quadro clinico non si differenzia molto da quello delle otiti medie, l'otalgia in genere si esacerba con i movimenti di trazione e pressione sul trago o sul padiglione auricolare. Il meato acustico esterno sovente risulta edematoso e marcatamente iperemico, cosicché può sussistere ipoacusia, e l'otoscopia può risultare difficile e dolorosa.

In genere è sufficiente una terapia topica:

- nelle forme lievi (prurito e lieve fastidio) si possono utilizzare formulazioni senza antibiotico come spray a base di acido bórico;
- nelle forme moderate si possono utilizzare gocce auricolari a base di: Ciprofloxacina/idrocortisone 3 gtt 2 volte al giorno per 7 giorni oppure Polimixina B/Neomicina/Lidocaina 4 gtt 2-4 volte al giorno.

Evitare la piscina per 7-10 giorni.

Inizialmente non è necessaria una terapia sistemica, a meno di un interessamento al di fuori del canale auricolare.

In caso di otomicosi (senza lesione timpanica) utilizzare spray a base di acido bórico (non disponibili in Italia antimicotici in formulazione di gocce auricolari, alcuni specialisti consigliano di utilizzare le emulsioni cutanee in off label; nei casi più gravi utilizzare antimicotici per via orale).

Corretto uso dell'otoscopio

Per visualizzare la membrana timpanica è necessario introdurre di qualche millimetro uno speculum auricolare di calibro appropriato nel condotto uditivo esterno, mentre con l'altra mano si tira delicatamente il padiglione auricolare al fine di raddrizzare per quanto possibile il medesimo condotto uditivo.

L'indagine otoscopica deve essere effettuata con le dovute cautele, poiché una pressione esagerata a livello del condotto nello spingere in profondità lo speculum per apprezzare la membrana del timpano oppure secondaria ad un movimento improvviso del paziente, specialmente se si tratta di un bambino, evoca dolore e può provocare una ferita della cute con conseguente otorragia. È bene pertanto tenere il manico dell'otoscopio nel palmo della mano con il pollice e le ultime due dita, ed utilizzare il dito indice appoggiato sullo speculum auricolare per guidarlo verso il meato acustico, mentre il dito medio, appoggiato sulla guancia del paziente, viene usato come una molla per graduare delicatamente l'introduzione dello strumento ed eventualmente retrainarlo velocemente qualora il paziente compia bruschi movimenti del capo.

Otorragia

L'otorragia come conseguenza di un trauma cranico impone l'immediata ospedalizzazione del paziente poiché potrebbe essere espressione di una frattura dell'osso temporale.

In assenza di trauma cranico, invece, l'otorragia, pur inducendo preoccupazione nel paziente o nei genitori del bambino, riconosce in genere cause più lievi come:

- ferite del condotto uditivo da incaute manovre di pulizia;
- otite bollosa-emorragica;
- otite media acuta (associazione con otorrea).

L'otoscopia può essere utile per rilevare la presenza di una lacerazione della cute del condotto uditivo esterno ricoperta da coaguli, oppure di una lesione flittenuolare bluastra lungo le pareti, come causa dell'otorragia. La terapia è etiologica ed è pertanto consigliabile una consulenza dell'Otorinolaringoiatra.

Rinite/rinocongiuntivite allergica

La rinite allergica o rinosinusite allergica, spesso associata a congiuntivite (rinocongiuntivite allergica) consegue ad ipersensibilità verso vari tipi di allergeni, tra cui pollini, acari della polvere domestica, derivati epidermici e muffe, sostanze chimiche ecc., che sono in grado di provocare iperemia della mucosa nasale e congiuntivale, con edema ed ipersecrezione.

Si distinguono, in relazione ai tempi di insorgenza, le seguenti forme:

- stagionale (tipicamente in rapporto alla pollinazione);
- perenne (da allergeni la cui presenza non risente della stagionalità).

I sintomi nasali sono tipicamente rappresentati da rinorrea, starnuti, ostruzione nasale, tosse, scolo retronasale, mentre quelli congiuntivali comprendono prurito oculare, lacrimazione, fotofobia, senso di corpo estraneo, bruciore e iperemia congiuntivale. Possono talora essere presente anche altri sintomi di accompagnamento relativamente aspecifici, come cefalea frontale, ipoosmia, ipoacusia, astenia, prurito.

Per la *prevenzione* della rinite/rinocongiuntivite allergica, possono essere consigliate misure generali di profilassi: allontanare o ridurre al minimo l'esposizione del paziente all'allergene responsabile della rinite, lavare ogni 1-2 settimane gli effetti lettercci a 55-60 °C per uccidere gli acari, rivestire materassi e cuscini con coperture a documentata azione protettiva nei confronti degli acari, ventilare sempre gli ambienti domestici per ridurre l'umidità, utilizzare aspirapolvere con filtri HEPA ecc.

Il trattamento più efficace, è il glucocorticoide intranasale (DynaMed Plus: forte raccomandazione):

- ad esempio mometasone spray nasale 50 mcg, nei bambini >12 aa e negli adulti 2 erogazioni per narice una volta al giorno (una volta che i sintomi siano controllati, la dose può essere ridotta); nei bambini tra 3 e 11 anni una erogazione per narice una volta al giorno.

Si può utilizzare anche l'antistamico intranasale come prima linea o in aggiunta alla terapia con glucocorticoide intranasale (DynaMed Plus: forte raccomandazione):

- ad esempio azelastina spray nasale una erogazione per narice due volte al giorno (controindicato nei bambini <6 anni)
- esistono anche formulazioni intranasali in associazione glucocorticoide-antistamici: ad esempio azelastina/fluticasone una erogazione per narice due volte al giorno (controindicato nei bambini <12 anni).

Considerare gli antistamici orali per alleviare la sintomatologia. Essi riducono rinite, starnuti e prurito, ma sono pochi efficaci nel ridurre la congestione nasale. Utilizzare quelli di seconda generazione, in quanto meno sedativi (ad esempio cetirizina 10 mg 1 cpr la sera o loratadina 10 mg 1 cpr la sera). Nei bambini <12 anni esistono formulazioni in gocce per l'adeguamento del dosaggio (ad es. cetirizina gocce).

Antistamici che alcuni chiamano di "terza generazione" (es. desloratadina 5 mg 1 cpr la sera), sono stati progettati per avere meno effetti sul sistema nervoso centrale rispetto agli agenti di seconda generazione, sebbene ciò non sia stato confermato.

Considerare sempre l'irrigazione nasale salina per migliorare i sintomi, soprattutto per i pazienti con una preferenza per non usare farmaci.

Per i pazienti con rinite refrattaria a un glucocorticoide spray nasale e congiuntivite allergica concomitante, si suggerisce l'aggiunta di un antistaminico per gli occhi (es. azelastina collirio, adulti e bambini di età pari o superiore a 4 anni una goccia in ogni occhio due volte al giorno), piuttosto che l'aggiunta di un antistaminico orale.

L'utilizzo di vasocostrittori topici (ad es. fenilefrina 0,25% 1-2 spruzzi per narice 3-4 volte al giorno, controindicato nei bambini sotto i 12 anni) deve essere limitato per brevi periodi (non più di 3-5 giorni), sia per la modesta efficacia che per il rischio di "effetto rebound" con peggioramento dei sintomi dopo un iniziale miglioramento e di effetti indesiderati. Non vanno mai considerati come monoterapia.

Sinusite

È un'evenienza abbastanza frequente nella continuità assistenziale imbattersi in un sinusitico in fase acuta. Di solito si tratta di una sinusite mascellare o frontale anche se è più corretto parlare di rinosinusite mascellare, frontale, etmoidale e sfenoidale (tranne che per le sinusiti mascellari odontogene) per il costante cointeressamento naso-sinusale.

Spesso è il paziente stesso ad indirizzarvi verso la giusta diagnosi in quanto si tratta sovente di una riacutizzazione di un processo cronico del quale è già a conoscenza. In caso contrario, un intenso dolore localizzato alla sede del seno paranasale interessato, irradiato alle regioni vicine (sottorbitaria ed ai denti nel caso della sinusite mascellare, o all'orbita e verso la regione temporo-parietale nel caso della sinusite frontale), associato a febbre e rinorea purulenta è patognomonicamente di flogosi sinusale acuta, la quale frequentemente fa seguito ad un episodio rinitico acuto o a tuffi in piscina o al mare.

Il dolore sinusitico è sordo, continuo, pulsante e si esacerba con i movimenti del capo ed al mattino a causa del ristagno notturno delle secrezioni. La dolorabilità alla digito-pressione a livello dell'emergenza del nervo sopra- o sotto-orbitario sarà un utile indizio diagnostico. L'eziologia è virale nella gran parte dei casi, sospettare sempre l'origine batterica se la sintomatologia persiste da più di 10 giorni.

La terapia della sinusite virale è essenzialmente sintomatica, e si avvale di analgesici, irrigazione nasale con soluzione salina e glucocorticoidi intrasali.

La terapia antibiotica è da riservare esclusivamente ai casi in cui si sospetta un'etiologia batterica, i criteri della IDSA sono:

- sintomi persistenti o segni che durano ≥ 10 giorni senza evidenza di miglioramento clinico (Raccomandazione forte IDSA)
- sintomi gravi o segni di febbre alta (≥ 39 °C e secrezione nasale purulenta o dolore facciale della durata di $\geq 3-4$ giorni consecutivi all'inizio della malattia (Raccomandazione forte IDSA)
- peggioramento dei sintomi o dei segni caratterizzati da nuova insorgenza di febbre, mal di testa o aumento della secrezione nasale a seguito dell'infezione virale delle alte vie respiratorie virale che è durata 5-6 giorni e che stavano inizialmente migliorando (Raccomandazione forte IDSA).

La terapia antibiotica di prima linea è l'amoxicillina-clavulanato 875 mg+125 mg x 2-3/die; nel bambino il dosaggio è di 90 mg/kg/al giorno in 2-3 somministrazioni.

In caso di reazioni allergiche alle penicilline si può usare la doxiciclina 100 mg x 2/die (non nel bambino <12 anni). Nel bambino invece cefpodoxima 10 mg/kg al giorno suddivisi per via orale ogni 12 ore (dose giornaliera massima 400 mg).

La durata del trattamento è di 5-7 giorni.

Nel caso di fallimento della terapia si suggerisce, nell'adulto, levofloxacina 500 mg x 1/die.

Acufeni

Si intende con tale termine la percezione soggettiva di un suono (acuto o grave) in assenza di stimolazione acustica (allucinazione uditiva). In questa trattazione vale la pena porre l'accento solo sugli acufeni ad insorgenza improvvisa e/o recente, poiché quelli che il paziente presenta da vecchia data, secondari ad affezioni croniche del recettore acustico della più varia etiologia, sono di norma permanenti e non responsivi a terapia. Un acufene che non scompare né si attenua col trascorrere delle ore (un fischio all'orecchio che dura da qualche secondo a qualche minuto è un'evenienza normale) rappresenta una vera emergenza audiologica, tanto più se accompagnato da ipoacusia e vertigini, poiché spesso costituisce segno di una sofferenza acuta dell'orecchio interno (labirintite, ipoacusia improvvisa, trauma acustico acuto, neurite dell'VIII nervo cranico) da trattare il più urgentemente possibile in sede di ricovero per aumentare le possibilità di guarigione. Le patologie atte a provocare acufeni possono interessare, oltre all'orecchio interno, l'orecchio esterno (tappo di cerume) ed il medio (otiti, otosclerosi), senza dimenticare quelli secondari a farmaci (es. ACE inibitori, calcio antagonisti, doxazosina, diuretici dell'ansa, chinolonici, macrolidi). Nelle forme non secondarie ad otite e tappo di cerume, gli acufeni spesso non si risolvono in seguito a trattamento terapeutico. Non esistono farmaci raccomandati per il trattamento.

Tappo di cerume

L'accumulo di cerume nel condotto uditivo esterno è un'evenienza molto comune sia nell'adulto sia nel bambino. Il tappo di cerume si forma lentamente, cosicché il paziente spesso non si accorge dell'ipoacusia che gradualmente si instaura. La sintomatologia insorge all'improvviso, specie quando il paziente cercando di pulire il condotto uditivo spinge il tappo all'interno, oppure quando il cerume si rigonfia a contatto con l'acqua (doccia, mare, ecc.); allora si hanno: ovattamento auricolare fino a marcata ipoacusia, acufeni, autofonia ed a volte vertigini e senso di stordimento, specialmente se l'ostruzione è bilaterale.

All'otoscopia possono essere presenti due quadri causati dalla presenza di tappo di cerume:

- *nelle forme di recente formazione*, il tappo si mostra di colore giallo-brunastro, molliccio;
- *nelle forme di vecchia costituzione*, il tappo è di colorito nerastro e di consistenza dura.

In entrambi i casi, la presenza del tappo di cerume può impedire la visualizzazione della membrana timpanica. La terapia consiste nel lavaggio auricolare con acqua tiepida.

Se il tappo di cerume è di vecchia data (nerastro e duro), è bene far precedere l'aspirazione dalla instillazione nel condotto uditivo di gocce di xilene (meglio se intiepidito) 2-3 volte al giorno, 3-5 giorni prima dell'estrazione del tappo.

Corpi estranei nel condotto uditivo

Capita abbastanza frequentemente che il bambino, per gioco, introduca nel condotto uditivo piccole parti di giocattolo, tappini di penne-biro, pezzetti di plastilina o di gommapiuma ed altro. Non è raro che il corpo estraneo sia rappresentato da piccoli insetti, da frammenti di legname o da semi vegetali. La sintomatologia dei corpi estranei nel condotto uditivo esterno consiste in otodinia, talora accompagnata da tosse riflessa e da infiammazione del condotto stesso. L'unico rimedio consiste nella rimozione del corpo estraneo per mezzo del lavaggio auricolare. Astenersi dall'uso di pinzette o altri ferri chirurgici, anche se si intravede l'oggetto, per il rischio di lesioni cutanee con conseguente otalgia e/o otorragia, manovra da riservarsi solo in ambito specialistico.

Corpi estranei nasali

Inviare immediatamente al Pronto Soccorso a causa del pericolo di inalazione.

Emorragia dopo tonsillectomia

L'emorragia dalle logge tonsillari dopo intervento di tonsillectomia costituisce un evento sempre grave, potenzialmente mortale. Trattate il possibile deficit respiratorio e shock emorragico se presenti, avvisate urgentemente il 118 ed accompagnate sempre il paziente in ospedale.

Paralisi del nervo faciale

Può essere di tipo centrale (asimmetria del volto solo a livello del quadrante inferiore) o periferico (più frequentemente del tipo "a frigore" o di Bell). La paralisi di Bell ha una etiologia sconosciuta ed è caratterizzata da paralisi del facciale superiore ed inferiore ad insorgenza improvvisa. In questo caso il paziente presenta segni statici a carico del lato lesa: spianamento delle rughe della fronte, occhio più aperto e ptosi della palpebra inferiore, spianamento del solco naso-genieno, abbassamento dell'angolo della bocca; segni dinamici a carico del lato lesa: impossibilità di chiudere l'occhio che apparentemente ruota verso l'alto, di corrugare la fronte e di fischiare; deviazione della bocca invece verso il lato sano nell'atto di mostrare i denti. La presenza di lagofalmo (incompleta chiusura della rima palpebrale), l'impossibilità a corrugare la fronte omolateralmente la lesione e l'assenza di altri segni di deficit cerebro-vascolare supportano la diagnosi di paresi "a frigore" rispetto alla paresi di origine centrale. Il condotto uditivo esterno deve sempre essere controllato per l'eventuale presenza di vescicole, in caso di Sindrome di Ramsay Hunt, segno spesso associato ad intensa otodinia (in questo caso dare sempre anche antivirale).

La terapia è steroidea, prednisolone 25 mg due volte al giorno per 10 giorni, da iniziare entro 72 ore dall'esordio (DynaMed Plus: forte raccomandazione) (terapia off label). L'utilizzo

della terapia antivirale è controversa (terapia off label), di certo non è raccomandata in monoterapia (DynaMed Plus: forte raccomandazione), ma eventualmente in associazione al glucocorticoide in pazienti con paralisi severa o completa (valaciclovir 1000 mg x 3/die per 7 giorni oppure aciclovir 400 mg x 5/die per 10 giorni).

Importante la protezione corneale: il bendaggio oculare notturno, ma non deve essere posizionato direttamente a contatto palpebra poiché potrebbe scivolare e abradere la cornea. Le formulazioni liquide o gel di lacrime artificiali devono essere applicate ogni ora quando il paziente è sveglio e le formulazioni dense in pomata devono essere utilizzate durante la notte.

Epistassi

La perdita di sangue dal naso rappresenta una evenienza drammatica per il paziente. Se essa deriva da un vaso a sede molto anteriore ed è di modesta entità, basterà che il paziente o il genitore del bambino stringa il naso con le dita per una decina di minuti onde favorire l'emostasi. Il capo del paziente con epistassi deve essere sempre piegato in avanti, poiché la posizione all'indietro favorisce la deglutizione del sangue che può indurre vomito ematico. Fattori favorenti l'epistassi possono essere: terapia con farmaci anticoagulanti (è sufficiente talora una sola somministrazione di acido acetilsalicilico per scatenarla), varici del setto a livello del "locus Valsalvae", malattie infettive, emopatie, ecc. Anche la frattura traumatica delle ossa nasali può causare epistassi: che però solo di rado necessita di tamponamento nasale, poiché il sanguinamento tende a cessare spontaneamente. L'ipertensione non è una causa, ma può prolungare l'epistassi.

Nel bambino solitamente l'epistassi è di modesta entità e consegue a cause locali nasali (flogosi, dita nel naso); però in età pediatrica una rinorragia monolaterale, specie se accompagnata da rinorrea maleodorante, deve indurre a sospettare un corpo estraneo nasale.

Il tamponamento nasale anteriore, eventualmente con garze imbevute di ac. tranexemico (molto più raramente si rende necessario quello posteriore, da eseguire esclusivamente in ambiente ospedaliero) costituisce terapia di elezione di una epistassi importante.

Vertigine

Sarete spesso chiamati per una sindrome vertiginosa. Poiché la vertigine è un sintomo e non una malattia, è necessario orientarsi nella diagnosi cercando di definire se si tratta di una patologia periferica (labirintica) o centrale. La vertigine periferica (labirintica) è spesso di tipo oggettivo (il paziente vede gli oggetti ruotare attorno a sé) ed è generalmente accompagnata da nausea, vomito ed altri fenomeni neurovegetativi, non sono presenti altri deficit neurologici (vedi tabella).

VERTIGINE CENTRALE

- vertigine soggettiva
- in genere esordio sfumato
- presenti altri sintomi neurologici
- instabilità grave, il paziente spesso cade camminando
- variabile o leggera nausea e vomito
- non peggioramento dei sintomi con i movimenti del capo
- il nistagmo è spesso verticale puro, orizzontale o torsionale; nessuna soppressione con fissazione
- in genere assenti sordità o acufeni

VERTIGINE PERIFERICA

- vertigine oggettiva
- in genere esordio acuto
- assenti altri sintomi neurologici
- instabilità moderata-severa, il paziente in genere è in grado di camminare
- nausea e vomito importanti
- peggioramento dei sintomi con i movimenti del capo
- il nistagmo è orizzontale con componente torsionale; è soppresso dalla fissazione
- possono essere presenti sordità o acufeni

Le cause più comuni di vertigini periferiche comprendono la VPPB, la malattia di Ménière, la neurite vestibolare e la labirintite.

Le cause di vertigini centrali comprendono insulti ischemici o emorragici di cervelletto, dei nuclei vestibolari e delle loro connessioni all'interno del tronco cerebrale, tumori del sistema nervoso centrale, infezioni, traumi, e patologie demielinizzanti come la sclerosi multipla.

I principali farmaci che possono causare vertigine sono: antipertensivi, ipnoinducanti, ansiolitici, antidepressivi (triciclici e SSRI), antipsicotici, baclofene, oppioidi, steroidi a dosi elevate (es betametazone), ormoni (testosterone/estrogeni), aciclovir, bifosfonati.

Nella maggioranza dei casi, gli episodi vertiginosi improvvisi più o meno imponenti riconoscono una genesi benigna ed in linea di massima, se il paziente è di giovane età, dovranno essere prese in considerazione la vertigine parossistica di posizione, altrimenti detta "canalolitiasi", le intossicazioni da sostanze a scopo voluttuario o alimentari (frutti di mare) e le sindromi psicosomatiche. Eseguire la manovra Dix-Hallpike può aiutare a diagnosticare o escludere una vertigine posizionale parossistica benigna (VPPB) del canale posteriore o anteriore (AAO-HNSF Forte raccomandazione, Grado A; AAN Livello A). Se positiva la terapia più efficace è la manovra Epley per il riposizionamento canalicolare (DynaMed Plus: livello di evidenza 1) oppure considerare la manovra di Semont (minor prove di efficacia). La VPPB non dovrebbe essere trattata di routine con farmaci soppressori vestibolari come antistaminici e/o benzodiazepine (DynaMed Plus: Forte Raccomandazione).

Se si tratta di un anziano la vertigine può riconoscere cause internistiche di vario genere (vasculopatie in senso lato ed insufficienze vascolari del distretto tronco-encefalico, dismetabolismo, interferenze farmacologiche, artropatie cervicali, ecc.).

Nel bambino affetto da parotite epidemica un disequilibrio più o meno conclamato deve far sospettare l'interessamento dell'orecchio interno da parte del virus, cioè una labirintite virale (causa più frequente di gravissima sordità percettiva monolaterale dell'infanzia).

In caso di ipoacusia neurosensoriale, acufeni e vertigini episodiche (almeno 2 episodi di vertigine rotatoria della durata di almeno 20 minuti) sospettare la sindrome di Ménière. In questo caso la terapia si avvale di restrizione salina (max 2000 mg/die), normalizzare apporto idrico, evitare caffeina e alcol. Al fallimento della terapia dietetica si possono aggiungere diuretici come clortalidone (25/50 mg/die), acetazolamide (250/500 mg/die) che diminuiscono la pressione a livello dell'orecchio interno. La betaistina, sebbene sia uno dei farmaci più utilizzati a livello europeo, non ha sufficienti prove di efficacia.

Il trattamento sintomatico della sindrome vertiginosa acuta si giova di dimenidrinato 50 mg per via orale ogni 8 ore (è consigliabile non utilizzarlo per più di 48 ore) come terapia di prima linea. Esiste anche l'associazione tra dimenidrinato e cinnarizina, 40 mg/20 mg fino a 3 volte al dì. La seconda linea si avvale di benzodiazepinici: es diazepam 2 mg x 2/die, lorazepam 0,5 mg x 2/die (disponibile anche in formulazione orodispersibile). Terapia di terza linea: neurolettici come fenotiazine (proclorperazina 5 mg fino a 3 volte al dì, tietilperazina maleato 6,5 mg fino a 3 volte di) molto utili in caso di concomitante vomito severo.

Considerare anche l'aggiunta di una terapia antiemetica (metoclopramide 10 mg 1fl im o domperidone 10 mg 1 cp orosolubile).

Disfonie

Può accadere che un paziente presenti un improvviso calo dell'intensità della voce fino a completa afonia. Di norma si tratta di una laringite acuta la cui etiologia più frequente è virale si risolve senza un trattamento specifico, se non idratazione, umidificazione e dal riposo della voce. I glucocorticoidi sistemici hanno un ruolo limitato nel trattamento della laringite acuta e dovrebbero essere riservati ai pazienti che hanno un bisogno "urgente" di usare la propria voce (ad es. cantanti o performance vocale). Sebbene l'esperienza clinica suggerisca che la somministrazione di steroidi possa portare ad una rapida risoluzione

dell'infiammazione delle corde vocali e un miglioramento della qualità vocale, non ci sono studi randomizzati su tale utilizzo. L'uso di glucocorticoidi deve essere bilanciato dagli effetti sistemici avversi degli steroidi, nonché dal rischio di mascherare la patologia sottostante delle corde vocali.

Una disфонia si può verificare frequentemente anche per una sollecitazione intensa delle corde vocali (abuso vocale come gridare allo stadio, cantare a squarciagola in gita, ecc.), nel qual caso il riposo vocale è di solito sufficiente come terapia. Anche una paralisi cordale tuttavia, di solito da compromissione del nervo laringeo ricorrente, può causare disфонia improvvisa che può essere associata con un certo grado di dispnea per il fatto che una corda vocale immobile riduce lo spazio respiratorio glottico.

Nel sospetto della paralisi di una corda vocale è bene chiedere la consulenza otorinolaringoiatrica con sollecitudine al fine di escludere una compressione sul nervo ricorrente derivante da neoplasie polmonari, mediastiniche, esofagee o da cardiopatie.

In tutti i casi, il paziente con disфонia va informato che, se non guarisce nel volgere di due settimane, specialmente quando esposto a fattori di rischio come fumo di sigarette e alcol, dovrà sottoporsi a consulenza otorinolaringoiatrica per il sospetto di patologia neoplastica.

Faringite acuta

Si tratta di una delle condizioni più comuni riscontrate nella pratica clinica ambulatoriale. Le cause più comuni sono i virus respiratori e lo streptococco di gruppo A. Cause frequenti di faringite non infettiva sono invece la malattia da reflusso gastroesofageo o lo scolo retronasale. La maggior parte dei pazienti con faringite presenta sintomi non specifici come un mal di gola che peggiora con la deglutizione e la linfadenopatia cervicale.

L'eziologia virale è suggerita da concomitante rinorrea, congiuntivite, mialgie ed artralgie diffuse, tosse stizzosa, raucedine, diarrea, vescicole orofaringee.

Le linee guida suggeriscono l'utilizzo di test rapidi di rilevazione dell'antigene in pazienti con sintomi indicativi di faringite streptococcica di gruppo A (DynaMed Plus: forte raccomandazione).

Poiché di difficile utilizzo nella pratica clinica in un setting di Continuità Assistenziale, un utile strumento per stimare la probabilità di faringite ad eziologia batterica è lo score Centor modificato (sebbene abbia una bassa sensibilità e specificità, può essere utilizzato per identificare i pazienti a rischio di infezione streptococcica gruppo A, ESCMID Classe A Evidenza 3), in cui viene attribuito 1 punto per ciascuno dei seguenti criteri:

- essudato tonsillare
- nodi cervicali anteriori gonfi
- assenza di tosse
- febbre $>38^{\circ}\text{C}$.

Viene poi aggiunto +1 se l'età è <15 anni e -1 se l'età >45 anni. 0-1 punti suggeriscono un rischio molto basso, mentre 3-4 punti suggeriscono una probabile infezione da Streptococco.

Paracetamolo o ibuprofene (vedi dosaggio ad inizio capitolo) sono raccomandati per il trattamento sintomatico (ESCMID Classe A Evidenza 1).

L'uso di corticosteroidi in combinazione a terapia antibiotica non è raccomandato di routine. Può tuttavia essere preso in considerazione in pazienti adulti con gravi rappresentazioni, ad es. 3-4 criteri Centor (ESCMID Classe A Evidenza 1).

Nelle faringiti acute batteriche, è indicata la terapia antibiotica, ad es. con cefixima, alla posologia di 400 mg/die in unica somministrazione giornaliera (1 cpr rivestita oppure 1 cpr dispersibile al giorno) negli adulti e di 8 mg/kg/die come sospensione orale al 2% in monosomministrazione giornaliera nei bambini con >6 mesi di età. La durata della terapia antibiotica è in genere di 7 giorni.

In alternativa, Azitromicina 500 mg x1/die per 3 giorni oppure, nei bambini, 12 mg/kg il primo giorno, 6 mg/kg il secondo giorno per un totale di 5 giorni di terapia.

Ricordate infine che un'angina con essudato, che resiste da diversi giorni ad antibiotico-terapia appropriata, se risulta associata a splenomegalia o anche a linfadenomegalia ed epatopatia, deve indurre a considerare l'ipotesi di una eventuale mononucleosi infettiva.

Epiglottite acuta

L'epiglottite in passato affliggeva principalmente i bambini, ed era generalmente causata da *Haemophilus influenzae* di tipo B. Oggi, grazie alla diffusa vaccinazione, è stata quasi completamente eradicata nei bambini (in tempi recenti si sono verificati più casi negli adulti, sebbene l'incidenza sia bassa).

I sintomi si caratterizzano soprattutto per tachipnea, stridore inspiratorio e dolore intenso alla deglutizione con faringe dall'aspetto normale. L'ostruzione respiratoria è chiaramente denunciata dai rientramenti agli spazi intercostali, al giugulo, al solco diaframmatico e dalla polipnea. Si può avere anche voce velata, febbre elevata e scialorrea, tosse roca, subcianosi o cianosi.

Nel caso ci si trovi davanti ad un quadro con queste caratteristiche è bene allertate immediatamente il servizio di emergenza perché la priorità deve essere la gestione delle vie aeree tramite intubazione o tracheotomia. Nel frattempo se possibile:

- somministrare ossigeno umidificato (se disponibile)
- betametasone 0,1-0,2 mg/kg ev (prove di efficacia dubbie).

Anche in caso di sospetta epiglottite, senza evidenza di ostruzione delle vie aeree al momento della visita, è importante iniziare precocemente una terapia senza attendere che si abbia compromissione delle vie aeree, e inviare in PS.

Odontalgia

Potrà capitarvi di essere chiamati nel cuore della notte da un signore che si tiene la mascella compressa con le mani ed emette mugolii inarticolati; dopo aver visitato il paziente e valutato le cause somministrate per prima cosa l'analgesico più appropriato a seconda dell'intensità del dolore (vedi capitolo analgesici).

Per quanto riguarda l'ascesso dentale apicale non ci sono studi randomizzati di buona qualità riguardo i metodi di gestione; pertanto il trattamento è empirico basato sulla gestione chirurgica e farmacologica della sepsi.

Il trattamento definitivo è odontoiatrico: incisione e drenaggio.

Sebbene molto utilizzata nella pratica clinica, la terapia antibiotica non è necessaria a meno che non siano presenti cellulite o segni/sintomi extraorali o il paziente sia immunocompromesso (ad es. diabete mal controllato e pazienti anziani).

Per i pazienti con cellulite localizzata, utilizzare un antimicrobico ad ampio spettro come amoxicillina/clavulanato o clindamicina (per i pazienti allergici alla penicillina) per via orale.

La gengivite acuta semplice richiede raramente una terapia antimicrobica sistemica. La clorexidina risciacquo orale 0,12% può essere utilizzata nella maggior parte dei casi. Le eccezioni includono i pazienti con malattia che avanza rapidamente, dolore severo o infezione da HIV in cui è indicata la terapia sistemica. Possibili regimi includono penicillina più metronidazolo, amoxicillina-clavulanato, ampicillina-sulbactam o clindamicina.

Patologia vascolare

▶ G. Boccoli ▶ L. Chiodi
▶ S. Galeazzi ▶ D. Angioni



Contenuti web
aggiuntivi

Il Medico di Continuità Assistenziale sempre più spesso si trova di fronte a patologie vascolari acute, questo sia per l'aumento dell'età della popolazione, sia per l'alta prevalenza della malattia aterosclerotica. È molto importante in queste patologie riuscire subito a orientarsi in quanto, talvolta, una corretta diagnosi può salvare un arto o la vita stessa del paziente.

Ischemia acuta degli arti inferiori

Il paziente vi chiamerà per l'insorgenza acuta di un dolore in genere localizzato a un arto (netta prevalenza per quelli inferiori), variamente accompagnato da alterazione della sensibilità o deficit motorio.

Sul piano clinico dovrete verificare la presenza delle "6 P", dall'inglese:

- 1) Pallore (pallor)
- 2) Dolore (pain)
- 3) Poichiloterminia o perdita della normale termoregolazione (poikilothermia)
- 4) Assenza di polso (pulselessness)
- 5) Parestesia (paresthesia)
- 6) Paralisi (paralysis).

Se riscontrate la positività di tali segni la diagnosi è molto probabile. In pazienti con storia di ischemia cronica spesso i sintomi sono più gradualmente e sfumati, potendo contare sul reclutamento di circoli collaterali (ischemia acuta su cronica). È sempre utile cercare di stabilire anche la possibile eziologia dell'ischemia acuta.

In linea di massima è ragionevole supporre un'origine embolica in pazienti con:

- trombi atriali legati a fibrillazione atriale
- trombi a livello del ventricolo sx a seguito di infarto miocardico o disfunzione ventricolare sx
- piccoli coaguli da protesi meccaniche oppure emboli settici da valvole infette
- Blue toe syndrome con dita del piede dolenti, cianotiche e fredde (embolismo artero-arterioso).
- In questi casi in genere l'anamnesi è negativa per claudicatio e l'arto controlaterale presenta polsi periferici normali.

In soggetti anziani non cardiopatici con precedenti di arteriopatia cronica (claudicatio) si può sospettare, invece, una trombosi acuta. In entrambi i casi dovete ospedalizzare d'urgenza comunicando al collega del Pronto Soccorso il vostro orientamento diagnostico, poiché l'iter terapeutico tra le due forme è diverso. La terapia di questa patologia richiede un ricovero ospedaliero il più precoce possibile. Generalmente le procedure terapeutiche comprendono infusione endovenosa di eparina, rivascolarizzazione chirurgica o trombolisi. In via precauzionale, al momento dell'invio in Pronto Soccorso è ragionevole procedere ad una protezione dell'arto, specialmente se in ischemia avanzata, avvolgendolo in una coperta sofficia al fine di evitare traumi.

Ischemia critica degli arti inferiori

Questo quadro è sicuramente meno drammatico del precedente in quanto si riferisce a soggetti con arteriopatia periferica cronica (claudicatio) che presentano un recente aggravamento.

Potreste essere chiamati nel caso il disturbo peggiori improvvisamente e il paziente sia passato da un dolore alla deambulazione a uno a riposo.

In questi casi valutate se non sia in atto un'ischemia acuta (vedere paragrafo precedente), se l'afflusso di sangue è comunque sufficiente consigliate il riposo e un controllo urgente in ambito specialistico, prescrivendo nel frattempo una terapia con analgesici. A salire per potenza analgesica:

- paracetamolo 1000 mg 1 cpr × 3/die
- oxicodone cloridrato + paracetamolo 5+325 mg 1 cpr × 2/die
- oxicodone cloridrato + naloxone cloridrato diidrato 10/5 mg 1 cpr × 2/die.



ATTENZIONE alla somministrazione di oppiacei in pazienti con IRC grave.

Si sconsiglia la somministrazione di FANS per l'alta gastrolesività in associazione alla terapia anticoagulante. Il paziente dovrebbe essere già in terapia con farmaci antiaggreganti, se così non fosse, è possibile impostare terapia antiaggregante (Acido acetilsalicilico 100 mg 1 cpr/die, Clopidogrel 75 mg 1 cpr/die).

Rottura di aneurisma dell'aorta addominale

In questa drammatica situazione il dolore rappresenta il sintomo principale: è ad esordio acuto, quasi sempre severo, costante, in regione lombare, in mesogastrio con possibile irradiazione a livello dei fianchi, non in relazione al decubito. Nella diagnostica differenziale tenete presente la colica renale, la lombosciatalgia, l'ulcera perforata o la pancreatite acuta.

È possibile che vi siano sintomi correlati ad un shock emodinamico, ipotensione e sincope. I soggetti sono solitamente di età >50 anni. È fondamentale indagare sempre se è presente storia di AAA già nota.

L'esame obiettivo dell'addome non sempre evidenzia una reazione di difesa e solo nei soggetti magri si apprezza una massa pulsante in epigastrio; all'auscultazione dell'addome può essere apprezzabile un soffio vascolare. In tutti i casi s'impone l'ospedalizzazione immediata.

Fenomeno di Raynaud

Non di rado potreste essere chiamati da soggetti che lamentano la presenza di "mani fredde" talvolta anche con un disagio soggettivo significativo. Si tratta di un disturbo vasospastico, localizzato in particolare alle mani, talvolta anche a singole dita, più raramente ai piedi, al naso o alle orecchie, che compare tipicamente a crisi della durata di qualche minuto. Sono più frequentemente colpite le giovani donne.

Nella crisi si distinguono 3 fasi: 1) ischemica (da spasmo arteriolare), in cui per esposizione a uno stimolo freddo o emotivo, o talora anche in assenza di uno stimolo apparente, le dita diventano pallide, fredde e quasi completamente insensibili; 2) cianotica, in cui per l'inizio del ritorno del flusso ematico il colorito della cute diventa blu violaceo; 3) eritrosica, in cui il colorito è rosso acceso per iperemia post ischemica. Al di fuori della crisi il flusso ematico è normale.

Nella storia naturale della malattia, dopo ripetute crisi possono evidenziarsi disturbi trofici, in particolare della punta delle dita; in casi particolarmente gravi si può arrivare anche ad ulcerazioni e necrosi. Non dimenticate che il fenomeno di Raynaud può essere secondario a varie malattie sistemiche, in particolare reumatologiche (come sclerosi sistemica), intossicazioni da farmaci, endocrinopatie, sindromi paraneoplastiche.

La terapia conservativa si basa su:

- 1) evitare il freddo ed utilizzare misure protettive

- 2) evitare il fumo di sigaretta
- 3) identificare e rimuovere tutte le cause di esacerbazione.

Se le misure conservative non si rivelano efficaci è possibile iniziare una terapia medica, che in prima linea vede l'utilizzo di calcio antagonisti (es. Nifedipina) (EULAR grado A).

Da un punto di vista pratico, come medico di Continuità Assistenziale, potreste limitarvi a raccomandare la massima "copertura" delle mani (guanti di lana, ecc.) e tenere le estremità al caldo, successivamente il paziente va indirizzato a consulenza specialistica.

Trombosi venosa profonda e tromboflebite

La trombosi venosa profonda (TVP) degli arti inferiori è frequente nelle persone che presentano fattori di rischio: età avanzata, allettamento, gravidanza, neoplasie, scompenso cardiaco, interventi chirurgici e sindromi trombofiliche.

Si localizza nel circolo venoso profondo e coinvolge più frequentemente il plesso venoso surale, le vene poplitee e femorali. Questa patologia è caratterizzata da dolore profondo e edema a carico della gamba, se è interessata la vena poplitea, o di tutto l'arto inferiore se è coinvolta la femorale.

Le manovre semeiologiche, sebbene scarsamente sensibili e specifiche, sono rappresentate da dolore alla compressione bimanuale sul polpaccio e alla dorsiflessione forzata del piede. In attesa della visita specialistica, è bene sottolineare che tutte le TVP prossimali sintomatiche (UpToDate grado 1B), asintomatiche e le TVP distali isolate sintomatiche (UpToDate grado 2C) sono meritevoli di trattamento, in assenza di controindicazioni alla terapia anticoagulante.

- 1) Riposo a letto con arti in scarico, cioè più alti rispetto al tronco per favorire il ritorno venoso.
- 2) Enoxaparina sodica (1 mg/Kg equivalenti a 100 U.I. fl sc \times 2) o Nadroparina calcica (171 U.I./Kg 1 fl/die oppure 92,7 U.I./Kg ogni 12 ore) o Fondaparinux sodico 7,5 mg per pz con peso corporeo tra 50 e 100 Kg 1 fl sc/die, 5 mg per pz <50 Kg 1 fl sc/die, 10 mg per pz >100 Kg 1 fl sc/die).
- 3) Elastocompressione con monocollant da almeno 30-40 mmHg (evidenza scientifica conflittuale).

Attualmente è possibile instaurare, in caso di diagnosi certa di TVP, terapia con i NAO (Nuovi Anticoagulanti Orali), come il rivaroxaban, ma tale somministrazione richiede la compilazione di apposito piano terapeutico da parte dello specialista.

Con il termine tromboflebite o trombosi venosa superficiale (TVS) si indica invece una trombosi che coinvolge il circolo superficiale e colpisce in particolar modo i pazienti portatori di varici. Il dolore è localizzato nella sede dell'ectasia venosa dove alla palpazione si apprezza un cordone duro, corrispondente alla trombosi, dolente e arrossato.

È tuttavia stato descritto in letteratura sia il rischio di estensione della trombosi al circolo venoso profondo, sia un rischio embolico, seppur basso.

La TVS (trombosi venosa superficiale) prevede un primo approccio clinico con lo scopo di determinare un eventuale coinvolgimento del circolo profondo oppure della grande o piccola safena. Se è clinicamente probabile uno di questi eventi, allora è sempre importante eseguire un approfondimento tramite ecocolordoppler per distinguere TVS non complicata e complicata poiché l'approccio terapeutico è molto diverso.

- Nella TVS non complicata (segmento coinvolto <5 cm, lontano dalla giunzione safeno-femorale e safeno-poplitea, in assenza di ulteriori fattori di rischio) è possibile suggerire:

- 1) elevazione arti inferiori (sopra livello del bacino)
- 2) impacchi caldo-umidi nella zona interessata

- 3) FANS per os o im come sintomatici, se non controindicati, in pazienti che non ricevono terapia anticoagulante (DynaMed Plus raccomandazione forte). Agenti topici hanno dimostrato efficacia dubbia
- 4) elastocompressione
- 5) non è necessaria terapia antibiotica.

Nella TVS complicata (segmento coinvolto ≥ 5 cm, a meno di 3-5 cm dalla giunzione safeno-femorale e safeno-poplitea, presenza di ulteriori fattori di rischio per tromboembolismo, TVS ricorrenti) è importante eseguire terapia anticoagulante come Fondaparinux 2,5 mg per 45 giorni (verificare funzionalità renale) (UpToDate grado 2B)



ATTENZIONE: Nel paziente con TVS e soprattutto TVP è sempre bene eseguire lo score di Wells e di Pisa.

I pazienti portatori di voluminosi gavoccioli venosi agli arti inferiori sono soggetti, in seguito a traumi, a loro rottura con emorragia apparentemente imponente: è sufficiente nella maggioranza dei casi una compressione con garza sterile per arrestare la perdita ematica.

Patologie psichiatriche

► U. Sagripanti ► L. Falletta ► T. Maio

Le patologie psichiatriche rivestono nella Continuità Assistenziale un ruolo del tutto particolare in quanto pongono non pochi problemi, sia sotto il profilo diagnostico-terapeutico sia medico-legale. Uno degli elementi fondamentali che vorremmo subito sottolineare è che da un punto di vista diagnostico non sempre i sintomi presenti, anche se suggestivi (es. ansia intensa), sono solo di origine psichica; talvolta, e più frequentemente di quanto si pensi, malattie internistiche o uso/abuso di farmaci possono causare quadri simili.

In questi casi è assolutamente necessario che il Medico di Continuità Assistenziale si orienti in quanto il rischio di misconoscere una patologia internistica o un'intossicazione può avere gravi conseguenze. Pertanto nella presentazione delle più comuni problematiche psichiatriche ricorderemo anche le principali diagnosi differenziali di tipo internistico poiché soprattutto questo, insieme con un corretto intervento farmacologico, rientra nei compiti del Medico di Continuità Assistenziale. Non tutti i medici hanno molta pratica di psicofarmacologia; è pertanto utile che ognuno di voi conosca e si abitui ad usare i pochi farmaci qui elencati conoscendone caratteristiche e limiti per ottenere i migliori risultati con il minimo rischio per il paziente (e per voi stessi). L'intervento farmacologico urgente, il più delle volte, ha come fine immediato la sedazione del paziente da ottenere il prima possibile con il minor rischio possibile. La sedazione va intesa puramente come inizio di tutto il complesso ed articolato percorso, che porta alla comprensione ed alla cura del paziente e non certo come "cura" in sé: è paragonabile alla pratica di prendere una via venosa in un paziente in stato di shock. In questo senso saranno indicati pochi farmaci utili in ambiente extraospedaliero:

In caso di agitazione severa con pericolo per sé e/o per gli altri e in caso di delirium in pazienti complessi, utilizzare in prima linea antipsicotici i.m. e/o benzodiazepine:

- aloperidolo 2 mg fiala i.m.
- aloperidolo 2,5-5 mg + lorazepam 2 mg i.m. nell'adulto.

In caso di agitazione moderata considerare antipsicotici oppure benzodiazepine per via orale:

- lorazepam 2-4 mg per os (possibile somministrazione i.m. ma è preferibile la via e.v.). È possibile ripetere la dose dopo 2 ore se indicato.
- diazepam 2-10 mg per os (da 2 a 4 volte/die sulla base della severità del quadro); 2-10 mg i.m. o e.v. ogni 3-4 ore se necessario sulla base dei sintomi. Scarso effetto sedativo, significativa incidenza sul sistema extrapiramidale, buon effetto "antipsicotico", ma non certo alla prima somministrazione, scarsa influenza sul sistema cardiovascolare e media maneggevolezza; quindi è bene sapere che esiste, ma l'uso va limitato a pochi casi.

Quadri clinici

In queste brevi note sulle acuzie psichiatriche verranno descritti i principali aspetti clinici secondo un modello medico ed in un'ottica sostanzialmente pratica, lontana da intenti nosografici ed etiopatogenetici, per cui si rimanda a trattati e manuali. Si porrà quindi l'attenzione agli aspetti psicopatologici salienti e caratteristici dei quadri clinici, nel tentativo di descrivere sinteticamente ciò che il medico si trova obiettivamente ad affrontare nel momento dell'intervento.

Paziente in crisi d'ansia/attacco di panico

Un attacco di panico è un episodio improvviso di ansia severa associata a segni e sintomi quali sudorazione, palpitazioni, tremori. Il soggetto mostra i segni neurovegetativi e gli atteggiamenti propri di chiunque si trovi in una situazione di pericolo imminente. Ma il paziente è entrato in questo stato senza nessuna causa apparente: l'ansia si distingue psicopatologicamente dalla paura solo in quanto non ha oggetto, per il resto è identica. Egli è cosciente, chiede attivamente aiuto ed il più delle volte, non sa spiegarsi cosa stia accadendogli.

È molto utile una breve anamnesi: nei sei-dodici mesi precedenti l'episodio è possibile che si sia verificato un lutto o un evento vitale particolarmente significativo per il paziente.

A volte sono presenti, in modo più o meno evidente, sintomi come senso d'oppressione retrosternale o difficoltà di respiro che impongono la diagnosi differenziale con patologia cardiaca o respiratoria.

D'altro canto, anche di fronte a quadri clinici caratterizzati da soli disturbi psichici, ponete sempre attenzione alla storia clinica ed alle eventuali patologie internistiche del paziente. Per es., in un paziente diabetico disturbi psichici possono essere dovuti a:

- Ipoglicemia, chetoacidosi diabetica.

Anche alcune patologie cardiopolmonari quali:

- angina pectoris, embolia polmonare, tachiaritmie, aritmie ipocinetiche possono talvolta dare sintomi di tipo psichiatrico riferibili ad attacchi di panico come anche:

- feocromocitoma, ipertiroidismo, spasmofilia, esofago irritabile.

Anche situazioni legate all'assunzione o all'astinenza di farmaci o droghe:

- astinenza da barbiturici, intossicazione da caffeina, cocaina, anfetamine, possono manifestare questi quadri.

La condotta più adeguata, nel visitare il soggetto, sta nell'unire al procedere tecnico una serena partecipazione emotiva: l'atto medico in sé ha spesso un valore terapeutico oltre a consentire un corretto orientamento diagnostico. Somministrare:

1) Lorazepam sublinguale (1 cpr sublinguale oppure 1 fiala i.m.; per i dosaggi e alternative terapeutiche fare riferimento al paragrafo precedente) ed in caso di dubbio diagnostico inviare in ospedale. Qualora siate certi della diagnosi, somministrata la terapia, consigliate al paziente di rivolgersi ad uno psichiatra.

Catatonia

Il soggetto si presenta, nella maggioranza dei casi, in apparente perdita di coscienza o in uno stato crepuscolare: la diagnosi non è immediatamente semplice. Pressione e respiro sono normali, il polso lievemente accelerato, non sono presenti segni neurologici e se vi è stata una caduta a terra non vi sono traumi o lesioni se non veramente minime.

Sollevando la palpebra, si ha una normale reazione alla luce e per un brevissimo istante sarete seguiti dallo sguardo. Sollevando una mano del soggetto sopra il volto dello stesso e lasciandola, osserverete che il paziente eviterà di colpirla. Le prove di reazione al dolore non sono indicative: spesso i pazienti rimangono apparentemente insensibili anche a stimoli intensi. In pazienti con disturbo di personalità si possono verificare crisi che necessitano di intervento urgente come episodi di improvviso e severo distress emotivo associato o meno a disfunzioni cognitive e psicosociali con condotte autolesioniste e ideazione suicida.

Trattamento iniziale in prima linea: Lorazepam sublinguale (1 cpr sublinguale) ed il consiglio di rivolgersi ad uno psichiatra.

Paziente in crisi maniacale

Il soggetto si presenta eccitato, euforico, logorroico, clamoroso ed irrefrenabile. Oltre a ciò il paziente è scarsamente cosciente del proprio stato, nei casi più gravi non lo è affatto e non ritiene di aver bisogno del Medico: "Lui sta benissimo". L'intervento è richiesto il più delle volte dai familiari.

Questo quadro clinico prevede il ricovero del soggetto in ambiente psichiatrico nella quasi totalità dei casi. È sempre difficoltoso convincere il paziente a farsi aiutare ma ciò rimane eticamente la prima scelta; per il trattamento in acuto cercare di sedare il paziente mediante uso di antipsicotici o benzodiazepine per via orale se possibile oppure i.m., come descritto precedentemente per il paziente in agitazione psicomotoria possono anche essere associati. Se non riuscite, passate a valutare l'opzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.).

Paziente in crisi psicotica

La presentazione del soggetto è polimorfa ma, le caratteristiche che generalmente si ripetono sono:

- allucinazioni (più spesso uditive)
- deliri
- disordine del pensiero e del linguaggio
- illusioni
- appiattimento affettivo
- abbandono della vita sociale e perdita di motivazione.

Nella realtà clinica questi si presenterà più vicino ora all'una, ora all'altra delle polarità sintomatiche suddette.

Il paziente ha un grado variabile della coscienza di sé, ma tale coscienza solitamente è scarsa.

Se avete avuto qualche indicazione sul caso, prima di visitare il paziente cercate di raccogliere tutti gli elementi anamnestici e situazionali utili dai familiari o da chi ha richiesto l'intervento. Qualora siano, o siano state presenti aggressività e minacciosità, chiedete il prudenziale, ma discreto supporto alle Forze dell'Ordine. Nel visitare il soggetto cercate di accettare la "sua" realtà ricordando che un paziente disse una volta ad un medico: «Dottore, io sono matto ma non scemo!». Operate soprattutto con i mezzi umani che avete per convincere il paziente a recarsi in Ospedale e, se il paziente è molto agitato e/o aggressivo e ravvisate un pericolo per sé stesso o per gli altri in acuto è indicata la sedazione con:

1) aloperidolo 2,5-5 mg + lorazepam 2 mg i.m. nell'adulto.



ATTENZIONE: Qualora non riusciate ad incontrare il paziente, valutate l'opportunità di un Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.): il semplice rifiuto della visita non è motivo sufficiente per imporre un A.S.O. Se, invece, avendolo visitato non riuscite a farlo ricoverare volontariamente, considerate una procedura di T.S.O.

Delirium

Il soggetto si presenta confuso, incoerente, disorientato; passa dal riso al pianto rapidamente ed in modo incongruo; ha allucinazioni visive ed uditive; i rapporti col mondo circostante sono pressoché interrotti. Il disordine prevarica l'unità e la coesione della vita psichica che è: "...come nave senza nocchiero in gran tempesta". Quest'immagine di Dante

Alighieri si presta anche in ragione della molteplice natura eziologica di questo quadro che, nel paziente psichiatrico, può complicare gli ultimi tre sovraesposti, ma, più frequentemente, è sintomatico di una o più gravi situazioni organiche che stanno impegnando gravemente il soggetto.

L'anamnesi e le circostanze ambientali sono preziose per l'orientamento diagnostico. Iniziate a monitorare ed assicurare i parametri vitali nell'attesa dell'ambulanza che avrete prontamente chiamato, se agitazione importante e sintomi non gestibili con intervento non farmacologico praticate una fiala di Aloperidolo i.m. (1 f i.m.). Aloperidolo 0,25 mg-0,5 mg per os o i.m. 2 volte/die, iniziare con una dose bassa e titolare in base alla risposta clinica.

Tentativo di suicidio

La gravità di questo caso è implicita, anche quando il suicidio venga minacciato senza ancora un passaggio all'atto: chi manifesti intenzioni suicidarie, o abbia compiuto gesti in tal senso, ha un rischio di suicidio significativamente superiore al resto della popolazione. Ciò significa che la morte del soggetto è ragionevolmente prevedibile e si è quindi, responsabilmente, obbligati ad evitarla. Di fronte ad un soggetto che minacci l'atto, operate ogni convincimento affinché egli si ricoveri; se non riuscite, non esitate a procedere con proposta di T.S.O.

Nel caso di un soggetto che abbia già effettuato un tentativo suicidario, l'immediato ricovero rientra nello stato di necessità.

Nel caso il gesto sia stato compiuto probabilmente tramite farmaci o tossici, mentre arriva l'ambulanza, con l'aiuto dei familiari o di chi altro, cercate di stabilirne, il prima possibile, natura, quantità, tempo trascorso dall'assunzione e peso stimato del paziente, quindi comunicate con i centri antiveleni di Roma o di Milano, sempre attivi (vedi Pronto Soccorso).

Appendice medico-legale

La Costituzione Italiana detta all'Art. 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...». Il Medico si trova a dover garantire l'uno e l'altra avendo presente la differenza di rango dei due.

I trattamenti sanitari sono di norma volontari e diventano obbligatori solo per disposizioni di legge. Il campo della patologia psichiatrica è in questo senso specificamente regolamentato dagli Artt. 33-34-35 della Legge n. 833 del 1978, poi integrati da Leggi e Disposizioni Regionali in merito ad Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O. e T.S.O.). Gli articoli di legge sono riportati in quasi tutti i manuali di Psichiatria; le Leggi Regionali sono facilmente reperibili presso le ASL e se ne consiglia caldamente l'attenta lettura.

Tuttavia è bene ricordare che l'intervento, a volte, diventa immediatamente necessario, indipendentemente dal consenso del paziente e prima o, contestualmente, all'avvio di una procedura obbligatoria. Soltanto in questi casi è giustificato richiamarsi all'Art. 54 del Codice Penale (CP) secondo cui: «Non commette reato colui che agisca nella necessità di preservare chiunque dal pericolo attuale di danno grave alla persona propria od altrui» (chi stia per defenestrarsi va fermato, come chi, non più conscio di sé, sta per compiere un qualsiasi atto potenzialmente lesivo o aggressivo). Se lo stato di necessità non sussiste il vostro intervento può configurarsi nella violenza privata (Art. 610 CP) e, ancor peggio, nel sequestro di persona (Art. 605 CP).

Per converso, il non intervenire adeguatamente può configurare: l'omissione di atti di Ufficio (Art. 328 CP); l'omissione di soccorso (Art. 593 CP); l'abbandono di incapace (Art. 591 CP). Si può sintetizzare con la riflessione di un paziente psichiatrico che, in una piazza

distribuiva un volantino con su scritto: «Fare bene è bene; fare male è male: si può fare male il bene e bene il male».

Quando effettuare la proposta di T.S.O.

Nel caso in cui sussistano i seguenti presupposti:

- Se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- Se gli stessi non vengano accettati dall'infermo
- Se è impossibile adottare "tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".

Quando effettuare la proposta di A.S.O.

Nel caso in cui vi sia il presuntivo, ma fondato, sospetto che il soggetto sia nella prima delle tre condizioni sopra definite per il T.S.O. e parimenti sia impossibile accertarsi, con i comuni mezzi del Medico, delle sue reali condizioni di salute. Questo strumento, sostanzialmente, consente di far entrare lo Psichiatra in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e di accertare se il sospetto corrisponda ad uno stato patologico e quanto sia grave. Ad esempio: il soggetto, che chiuso nella sua stanza da giorni rifiuta ogni contatto, visita del Medico inclusa, non mangia, probabilmente non dorme, "negli ultimi tempi non è più lui", parla da solo, impreca o piange senza motivi apparenti, minaccia se stesso o i familiari senza una ragione comprensibile: soffre con fondato sospetto di alterazioni psichiche, tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. Sugeriamo sia per il T.S.O. sia per l'A.S.O. due rispettivi schemi di proposta ricordando, nel caso del T.S.O.:

- Il paziente deve essere visitato da due Medici e quando ciò debba avvenire in ambiente extraospedaliero, dovendo il secondo Medico (il convalidante) appartenere all'ASL (Art. 34 Legge 833/78), si fa riferimento al D.S.M., al Servizio d'Igiene e Prevenzione o al D.E.A. ma, qualora non siano attivi i rispettivi servizi territoriali a causa dell'orario, della disponibilità di personale o di diverse disposizioni, il Medico di Continuità Assistenziale è considerato a tutti gli effetti personale medico dell'ASL e quindi abilitato a convalidare una proposta di T.S.O. Quando solo può chiamare il Collega del 118; se questo non è attivo, valutare Art. 54 del CP (stato di necessità).

- La descrizione delle condizioni cliniche del paziente deve essere più ampia e dettagliata possibile e non limitarsi alla sola diagnosi.

- La notifica e l'esecuzione di un'ordinanza di T.S.O. si configurano, sul piano giuridico, come atti di polizia amministrativa e non come atti sanitari: essi sono quindi di competenza del Corpo di Polizia Municipale, ma al momento dell'esecuzione è prevista e doverosa la presenza contestuale di personale sanitario, che trova il suo fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza al malato.

Nel caso dell'A.S.O.:

- Si tratta di un procedimento che obbliga il cittadino a sottoporsi ad una visita psichiatrica che si svolge di norma al Pronto Soccorso.

Ribadiamo che questo strumento può essere utilizzato solo qualora sia impossibile accertarsi, con i comuni mezzi del Medico, delle sue reali condizioni di salute. In tal caso è necessaria una sola certificazione e viene quindi interessato, al momento della proposta, un solo Medico: gli aspetti di responsabilità e coscienza nell'agire sono particolarmente esaltati nell'uso di questo strumento, che dovrebbe rivestire un carattere di sostanziale eccezionalità.

- Circa notifica ed esecuzione si rimanda a quanto sopra detto per il T.S.O.
- L'A.S.O. non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

Dr.....

Li.....

Al Sig. Sindaco di.....

PROPOSTA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Si richiede trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero ospedaliero per il Sig.

.....
nato a

il.....

e residente in via.....

.....
presenta

Sono presenti alterazioni psichiche tali da richiedere urgente intervento terapeutico.

Il paziente suddetto non accetta l'intervento terapeutico propostogli.

Non ci sono al momento attuale condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure curative extraospedaliere.

Luogo, data, ora, firma (leggibile)

Visitato il Sig..... convalido quanto certificato dal Dr.....

Luogo, data, ora, firma (leggibile)

Dr.....

Li.....

Al Sig. Sindaco di.....

PROPOSTA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Si richiede trattamento sanitario obbligatorio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di

.....

.....
per il Sig.

nato a

il.....

e residente in via.....

in quanto vi è il fondato sospetto che il suddetto presenti alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici poiché

Luogo, data, ora, firma (leggibile)

Pneumologia

▶ A. Recanatini ▶ L. Antonicelli ▶ R. Antonicelli
▶ M.C. Braschi ▶ G.E. Zagami

Le patologie che interessano polmoni e vie aeree in generale sono tra le più frequenti durante la continuità assistenziale. Spaziano dal banale raffreddore all'embolia polmonare, con sintomatologia spesso sfumata e simile tra loro.

Dispnea

La dispnea, che può essere definita come una sensazione fastidiosa di difficoltà respiratoria, è uno dei sintomi più frequentemente riferiti al Medico di Continuità Assistenziale.

Le cause più comuni di dispnea sono le patologie respiratorie o cardiache, ma tale sintomo può essere anche legato ad uno stato emozionale, all'anemia, ad alterazioni della parete toracica di origine muscolare, scheletrica o neurologica, a condizioni di acidosi metabolica e ad alterazioni del sistema nervoso centrale (per stimolazione diretta o riflessa dei centri respiratori).

L'esame obiettivo può dare utili informazioni: il riscontro di un aumentato carico di lavoro della respirazione, evidenziato dall'uso dei muscoli accessori della ventilazione, da eventuali retrazioni sopraclavicolari e della posizione del tripode (posizione seduta con le mani appoggiate sulle ginocchia), è più indicativo di alterazioni della componente ventilatoria, generalmente per un aumento delle resistenze delle vie aeree.

È fondamentale la valutazione dei parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria, saturazione arteriosa, stato di coscienza e temperatura); oltre a valutare la frequenza respiratoria (v.n. 12-20 atti/min), occorre considerare anche il ritmo respiratorio (regolare o intervallato da fasi di apnea) e l'ampiezza del respiro. I pazienti che presentano dispnea da sforzo dovrebbero essere inviati ad uno specialista.

Bronchiolite

È una sindrome clinica che colpisce in genere i bambini sotto i 2 anni d'età (in genere nei bambini sopra i due anni e negli adulti i sintomi sono lievi e si risolvono con semplicità), soprattutto durante i periodi di epidemia influenzale (l'agente eziologico principale è il Virus Respiratorio Sinciziale) ed è caratterizzata da sintomi delle alte vie respiratorie (in genere rinorrea) e successivamente infezione/infiammazione delle basse vie respiratorie con dispnea, fischi e rantoli. Occasionalmente può essere causata anche da infezioni batteriche (*Mycoplasma pneumoniae*). La presenza di dispnea, febbre, tosse persistente, alitamento delle pinne nasali, il rientramento degli spazi intercostali, subcostali e sovrasternali, l'utilizzo dei muscoli accessori (indici di incrementato sforzo respiratorio), una $SpO_2 < 95\%$ al pulsossimetro, apnea, sono segni di un quadro severo (American Academy of Pediatrics raccomandazione forte, livello B) e si deve procedere al ricovero ospedaliero immediato, assicurando nel frattempo un adeguato apporto di liquidi per os e cercando di risolvere la congestione/ostruzione nasale e garantendo un attento monitoraggio (American Academy of Pediatrics raccomandazione forte, livello X). La diagnosi differenziale è con l'asma (da considerare soprattutto se gli episodi di wheezing sono ricorrenti o se c'è anamnesi familiare di atopia), polmonite (se temperatura $> 39\text{ C}^\circ$ e sono presenti crepitii all'auscultazione), displasia broncopolmonare, aspirazione di corpi estranei, fibrosi cistica.

Bronchiti, broncopolmoniti

La tosse è il sintomo cardine nei pazienti con bronchite acuta, una tosse che dura da almeno 5 giorni e che può anche durare fino a 1-3 settimane, associata o meno a espettorato biancastro o purulento. Se questa diventa prolungata (>3 settimane) può insorgere dolore toracico o muscolo-scheletrico sotto-sternale. L'esordio della bronchite si accompagna o meno a sintomi aspecifici (raffreddore, cefalea, congestione nasale, mal di gola). In alcuni casi è presente una lieve dispnea e rumori stenotici all'auscultazione del torace. La diagnosi di bronchite è fondamentalmente clinica ma se compaiono febbre o altri sintomi sistemici con presenza di espettorato purulento, il sospetto deve virare verso l'influenza o forme di polmonite. In quest'ultimo caso, la presenza di tachipnea, tachicardia, SpO₂ <95% al pulsossimetro, alterazione stato mentale in soggetti di età >75 anni ci impongono di far eseguire al paziente una radiografia del torace) (Tabella 1).

Per la maggior parte dei pazienti i sintomi si risolvono spontaneamente nell'arco di 1-3 settimane. L'utilizzo empirico di antibiotici non è raccomandato (Uptodate grado 1B) (importante è a tal proposito discutere con il paziente sui rischi/benefici che può comportare un utilizzo inappropriato di antibiotici). Trova indicazione invece l'utilizzo di farmaci per il controllo dei sintomi (Uptodate grado 2C).

Se avete diagnosticato una polmonite batterica, occorrerà ricoverare:

- il paziente con focolai broncopneumonici multipli, specie se presenta vescicole e/o pustole cutanee (anche se poche): probabile stafilococcia!!!
- il paziente con alterazioni dello stato neurologico;

Tabella 1.

CLINICA	POLMONITE	BRONCHITE
Esordio	Brusco	Graduale
Febbre	In genere elevata, frequentemente preceduta da brivido, meno sensibile agli antipiretici	In genere di media entità
Dolore puntorio toracico	Frequente, costante in una sede, accentuato dagli atti respiratori	Assente (talvolta sensazione di bruciore retrosternale)
Condizioni generali	Compromesse, possibile <i>Herpes labialis</i>	Buone
Espettorato	Muco purulento, a volte rugginoso o striato di sangue	Giallastro
Auscultazione	Rantoli a piccole bolle o crepitanti, MV ridotto oppure abolito e sostituito da soffio bronchiale*, sfregamenti pleurici specie nella sede del dolore puntorio	Rantoli più o meno grossolani
Percussione	Ipfonesi, ottusità**	

*Il soffio bronchiale è di norma "aspro", diventa "dolce" quando concomita versamento pleurico.
**Può coesistere versamento pleurico.

c) il paziente anziano, specie se scarsamente assistito, defedato o con concomitanti patologie di tipo sistemico (cardiovascolari, respiratorie, diabete);

d) il bambino piccolo o quello con condizioni generali compromesse (attenzione alla subcianosi dei prolabi). Ricordate che un lattante con interessamento polmonare non si alimenta e si disidrata rapidamente;

e) residenza disagiata (fredda) o lontana da ospedali (es. località montana) o in ogni caso qualsiasi paziente la cui anamnesi suggerisca un'inadeguata compliance terapeutica o rispetto alla necessità di riposo domiciliare. Il paziente in buone condizioni generali, con focolaio unico, può essere convenientemente trattato a domicilio, raccomandando però controllo da parte del Medico Curante. Se il paziente non presenta comorbidità, non ha assunto antibiotici nei 3 mesi precedenti e risiede in aree dove Macrolido-resistenza è bassa potete incominciare con una terapia antibiotica di questo tipo (UptoDate grado 2A):

- Azitromicina 500 mg cpr, 1 cpr/die per 3 gg
- Claritromicina 500 mg cpr, 1 cpr ogni 12 ore per 5 giorni.

Se invece il paziente presenta comorbidità o ha assunto di recente un antibiotico allora è consigliabile instaurare una terapia di questo tipo (UptoDate grado 2A):

- Amoxicillina/clavulanato 2 g x 2/die + Claritromicina 500 mg x 2/die (per pazienti a rischio allungamento intervallo QT preferibile associazione beta-lattamico + doxiciclina).

Un'evenienza frequente soprattutto in soggetti giovani è la *polmonite da Mycoplasma*; potreste formulare tale sospetto diagnostico quando la sintomatologia è sfumata oppure trovandovi di fronte a soggetti, già in trattamento con antibiotici beta-lattamici, che non mostrano alcun beneficio dalla terapia in atto.

In questa circostanza, dopo aver valutato con attenzione il quadro clinico e gli eventuali esami radiologici disponibili, impostare una terapia con Macrolidi:

Azitromicina (cpr 500 mg x 1/die) per 3 giorni consecutivi oppure Claritromicina (cpr o bustina da 500 mg ogni 12 ore per 5-7 giorni).

Per l'eventuale sintomatologia algica è anche qui indicato l'ASA o il Paracetamolo (Vedi paragrafo "Analgesici, antinfiammatori, antipiretici"). Se il paziente è un *bambino* grandicello ed in buone condizioni generali, la terapia è analoga.

Nel caso il bambino si inserisca nel contesto di una piccola epidemia nell'ambito familiare o scolastico (come tipicamente si verifica per il *Mycoplasma pneumoniae*), si prescriva:

1. Azitromicina (10 mg/kg/die per os), in unica somministrazione giornaliera, per 3 giorni consecutivi oppure Claritromicina (125 mg/5 ml o 250 mg/5 ml granulato per sospensione orale 15 mg/kg/die suddivisi in due somministrazioni giornaliere).

Se avete percepito con il fonendoscopio soltanto rantoli grossolani e siete orientati verso una bronchite cronica, potete trattarla a domicilio con terapia antibiotica e con antipiretico al bisogno ed eventualmente aggiungere cortisonico e/o diuretico; se il paziente è un adulto somministrate:

1. Amoxicillina/Acido clavulanico (cpr 1 g x 2/die) oppure Cefditoren Pivoxil (cpr 200 mg x 2/die) oppure Cefixima (cpr 400 mg 1 cpr/die) oppure Claritromicina (cpr o bustina da 250 mg ogni 12 ore) oppure Azitromicina (cpr 500 mg x 1/die) per 3 giorni consecutivi ed inoltre:

2. ASA (1 cpr x 3/die).

Per un bambino somministrate:

1. Amoxicillina/Acido clavulanico (50 mg/kg/die) oppure Cefixima (gran. 8 mg/kg/die in un'unica somministrazione) oppure Claritromicina (granulato 15 mg/kg/die in 2 somministrazioni) oppure Azitromicina (10 mg/kg/die per os), in unica somministrazione giornaliera, per 3 giorni consecutivi ed inoltre:

2. Paracetamolo (v. Antipiretici).

Particolari problemi vengono posti dall'anziano, dal bronchitico cronico e dal bambino di età inferiore ad un anno:

a) *nell'anziano*: febbre, tosse ed espettorazione possono presentarsi ingannevolmente ridotte; percussione ed auscultazione possono essere ostacolate da enfisema o da scarsa collaborazione. In siffatte circostanze richiedete una radiografia del torace d'urgenza, o ricoverate;

b) *il paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva* è di solito un soggetto anziano o comunque di età superiore a 40 anni e/o forte fumatore, ex-fumatore o sottoposto per diversi anni ad inquinanti ambientali, il quale va incontro a periodiche riacutizzazioni (aumento di tosse e dispnea o espettorazione ad esordio acuto) specie nei mesi invernali.

Le riacutizzazioni possono essere pericolose (fino all'insufficienza respiratoria) ma nella maggior parte dei casi vengono gestite ambulatorialmente con una terapia antibiotica, corticosteroidica sistemica con l'eventuale somministrazione di Ossigeno gassoso. All'ispezione ed alla percussione sarà possibile rilevare un atteggiamento della gabbia toracica di tipo enfisematoso ed all'auscultazione sussisterà riduzione del MV e rumori secchi si assoceranno a quelli umidi. In questi pazienti è decisivo valutare le condizioni generali, la presenza di dispnea e tachipnea, l'eventuale presenza di subcianosi, i caratteri dell'espettorato ed infine la temperatura corporea. Se c'è un incremento dell'espettorazione, l'espettorato appare giallastro e/o c'è febbre, comincerete una terapia che preveda antibiotici, cortisonici orali o e.v., broncodilatatori per via inalatoria; a seconda della gravità utilizzate:

1. Azitromicina (cpr 500 mg × 1/die) per 3 giorni consecutivi oppure Claritromicina (cpr 500 mg, 2 cpr/die) unitamente a beta-lattamici come cefalosporine per via intramuscolare ad es. Ceftriaxone (1fl 1gr i.m./die) o Ceftazidima (1 fl 1 gr i.m. 1-2/die)
2. Cefditoren Pivoxil (cpr 200 mg × 2/die) oppure Cefixima (cpr 400 mg/die).

Una volta risolta la riacutizzazione della BPCO, va implementato o adattato il trattamento a lungo termine della malattia. Una terapia farmacologica adeguata del paziente con BPCO può ridurre i sintomi della malattia, prevenire la frequenza delle riacutizzazioni, migliorare lo stato di salute e la tolleranza all'esercizio fisico. La scelta della terapia dovrebbe essere guidata dalle caratteristiche cliniche e funzionali dei singoli pazienti. Per i pazienti con storia di riacutizzazioni è indicato il trattamento con un broncodilatatore beta₂-agonista a lunga durata d'azione associato ad uno steroide inalatorio. La scelta dei vari dispositivi in commercio è imprescindibile dall'esecuzione di un esame spirometrico dove, in base alla gravità dell'eventuale ostruzione documentata (FEV₁), si associano i vari dispositivi terapeutici inalatori [es. Fluticasone Furoato/Vilanterolo 92/22 mcg (1 inalaz/die); Fluticasone propionato/Salmeterolo 50/500 mcg (1 inal x 2/die); Beclometasone dipropionato/Formoterolo 100/6 mcg (1 inalaz x 2/die); Budesonide/Formoterolo 160/4,5 mcg (1 inalaz x 2/die)]. Per i pazienti la cui malattia non è caratterizzata da una storia di riacutizzazioni ma dalla presenza dei sintomi, in particolare di dispnea, è invece indicato l'utilizzo di un'associazione di due broncodilatatori con meccanismi d'azione sinergici e complementari, cioè di un anticolinergico a lunga durata d'azione e di un beta₂-agonista a lunga durata d'azione [ad es. Umeclidinio/Vilanterolo 55/22 mcg (1 inalazione 1 volta al giorno) Indacaterolo/Glicopirronio 85/43 mcg (1 inalaz/die); Acilidinio/Formoterolo 340/12 mcg (1 inal x 2/die)]. Nei pazienti con BPCO da moderata a severa, che non sono adeguatamente trattati dalla combinazione di un ICS/LABA o da una combinazione LABA/LAMA, è indicato l'utilizzo della triplice terapia inalatoria ICS/LAMA/LABA (ad es. fluticasone furoato/umeclidinio/vilanterolo 92/55/22 mcg una volta al giorno).

c) *il bambino di età inferiore ad un anno* può essere colpito da bronchiolite (v. pag. 141).

Pertosse

La pertosse è una malattia altamente contagiosa, causata dai batteri gram-negativi *Bordetella Pertussis*. È caratterizzata da tipici accessi di tosse spasmodica che terminano con un'inspirazione prolungata di tono acuto stridente e sono seguiti dall'emissione di un muco denso, con possibilità di quadri di asfissia, soprattutto nei lattanti. È una malattia tipica dei bambini, ma può talora manifestarsi anche in soggetti adulti non vaccinati. Il vaccino si

basa su batteri interi inattivati dal calore. È spesso associato con il vaccino antidifterico e antitetanico (Dtp). In Italia la vaccinazione è obbligatoria. Viene somministrata nei bambini a partire dal compimento dell'ottava settimana di vita. A causa della perdita di immunità nel tempo, sono necessari più richiami: la prima dose, la seconda e la terza vengono fatte a 6-8 settimane di distanza, a cui si aggiunge un'ultima dose di richiamo verso i 2 anni. La malattia ha un periodo di incubazione di 5-14 giorni (in media 10 giorni circa) e a differenza delle altre malattie infantili, l'immunità conferita da una prima infezione non è definitiva, ma declina col tempo; la trasmissione avviene, da malato a sano, tramite le goccioline di Flügge durante lo stadio catarrale e quello parossistico precoce (1^a-4^a settimana), mentre il contagio indiretto è raro.

È una malattia endemica in tutto il mondo. Potrà capitare di trovarvi "immersi" in una epidemia di pertosse: ricercate sempre il criterio epidemiologico (altri casi in fratellini o amichetti, nella scuola). Pensate alla pertosse quando in un bambino la tosse insorge nelle ore tarde della notte, ha carattere catarrale ma è stizzosa, oppure aveva carattere catarrale ed ora è divenuta secca e magari persiste dopo che un Collega ha prescritto un sedativo periferico della tosse.

L'obiettività toracica frequentemente è negativa; per la terapia l'antibiotico consigliato è un macrolide, es. (UptoDate grado 2B):

- Azitromicina da 10 a 12 mg/kg per os 1 volta/die per 5 giorni.

- Trimetoprim/sulfametossazolo può essere sostituito nei pazienti di ≥ 2 mesi che sono intolleranti o ipersensibili agli antibiotici macrolidi.

I pazienti trattati a domicilio devono essere tenuti isolati, in particolare verso i bambini predisposti, per almeno 4 settimane dall'inizio della malattia e fino alla risoluzione dei sintomi. La diagnosi non costituisce problema quando siano già comparsi i tipici accessi, in tal caso la somministrazione dell'antibiotico ha lo scopo di eliminare il batterio produttore di tossina e di ridurre il periodo contagioso; per la tosse potrà in parte giovare un sedativo centrale non narcotico:

Destrometorfano (gtt: 5-10 gtt \times 2-3/die; nell'adulto 15-30 gtt \times 2-3/die).

Durante le crisi è consigliabile che il paziente venga mantenuto in stazione eretta. La denuncia della malattia è obbligatoria.

Pleurite e versamento pleurico

La pleurite può essere primitiva o secondaria a malattie polmonari o sistemiche, di natura infettiva (ad es. TBC, polmoniti), disreattiva (ad es. malattie reumatologiche) o neoplastica (ad es. mesotelioma, metastasi). Inoltre, un versamento pleurico trasudatizio può verificarsi nell'insufficienza cardiaca congestizia, nella sindrome nefrosica, nell'uremia, nella denutrizione, nella cirrosi epatica.

Un ragionevole sospetto di pleurite (febbre, dolore puntorio in una determinata regione toracica, tosse secca stizzosa, eventuale riduzione del M.V. e del F.V.T. nelle zone polmonari colpite ed ottusità alla percussione) deve sempre spingervi a verificare la situazione con una radiografia del torace.

Di solito la necessità di accertamenti diagnostici, per stabilire l'esatta eziologia, richiede il ricovero ospedaliero (tanto più urgente, quanto più il paziente è dispoico ed abbondante vi sembra l'eventuale versamento). Non è pertanto opportuno iniziare terapie specifiche mentre va valutata nel singolo caso l'indicazione a terapia analgesica.

Asma

La crisi di dispnea è una eventualità piuttosto frequente in corso di Continuità Assistenziale; in questi casi principale compito del Medico è stabilire se si tratta di un asma

bronchiale o cardiaco oppure di dispnea psicogena. Anche in questo caso, l'anamnesi vi sarà di grande aiuto: sapere se vi trovate di fronte ad un cardiopatico, ad un asmatico o ad un paziente con una riacutizzazione in corso di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (vedi paragrafo Bronchiti e Broncopolmoniti), vi può utilmente indirizzare in un senso o nell'altro; valutare l'eventuale assunzione di ASA prima della comparsa dei sintomi respiratori; non è raro osservare crisi respiratorie in seguito all'assunzione di ASA legato ad un'attivazione della via metabolica della lipoossigenasi con liberazione di leucotrieni a spiccata attività infiammatoria.

Dal punto di vista pratico, è molto importante osservare l'atteggiamento del paziente: se questi è agitato, magari appoggiato ad un tavolo o ad una finestra con l'atteggiamento di uno che respira a fatica, come se non ce la facesse a riempire i polmoni ed a svuotarli, è molto probabile che ci si trovi di fronte ad una crisi di tipo respiratorio. Se il paziente è sdraiato sul letto, con diversi cuscini dietro la schiena, immobile, quasi che il più piccolo sforzo gli costasse una grande fatica, con una espressione d'intensa sofferenza, è più probabile un asma cardiaco. In caso di paziente adulto con lieve broncospasmo può essere sufficiente un broncodilatatore con aerosol dosato ed idealmente distanziatore es.:

Salbutamolo (spray 2 puff×4/die).



ATTENZIONE: È importante ricordare al paziente che un buon controllo dell'asma si ottiene solo con una terapia regolare con farmaci di fondo, cioè corticosteroidi inalatori (ICS) da soli o in associazione a broncodilatatori β_2 -agonisti a lunga durata d'azione (LABA).

Nel paziente adulto, adolescente e bambino di 6-11 anni con una esacerbazione asmatica (paziente agitato, dispnoico, fischi e sibili chiaramente udibili alla auscultazione, atti respiratori aumentati, PEF compreso tra l'80 e il 60% del teorico o del migliore valore personale in pazienti che già monitorizzano il PEF) si consiglia nelle forme lievi-moderate (Tabella 2) la somministrazione ripetuta di β_2 -stimolanti a breve durata d'azione (SABA), ad esempio salbutamolo spray, 4-10 puff da ripetere ogni 20' per 1 ora, eventualmente associato a corticosteroide per via sistemica, ad esempio prednisolone (adulti 1 mg/kg, max 50 mg; bambini 1-2 mg/kg, max 40 mg) e ad ossigenazione controllata (se possibile), con target di saturazione 93-95% (94-98% nei bambini). Se la valutazione della risposta terapeutica dopo 1 ora mostra un peggioramento del quadro clinico, va disposto il ricovero ospedaliero con trasferimento in unità di terapia intensiva. Le forme di riacutizzazioni gravi sin dall'esordio richiedono il ricovero urgente del paziente. Per i criteri di valutazione della gravità della riacutizzazione e la gestione negli adulti, adolescenti e bambini 6-11 anni, vedi Tabella 2.

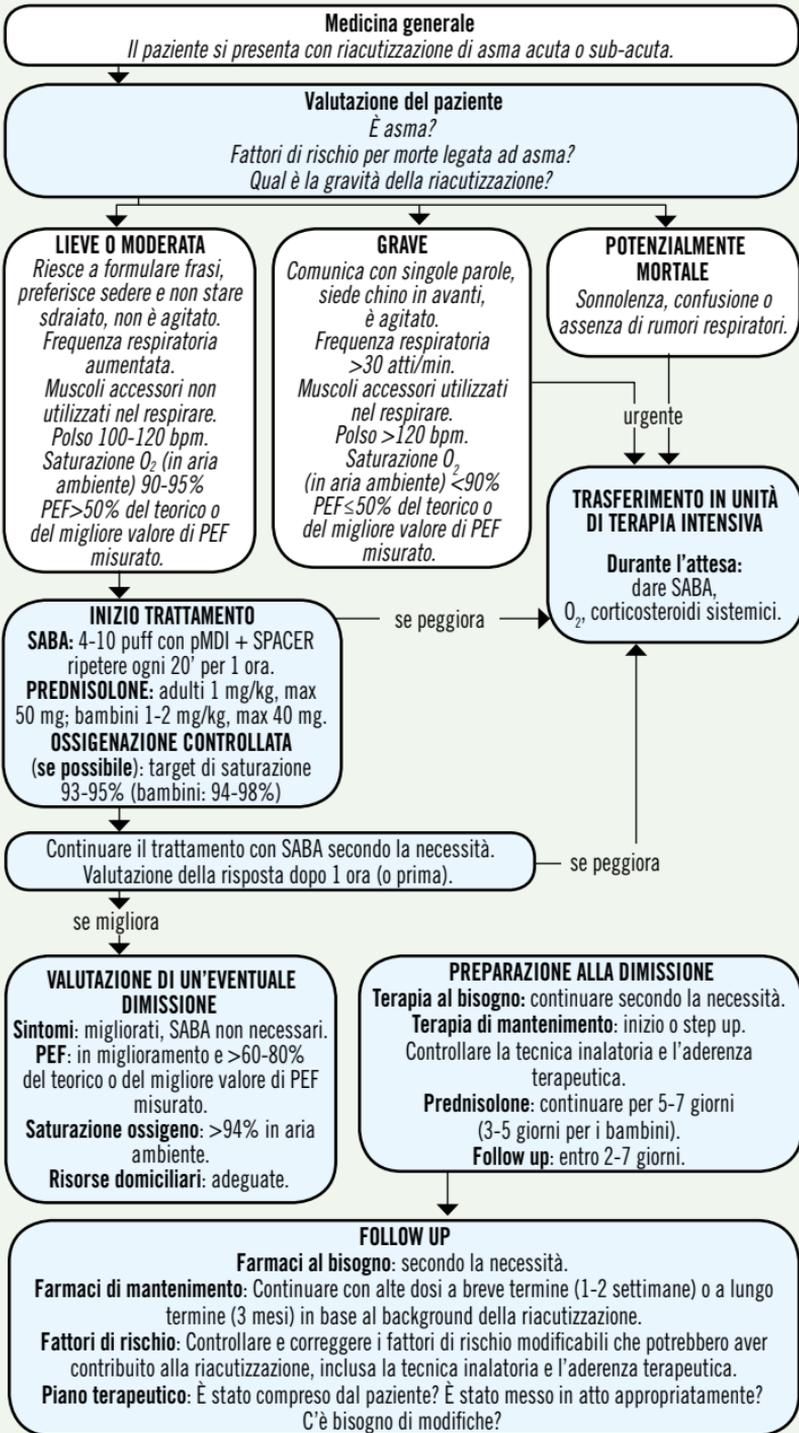


ATTENZIONE: È importante ricordare che fino ad un 30% dei pazienti con asma bronchiale riacutizzato possono non rispondere alla somministrazione dei β_2 -stimolanti a breve durata d'azione e che la terapia steroidea può avere frequentemente una latenza di oltre 4 ore nell'effetto terapeutico.

Qualora le condizioni si presentino già di base particolarmente gravi (oltre ai sintomi suddetti anche cianosi o riduzione del PEF<60% atti respiratori >30/min e FC >120 bpm), disponete per il ricovero, nel frattempo trattate con β_2 -stimolanti a breve durata d'azione ad alte dosi es.:

Salbutamolo (4 puff in rapida successione) più steroidi per via parenterale: Betametasona (f 4 mg 1-2 f.e.v. in unica somministrazione).

Tabella 2. Gestione delle riacutizzazioni asmatiche in medicina generale (adulti, adolescenti, bambini di 6-11 anni)



O₂: ossigeno; PEF: picco di flusso espiratorio; SABA: β₂-agonisti a breve durata d'azione (le dosi si riferiscono al salbutamolo)

Se la risposta al Salbutamolo non si manifesta entro 30-40 minuti è sconsigliabile continuare a somministrare tale farmaco ed è opportuno disporre un ricovero nel più breve tempo possibile. Ricovero immediato in ospedali dotati di strutture di rianimazione se il paziente appare confuso, cianotico, spesso prostrato fisicamente da una crisi asmatica in corso da molte ore, specie se vi è assenza di sibili e fischi all'esame obiettivo toracico.

Quando disponete per il ricovero del paziente asmatico, ricordate che il trasporto alle strutture sanitarie (specie se lontane) deve essere effettuato per mezzo di ambulanza dotata di ossigeno.



ATTENZIONE: La esacerbazione severa dell'asma, se poco sensibile alla terapia, è una condizione potenzialmente a rischio di morte per arresto respiratorio.

Alcuni fattori possono identificare i pazienti potenzialmente a rischio di asma fatale e tra questi ricordate:

- una storia clinica di asma grave persistente
- pazienti che non utilizzano corticosteroidi inalatori
- storia di pregressa ospedalizzazione
- ricovero in PS negli anni precedenti

Non trovano alcun razionale impiego nella crisi d'asma:

- sedativi della tosse;
- sodio cromoglicato;
- mucolitici.

Alla luce delle più recenti linee guida del trattamento della crisi asmatica non si raccomanda l'uso dell'Aminofillina endovena in pazienti domiciliari durante le prime ore.

Per quanto riguarda i bambini con età ≤ 5 anni, i criteri di valutazione iniziale della gravità della riacutizzazione di asma sono riportate nella Tabella 3, mentre la Tabella 4 mostra l'algoritmo raccomandato dalle linee guida GINA per la gestione delle riacutizzazioni di asma in tale fascia di età.

Tabella 3. Valutazione iniziale della riacutizzazione di asma in bambini con età ≤ 5 anni.

Sintomi	Lieve	Grave*
Alterazione dello stato di coscienza	No	Agitato, confuso o soporoso
Ossimetria iniziale (SaO ₂)**	>95%	<92%
Eloquio [†]	Frase	Parole
Frequenza cardiaca	<100 battiti/min	>200 battiti/min (0-3 anni) >180 battiti/min (4-6 anni)
Cianosi centrale	Assente	Probabilmente presente
Intensità del sibilo	Variabile	Il torace può essere silente

*La presenza di una o più di queste caratteristiche indica una riacutizzazione grave. **Ossimetria prima del trattamento con ossigeno o con broncodilatatore. [†]Considerare le capacità del bambino in relazione all'età.

Nelle forme lievi-moderate, va iniziato subito il trattamento con SABA (2-6 puffs ogni 20 minuti per la prima ora) e va monitorata la necessità di somministrazione di ossigeno (con l'obiettivo di mantenere la saturazione tra 94-98%). L'immediato trasferimento all'ospedale del bambino con età ≤ 5 anni affetto da riacutizzazione asmatica viene raccomandato nei seguenti casi: se vi sono elementi tipici della riacutizzazione grave (vedi Tabella 3); se non c'è risposta alla terapia inalatoria con SABA entro 1-2 ore; se le risorse per l'assistenza domiciliare del bambino sono insufficienti; se la saturazione di ossigeno è $< 92\%$ in aria ambiente. Poiché le riacutizzazioni asmatiche sono un indicatore di scarso controllo dell'asma, una volta risolta la riacutizzazione, andrà rivalutato il trattamento regolare di mantenimento della malattia, alla luce delle Linee Guida GINA (*Global Initiative for Asthma*). Tali linee guida hanno introdotto una classificazione del livello di controllo dell'asma, particolarmente utile dal punto di vista operativo:

- asma controllato;
- asma parzialmente controllato;
- asma non controllato.

L'attribuzione a un determinato livello di controllo è fondata sulla valutazione dei sintomi (inclusi quelli notturni), della limitazione nelle attività quotidiane, della necessità di terapia "al bisogno" (*reliever/rescue*), della funzionalità respiratoria e del numero di riacutizzazioni.

Un concetto fondamentale nelle Linee Guida GINA è quello della gestione dinamica in "step-up" o "step-down", ossia l'aumento o la riduzione dell'intensità del trattamento a seconda che lo stato di gravità della malattia tenda, rispettivamente, a peggiorare o migliorare. La terapia va pertanto adattata in relazione al livello di controllo della malattia.

Nella maggior parte degli *step* terapeutici dell'asma un ruolo fondamentale è rivestito dall'associazione tra corticosteroide inalatorio e β_2 -agonista a lunga durata d'azione (ICS/LABA) [ad es. Budesonide/Formoterolo 160/4,5 mcg e 320/9 mcg polvere per inalazione oppure Fluticasone propionato/Salmeterolo, formulazione spray (25/50 mcg, 25/125 mcg e 25/250 mcg) e formulazione polvere per inalazione (50/100 mcg, 50/250 mcg e 50/500 mcg) oppure Fluticasone Furoato/Vilanterolo 92/22 mcg o 184/22 mcg oppure Beclometasone/Formoterolo polvere da inalazione 100/6 mcg e 200/6 mcg].

Altre opzioni in casi selezionati, includono le basse dosi di teofillina a rilascio prolungato oppure l'antagonista muscarinico long-acting (LABA) ad es. Tiotropio come terapia aggiuntiva in adulti o adolescenti con storia di riacutizzazioni.

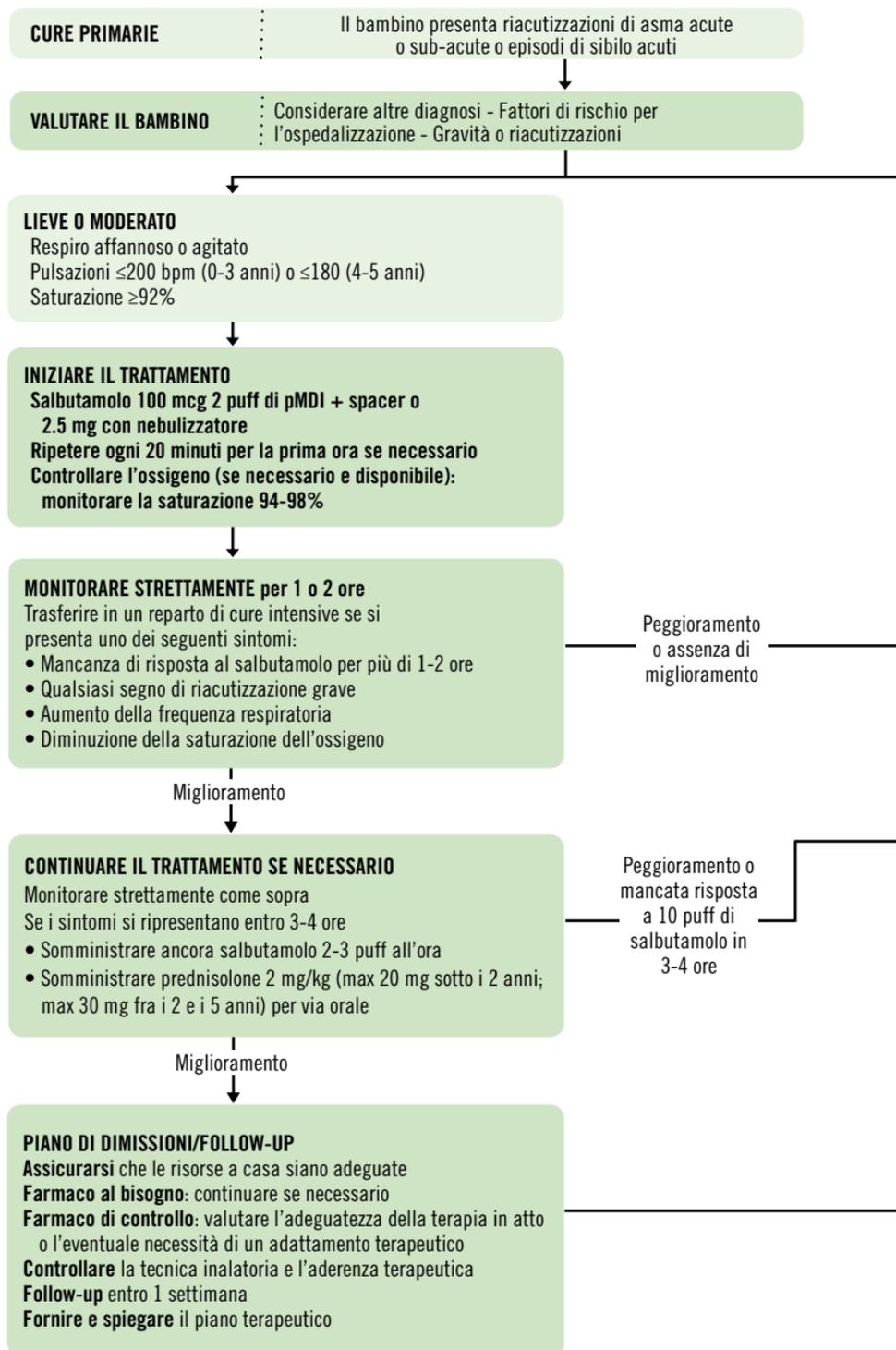
L'asma è una malattia cronica frequente, nel bambino causa episodi ricorrenti di dispnea, tosse, respiro sibilante. Particolarmente importante è la diagnosi differenziale dell'asma in età pediatrica, anche perché più il bambino è piccolo, maggiore è la possibilità di una diagnosi alternativa che spieghi il respiro sibilante ricorrente. La sintomatologia di broncostenosi nei bambini sotto l'anno di età non è dovuta ad asma, bensì a bronchiolite.

Note:

a) Un buon apparecchio per aerosol per essere efficace deve: - nebulizzare la soluzione a particelle di \varnothing tra 6 e 2,5 micron, tali da raggiungere le vie aeree interessate dal processo infiammatorio senza però raggiungere gli alveoli polmonari dove sarebbero assorbiti a livello sistemico; - essere dotato di riscaldamento; - erogare la dose in tempi non superiori ai 10 minuti. Non è strettamente necessario che il bambino porti la mascherina aderente al volto; può essere sufficiente che essa sia accostata al volto e che il piccolo possa magari afferrarla per gioco.

b) Possibile effetto collaterale sia del Salbutamolo sia dell'Aminofillina è la tachicardia: sorvegliate pertanto la FC, specie durante l'infusione venosa.

c) I β_2 -stimolanti come il Salbutamolo sono scarsamente efficaci nei primi 2 anni di vita.

Tabella 4. Gestione delle riacutizzazioni asmatiche nei bambini di età ≤5 anni

GRAVE O PERICOLOSO PER LA VITA

Uno dei seguenti:

Incapace di parlare o bere

Cianosi centrale

Confusione o sonnolenza

Evidenti retrazioni

Evidenti retrazioni subcostali e/o subglottiche

Ossigenazione <92%

Torace silente all'auscultazione

Pulsazioni >200 bpm (0-3 anni) o >180 bpm (4-5 anni)

Urgente

TRASFERIRE IN UN REPARTO DI CURE INTENSIVE

(per esempio: unità di terapia intensiva)

Nell'attesa del trasferimento somministrare:

Salbutamolo 100 mcg 6 puff da pMDI+spacer (o 2.5 mg nebulizzati): ripetere ogni 20 minuti se necessario.

Ossigeno (se disponibile) per mantenere la saturazione tra 94% e 98%.

Prednisolone 2 mg/kg (max 20 mg sotto i 2 anni, max 30 mg fra i 2 e i 5 anni) come dose iniziale.

Considerare di somministrare 160 mcg di ipratropio bromuro (250 mcg con nebulizzatore). Ripetere ogni 20 minuti per un'ora se necessario

VISITA DI FOLLOW-UP

Farmaco al bisogno: ridurre allo stretto necessario

Farmaco di controllo: continuare o adattare in base alla causa della riacutizzazione e alla necessità di dosi extra di salbutamolo

Fattori di rischio: controllare e correggere i fattori di rischio modificabili che potrebbero aver contribuito alla riacutizzazione, incluse la tecnica inalatoria e l'aderenza terapeutica.

Piano terapeutico: È stato compreso correttamente? È stato applicato in modo appropriato? C'è bisogno di modificarlo?

Programmare la prossima visita di follow-up

Embolia polmonare

L'embolia polmonare si manifesta spesso con un drammatico quadro clinico, talvolta seguito da morte improvvisa, determinato dall'incuneamento di un trombo-embolo massivo nell'arteria polmonare o in un suo ramo principale, con conseguente interruzione della corrente ematica nell'arteria stessa.

L'embolo proviene comunemente dal circolo periferico profondo del sistema ileo-femorale. Tale patologia va sospettata quando un paziente denuncia improvvisamente dispnea, accompagnata o meno da dolore violento, spesso tale da arrestargli il respiro in fase d'inspirazione, localizzato in sede toracica, a volte associato ad emottisi. Questa eventualità è tanto più probabile se il paziente:

- è allettato da lungo tempo;
- ha un arto ingessato;
- ha un recente ictus;
- è un cardiopatico o un bronchitico cronico in fase di scompenso cardiorespiratorio;
- è stato di recente sottoposto ad intervento chirurgico in particolare in sede pelvica, specie nella donna.

La stima della probabilità clinica pre-test nell'EP è stata validata mediante l'effettuazione di scale (score di Wells, score di Ginevra, score di Pisa) in cui a un determinato reperto (anamnestico, clinico, laboratoristico, strumentale) viene assegnato un punteggio (score) che in ultima analisi identifica tre classi pazienti a differente probabilità di avere una EP: bassa, moderata, alta probabilità clinica pre-test.

Score di Wells:

- Sintomi di TVP (3 punti)
- Nessuna diagnosi alternativa è in grado di spiegare la malattia in maniera più soddisfacente (3 punti)
- Tachicardia con pulsazioni >100 (1,5 punti)
- Immobilità (>=3 giorni) o intervento chirurgico nelle ultime quattro settimane (1,5 punti)
- Anamnesi di TVP o embolia polmonare (1,5 punti)
- Presenza di emottisi (1 punto)
- Presenza di malignità (1 punto)
- Punteggio >6: Alta probabilità
- Punteggio >= 2 e <= 6: Moderata probabilità
- Punteggio <2: Bassa probabilità.

È spesso possibile riscontrare anche dolore, aumento di volume e tumefazione degli arti inferiori, provocato da trombosi venosa profonda (TVP); occorre infatti ricordare che la TVP è presente in circa il 70-80% dei casi di embolia polmonare.



ATTENZIONE: Tale patologia va sospettata anche nelle giovani donne fumatrici che assumono estroprogestinici e comunque non va mai esclusa nei casi in cui un'intensa sintomatologia soggettiva (dolore, dispnea) non trovi un correlato obiettivo o quadro radiologico di particolare significato (es. minimo versamento pleurico all'Rx torace). È impellente nel sospetto di embolia polmonare predisporre il ricovero in ospedale.

Non dimenticate al fine di inquadrare tale sospetto nel giusto ambito prognostico, che questa condizione rappresenta la prima causa di arresto cardiaco su cuore sano! È opportuno inoltre che in questi casi il paziente venga trasportato in barella (altrimenti possono “partire” altri emboli).

Se vi trovate in una zona molto lontana da ospedali, con una sintomatologia chiara e grave (dispnea, tachipnea, dolore violento al torace, tachicardia, sudorazione algida), in assenza di controindicazioni (ferite recenti, ulcera peptica, emorragia intracranica, ecc.) è utile, prima di avviare il paziente in ospedale, praticare:

1. Morfina 10 mg fl 1/2 f e.v.
2. Ossigenoterapia ad alti flussi (6 l/min mediante cannule nasali o mediante Ventimask) se possibile (ossigeno in bombole disponibile in farmacia) per brevi lassi di tempo in attesa di giungere in ospedale.
3. Eparina 5.000 unità e.v.

Nel paziente ad alto rischio di embolia polmonare e/o di altri eventi tromboembolici maggiori in particolare in pazienti in chemioterapia per tumore pancreas (DynaMed Plus raccomandazione forte) o polmone con basso rischio di sanguinamento, è utile consigliare una profilassi con eparina a basso peso molecolare Enoxaparina (4000 UI 1 fl sc/die) oppure Fondaparinux 2,5 mg 1 f s.c./die.

Pneumotorace

Per pneumotorace s'intende la penetrazione di aria nel cavo pleurico. Molti casi di pneumotorace sono di origine traumatica, ma esiste anche la possibilità di un evento spontaneo primitivo (quando la comunicazione diretta tra albero bronchiale e cavità pleurica è causata dalla rottura di una formazione bollosa più o meno grande, in genere apicale, in comunicazione con un bronchiolo con un meccanismo a valvola) o secondario a varie cause patologiche (polmoniti batteriche, infarti polmonari, neoplasie pleuriche o broncopolmonari, sarcoidosi, berilliosi, silicosi, TBC, fibrosi cistica, ecc.).

Anche di fronte ad una diagnosi dubbia di questo tipo (dolore acuto trafittivo, tosse secca, dispnea improvvisa, emitorace interessato espanso ed ipomobile, iperfonesi alla percussione, FVT e MV aboliti, deviazione dell'asse tracheale rispetto alla linea mediana o spostamento dell'itto della punta) predisponete per il ricovero.

Se il paziente presenta gravissime difficoltà respiratorie, cianosi con rischio di morte imminente, è opportuno tentare una decompressione dell'emitorace: percuotete accuratamente il torace ed identificate un'area iperfonetica verso la base e lontana dal cuore; predisponete quindi un ago da siringa, grosso, munito di un dito di guanto di gomma forato, fissato con un elastico o un cerotto all'estremità (quella dove c'è il raccordo per la siringa) in modo che formi un palloncino.

Disinfettate accuratamente ed infiggete l'ago, così preparato, scivolando dal basso verso l'alto lungo il margine superiore di una costa. Sorvegliate che il dito di guanto lasci sfuggire aria quando il paziente inspira. Tale operazione va compiuta in entrambi gli emitoraci se il pneumotorace è bilaterale.

Emottisi

Porre diagnosi differenziale rispetto all'ematemesi:

	EMOTTISI	EMATEMESI
Sangue	Rosso vivo	Rosso scuro (digerito)
Materiale emesso	Schiumoso per la presenza di bolle di aria	Di odore acido o frammisto a cibo
Eventi precedenti	Tosse	Dolore addominale

In caso di emottisi è necessaria una valutazione in ambito ospedaliero. Nel caso che sotto i colpi di tosse venga emesso escreato ematico, raccomandate al paziente di consultare al più presto il Medico Curante per le opportune indagini; nel frattempo la somministrazione di Acido Tranexamico 1-2 f per os tre volte al dì e sedativi della tosse (Diidrocodeina/Pentetrazolo 20 gtt fino ad un max di 60 gtt/die) può essere presa in considerazione nel singolo caso.

Primo intervento

▶ S. Polonara ▶ R. Antonicelli ▶ V. Menditto
▶ F. Salvi ▶ F. Lucchetti ▶ G. Misiano

Sebbene tra i compiti del Medico di Continuità Assistenziale non rientri la gestione delle emergenze/urgenze ma solo quella delle prestazioni non differibili, può accadere, in presenza di situazioni cliniche evolutive, di dover gestire un paziente critico e quindi assumere la responsabilità del Primo Intervento in attesa che arrivino gli operatori del 118 (ricordiamo che in alcune Regioni è attivo il numero unico emergenze, 112).

Rianimazione cardio-polmonare (R.C.P.)

Un'adeguata conoscenza delle manovre di rianimazione cardio-polmonare può risultare essenziale per la salute di un paziente, poiché in caso di arresto cardio-respiratorio il tempo a disposizione è veramente poco: l'arresto respiratorio provoca ipossiemia, ipercapnia e arresto cardiaco entro 5-10 minuti; l'arresto cardio-circolatorio comporta perdita di coscienza dopo 10-15 secondi e dopo 5 minuti provoca lesioni cerebrali praticamente irreversibili che esitano in necrosi neuronale multifocale. È importante quindi che i primi interventi rianimatori siano effettuati immediatamente, ovunque ci si trovi, anche senza l'ausilio di apparecchiature. Ciò che si richiede al Medico, primo soccorritore, è il *sostegno delle funzioni vitali* (B.L.S. - *Basic Life Support*), sarà poi compito del Medico dell'Emergenza Territoriale o del Medico di Pronto Soccorso il *ripristino delle funzioni vitali* (A.L.S. - *Advanced Life Support*) e del Medico Rianimatore il *mantenimento delle stesse* (P.L.S. - *Prolonged Life Support*). Secondo le linee guida ERC e AHA 2015, aggiornate nel 2017 per quanto riguarda il B.L.S., il primo soccorritore deve operare le seguenti attività:

1. Messa in sicurezza della scena, accertandosi che sé stesso, la vittima e gli astanti siano sicuri.
2. Il soccorritore deve determinare lo stato di coscienza: scuotere gentilmente la vittima, afferrandolo dalle spalle (se sospettate un trauma cervicale o cranico dovete spostare la vittima solo se assolutamente necessario) e chiamarla ad alta voce o gridare "Signore, signore, mi sente?". Il paziente è cosciente, se dà una risposta verbale alle tue domande e/o si muove dietro comando. In tal caso:
 - La vittima non necessita di RCP al momento
 - Chiama aiuto se necessario
 - Lascia l'fortunato nella posizione in cui l'hai trovato, assicurandoti che non sia in pericolo
 - Rivaluta con regolarità le sue condizioni cliniche ogni due minuti.

Il paziente non è cosciente se non risponde da un punto di vista verbale né motorio. Il soccorritore deve chiamare aiuto allertando il sistema di emergenza e chiedendo un DAE.

Se la vittima non risponde, si deve attivare rapidamente il sistema 118, la vittima deve essere posta supina, con le braccia lungo il corpo, su una superficie piatta e rigida (meglio il pavimento che il letto). Il soccorritore deve posizionarsi a lato della vittima. Il sostegno delle funzioni vitali (B.L.S.) ha come obiettivo il mantenimento di una adeguata ossigenazione cerebrale e si effettua in tre (o eventualmente 4) tempi:

- A) Apertura e controllo delle vie aeree
- B) Breath (Respirazione)
- C) Circolazione artificiale
- D) Defibrillazione.

A) Nel paziente in coma o in arresto cardio-respiratorio la prima manovra da effettuare è il controllo delle vie aeree; l'orofaringe infatti può essere ostruito da sangue e/o vomito, oppure dalla base della lingua che, quando la testa è in posizione intermedia o flessa, collassa con la parete posteriore del faringe (Figura 1).

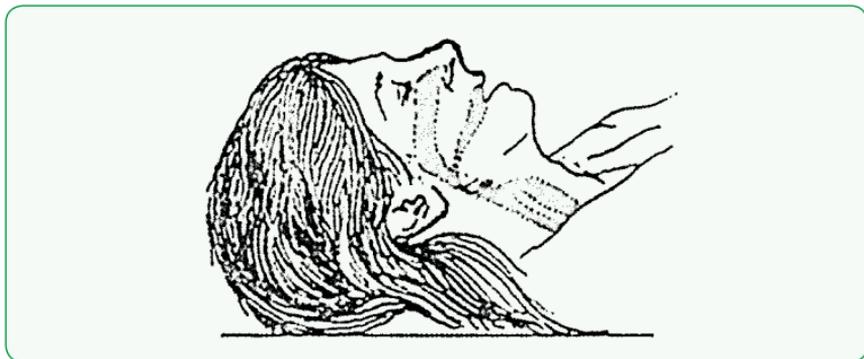


Figura 1 - Ostruzione del faringe ad opera della base della lingua se la testa è flessa.

La manovra di iperestensione del capo e sollevamento del mento (Figura 2) e l'apertura della bocca comportano lo stiramento delle strutture anteriori del collo e il distacco della base della lingua dalla parete posteriore del faringe. Le dita non devono premere in profondità nel tessuto molle sotto il mento perché potrebbero ostruire le vie aeree.

Va raccomandato che se ci si trova di fronte ad un possibile politrauma, non va mai iperesteso il collo, ma l'apertura della bocca dovrà essere eseguita tramite una manovra di sublussazione della mandibola (vedi in Soccorso al Traumatizzato).

B) Valuta la presenza di respiro spontaneo, la presenza di segni di circolo e il polso carotideo ponendo la testa vicino alla bocca del paziente per massimo 10 secondi:

- Guarda che il torace espanda.
- Ascolta i rumori prodotti dal flusso respiratorio.
- Senti l'eventuale flusso sulla guancia.

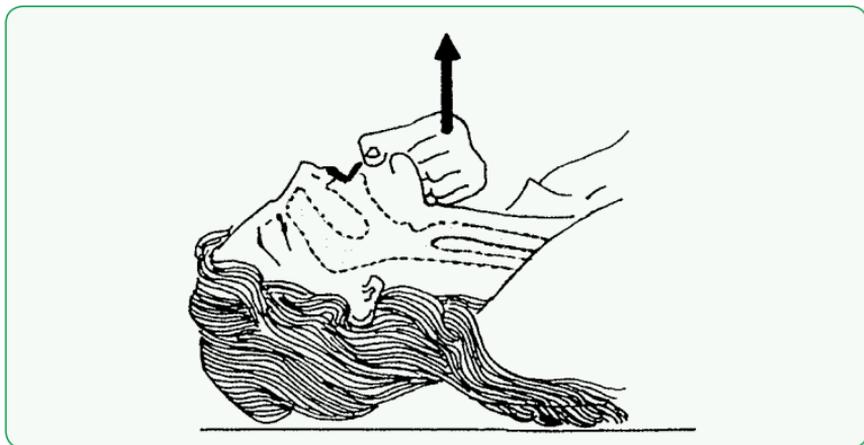


Figura 2 - Manovra di iperestensione del capo, sollevamento del mento e apertura della bocca.



Figura 3 - La valutazione del polso deve essere effettuata non a livello dell'arteria radiale, bensì della carotide.

- Valuta il polso carotideo facendo scorrere le dita indice e medio dalla prominente laringea (cosiddetto pomo di Adamo) alla piega posta tra essa e il muscolo laterale del collo (Figura 3).

In presenza di attività respiratoria conservata in vittima priva di coscienza, è possibile utilizzare la posizione laterale di sicurezza (PLS) (Figura 4), che permette di:

- Mantenere l'iperestensione del capo (e quindi la pervietà delle vie aeree);
- Favorire la fuoriuscita all'esterno del cavo orale di materiale (es. vomito, sangue, ecc), evitandone l'aspirazione nelle vie aeree;
- Mantenere la stabilità del corpo della vittima, evitandone il rotolamento.

La PLS va utilizzata solo nel caso in cui sia necessario allontanarsi dalla vittima, in caso contrario la si mantiene in posizione supina assicurando la pervietà delle vie aeree mediante l'iperestensione del capo.

Attendere l'arrivo dei soccorsi, rivalutando periodicamente le condizioni della vittima ogni due minuti.

Se il paziente non respira ma è presente il polso, mantenere soltanto l'attività respiratoria, praticando una insufflazione ogni 5 secondi sino alla ripresa della respirazione spontanea

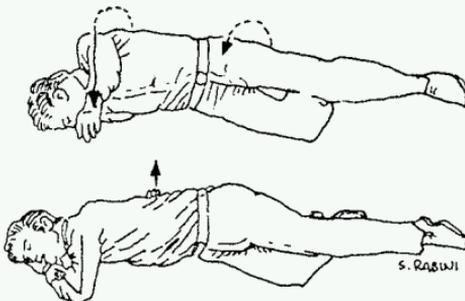


Figura 4 - Posizione laterale di sicurezza.

o all'arrivo dei soccorsi avanzati. Nel dubbio della presenza del polso, o in assenza di polso iniziate immediatamente le compressioni toraciche, cioè la fase C. La presenza di respiro agonico (gaspings) equivale ad assenza di attività respiratoria: consiste in contrazioni dei muscoli respiratori accessori senza che venga prodotta una espansione del torace. Si tratta di un respiro inefficace.

C) Il soccorritore deve perseguire l'obiettivo di comprimere il torace di circa 5 cm di profondità (evitando profondità di compressione eccessive, ovvero superiori a 6 cm, Figura 5) ad una frequenza 100 compressioni al minuto, per permettere la completa retrazione della cassa toracica e ridurre al minimo le interruzioni tra le compressioni.

Bisogna porre la parte prossimale del palmo della mano al centro del torace, facendo attenzione ad appoggiarla sullo sterno; intrecciare le dita delle due mani sovrapposte, per assicurarvi che rimangano sollevate e non comprimano le coste, e tenete le braccia tese e verticali rispetto al paziente per sfruttare il peso del corpo.

La profondità delle compressioni toraciche deve essere di almeno 1/3 del diametro antero-posteriore del torace e quindi di circa 4 cm nel lattante e di circa 5 cm nel bambino utilizzando 2 dita nel lattante ed una o due mani nel bambino a seconda delle sue dimensioni.

Nell'adulto, si deve garantire un rapporto compressioni/ventilazioni pari a 30:2 (30 compressioni seguite da 2 ventilazioni = 1 ciclo) eseguendo 5 cicli in 2 minuti; nel bambino e nel lattante, se sono presenti 2 soccorritori, il rapporto può essere 15:2 eseguendo 10 cicli in 2 minuti. In caso di gravidanza, quando la madre è supina, l'utero può comprimere i vasi iliaci, la vena cava inferiore e l'aorta addominale, dando origine ad una ipotensione parafisiologica e ad una riduzione della gittata cardiaca, con possibile evoluzione verso un arresto cardiaco.

Pertanto, la paziente deve essere posizionata in decubito laterale sinistro sollevando il fianco destro di circa 15-30°, in modo tale da migliorare il ritorno venoso al cuore e aumentare la gittata cardiaca.

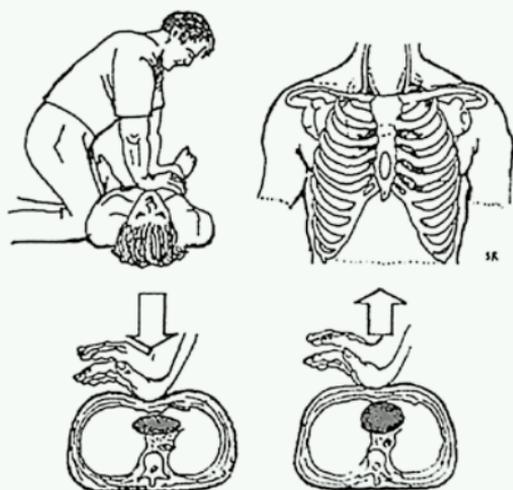


Figura 5 - Posizione corretta degli arti superiori e delle mani sullo sterno durante il massaggio cardiaco esterno.

Per eseguire correttamente le insufflazioni, ponetevi in ginocchio accanto alla sua testa, mettetegli sulla bocca una garza o un fazzoletto; mantenendo pervie le vie aeree mediante sollevamento del mento e apertura della bocca, fate aderire le vostre labbra alle sue, chiudete le narici con le due dita della mano posta sulla fronte della vittima, ed eseguite due insufflazioni profonde di 1,5-2 secondi ciascuna per fornire una buona espansione toracica e ridurre la possibilità di distensione gastrica; il soccorritore dovrebbe fare un respiro dopo ogni ventilazione; se soffiando si incontra resistenza, chiudete la bocca e insufflate aria dal naso.

Controllate che durante l'insufflazione il torace si espanda, poi allontanate la bocca da quella del paziente e lasciate che espiri passivamente (Figura 6).

Se non riuscite a far espandere il torace, ricontrollate che le vie aeree siano libere; se ancora il torace non si espande dovete sospettare una ostruzione da corpo estraneo (vedi paragrafo sul Soffocamento). Nel caso in cui siano presenti due soccorritori, uno avrà il compito della ventilazione, l'altro del massaggio cardiaco. È importante che chi effettua le insufflazioni tenga conto dei cicli effettuati, comunicandolo all'altro soccorritore.



ATTENZIONE: Nei bambini e nei neonati soffiare su bocca e naso contemporaneamente utilizzando piccoli sbuffi di aria per evitare lesioni polmonari.

Decisamente utile è l'impiego di un dispositivo a maschera con valvola. Il dispositivo di respirazione bocca-maschera è costituito da una maschera trasparente con una valvola a una via nel boccaglio. La valvola a una via dirige il respiro del soccorritore nelle vie aeree della vittima, mentre esclude il contatto del primo con l'aria espirata dalla seconda. Alcuni dispositivi hanno un adattatore che permette la somministrazione di ossigeno supplementare.

Le linee guida indicano che il sistema più appropriato rimane il pallone autoespansibile-maschera con l'aggiunta di O₂. Dopo 5 cicli, e successivamente ogni pochi minuti, ricontrollate la presenza di segni di circolo e il polso carotideo; se è assente, continuate; non interrompete mai la R.C.P. per più di 10 secondi. La sequenza viene interrotta dopo aver attaccato la "placca" solo dall'utilizzo di un DAE (Defibrillatore Automatico Esterno) o dalla ripresa di una respirazione efficace, dall'arrivo del soccorso avanzato o dall'esaurimento fisico del soccorritore. Nel caso di ricomparsa di segni di circolo durante il massaggio (M.O.T.O.R.E. : movimenti, tosse, respiro), si ricontrollerà il polso, e, se presente, si ritornerà al punto B ricercando la presenza di attività respiratoria spontanea.

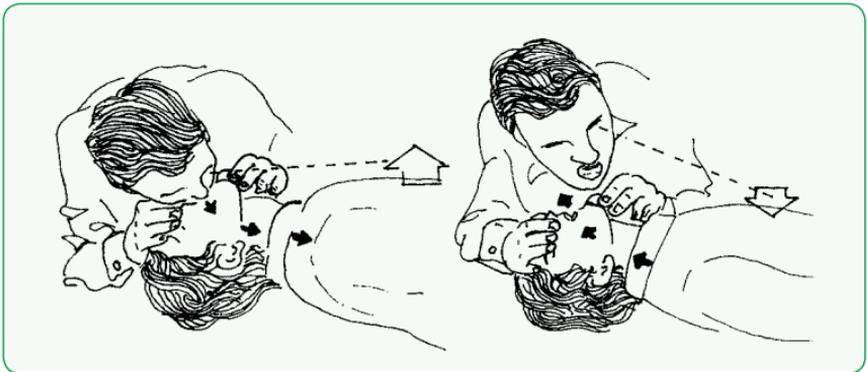


Figura 6 - Respirazione bocca a bocca con apertura delle vie aeree mediante sollevamento del mento: a sinistra insufflazione, a destra espirazione passiva.

D) Se il soccorritore ha a disposizione un apparecchio defibrillatore manuale (DAE) o semiautomatico, il suo utilizzo è prioritario; in altre parole, non appena il DAE è disponibile, la sequenza BLS, in qualsiasi fase essa si trovi, deve essere interrotta per consentire l'uso del DAE. La posizione ideale delle piastre autoadesive sul torace è quella che garantisce il maggior passaggio di corrente attraverso il miocardio. Le piastre sono assolutamente intercambiabili: una deve essere posizionata a destra dello sterno appena al di sotto della clavicola, l'altra sull'emitorace sinistro al di sotto del capezzolo, lungo la linea ascellare media.

Con le linee guida AHA 2015 si hanno 3 posizioni alternative delle piastre (antero-posteriore, anteriore sinistra interscapolare e anteriore destra interscapolare). L'applicazione delle piastre autoadesive per DAE sul torace nudo della vittima in una qualsiasi delle quattro posizioni è accettabile. La defibrillazione deve essere sempre eseguita in regime di assoluta sicurezza per la vittima e per i soccorritori.

È fondamentale che nessuno sia a contatto diretto con il paziente sia durante l'analisi del ritmo cardiaco sia soprattutto durante l'erogazione dello shock: per questo motivo il soccorritore deputato all'utilizzo del DAE prima di premere il tasto "shock" deve gridare a voce alta un messaggio di sicurezza quale "via io via tu via tutti" o "libero io, libero tu, liberi tutti", controllando ancora visivamente che tutti si siano allontanati dalla vittima, compreso il soccorritore deputato alla gestione delle vie aeree. È importante eliminare tutti quei fattori che aumentano l'impedenza toracica: cerotti transdermici; asciugare la vittima se bagnata; rimuovere eventuale peluria.

Il defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) è in grado di analizzare autonomamente il ritmo cardiaco: le piastre autoadesive, infatti, servono non solo ad erogare lo shock, ma anche a registrare il ritmo cardiaco.

Se lo SHOCK è indicato, il DAE si carica automaticamente ed è pronto ad erogare la scarica elettrica non appena l'operatore preme il tasto "shock".

Tutto ciò viene comunicato al soccorritore tramite istruzioni vocali.

La defibrillazione precoce da parte del primo soccorritore è di vitale importanza, dal momento che è proprio il ritardo nell'erogazione del primo shock il principale fattore che influenza la sopravvivenza della vittima di un arresto cardiaco: infatti, la probabilità di convertire un'aritmia maligna (FV o TV senza polso) in un ritmo di perfusione si riduce del 7-10% per ogni minuto trascorso dall'arresto, del 3-4% se si mettono in atto una RCP ed una defibrillazione precoci.

L'utilizzo del DAE prevede la somministrazione di una unica scarica a cui fa seguito una pausa della macchina per 2 minuti, durante i quali occorre praticare 5 cicli di RCP, in attesa della successiva valutazione del ritmo da parte delle piastre, senza rivalutare mai il polso carotideo, solo osservando la eventuale ricomparsa di segni MO.TO.RE.

La somministrazione di farmaci non fa parte del BLS, ma è utile sapere che in caso di arresto cardiaco (soprattutto in presenza di altri soccorritori e nel caso fosse reperibile una vena) l'ALS prevede la somministrazione ev di Adrenalina 1 mg (seguita da wash out di fisiologica 10 ml) ogni 3-5 min (quindi a partire dal 2 ciclo, e successivamente ai cicli pari). Solo nei ritmi defibrillabili (VF/pVT) si può aggiungere Amiodarone (a bolo, 300 mg al 3 ciclo, 150 mg al 5 ciclo).

Una considerazione va fatta sul rischio che corre il soccorritore di contrarre un'infezione durante il BLS, in particolare la respirazione bocca-bocca: negli ultimi 30 anni non è stato descritto nessun caso di trasmissione di HIV, HBV (verso cui comunque tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere vaccinati), HCV o CMV, e soltanto 15 casi accertati in tutto (per lo più batteri quali *Neisseria meningitidis*).

Il rischio è stato calcolato compreso tra 1:2000 e 1:200.000 per tutte le infezioni e 1 su milione per l'HIV (il rischio è estremamente basso anche in caso di paziente HIV+ noto).

D'altra parte si dovrebbe tenere in conto anche la possibilità inversa: la trasmissione di un'eventuale infezione dal soccorritore alla vittima, ma in questo caso le probabilità sono ancora più basse!

Soccorso al traumatizzato

Anche se non rientra nei suoi compiti specifici, anche al Medico di Continuità Assistenziale può capitare di ritrovarsi sulla scena di un incidente stradale o di un infortunio sul lavoro o, più in generale, di dover gestire un politraumatizzato, in attesa dell'arrivo dei soccorsi avanzati. L'approccio al paziente traumatizzato che qui consigliamo segue il metodo proposto dall'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) ampiamente utilizzato nel mondo da diversi anni e diventato quasi una "Bibbia" per gli operatori dell'emergenza, seppure altri approcci sono pure disponibili. Lo schema proposto è quello basato sull'"ABCDE" che definisce l'ordine specifico di valutazione e di eventuale trattamento:

A) Airway: vie aeree con protezione della colonna cervicale

B) Breathing: respirazione

C) Circulation: circolazione e controllo delle emorragie esterne

D) Disability: invalidità o stato neurologico

E) Exposure and Environment: esposizione (svestire) ed ambiente (controllo della temperatura).

Prima ancora di applicare tale algoritmo dovete mettere il paziente, voi stessi, ed eventuali altri operatori che siano con voi, in sicurezza.

Una volta posto il paziente su una tavola spinale lunga (se disponibile) o per terra, passate alla valutazione **A**: aprite la bocca del paziente eseguendo una o entrambe le due manovre chiamate *chin lift* (sollevamento mento) e *jaw thrust* (spinta sulla mandibola), rimuovete eventuali corpi estranei o coaguli di sangue con le dita; se fosse la lingua ad ostruire le vie aeree un presidio aggiuntivo di grande aiuto è rappresentato dalla cannula orofaringea. Essa va collocata aprendo la bocca del paziente e facendola avanzare rovesciata (con la parte convessa rivolta verso il basso) ed una volta raggiunto il faringe girarla rapidamente in modo che la parte concava "agganci" la lingua tenendola in basso e ristabilendo la pervietà delle vie aeree superiori.

A questo punto, se potete farvi aiutare da qualcuno, chiedetegli di tenere ferma la testa, mentre voi applicate un collare cervicale (se disponibile) o comunque cercate di immobilizzare con asciugamani arrotolati il collo del soggetto, nel sospetto di lesione del rachide. Infine un'occhiata al collo per escludere la presenza di turgore delle giugulari, deviazione da un lato della trachea (vedi sotto) e di ematomi (ematoma della carotide in espansione). Passate quindi rapidamente alla valutazione **B**:

- vedo: un paziente agitato o con cianosi può essere ipossiemico, così come se obnubilato può essere ipercapnico;
- scopro il torace e vedo i movimenti toracici: un movimento paradossale di un emitorace (rientramento in inspirazione) deve fare pensare ad un lembo costale, mentre una breccia sulla parete toracica che soffia aria ad un pneumotorace (PNX) aperto;
- palpo i 2 emitoraci: scroscii e viva dolorabilità indirizzano verso una o più fratture costali; la presenza di enfisema sottocutaneo (crepito come di neve fresca che si scioglie) si associa a PNX;
- percuoto i 2 emitoraci: iperfonesi? (PNX) o ottusità? (emotorace);
- ausculto i 2 emitoraci: il murmure vescicolare è ridotto o assente in caso di PNX, emotorace o contusione polmonare;
- se disponibile controllare anche la saturimetria (nel traumatizzato deve essere almeno 95%, altrimenti all'arrivo dell'ambulanza, nell'eventualità che non sia presente il medico a bordo, indicare ai volontari di mettere una maschera con reservoir a 10-12 l/min (se pz con BPCO potrà mantenerla massimo un'ora).

In questa fase pre-ospedaliera l'unica diagnosi che non dovrebbe essere fallita perché potenzialmente curabile con una manovra semplice ed immediata è quella di pneumotorace iperteso. Il quadro clinico è tipico: paziente agitato, dispnoico, con turgore delle giugulari e deviazione della trachea, iperfonesi alla percussione toracica e murmure vescicolare assente all'auscultazione dell'emitorace interessato.

Si deve eseguire una toracentesi con ago d'emergenza: isolare il II spazio intercostale sulla emiclaveare nel lato del PNX iperteso ed inserire un'agocannula da 14G scorrendo sopra il margine superiore della costa sottostante; una volta punta la pleura parietale rimuovere il Luer-Lok dall'estremità distale dell'agocannula; si ascolta un improvviso flusso di aria, che indica l'avvenuta distensione del PNX iperteso.

Valutare quindi la **C**:

- Presenza del polso radiale (indicativamente, se lo percepisco la PAS sarà >0-90 mmHg)
- Misurazione PAO
- Verificare se sono presenti segni di difesa alla palpazione in tutti e quattro i quadranti addominali
- Verificare la stabilità del bacino premendo una volta sulla cresta iliaca
- Valutare anche il tempo di riempimento capillare al letto ungueale (valore normale è inferiore a 2 secondi)
- Osserva se presenti importanti emorragie esterne (subito da tamponare).

Se in possesso del materiale necessario, incannulate una o meglio due vene (idealmente una grossa vena dell'arto superiore con cannula 14G). I primi segni di shock sono comunque ancora una volta clinici: agitazione psico-motoria, cute fredda, pallida e sudata, poi la tachicardia, una pressione differenziale (pressione arteriosa sistolica-pressione arteriosa diastolica) ridotta, una pressione sistolica <90 mmHg (indicativamente, se percepisco il polso radiale la PAS sarà >80-90 mmHg) ed una tachipnea "chiuderanno il cerchio" della vostra diagnosi di imminente shock emorragico. Il presidio è l'idratazione tramite soluzione fisiologica (infondere liquidi molto rapidamente, sfruttando possibilmente entrambi gli accessi venosi, l'obiettivo è il raggiungimento di una PAS di 80-90, o di 110 in caso di trauma cranico) e 2 fl di ac. tranexemico 500 mg. Si raccomanda che qualora ci si trovi di fronte ad un paziente in cui vi sia la possibilità di un'emorragia interna. A titolo esemplificativo si riporta una stima della perdita ematica associata a lesioni in differenti distretti corporei:

- frattura di arto superiore 250-750 ml;
- frattura di femore 750-2000 ml;
- frattura di bacino 1000-3000 ml;
- rottura di milza o emitorace 1500-2000 ml.

Tramite la descrizione delle pupille e del GCS (*Glasgow Coma Scale*) (vedi capitolo "Neurologia").

Per quanto riguarda le pupille, se ne deve osservare l'isocoria (le pupille hanno lo stesso diametro), l'isoclicia (le pupille hanno la stessa forma ovale) ed il riflesso pupillare alla luce. Circa il GCS va precisato che ormai unanimemente di fronte ad un GCS <8 si parla di coma e sarebbe consigliata l'intubazione. Infine, giunti alla valutazione **E**, il paziente andrebbe spogliato completamente, e controllato dalla testa ai piedi tramite osservazione e palpazione. Ogni emorragia esterna va immediatamente trattata. Se il ferito presenta corpi estranei penetrati in profondità, non si deve assolutamente rimuovere l'oggetto, ma va applicato un tampone di garza o cotone idrofilo sterile, onde evitare un aggravamento del sanguinamento. In caso di avulsione od amputazione, bisogna recuperare la parte avulsa o amputata, avvolgerla in una garza sterile e mantenerla alla temperatura più bassa possibile.

Negli altri casi, sollevate il lembo sanguinante e comprimetelo sulla ferita dopo averla coperta con una garza, successivamente applicate un bendaggio compressivo (Figura 7).

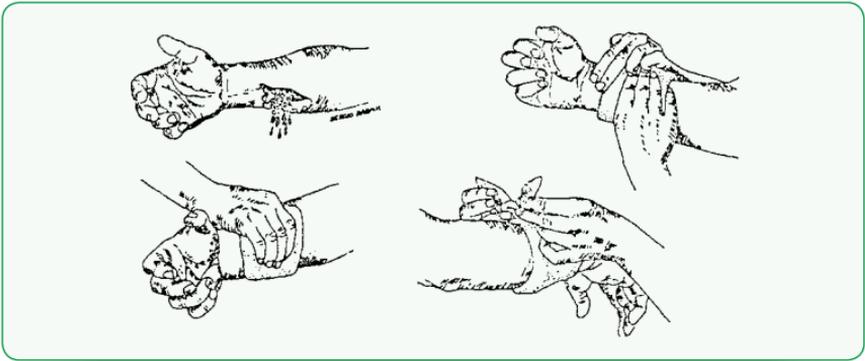


Figura 7

Ricordarsi, una volta terminata la visita, di riscaldare il paziente con coperte, perché il paziente traumatizzato è molto suscettibile all'ipotermia. Se disponibile, avvolgetelo in un telo riflettente. Se possibile, a questo punto raccogliere l'anamnesi mediante lo schema AMPLE (Allergie, Medication: farmaci assunti, Patologie concomitanti, Lunch: se ha mangiato, Events: dinamica dell'accaduto).

L'approccio ATLS può sembrare a prima vista complesso e laborioso, ma in realtà le varie tappe del processo diagnostico-terapeutico possono essere eseguite quasi in simultanea e molto rapidamente; inoltre esso rappresenta uno strumento molto efficace da impiegare nella trasmissione delle informazioni tra un operatore sanitario e un altro.

Avvelenamenti

Una rapida diagnosi è la base del trattamento efficace del paziente intossicato, il quale spesso però non può fornirvi indicazioni utili. L'avvelenamento, inoltre, dovrebbe sempre essere considerato nella diagnosi differenziale, di fronte a segni e sintomi inspiegabili, soprattutto nel bambino. Essenziale è l'identificazione del veleno ed una valutazione della quantità ingerita: importante quindi effettuare una approfondita anamnesi e ricercare alcool, farmaci e contenitori che dovrebbero essere raccolti e conservati per una corretta identificazione della sostanza ingerita.

Predisponete il ricovero urgente e nel frattempo valutate la necessità di iniziare a domicilio il trattamento, tenendo presente che molte sostanze non richiedono alcuna terapia (è sempre opportuno consultare telefonicamente un Centro Antiveneni).

Inoltre il latte non è un antidoto universale, anzi incrementa l'assorbimento dei veleni solubili nei grassi. È importante ricordare che l'intossicazione o l'avvelenamento possono dipendere dal contatto con tossici aventi spesso diverse caratteristiche fisico-chimiche:

- Tossici volatili (gas, vapori, CO...)
- Liquidi che hanno investito l'intossicato
- Farmaci o sostanze ingerite o somministrate e.v. o i.m.; ampia categoria comprendente:
 - Farmaci
 - Sostanze d'uso domestico
 - Droghe
 - Vegetali (foglie, semi, ecc.)

Diagnosi di intossicazione

1. Anamnesi: spesso incompleta o inattendibile (il paziente o i familiari possono avere interesse a celare la verità tutta o in parte). È comunque importante:

- Interrogare il paziente se è in grado di rispondere
 - Interrogare i familiari sui farmaci o altri tossici disponibili in casa.
2. Esame fisico del paziente riconoscimento di eventuali sindromi tipiche.
 3. Ricerare ovunque (anche nella spazzatura) eventuali scatole o contenitori vuoti e fornirli al medico del Pronto Soccorso che accetterà il paziente.



PARTICOLARE ATTENZIONE andrà prestata se soggetti che vivono in una stessa abitazione, in particolare se con riscaldamento, presentano gli stessi sintomi influenzali aspecifici: deve essere sempre sospettata un'esposizione al monossido di carbonio.

4. Valutare l'ambiente dove viene trovato l'intossicato (odori particolari, presenza di caldaie, stufe, ecc.)

Trattamento

Il primo approccio deve essere quello standard per ogni paziente acuto: valutare il respiro, il circolo e lo stato di coscienza e procedere se necessario secondo il protocollo BLS.

Innanzitutto: Allontanare il paziente dall'ambiente in cui si trova ogni volta che si sospetti un avvelenamento da tossici volatili dispersi nell'ambiente, arieggiando subito la stanza con cautela per non mettere a rischio anche i soccorritori. Fornire O₂ se disponibile.

La Decontaminazione: può essere di fondamentale importanza effettuare immediatamente la decontaminazione della cute e degli occhi onde evitare che il tossico possa essere a lungo assorbito per tali vie (es. organofosforici) o per evitare un ulteriore danno locale (es. sostanze caustiche).

Nell'effettuare la Decontaminazione della cute:

- Attenzione innanzitutto a non contaminarsi!
- Rimuovere gli indumenti contaminati
- Lavare abbondantemente con acqua (con particolare attenzione le pieghe cutanee), usando shampoo e sapone per le sostanze oleose
- Se vi sono lesioni (vescicole, bolle o aree con aspetto necrotico, ecc.) non usare farmaci o unguenti; proteggere solo con garza sterile o un telo pulito. Per quanto riguarda la decontaminazione degli occhi: agire rapidamente ricordandosi di:
- Rimuovere lenti a contatto
- Irrigare abbondantemente con soluzione fisiologica o semplicemente con acqua del rubinetto tiepida. Utilizzare collirio anestetico (Oxibuprocaina Cloridrato coll.) prima del lavaggio. Si può usare un deflussore da flebo per dirigere il flusso dell'acqua verso l'angolo interno dell'occhio. Irrigare a lungo ed abbondantemente ogni occhio, poi bendare ed inviare il paziente dall'oculista.

L'uso di antidoti è da limitarsi all'ambito ospedaliero. Gli antidoti che il medico può sicuramente utilizzare a domicilio, se disponibili, sono il Naloxone (0,4 mg fl: 1-2 fiale i.m. - e.v. ripetibili dopo 3 min. se necessario fino a massimo 10 mg) e il Flumazenil (0,1-0,2 mg/kg ev a bolo, emivita 1h, controindicato se il paziente ha assunto anche antidepressivi triciclici).



ATTENZIONE: L'emivita del Naloxone è di circa 45 minuti ed è più breve di quella degli oppiacei, da cui il rischio di ripresa dei sintomi di sedazione.

Sindromi tipiche (segni clinici utili nell'orientamento diagnostico in caso di anamnesi muta o generica)

SINDROME	ENSORIO	PUPILLE	PA	FC	ROT [†]	SUDORAZIONE	PERISTALSI
S. alfa adrenergica (fenilpropanolamina - fenilefrina)	Allucinazioni	+	+	-	+	+	-
S. beta adrenergica (teofillina - caffeina)	Allucinazioni	+ -	+ -	+	+ -	+ -	+ -
S. mista alfa-beta adrenergica (cocaina - amfetamina - ecstasy)	Allucinazioni	+	+	+	+	+	-
S. simpaticolitica (oppiacei - barbiturici - benzodiazepine - clonidina - metildopa - etanolo)	Coma*	--	-	-	-	-	-
S. colinergica (insetticidi organofosforici e carbammati - fisostigmina - alcuni funghi)	Confusione	--	+ -	+ -	+	+	+
S. anticolinergica (atropina - scopolamina - antistaminici - antidepressivi - antipsicotici - antiparkinsoniani - amantadina - miorilassanti)	Delirio**	+	+	+	+	--	--

PA: pressione arteriosa; FC: frequenza cardiaca; +: aumento; ++: notevole aumento; -: diminuzione; --: notevole diminuzione; + -: effetto misto, nessun effetto o effetto imprevedibile; *Nei casi gravi, anche associato a depressione respiratoria e ipotermia; ** nei casi gravi, anche associato ad aritmie ed ipertermia; † riflessi osteotendinei

**CENTRI ANTIVELENI (REPERIBILI ANCHE SU
WWW.SALUTE.GOV.IT/SERVIZIO/DOCUMENTI/CENTRI_ANTIVELENI.PDF)**

Centro Antiveleni

Azienda Ospedaliera "S. G. Battista" Molinette di Torino - Corso A. M. Dogliotti, 14 - Torino
Tel. 011/6637637 - Fax. 011/6672149

Centro Antiveleni

Ospedale Niguarda CA' Granda - P. zza Ospedale Maggiore, 3 - Milano
Tel. 02/66101029 - Fax. 02/64442769

Gen. Naz. Inform. Tossic.

Fond. S. Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione - Via A. Ferrata, 8 - Pavia
Tel. 0382/24444 - Fax. 0382/24605

Serv. Antiveleni

Cen. Interdipartimentale di Ricerca sulle Intossicazioni Acute - Dip. di Farmac. "E. Meneghetti" - Università degli Studi di Padova - Largo E. Meneghetti, 2 - Padova
Tel. 049/8275078 - Fax. 049/8270593

Centro Antiveleni

Serv. Pr. Socc., Accett. e Oss. - Istituto Scientifico "G. Gaslini" - Largo G. Gaslini, 5 - Genova
Tel. 010/5636245 - Fax. 010/3760873

Centro Antiveleni

U. O. Tossicologia Medica - Azienda Ospedaliera Careggi - Viale G. B. Morgagni, 65 - Firenze
Tel. 055/4277238 - Fax. 055/4277925

Centro Antiveleni

Policlinico "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore - Largo F. Vito, 1 - Roma
Tel. 06/3054343 - Fax. 06/3051343

Centro Antiveleni

Istituto di Anestesiologia e Rianimazione - Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Viale del Policlinico, 155 - Roma
Tel. 06/49970698 - Fax. 06/4461967

Centro Antiveleni

Azienda Ospedaliera A. Cardarelli - Via Cardarelli, 9 - Napoli
Tel. 081/7472870 - Fax. 081/7472880

Può essere utile conoscere alcuni antidoti specifici ai tossici più diffusi:

Tossico

- Antidepressivi triciclici
- Atropina
- Benzodiazepine
- Calcio-antagonisti
- Cianuro
- Dicumarolici
- Digitale
- Ferro
- Insetticidi organofosforici
- Metanolo, glicoli
- Monossido di carbonio
- Opiacei
- Paracetamolo

Antidoto specifico

- Bicarbonato di sodio
- Piridostigmina
- Flumazenil[†]
- Calcio
- Nitriti, ossigeno
- Vitamina K1
- Fab anti-digitale
- Deferoxamina
- Atropina
- Alcool etilico
- Ossigeno
- Naloxone
- N-acetil-L-cisteina

[†] Non utilizzare se esiste anche solo il sospetto di intossicazioni miste con farmaci ad attività anticolinergica o potenzialmente convulsivante (per es. antidepressivi o neurolettici)

Soffocamento

Di fronte ad una persona che sta soffocando per la presenza di un corpo estraneo nelle prime vie aeree, ricordatevi che la tosse provoca un aumento di pressione all'interno delle vie aeree che è superiore a quello causato da qualsiasi manovra, quindi, se il paziente è cosciente, con ostruzione parziale, stimolatelo a tossire.

Nel caso che la tosse si riveli inefficace, o l'ostruzione sia completa, è giustificato tentare con manovre di percussione del dorso tenendo una mano sul torace della vittima e flettendolo in basso e battendo con l'altra mano tra le scapole fino a 5 volte o, soprattutto nei bambini, mettendo le dita all'interno della cavità orale per cercare di afferrare il corpo estraneo.

Nella situazione in cui tutto si riveli inutile, è indispensabile effettuare la *manovra di Heimlich* (Figura 8): porsi dietro il paziente ed applicare una mano stretta a pugno sotto la gabbia toracica a livello epigastrico e premerla con l'altra mano, applicando le spinte veloci e ripetute dirette verso l'alto.

Se il soccorritore non è in grado di cingere l'addome della vittima, per cui può soltanto eseguire compressioni toraciche, sfruttando il medesimo repere del massaggio cardiaco ma con una frequenza minore.

Se tale manovra da sola non è efficace ed il paziente rimane cosciente rivaluta la cavità orale nel tentativo di visualizzare e rimuovere il corpo estraneo e quindi alterna 5 compressioni epigastriche con 5 percussioni al dorso. Nel caso in cui si renda necessario effettuare la manovra di Heimlich in una donna in gravidanza, quest'ultima va effettuata a livello del terzo inferiore dello sterno anziché a livello dell'addome.

Nel momento in cui la vittima perde conoscenza avviare il BLS e allertare immediatamente il 118.



ATTENZIONE: Effettuate con cautela la *manovra di Heimlich* nei neonati, nei bambini sino ad 1 anno e nelle donne in gravidanza per la possibilità di lesioni agli organi addominali (effettuare spinte toraciche sullo stesso punto utilizzato per il massaggio cardiaco).



Figura 8

Annegamento

Nelle postazioni particolarmente vicine al mare potrà presentarsi l'eventualità di soccorrere un soggetto con principi di annegamento. In questa evenienza si può avere interruzione degli scambi respiratori con conseguente asfissia e spesso morte del paziente.

- Valutate stato di coscienza, respiro e polso, e agire immediatamente di conseguenza come da protocollo BLS (unica differenza: in caso di assenza di polso iniziare dalle 2 insufflazioni e successivamente partire con le 30 compressioni).
- Trattate l'eventuale ipotermia (togliere gli abiti bagnati; asciugare con asciugamani e riscaldare con coperte).
- Non perdetevi tempo prezioso (specie in caso di arresto cardio-respiratorio) in tentativi di drenaggio di acqua dai polmoni, tentativo molto scenografico, ma potenzialmente pericoloso (ritardo nell'attuare la rianimazione cardio-respiratoria).
- Organizzate comunque il trasferimento in ospedale.

Trattamento delle ferite

La conoscenza di alcuni principi e di alcune tecniche di base è sufficiente a garantire un corretto trattamento della maggior parte delle ferite. Le ferite che possono essere chiuse per prima intenzione sono quelle trattate entro 6-8 ore (per le ferite del viso entro 24 ore) che non siano contaminate in maniera grossolana o provocate da morso di animale, in tutti gli altri casi la riparazione della ferita avviene per seconda intenzione previa un'accurata pulizia e disinfezione della stessa. Cronologicamente nel trattamento di una ferita possiamo distinguere i seguenti tempi:

- Detersione* grossolana della cute intorno alla ferita da effettuarsi, preferibilmente con soluzione fisiologica
- Rasatura*, quando possibile, per un tratto di 3-5 cm intorno alla ferita sia per motivi di asepsi sia per facilitare eventuali bendaggi adesivi
- Disinfezione* della cute intorno alla ferita. Il disinfettante deve essere applicato in maniera centrifuga, cioè partendo dai margini della ferita e andando verso l'esterno; la tecnica può essere a cerchi concentrici o radiale (Figura 9).

Nel caso la ferita sia inquinata (terra, sassolini, ecc.) lavare abbondantemente con soluzione fisiologica cercando di rimuovere le sostanze estranee.

Come disinfettanti per la cute si possono usare:

- 1) Acqua ossigenata e/o
 - 2) Betadine
- D) *Anestesia locale*: quando possibile deve essere effettuata.



ATTENZIONE: Escludere sempre, con una accurata anamnesi, precedenti reazioni indesiderate agli anestetici locali (per esempio dal dentista); inoltre, prima di procedere, valutate sempre sensibilità e motilità della parte lesa.

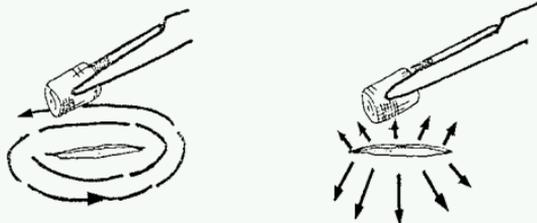


Figura 9

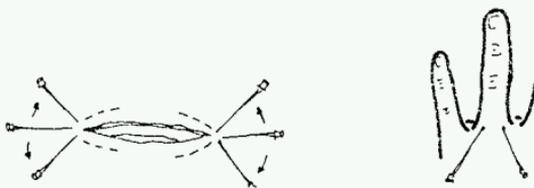


Figura 10

L'anestesia locale viene praticata impiegando un ago 25-27 G su una siringa da 10 ml a piccole dosi e con due modalità (Figura 10):

- Anestesia per infiltrazione con iniezioni circoscriventi la ferita. (Nel caso di ferite inquinate evitare di infiltrare dal margine interno della ferita per la possibile disseminazione di germi nei tessuti circostanti).
- Anestesia per conduzione: viene effettuata sulle dita delle mani e dei piedi con iniezione dell'anestetico alla base delle dita, sia sulla superficie mediale, sia su quella laterale provocando in tal modo un blocco nervoso.



ATTENZIONE: Durante l'iniezione aspirare più volte con la siringa per controllare che l'anestetico non venga iniettato in un vaso.

Come anestetici locali si possono usare:

- 1) Lidocaina (2% dose max 3-4 mg/kg, inizio dell'effetto in 3-5' e durata fino a 2 ore)
 - 2) Mepivacaina (dose max 5 mg/kg, inizio dell'effetto in 5-10' e durata fino a 3 ore).
- E) *Revisione della ferita* per valutare l'estensione ed eventuali danni ai tessuti profondi. Sono importanti un'accurata escissione dei tessuti devitalizzati ed una revisione dei margini cutanei da effettuarsi con il bisturi e non con le forbici che schiacciano i margini cutanei provocando ischemia. La revisione dovrebbe sempre essere effettuata in anestesia locale e se possibile in ischemia: ciò si effettua nelle dita delle mani e dei piedi applicando un laccio emostatico alla loro base (Figura 11).



ATTENZIONE: Di fronte ad una ferita profonda con interessamento fasciale e/o muscolare e/o tendineo inviare il paziente in ospedale.

- F) *Sutura*: abitualmente della cute (filo non riassorbibile), più raramente anche di sottocute, fascia, muscolo (filo riassorbibile). Qualsiasi tipo di ferita trova nella sutura il più logico e razionale trattamento, l'intervento migliore per ottenere la guarigione più rapida e più favorevole del tessuto lesionato con esiti cicatriziali minori e più veloce recupero funzionale.

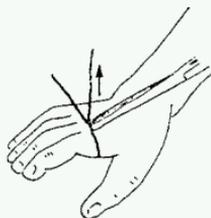


Figura 11

Le suture vanno eseguite con tecnica corretta e rispettando i seguenti principi:

- esatto combaciamento dei margini della ferita;
- affrontamento dei tessuti analoghi;
- assenza di eccessiva trazione sui lembi;
- impiego di aghi e fili di tipo e dimensioni idonei al tessuto da suturare.

È importante evitare la sovrapposizione dei margini cutanei e la formazione di gradini (eventuali gradini possono essere corretti spostando il nodo della sutura verso il margine più basso).

La punta del porta-ago deve afferrare l'ago in corrispondenza del terzo prossimale e l'ago deve penetrare nei tessuti perpendicolarmente alla superficie cutanea.

Per ottenere l'estroffessione dei margini della ferita, l'ago deve penetrare più in profondità di quanto sia la distanza in superficie tra il punto di entrata e quello di uscita. In genere la distanza tra ciascun punto (3-5 mm) deve essere di poco superiore alla distanza tra il luogo di entrata del punto e il margine della ferita (2-3 mm).

La sutura viene effettuata con punti staccati semplici (Figura 12) o con punti di Donati (Figura 13). Il punto di Donati è più traumatizzante, ma garantisce un migliore affrontamento dei margini, una maggiore tenuta delle zone con notevole tensione ed una maggiore azione emostatica. È importante che i nodi di sutura vengano annodati molto accuratamente con la giusta tensione, senza stringere eccessivamente onde evitare edema ed ischemia. I nodi possono essere eseguiti con notevole sicurezza effettuando tre legature per la seta e quattro per il nylon.

I fili non riassorbibili disponibili per la sutura sono seta e nylon con diametro da 1/0 a 6/0. Si consiglia:

- Cuoio capelluto	3-0	seta
- Volto	5-0/6-0	nylon o seta
- Cavo orale	3-0/4-0	seta
- Dorso	3-0	nylon o seta
- Parete toracica	3-0/4-0	nylon o seta
- Arti	4-0/5-0	nylon o seta



Figura 12

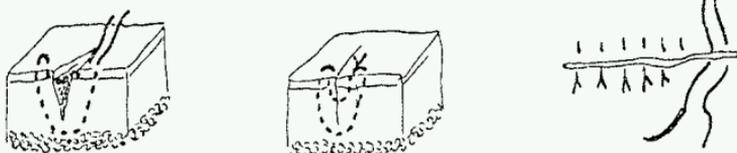


Figura 13

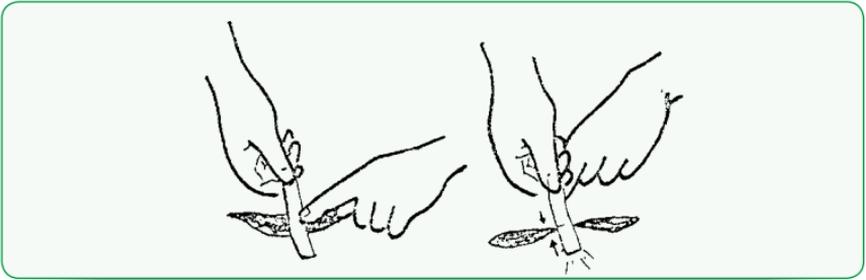


Figura 14

Nelle ferite superficiali a margini netti, in zone con scarsa tensione, previa accurata rasatura e detersione della cute, è possibile ottenere un buon affrontamento dei margini con l'applicazione di sterilstrip o cerottini a farfalla disposti perpendicolarmente alla ferita (Figura 14) lasciando sempre tuttavia qualche piccolo spazio tra i cerottini affinché la ferita possa rilasciare le secrezioni sierose. Soprattutto nei bambini si può ricorrere agli adesivi sintetici. In ogni caso, dopo l'accostamento dei margini della ferita va eseguita una medicazione occlusiva che aiuta il processo di granulazione della ferita stessa. Tale medicazione va sostituita dopo 3-4 giorni al fine di rimuovere con essa parte dei detriti tissutali.

G) *Profilassi antitetanica*: il comportamento che si deve tenere nei confronti della profilassi antitetanica è basato sul tipo di ferita e sullo stato immunologico del paziente.

La tabella 1 mostra alcune delle caratteristiche cliniche delle ferite che sono a rischio per lo sviluppo di tetano. La presenza di uno o più di questi segni clinici deve far considerare la ferita a rischio. Sulla base delle caratteristiche cliniche della ferita, il Medico deve decidere se è a rischio di tetano e, una volta ottenute dal paziente informazioni sicure sul suo stato immunitario, meglio se documentate, procedere alla profilassi antitetanica (Tabella 2).

In pratica: Tossoido tetanico a tutti i pazienti con ferita tranne in caso di ferita pulita ed ultima dose <5 anni; TIG solo a pazienti con ferita a rischio di tetano e vaccinazione non completata o ultima dose non nota, ed in ogni caso se la ferita è ad alto rischio (per esempio contaminazione con concime). La dose di immunoglobulina umana antitetanica attualmente consigliata è di 250 U i.m. Poiché si tratta di un emoderivato, è necessario, a norma delle disposizioni del Ministero della Salute, acquisire prima dell'iniezione il consenso informato da parte del paziente. Quando si somministrano contemporaneamente tossoido tetanico e immunoglobulina antitetanica si devono usare siringhe differenti e punti di inoculazione differenti. Se il paziente non è immunizzato fate seguire alla prima dose di vaccino altre due dosi da praticare l'una dopo 6-8 settimane, l'altra dopo 6-12 mesi; poi è sufficiente effettuare un richiamo ogni dieci anni.



ATTENZIONE: È importante tenere presente che la seconda e terza dose risultano efficaci anche se effettuate rispettivamente entro 1 e 5 anni dalla dose precedente.

Il tipo di immuno-profilassi effettuata deve essere registrato su apposito tesserino da consegnare al paziente.

H) *Profilassi antibiotica*: La terapia antibiotica non è indicata per tutte le ferite e dovrebbe essere riservata alle ferite che appaiono clinicamente infette. Non ci sono prove pubblicate a sostegno della terapia antibiotica come "profilassi" in ferite croniche non infette o per migliorare il potenziale di guarigione delle ferite senza evidenza clinica di infezione. I segni clinici di infezione che giustificano la terapia antibiotica includono sintomi locali (cellulite, striature linfangitiche, essudato purulento, cattivo odore, cancrena umida,

Tabella 1. Classificazione delle ferite

CARATTERISTICHE CLINICHE	FERITA A RISCHIO DI TETANO	FERITA NON A RISCHIO DI TETANO
Tempo trascorso	>6 ore	≤6 ore
Aspetto	Ferita stellata, avulsione, abrasione	Ferita lineare
Profondità	>1 cm	≤1 cm
Modalità della ferita	Proiettile, schiacciamento, ustione, congelamento	Superfici taglienti (es. vetro, coltello)
Segni di infezione	Presenti	Assenti
Tessuti devitalizzati	Presenti	Assenti
Sostanze contaminanti (es. sporcizia, terra, feci, saliva)	Presenti	Assenti
Tessuti denervati e/o ischemici	Presenti	Assenti

Tabella 2. Profilassi antitetanica

STATO VACCINALE	FERITE A RISCHIO DI TETANO		FERITE NON A RISCHIO DI TETANO	
	T.T.	TIG	T.T.	TIG
Non noto o <3 dosi	Sì	Sì	Sì	No
≥3 dosi	No*	No	No**	No

T.T.: Tossoide tetanico 0,5 ml i.m.

TIG: Immunoglobulina umana antitetanica 250 U i.m.

* Sì se sono trascorsi più di 5 anni dall'ultima dose

** Sì se sono trascorsi più di 10 anni dall'ultima dose

osteomielite, ecc.) e sintomi sistemici (febbre, brividi, nausea, ipotensione, iperglicemia, leucocitosi, confusione).

Ci sono deboli evidenze per la profilassi antibiotica in caso di morso di cane o di gatto, nel caso in cui le ferite abbiano una delle seguenti caratteristiche:

- hanno richiesto la riparazione chirurgica
- sulla mano, in viso o area genitale
- in prossimità di un osso o articolazione (comprese le articolazioni protesiche)
- in aree di compromissione venosa e/o linfatica sottostante (inclusi innesti vascolari)
- in ospiti immunocompromessi (incluso il diabetico)
- se non sono stati medicate ≥12 ore (≥24 ore sul viso)
- ferite profonde o con lacerazione (soprattutto a causa di morsi di gatto)

L'amoxicillina-clavulanato (875/125 mg x 2/die, nei bambini 45 mg/kg/die in due somministrazioni, massimo 875/125 mg per dose) è il farmaco di prima linea per la profilassi.

In alternativa si può usare l'associazione Cefuroxima (500 mg x 2/die, nel bambino 20-30 mg/kg in 2 somministrazioni) o Trimetropin/Sulfametoxazolo (800/160 mg x 2/die, nel bambino 6 mg/kg, componente trimetropin in 2 somministrazioni) CON metronidazolo (off label) (500 mg x 3/die, nel bambino 30 mg/kg in 3 somministrazioni).

La durata della profilassi è di 3-5 giorni, sotto stretto follow up.

- l) *Rimozione di punti di sutura*: viene effettuata dopo 4-5 giorni per le suture del volto (minore possibilità di formazione di cicatrici); dopo 7-10 giorni sul cuoio capelluto, sul dorso e sulla parete toracica; dopo 10-14 giorni sulle superfici articolari degli arti. La tecnica di rimozione del punto è la seguente: si afferra con una pinza anatomica un'estremità del filo in prossimità del nodo, si tira leggermente verso l'alto allontanando il filo dalla

Tabella 3. Profilassi antirabbica

ANIMALE	CONDIZIONI DELL'ANIMALE AL MOMENTO DELL'ATTACCO E NEI GIORNI SUCCESSIVI	RACCOMANDAZIONI PER LA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE
Cani e gatti	Sani e a disposizione per 10 giorni di osservazione	Profilassi soltanto se l'animale sviluppa sintomi della rabbia
Volpi e la maggior parte degli altri carnivori; tassi, martore, pipistrelli	Da considerare come rabbico, a meno che non appartenga ad aree geografiche senza casi di rabbia silvestre o dopo che l'animale sia risultato negativo agli esami di laboratorio	Vaccinazione immediata
Bestiame, roditori (lepri, conigli, scoiattoli, ratti, topi)		Consultare il Medico di Sanità pubblica. I morsi dei roditori non richiedono quasi mai il trattamento antirabbico

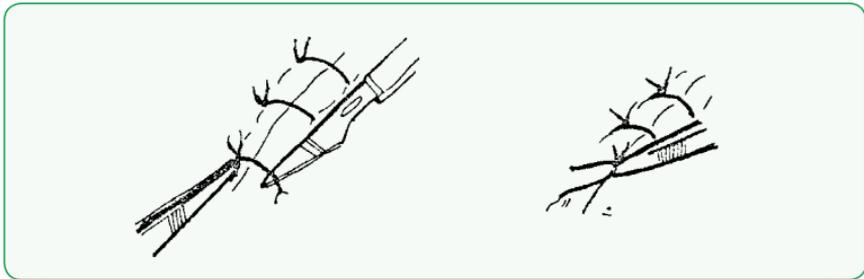


Figura 15

superficie cutanea, si infila sotto il filo una punta di forbice o il bisturi, si taglia e si tira il filo in maniera che la parte situata all'esterno non scorra nel tessuto e non vi trasporti germi (Figura 15).

Morso di zecca

In caso di morso di zecca rimuovere il parassita (*Ixodes scapularis*) immediatamente utilizzando una pinzetta che deve essere avvicinata il più possibile alla cute e maneggiata con delicatezza in modo tale da riuscire a portare via anche la testa del parassita. Essa infatti è tenacemente adesa al paziente attraverso il rostro con lo scopo di suggere il sangue del paziente. La rimozione della zecca ha anche la finalità di evitare la trasmissione attraverso la saliva del parassita di *Borrelia burgdorferi* (in realtà in Europa è più frequente *B. afelii*), che veicola la malattia di Lyme (eritema migrante, mono- o oligo-artrite, manifestazioni neurologiche, tra cui la paralisi di Bell e manifestazioni cardiache, quali blocchi atrio-ventricolari).

Soggetti che hanno subito la rimozione di una zecca dovrebbero eseguire un follow-up di 30 giorni per la valutazione dell'insorgenza di segni e sintomi come lesioni cutanee (malattia di Lyme) o temperatura > 38°C. Nonostante sia routinario l'uso di una profilassi antibiotica o in alcuni casi l'esecuzione di test sierologici dopo rimozione di zecca, attualmente non è raccomandata alcuna terapia antibiotica poiché il rischio di contrarre malattia è <5%.

Alcuni esperti raccomandano la terapia antibiotica per pazienti morsi da *Ixodes scapularis* (*Ixodes dammini*) se l'insetto è rimasto in sede per più di 48 h. In ogni caso la determinazione della specie non è fattibile in un contesto routinario e gli attuali dati risultano insufficienti a dimostrare l'efficacia della terapia antimicrobica in questo setting.

Rimozione di ami da pesca

Potrà capitarvi la comica situazione di un pescatore che si è “pescato” infilandosi l'amo nella cute. Data la particolare conformazione dell'amo, per rimuoverlo è necessario agire con particolare cautela (Figura 16):

- 1) infiltrare l'anestetico locale in corrispondenza della punta dell'amo;
- 2) afferrare con un porta-aghi il corpo dell'amo ed esercitare un movimento di rotazione finché la punta non fuoriesca dalla cute;
- 3) tagliare la punta con la tronchese;
- 4) estrarre in senso retrogrado l'ago privo di punta.

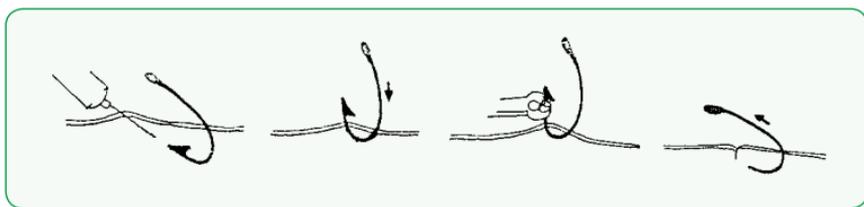


Figura 16

Attacco infiammatorio acuto dell'iperuricemia cronica con deposito di cristalli di urato monosodico (gota)

L'iperuricemia cronica con deposito di cristalli di urato monosodico è una malattia dismetabolica cronica che può provocare complicanze renali (nefrolitiasi e/o nefropatia cronica) e/o articolari (artrite distruttiva e perdita della funzionalità articolare) e che si associa ad un aumentato rischio di insorgenza di malattia cardiovascolare. La clinica dell'attacco infiammatorio acuto è in genere molto nota ed il più delle volte è il paziente stesso, sofferente da tempo, ad orientarvi subito.

In ogni caso la situazione classica vede il soggetto (di solito un uomo di mezza età) andato a letto in buona salute, spesso dopo abusi di tipo alimentare, svegliarsi nel cuore della notte con dolori violenti all'alluce, più di rado al ginocchio, alla caviglia, al calcagno, al collo del piede.

Segue una sensazione di freddo e brividi con un pò di febbre; il dolore nel frattempo aumenta localizzandosi in genere alle ossa ed ai legamenti del tarso e del metatarso.

La sensibilità della parte colpita diviene così vivace ed esasperata che il paziente non può sopportare neanche il peso delle lenzuola. I livelli ematici di acido urico durante un attacco di gotta possono essere normali, quindi non escludono la diagnosi. In tal caso sono da ricontrollare alla risoluzione del quadro.

Somministrare uno tra:

- 1) Indometacina (cps 50 mg 1×3 /die da continuare per altri 2-3 giorni dopo la risoluzione del quadro clinico) oppure Naprossene 500 mg $x 2$ / die (DynaMed Plus: forte raccomandazione); non usare acido acetilsalicilico.
- 2) Colchicina 1 mg (dose da carico di 1 mg, seguita 1 ora dopo da una dose da 0,5 mg (1/2 cpr assunta entro 12-36 h (DynaMed Plus: forte raccomandazione).
- 3) Prednisolone 30-35 mg $x 1$ /die per 5 giorni (DynaMed Plus: forte raccomandazione).

In caso di attacco particolarmente severo alcuni autori suggeriscono l'associazione della colchicina al FANS o cortisone.

È quindi importante, qualora l'attacco infiammatorio acuto articolare si verifichi durante il trattamento con un farmaco ipouricemizzante, non sospendere quest'ultimo, ma trattare simultaneamente la riacutizzazione infiammatoria secondo le esigenze del singolo paziente.

Non iniziare la terapia ipouricemizzante (ULT) al primo attacco di gotta o in pazienti con attacchi non frequenti (meno di 2 attacchi l'anno) (DynaMed Plus: forte raccomandazione). Non ci sono indicazioni particolari su quando iniziare la ULT, ma tradizionalmente si incomincia dopo 2 settimane dalla fine dell'attacco. La terapia si avvale di allopurinolo 100 mg/die, titolato di 100 mg/die ogni settimana fino a raggiungere il livello di acido urico target (< 6 mg/dl o < 5 nei casi più gravi) (DynaMed Plus: forte raccomandazione). In caso di inizio di ULT è raccomandato il trattamento con colchicina 0,5 $x 1-2$ /die per almeno 6 mesi (DynaMed Plus: forte raccomandazione).

TAO/DOAc - Terapia con anticoagulanti orali: dalla scelta del dosaggio alla gestione delle complicanze

► G. Misiano ► L. Lenza ► R. Antonicelli

Non è raro, per il Medico di Continuità Assistenziale (MCA), trovarsi nella condizione di dover assistere un paziente in trattamento con anticoagulanti orali (AO) e dover decidere se modificarne il dosaggio, sospendere la terapia, o se somministrare un farmaco.

Controllo della TAO in pazienti senza sanguinamento in atto

Per ottimizzare l'efficacia e la sicurezza degli AO occorre che i pazienti siano periodicamente controllati sia dal punto di vista clinico che laboratoristico. Il controllo di laboratorio si ottiene con la misurazione dell'INR. Il range terapeutico ottimale per ogni singolo paziente viene stabilito all'inizio del trattamento e varia in base alla condizione morbosa di base (INR fra 2 e 3 per la maggior parte di esse, fra 2,5 e 3,5 per trombosi dell'atrio sinistro, valvole meccaniche cardiache, e bambini con dispositivi di assistenza al ventricolo). Le decisioni cliniche da adottare nel corso della visita di controllo sono le seguenti:

Decidere la dose settimanale (DS). Se l'INR rientra nel range terapeutico raccomandato per il tipo di patologia è opportuno che il paziente assuma la stessa dose presa fino a quel momento. Gli aggiustamenti posologici devono basarsi sulla DS ricordando che il rapporto tra la dose di AO e INR non è di tipo lineare, per il fatto che anche piccole variazioni della DS (5-10%) possono far variare in maniera significativa l'INR (Tabella 1).

Quando l'INR risulta essere nel range terapeutico, basterà consigliare al paziente di continuare con la stessa dose assunta e invitarlo ad un nuovo controllo dopo 4-6 settimane.

Nelle altre situazioni sarà fondamentale un'anamnesi accurata volta a stabilire la causa per la quale l'INR è fuori range e agire come indicato nella Tabella 1.

La somministrazione di vitamina K non è indicata per valori di INR <4,5.

Tabella 1. Range di INR (per un target terapeutico 2-3) e suggerimenti per la variazione della DS (Linee guida ASH 2014)

RANGE DELL'INR	AZIONE
INR <2	Aumentare la DS del 10-15%. Ripetere INR entro una settimana
INR tra 3,1 e 3,5	Diminuire la DS del 0-10%. Ripetere INR entro due settimane
INR tra 3,6 e 4	Non far assumere l'AO per un giorno. Riprendere diminuendo la DS del 10-15%. Ripetere INR entro una settimana
INR tra 4,1 e 8,9	Non far assumere l'AO per uno-due giorni. Riprendere diminuendo la DS del 10-15%. Ripetere INR dopo 2 giorni
IIINR >9	Non far assumere l'AO per due giorni. Riprendere diminuendo la DS del 15-20%. Ripetere INR il giorno dopo

Nel contesto di un paziente che non sta sanguinando, basse dosi di vitamina K (da 1 a 2,5 mg) possono essere somministrate oralmente per valori di INR compresi tra 4,5 e 10 (le LG del 2012 dell'ACCP offrono tale opzione, mentre le LG del 2018 ASH suggeriscono di non somministrarla). Per valori di INR superiori a 10, è invece indicata la somministrazione orale di Vitamina k (da 2,5 a 5 mg) e il monitoraggio giornaliero dell'INR. Non vi è alcun beneficio nella somministrazione per via endovenosa (a meno che il paziente non possa assumere il farmaco per via orale).

Interazioni farmacologiche: aspetti pratici

L'associazione di altri farmaci agli AO può profondamente influenzare la condotta della TAO.

Dal punto di vista clinico ed epidemiologico, il fenomeno assume un'importanza rilevante in quanto la maggior parte dei pazienti per i quali viene prescritta la TAO, per lo più anziani con comorbidità, richiedono in genere terapie farmacologiche complesse. Gli AO hanno caratteristiche farmacologiche particolarmente sfavorevoli che li rendono facilmente coinvolti in fenomeni di interazione con altri farmaci.

Per tale motivo, prima di prescrivere o somministrare un nuovo farmaco ad un paziente in TAO è bene che il medico sappia perfettamente l'effetto che tale atto medico determina su quel paziente. A tale scopo e onde evitare estesi e poco maneggevoli elenchi di farmaci potenzialmente interferenti con gli AO si propone un elenco più ristretto, nel quale vengono considerate solamente le interazioni clinicamente significative (livello 1 di evidenza causa-effetto) (Tabella 2).

Si ricorda che l'introduzione di un nuovo farmaco può richiedere un rapido aggiustamento della dose in considerazione dell'effetto previsto (potenziamento o inibizione).

Tabella 2.

	ANTIBIOTICI, ANTIMICOTICI	CARDIO- VASCOLARI	ANTIINFIAMMA- TORI, ANALGESICI	NEUROLOGICI	GASTRO- INTESTINALI	MISCELLANEA
Potenzianti l'effetto degli AO	Ciprofloxacina Cotrimossazolo Eritromicina Fluconazolo Isoniazide Miconazolo (per via orale o vaginale) Variconazolo Amoxicillina [†] Levofloxacina [†] Clarithromicina [†] Tetraciclina [†]	Amiodarone Clofibrato Diltiazem Fenofibrato Propafenone Propranololo Sulfpirazone ASA [†] Fluvastatina [†] Simvastatina [†] Gemfibrozil	Fenilbutazone Piroxicam Paracetamolo Celecoxib Interferone Tramadolo ASA [†] Ketorolac**	Alcool Citalopram Disulfiram [†] Fenitoina [†] Cloridrato [†] Fluvoxamina [†] SSRI [†]	Cimetidina Olio di pesce Mango Omeprazolo Spremuta di Ananas	Steroidi anabolizzanti Fluorouracile Tamoxifene Gentamicina
Inibenti l'effetto degli AO	Griseofulvina Ribavirina Rifampicina Ritonavir [†] Dicloxacillina [†]	Colestiramina	Mesalamina Azatioprina [†]	Barbiturici Carbamazepina Clordiazepossido	Cibi contenenti alte dosi di Vit. K (in elevata quantità) Latte di soia [†] Sucralfato [†]	Mercaptopurina Ginseng Terapia chelante Vaccino antinfluenzale Vitamine [†]

[†]Effetto probabile; **Possibile sanguinamento gastrointestinale

Evitare l'uso di FANS non selettivi per il trattamento del dolore o della febbre, preferendo farmaci come il paracetamolo, eventualmente associato a codeina. Se viene utilizzato un FANS, limitarlo al più breve tempo possibile, eventualmente adoperando un inibitore selettivo della COX-2.

Complicanze emorragiche

La complicanza che più frequentemente si registra durante il trattamento AO è la comparsa di manifestazioni emorragiche che possono ovviamente essere a varia localizzazione e di diversa gravità e che possono comparire spontaneamente o dopo un trauma anche lieve - moderato.

Il comportamento del medico di fronte ad un paziente con emorragia dipenderà dall'importanza e dalla localizzazione della zona sanguinante e dal livello di INR. In caso di emorragie maggiori si impone l'immediato e urgente ricovero ospedaliero. In urgenza, nell'attesa dell'ambulanza, è possibile somministrare 10 mg di vitamina K mediante infusione endovenosa lenta (ad esempio, da 20 a 60 minuti). Sempre in urgenza, in caso di sanguinamento da trauma, somministrare 2 fl di ac. tranexemico ev. In caso di emorragie minori (ad es. epistassi) nella maggior parte dei casi non è necessario sospendere il trattamento, ed è in genere sufficiente mantenere un'adeguata compressione per alcuni minuti. È possibile utilizzare garze imbevute con antifibrinolitici (es. acido tranexamico). In caso di persistenza inviare il paziente in pronto soccorso. L'ematuria è spesso dovuta ad altri fattori (ad esempio lesioni anatomiche o infezioni), ed è quindi importante valutarne la causa sottostante. Nel caso di sanguinamento gengivale, è possibile utilizzare l'acido tranexamico in fiale per effettuare degli sciacqui.

Le emorragie congiuntivali hanno in questi pazienti uguale incidenza rispetto a quella che si registra nella popolazione generale.

Le ecchimosi non richiedono la sospensione della TAO.

Altri antitrombotici (DOAc)

Gli Anticoagulanti Orali Diretti (detti anche NAO, Nuovi Anticoagulanti Orali), si dividono in inibitori diretti della trombina - Dabigatran - e gli inibitori diretti e selettivi del fattore Xa, Apixaban, Edoxaban e Rivaroxaban.

Ultima assunzione di farmaco prima di un intervento chirurgico

	DABIGATRAN		APIXABAN/RIVAROXABAN/EDOXABAN	
	BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO	BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO
MODERATO RISCHIO DI SANGUINAMENTO E/O POSSIBILITÀ ADEGUATA DI EMOSTASI LOCALE: LIVELLI MINIMI DI ASSUNZIONE (ES. DA 12 ORE A 24 ORE DOPO L'ULTIMA SOMMINISTRAZIONE)				
CrCl >80 ml/min	>24 h	>48 h	>24 h	>48 h
CrCl 50-80 ml/min	>36 h	>72 h	>24 h	>48 h
CrCl 30-50 ml/min	>48 h	>96 h	>24 h	>48 h
CrCl 15-30 ml/min	<i>non indicato</i>	<i>non indicato</i>	>36 h	>48 h
CrCl <15 ml/min	non ci sono indicazioni ufficiali per uso			

Caratteri marcati in neretto differenziano dalla regola di >24 h basso rischio >48 h alto rischio.

Basso rischio= interventi con basso rischio di sanguinamento; alto rischio di sanguinamento.

CrCl= Creatinina clearance.

A differenza delle cumarine, non necessitano di un monitoraggio continuo dell'attività anticoagulante e quindi non espongono il paziente all'obbligo di eseguire periodicamente prelievi di sangue. Come descritto nel capitolo precedente, in caso di emorragie maggiori si impone l'immediato ricovero ospedaliero. Nel caso di emorragie minori, si potranno invece attuare i trattamenti conservativi descritti precedentemente.

Essendo attualmente sottoposti a Piano Terapeutico la loro prescrizione è esclusivamente a carico dello specialista; potrebbe però capitare che qualcuno debba essere urgentemente sottoposto a procedure interventistiche e/o interventi chirurgici, in questo caso può essere utile conoscere i tempi per una corretta sospensione di questi farmaci, specie in relazione alla tipologia di procedura da effettuare.

Classificazione interventi chirurgici secondo il rischio di sanguinamento

Interventi che non necessariamente richiedono la sospensione della terapia anticoagulante:

- a) Interventi odontoiatrici
 1. Estrazioni da 1 a 3 denti
 2. Chirurgia parodontale
 3. Incisione di accessi
 4. Posizionamento impianti
- b) Interventi oftalmologia
 1. Interventi di cataratta o glaucoma
- c) Endoscopia senza operazione
- d) Interventi specifici (incisioni di accessi, piccole incisioni dermatologiche)

Interventi con basso rischio di sanguinamento:

1. Endoscopia con biopsia
2. Biopsia prostatica o vescicale
3. Studi elettrofisiologici e/o rimozione terapia ablativa inclusa puntura transettale
4. Procedure angiografiche
5. Impianto Pacemaker o ICD (tranne posizionamenti anatomici complessi, es. procedure su cardiopatie congenite)

Interventi con alto rischio di sanguinamento:

1. Ablazione della FA o della TV
2. Anestesia epidurale, puntura lombare
3. Intervento di chirurgia toracica
4. Intervento di chirurgia addominale
5. Interventi ortopedici maggiori
6. Biopsia del fegato
7. Resezione Prostata transuretrale
8. Biopsia rene



Priapismo

Si tratta di una condizione di erezione prolungata (>2-4 ore) dolorosa (in particolar modo se priapismo su base ischemica) non accompagnata da sensazioni di eccitamento e/o desiderio sessuale; il glande ed il corpo spongioso dell'uretra non appaiono interessati dall'erezione, essendo il processo limitato ai corpi cavernosi. È una patologia rara, ma grave, che, se non trattata nei modi e nei tempi prescritti, evolve inesorabilmente verso l'impotenza definitiva.

Può verificarsi in pazienti affetti da leucemia, anemia a cellule falciformi o neoplasie pelviche, ma può essere provocata anche dall'iniezione intracavernosa di sostanze vasoattive impiegate nella terapia di alcune forme di impotenza.

L'ospedalizzazione in reparto urologico si impone soprattutto al fine della tempestività e appropriatezza delle cure.

Torsione del funicolo spermatico

Il quadro clinico, definito scroto acuto, consiste nell'improvvisa comparsa di dolore a un testicolo, aumento di volume nell'emiscroto e iperemia della cute scrotale, dolore ai quadranti addominali inferiori; spesso nausea e vomito (circa il 90%).

È una situazione più frequente negli adolescenti e deve essere risolta tempestivamente in quanto il testicolo non tollera deficit perfusionali superiori alle 4-6 ore e il deficit protratto potrebbe indurre una atrofia testicolare.

L'esame obiettivo può evidenziare innalzamento e orizzontalizzazione del testicolo provocati dall'accorciamento del funicolo; segno caratteristico, quando presente, l'aumento del dolore in seguito al sollevamento del testicolo verso l'inguine. Diagnosi differenziale va posta con: traumi, infezione parotitica, epididimite.

L'epididimite, rara prima della pubertà, è solitamente accompagnata o preceduta da disturbi minzionali e piuria. Un quadro di epididimite inoltre, in genere, si associa a sollievo dal dolore quando il testicolo viene sollevato (al contrario di quanto accade per la torsione).

La terapia prevede la derotazione, manuale (se impossibilità di accedere rapidamente alla chirurgia) o chirurgica, che deve essere effettuata da mani esperte.

Sintomi del tratto urinario inferiore (LUTS)

I sintomi delle vie urinarie inferiori (LUTS) sono molto frequenti e possono essere causati da varie patologie; la più comune è sicuramente l'ipertrofia prostatica benigna (IPB), disturbo estremamente frequente nel maschio con >50 anni, ma non va dimenticata la possibilità che i LUTS vengano provocati da prostatite cronica o da disfunzioni neurologiche a carico delle basse vie urinarie.

I LUTS si dividono in due gruppi principali:

- Sintomi irritativi (pollachiuria, nicturia, urgenza minzionale, disuria)
- Sintomi ostruttivi (flusso minzionale ipovalido, esitazione minzionale, gocciolamento post-minzionale, tenesmo vescicale).

I sintomi irritativi sono in genere quelli più fastidiosi per i pazienti e che più frequentemente lo spingono a richiedere la visita medica. Tuttavia, nel lungo termine, la sintomatologia ostruttiva è più temibile, in quanto può spesso predisporre a complicanze, ad es. infezioni urinarie, ematuria, stasi urinaria. La terapia medica dell'IPB con sintomi lievi o con sintomi moderati che il paziente non riferisce come invalidanti si basa su terapia comportamentale e watchful waiting (NICE/EAU raccomandazione forte).

La terapia medica dell'IPB con sintomi moderato-severi può avvalersi della somministrazione a lungo termine di:

- 1) Alfa-litici, ad es. tamsulosina (1 cpr/die), sono la prima linea di terapia per la maggioranza dei pazienti (NICE/EAU raccomandazione forte).
- 2) Inibitori della 5-alfa reduttasi sono considerati una alternativa appropriata se in presenza di aumento delle dimensioni prostatiche (>40 mL) (EAU raccomandazione forte).
- 3) Aggiunta di inibitori della 5-alfa reduttasi, ad es. finasteride (5 mg 1 cpr/die) in pazienti con sintomi moderato-severi, aumento delle dimensioni prostatiche (prostata >40 mL) e non adeguata risposta terapeutica al dosaggio massimo di alfa-litico (UpToDate grado 2A)
- 4) Farmaci fitoterapici hanno dimostrato efficacia dubbia di conseguenza non sono consigliati in prima battuta.

Prostatite acuta

È un'infezione della prostata che provoca pollachiuria, stranguria, febbre con brivido, dolore perineale talvolta alla punta del pene, diminuzione della libido, disuria, mialgia e urine torbide. L'esplorazione rettale evidenzia una prostata dolorante, tumefatta ed indurita. Talvolta l'infezione prostatica può coinvolgere i testicoli dando luogo ad un'epididimite.

La terapia nei casi non complicati (che non richiedono ospedalizzazione) si basa nella gran parte delle occasioni su fluorochinoloni e trimetoprim-sulfametossazolo (UpToDate grado 2C):

- 1) Ciprofloxacina (500 mg 1 cpr × 2 per 2-6 settimane)*
- 2) Levofloxacina (500 mg 1 cpr per 2-6 settimane)*
- 3) Trimetoprim-Sulfametossazolo (800+160 mg 1 cpr x 2/die per 2-6 settimane)
- 4) Tamsulosina 0,4 mg 1 cp/die, se presenti LUTS
- 5) È ipotizzabile l'utilizzo di antinfiammatori per ridurre i sintomi (anche per via rettale come Diclofenac supp. 1-2 supp./die o Beclometasone dipropionato supposte 1-2 supp./die).

Inoltre è importante consigliare sempre di evitare o ridurre l'assunzione di sostanze potenzialmente irritanti per la vescica, come gli alcolici, le bevande contenenti caffeina ed i cibi particolarmente acidi e speziati.

Benché non vi siano forti evidenze a riguardo, la dieta che potrebbe essere suggerita per la prostatite dovrebbe essere ricca di liquidi e costituita da alimenti leggeri, di facile digestione, con pochi grassi di origine animale. In pratica, per quanto concerne i suggerimenti nutrizionali per la prostatite è utile consigliare:

- Bere almeno 2 litri di acqua al giorno
- Incrementare i cereali integrali ed i legumi
- Incrementare soprattutto gli ortaggi e anche la frutta fresca
- Eliminare le bevande alcoliche, Energy drink e limitare assunzione di caffè e cioccolata
- Eliminare cibi piccanti

*Per limitazioni vedi Nota pag.17

- Eliminare il tabagismo
- Praticare attività fisica regolare.

È molto importante curare tempestivamente la forma acuta impedendone l'evoluzione a cronica, patologia più pericolosa per i postumi, lunga e complicata da trattare.

Epididimite

Solitamente è una complicanza dell'uretrite o della prostatite, può essere unilaterale o bilaterale. La sintomatologia è caratterizzata da eritema e dolore scrotale, talvolta minzione dolorosa o necessità urgente o frequente di urinare, dolore durante i rapporti o l'eiaculazione, emospermia; febbre, brividi e stato generale scaduto indicano un'infezione grave o eventualmente un ascesso.

L'esame obiettivo rivela tumefazione, rossore, calore, indurimento, edema di una porzione o di tutto l'epididimo interessato, dolorabilità marcata a volte irradiata al testicolo adiacente, erose sierose dall'uretra.

La manovra di sollevare lo scroto porta sollievo ("segno di Prehn").



ATTENZIONE: Nei pazienti di età inferiore ai 30 anni l'epididimite deve essere posta in diagnosi differenziale con la torsione del testicolo, condizione che comporta il trattamento specialistico nel minor tempo possibile.

Il trattamento di prima scelta è inizialmente una cura medica con antibiotici/FANS/analgesici:

- Se la causa è più probabilmente legata a trasmissione sessuale (tipicamente <35 anni): Ceftriaxone 250 mg intramuscolo in unica dose oppure Doxiciclina 100 mg x 2/die per 10 giorni (UpToDate grado 2C)
- Se la causa è più probabilmente legata a microrganismi enterici (tipicamente >35 anni): Levofloxacina* 500 mg x 1/die per 10 giorni (UpToDate grado 2C)
- Se si sospetta una causa mista (enterica e sessualmente trasmessa): Ceftriaxone 250 mg intramuscolo in unica dose + Levofloxacina* 500 mg x 1/die per 10 giorni (UpToDate grado 2C).

Ulteriori misure consistono in:

- Riposo a letto e supporto allo scroto per sollevarlo al fine di alleviare il dolore

Disfunzione erettile

La disfunzione erettile (DE) presenta nella popolazione maschile italiana una prevalenza del 12.8%. Oltre all'età (la prevalenza è maggiore nella popolazione anziana), altri importanti fattori di rischio per DE includono il diabete mellito, l'ipertensione, l'iperlipidemia, la depressione ed il fumo di sigaretta; anche l'ipotiroidismo, le malattie renali, l'obesità, l'eccessivo consumo di alcol e la sedentarietà possono contribuire alla comparsa di questo problema. In alcuni casi, l'origine della DE è di natura iatrogena (ad es. chirurgia pelvica, trattamento con antidepressivi triciclici o MAO-inibitori).

La valutazione della DE deve includere una determinazione delle cause potenziali che sono alla base della patologia e l'identificazione del trattamento appropriato a seguito di un'adeguata valutazione a livello specialistico.

*Per limitazioni vedi Nota pag.17

Di conseguenza, è opportuno consigliare al paziente, che eventualmente si rivolga in prima istanza al Medico di Continuità Assistenziale per esporre il proprio problema, di rivolgersi al più vicino Centro Urologico/Andrologico, al fine di diagnosticare con certezza la disfunzione erettile e determinare le cause che possono essere alla base della patologia.

Il trattamento farmacologico “on demand” con inibitori della fosfodiesterasi 5 (PDE-5), da assumere prima di una prevista attività sessuale (ad es. sildenafil 25, 50 o 100 mg oppure tadalafil 5, 10 o 20 mg oppure vardenafil 5, 10 o 20 mg oppure avanafil, cpr 50, 100 o 200 mg 1 cpr al bisogno) potrà essere effettuato solo dopo una accurata valutazione delle condizioni cardiovascolari del paziente.

Va considerato che gli inibitori della fosfodiesterasi presentano proprietà vasodilatatorie e possono potenziare l'effetto ipotensivo dei nitrati.

Eiaculazione precoce

Sebbene non esista una definizione universalmente accettata dell'eiaculazione precoce (EP), sono state formulate, da parte di diverse autorevoli Società Scientifiche internazionali, delle definizioni di EP che hanno tre elementi in comune tra di loro:

- tempo di latenza dell'eiaculazione, cioè tra l'inizio della penetrazione vaginale e l'eiaculazione vera e propria, breve (in alcuni soggetti l'eiaculazione avviene già prima della penetrazione vaginale, cosiddetta *ejaculatio ante portam*);
- percezione di una mancanza di controllo eiaculatorio;
- conseguenze negative sulla qualità della vita del paziente (ad es. stress, disagio, frustrazione e/o evitamento dell'intimità sessuale) e sulle relazioni di coppia.

L'EP può insorgere sin dall'inizio dell'attività sessuale maschile (EP *lifelong* o primaria) oppure verificarsi ad un certo punto della vita, dopo periodi di attività sessuale normale (EP secondaria o acquisita); in quest'ultimo caso l'EP può essere in relazione a patologie endocrine (ipogonadismi, ipertiroidismi), urologiche (ad es. prostatiti, fimosi, disfunzione erettile), neurologiche (neuropatia periferica, processi espansivi midollari, sclerosi multipla, ecc.), problemi psicologici o di relazione, come pure all'assunzione di farmaci (amfetamine, agonisti dopaminergici) o di droghe (cocaina).

Il Medico di Continuità Assistenziale rappresenta spesso l'interfaccia professionale iniziale per il paziente con eiaculazione precoce, che può esporgli il proprio problema e ricevere gli opportuni consigli diagnostici e terapeutici di prima istanza; successivamente il paziente potrà essere ulteriormente inquadrato con approfondimenti specialistici presso Centri Urologici/Andrologici.

La terapia farmacologica dell'EP, che in passato si basava solo su farmaci utilizzati “off-label” e di incerta efficacia, ha compiuto alcuni anni fa (2013) un significativo progresso con l'introduzione di dapoxetina, un inibitore selettivo della ricaptazione neuronale della serotonina (SSRI), il primo ed unico farmaco orale ufficialmente approvato per il trattamento dell'EP in uomini di età compresa tra 18 e 64 anni. La dose iniziale raccomandata di dapoxetina è di 30 mg; va assunta una cpr al bisogno circa 1-3 ore prima dell'attività sessuale, per non più di una volta nelle 24 ore.

Nel 2018 è stato inoltre introdotto in commercio un prodotto ad uso topico in forma di spray a base di anestetici (lidocaina + prilocaina) con indicazione per il trattamento dell'EP primaria in uomini adulti.

Vaccinazioni e reazioni indesiderate ai vaccini

► R. Antonicelli ► T. Maio ► F. Testa

Una delle evenienze che potreste trovarvi ad affrontare durante il turno di Continuità Assistenziale è dovere offrire counselling vaccinale a chi sta per eseguire una vaccinazione o visitare un soggetto con una sospetta reazione indesiderata ad un vaccino. In alcune realtà italiane, inoltre, sono state avviate sperimentazioni che prevedono la partecipazione attiva dei medici di Continuità Assistenziale nelle campagne vaccinali.

Ci appare pertanto utile riportare di seguito informazioni relative alle vaccinazioni disponibili e alle principali reazioni ai vaccini.

Le Vaccinazioni (calendario vaccinale per la vita)

Negli ultimi anni le Società Scientifiche che si occupano, tra i loro temi più rilevanti, di vaccinazioni (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI, e Società Italiana di Pediatria - SIP) e le più importanti Federazioni che rappresentano le cure primarie per l'adulto (FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) e per il bambino (FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri) hanno costituito un board scientifico per l'elaborazione condivisa di una proposta di calendario vaccinale che, partendo dalla nascita, arriva alla senescenza con l'inclusione di tutti i vaccini utili alla promozione di un ottimale stato di salute.

L'iniziativa è nata dalla necessità di favorire un rilancio delle vaccinazioni, non solo nell'ambito pediatrico ma anche in quello della medicina generale, in un contesto storico in cui hanno assunto notevole rilevanza posizioni anti vaccinali - non suffragate da evidenze scientifiche ma egualmente divulgate da media e social network - i cui drammatici effetti sono testimoniati dalla ripresa di alcune malattie che si era sul punto di debellare definitivamente. Riteniamo utile riportare di seguito (pag. 185) l'edizione più aggiornata del Calendario Vaccinale per la vita, ispirato ad un Documento congiunto SItI, SIP, FIMP, FIMMG, poiché esso è ormai diventato riferimento per la definizione delle strategie vaccinali di diversi sistemi sanitari regionali.

Le vaccinazioni obbligatorie per i minori (0-16 anni)

Il Calendario vaccinale, incluso nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, approvato in Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 19 gennaio 2017, è stato inserito nel DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il Decreto legge 7 giugno 2017 (GU n. 130 del 7-6-2017) ha successivamente reso obbligatorie per i minori di 16 anni dieci delle vaccinazioni e ne ha fortemente raccomandate quattro ad offerta attiva e gratuita. Nel PNPV 2017-2019 sono altresì indicate in offerta attiva e gratuita anche le vaccinazioni antipapilloma virus (HPV) negli undicenni e anti-meningococcica tetravalente ACWY nell'adolescenza. Attualmente sono offerte gratuitamente e attivamente dal Servizio sanitario nazionale (SSN) le seguenti vaccinazioni:

Bambini da zero a 6 anni

- **Anti-difterica:** ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-poliomielite:** ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

(continuazione di pag. 185)

Legenda e note calendario Vaccinale

IPV = vaccino antipolio inattivato

Ep B = vaccino contro il virus dell'epatite B

Hib = Vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae tipo b

DTPa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare

dTpa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti

dTpa-IPV = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare e polio inattivato, formulazione per adulti

MPRV = Vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella

MPR = Vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia

V = Vaccino contro la varicella

PCV = Vaccino pneumococcico coniugato

PPSV = Vaccino pneumococcico polisaccaridico

MenC = Vaccino contro il meningococco C coniugato

MenB = Vaccino contro il meningococco B

HPV = Vaccino contro i papillomavirus

Influenza = Vaccino contro l'influenza stagionale

Rotavirus = Vaccino contro i rotavirus

Ep A = vaccino contro il virus dell'epatite A

ESA = DTPa + IPV + Hib + EpB

Note:

*) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2^a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3^a dose, che deve essere effettuata dal 61^o giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

*) Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione antimeningococcica B. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono ovviamente indicativi e non cogenti): • Esavalente + Pneumococco ad inizio 3^o mese di vita (61^o giorno di vita). • Meningococco B dopo 15 giorni (76^o giorno). • Meningococco B dopo 1 mese (106^o giorno). • Esavalente + Pneumo dopo 15 giorni, ad inizio 5^o mese di vita (121^o giorno). • Meningococco B dopo 1 mese, ad inizio 6^o mese di vita (151^o giorno). • Esavalente + Pneumococco a 11 mesi compiuti. • Meningococco B al 13^o mese. • Meningococco C, sempre dopo il compimento dell'anno di vita.

**) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda.

**) La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5^o-6^o anno di età. È possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell'importanza del richiamo all'adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

*****) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

*****) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (*catch-up*) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (*map-up*).

^) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥1 mese l'una dall'altra.

^^) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola.

^^) L'offerta di una dose di PCV contenente un numero di valenze maggiore è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi.

§) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita per coorte al 13^o-15^o mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita.

^) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni); tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente) nelle età successive.

°) Vaccinare con il vaccino stagionale, i soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale.

#) Somministrazione raccomandata a una coorte di soggetti di 65 anni di età.

##) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

Vaccinazioni per soggetti ad aumentato rischio (per i dettagli si rimanda alle apposite sezioni del presente Piano)

(1) dTpa: numero di dosi a seconda che si tratti di ciclo di base o di booster; per le donne, al terzo trimestre di ogni gravidanza (idealmente 28a settimana). (2) Epate B: 3 Dosi, Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: Post Esposizione (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente (0, 1, 2, 12). (3) Hib: per soggetti a rischio di tutte le età mai vaccinati in precedenza - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età. (4) PCV: fino ai 5 anni, poi PCV/PPSV. (5) MPR: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti della varicella, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino trivalente MPR con quello monovalente contro la varicella o l'impiego del tetravalente MPRV. (6) Varicella: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti di morbillo, parotite e rosolia, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino monovalente contro la varicella con quello trivalente MPR o l'impiego del tetravalente MPRV. (7) Ai soggetti ad aumentato rischio offrire, meningococco ACYW e meningococco B - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età. (8) HPV: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età. (9) Influenza: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età. (10) Herpes zoster: a partire dai 50 anni di età. (11) EpA: numero di dosi come da scheda tecnica.

- **Anti-tetanica:** ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-epatite virale B:** 3 dosi nel primo anno di vita (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-pertosse:** ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-*Haemophilus influenzae* tipo b:** 3 dosi nel primo anno di vita (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-meningococcica B:** 3 o 4 dosi nel primo anno di vita, a seconda del mese di somministrazione della prima dose (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2017)
- **Anti-rotavirus:** 2 o 3 dosi nel primo anno di vita, a seconda del tipo di vaccino (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2017)
- **Anti-pneumococcica:** 3 dosi nel primo anno di vita (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2012)
- **Anti-meningococcica C:** 1° dose nel secondo anno di vita (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2012)
- **Anti-varicella:** 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2017)
- **Anti-morbillo:** 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-parotite:** 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-rosolia:** 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Adolescenti

- **Anti-difterica:** richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-poliomielite:** richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-tetanica:** richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-pertosse:** richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)
- **Anti-HPV** per le ragazze e i ragazzi (2 dosi nel corso del 12° anno di vita)
- **Anti-meningococcica** tetravalente ACWY135 (1 dose)

Adulti

- **Anti-pneumococcica** nei 65enni
- **Anti-zoster** nei 65enni
- **Anti-influenzale** per tutte le persone oltre i 64 anni.

Categorie a rischio

Il PNPV 2017-2019 prevede anche l'offerta a diverse categorie di persone sulla base dell'esistenza di determinate condizioni di rischio.

Lo schema sintetico degli obblighi vaccinali, in relazione all'anno di nascita, è il seguente:

Anno Vaccinazione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 →
anti-poliomielitica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-difterica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-tetanica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-epatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-pertosse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti- <i>Haemophilus</i> tipo b ¹	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-morbillo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-rosolia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-parotite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-varicella																	X

¹Il vaccino anti Hib singolo trova indicazioni, come da scheda tecnica, solo per i bambini; tuttavia, come per i soggetti ad alto rischio, è possibile utilizzarlo in qualsiasi età.

Inoltre, secondo lo stesso Decreto Legge, sono fortemente raccomandate e gratuitamente e attivamente offerte dalle Regioni, le vaccinazioni anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica e anti-Rotavirus per i nati dopo il 2017 e anti-meningococcica C e anti-pneumococcica per i nati dal 2012 al 2016.

Le reazioni ai vaccini

Le reazioni più frequenti, sono rappresentati da eritema, edema o dolore nel sito di iniezione, febbre lieve. Sintomi meno comuni sono nausea, vomito, diarrea, cefalea.

Questi quadri si risolvono generalmente in pochi giorni, anche se, in qualche caso, la tumefazione in corrispondenza del sito di iniezione può impiegare più di una settimana per risolversi.

Più raramente possono manifestarsi febbre alta, convulsioni febbrili indotte da alcuni vaccini, come quello per il morbillo, parotite e rosolia.

Per controllare la sintomatologia dolorosa consigliare la somministrazione di paracetamolo secondo i dosaggi previsti per l'età ed il peso del soggetto (Vedi "Antipiretici").

Può essere utile applicare del ghiaccio sul sito di inoculazione.

In caso di febbre, assicuratevi che il soggetto abbia un normale stato di idratazione, nel caso di un bambino controllate che non sia eccessivamente coperto e somministrate paracetamolo secondo la posologia prevista per l'età e il peso.

Per ulteriori approfondimenti suggeriamo di consultare il sito www.vaccinarsi.org.

Vi ricordiamo infine l'obbligo di segnalare le reazioni avverse ai vaccini agli uffici preposti alla Farmacovigilanza della vostra Azienda Sanitaria di appartenenza.

La segnalazione può essere fatta compilando ed inviando via fax la apposita scheda di segnalazione o più rapidamente anche dal vostro smartphone o tablet attraverso una apposita App, denominata ADR FIMMG AIFA disponibile gratuitamente sui siti www.fimmgca.org e www.fimmg.org.

PRINCIPALI VACCINI, VIE DI SOMMINISTRAZIONE ED EVENTI INDESIDERATI CORRELATI (MODIFICATO DA WWW.VACCINARSI.ORG)		EVENTI INDESIDERATI
VACCINO	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	
DTPa (Difterite-Tetano- Pertosse acellulare)	Intramuscolare	L'evento più frequente (1/3 dei bambini) è la febbre. Le reazioni locali (presenti nel 20% dei casi) quali dolore, rossore ed edema nella sede di iniezione, compaiono entro 48 ore e si risolvono in un paio di giorni. La loro frequenza aumenta con il numero delle dosi somministrate e talora il bambino può manifestare un esteso edema all'arto ove è stata eseguita l'iniezione. In rari casi (1-2/10.000) si possono avere manifestazioni più importanti (quali convulsioni correlate a iperipressia). Le reazioni allergiche di tipo anafilattico sono del tutto eccezionali (meno di 1 caso ogni milione di vaccinati).
Vaccino esavalente (Difterite-tetano- pertosse acellulare, Polio, Hib, Epatite B)	Intramuscolare	Lievi reazioni localizzate nel punto di iniezione quali rossore, gonfiore e tumefazione; è possibile la comparsa di febbre. La frequenza di tali manifestazioni, che si presentano entro 24 ore dalla somministrazione e permangono per massimo 2 giorni, è di 1 bambino su 4. Molto più raramente possono verificarsi gravi reazioni allergiche.
Vaccino anti Polio	Intramuscolare	Dolore o infiammazione nel sito di iniezione.
Vaccino anti Epatite A (HAV)	Intramuscolare	Dolore nella sede di iniezione, cefalea, inappetenza, debolezza.
Vaccino anti Epatite B (HBV)	Intramuscolare	Febbre, dolore, rossore e gonfiore nella sede di iniezione. Tali sintomi compaiono in genere entro 48 ore dalla vaccinazione e si protraggono in genere per non più di 48 ore. In rari casi si possono avere convulsioni legate alla febbre alta.
Vaccino anti <i>Haemophilus</i> <i>influenzae</i> tipo B (Hib)	Intramuscolare	Dolore, arrossamento, gonfiore e tumefazione nella sede di inoculazione in 1 bambino su 4; febbre oltre 39 in 1 bambino ogni 20.
Vaccino anti Rotavirus	Orale	Irritabilità, perdita di appetito, lieve e transitorio rialzo febbrile, diarrea e/o vomito. I vaccini attualmente in uso non hanno determinato un aumento del rischio d'invasione intestinale, a differenza dei vecchi vaccini. Il rischio stimato è di circa 1 caso ogni 100.000 lattanti.
Vaccino anti Papilloma virus umano (HPV)	Intramuscolare	Dolore, arrossamento, gonfiore e prurito nella sede di inoculazione sono in genere lievi/moderate e transitorie ma molto comuni (fino all'80% dei casi).
Vaccino anti Varicella	Intramuscolare	Altri eventi avversi sono la febbre, solo per il bivalente la cefalea, nausea, vomito, diarrea o dolore addominale, dolore muscolare o articolare. Dolore o edema nel sito di iniezione in 1 bambino su 5 e fino a 1 su 3 adolescenti e adulti. Febbre in meno di un caso su 10. Eruzione cutanea lieve fino ad un mese dopo la vaccinazione in 1 persona su 25. Molto rare sono manifestazioni più gravi quali convulsioni (spasmi o contratture) causate da febbre, polmonite. Assolutamente rare gravi manifestazioni di interesse neurologico o diminuzione del numero di cellule del sangue.

Vaccino MPR (Morbilli-Parotite-Rosolia)	Sottocutanea	Oltre alle comuni reazioni (gonfiore, arrossamento e dolore) nel punto dove è stata fatta la vaccinazione, si possono verificare: febbre, lieve esantema, gonfiore al viso e dietro il collo (da 6 a 14 giorni dopo la vaccinazione), convulsioni febbrili, artralgie, artrite, piastrinopenia (1/30.000 entro 2 mesi).
Vaccino antimeningococcico coniugato contro il sierotipo C.	Intramuscolare	Arrossamento o dolore nel punto di iniezione, malessere, nausea, cefalea, dolori muscolari che permangono per 1-2 giorni e sono meno frequenti rispetto a quelli determinati dal coniugato tetravalente. Nel 2% dei casi si può avere lieve rialzo febbrile.
Vaccino antimeningococcico coniugato tetravalente contro i sierotipi A, C, W135, Y.	Intramuscolare	Arrossamento o dolore nel punto di iniezione, malessere, nausea, cefalea, dolori muscolari che permangono per 1-2 giorni e sono più frequenti rispetto a quelli determinati dal coniugato contro il sierotipo C. Nel 2% dei casi si può avere lieve rialzo febbrile.
Vaccino antimeningococcico a 4 componenti contro meningococco di tipo B	Intramuscolare	Nei bambini indolenzimento ed eritema in sede di iniezione, febbre, irritabilità. Negli adolescenti e negli adulti le reazioni avverse più comuni osservate sono state dolore in sede di iniezione, malessere, cefalea. Le gravi reazioni allergiche sono estremamente rare e si manifestano entro pochi minuti dalla somministrazione.
Vaccino anti influenzale	Intramuscolare o intradermico	Arrossamento, gonfiore, indurimento nella sede dell'iniezione sono le reazioni locali più frequenti e si manifestano tra 6 e 24 ore dopo la vaccinazione, sintomi sistemici lievi simili-influenzali che si presentano per breve durata (massimo 2 giorni).
Vaccino antipneumococcico	Intramuscolare	Reazioni avverse gravi (comprendenti morte, pericolo della vita, disabilità permanenti, ospedalizzazioni o loro prolungamento, ricorso al pronto soccorso) si manifestano con una frequenza di 2,6 x 10.000. Nei Bambini somolenza dopo la vaccinazione, perdita temporanea dell'appetito, arrossamento e tumefazione nella sede della puntura; febbre moderata/alta, irritabilità e/o nervosismo.
Vaccino anti Herpes Zooster	Sottocutanea	Negli adulti, diminuzione dell'appetito, cefalea, diarrea, rash, brividi, fatica, febbre, reazioni nel sito d'iniezione, artralgia e mialgia. Le reazioni più comuni prevedono eritema, gonfiore, prurito, dolorabilità, talvolta ecchimosi o indurimento nella sede di somministrazione, più raramente cefalea e dolore alle estremità. Esiste il rischio teorico di trasmettere il virus vaccिनico attenuato ad un soggetto suscettibile.



**DISCIPLINA DELLA
PRESCRIZIONE
E NOTE DI
MEDICINA LEGALE**

Aspetti contrattuali

► T. Maio ► S. Scotti

L'attività del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) è regolata dalle norme dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale che disciplina i rapporti tra i professionisti e le Aziende Sanitarie, sia per i contenuti normativi che economici. Lo svolgimento dell'attività di MCA non può dunque prescindere da un'approfondita conoscenza delle norme contrattuali che descrivono i compiti, le conseguenti responsabilità, il modello organizzativo in cui si svolge la professione. Altri importanti capitoli riguardano la sicurezza, le modalità di accesso alla graduatoria della Medicina Generale, agli incarichi di sostituzione e l'inserimento negli incarichi di titolarità. Di seguito riportiamo gli articoli 62, 67 e 69 del Capo III che descrivono i compiti del MCA. Ciascuno dei tre articoli è preceduto da una breve introduzione ed è integralmente riportato, affiancando a ciascun comma una nota esplicativa. L'ACN, nella versione completa, è consultabile all'indirizzo www.fimmg.org. Concludono il capitolo i contenuti dell'ACN 2018 di maggiore interesse per i Medici di Continuità Assistenziale.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni

CAPO III - LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

ART. 62 - CRITERI GENERALI

In questo articolo vengono descritte le funzioni, gli ambiti di assistenza, le modalità organizzative e la delimitazione temporale del Servizio di Continuità Assistenziale (SCA).

Le caratteristiche innovative delineate - quali ad esempio la sostituzione del termine urgenza, presente nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) precedente, con quello di prestazione non differibile, l'introduzione dell'associazionismo, l'integrazione con i medici di famiglia - sanciscono l'inserimento della Continuità Assistenziale nel sistema delle Cure Primarie sottraendolo agli equivoci degli ACN precedenti che ne mantenevano una ambigua prossimità ai compiti dell'emergenza.

TESTO

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

NOTE ESPLICATIVE

- *La responsabilità dell'organizzazione delle attività del Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) è attribuita alle Aziende che la definiscono su base distrettuale rispettando gli indirizzi fissati dalla programmazione regionale.*
- *Appare per la prima volta il concetto della prestazione non differibile quale attività legata ad uno specifico livello assistenziale proprio dei medici di Continuità Assistenziale. Per la definizione di prestazione non differibile si rimanda al capitolo "Il ruolo del medico di Continuità Assistenziale nell'organizzazione del sistema di Cure Territoriali".*
- *Viene definita la sede di svolgimento delle attività che non è più esclusivamente domiciliare ma "territoriale", aprendo la strada alla possibilità di un'attività ambulatoriale strutturata.*
- *Viene fissata la delimitazione temporale dei turni. L'attivazione del servizio in ore diverse da quelle indicate, per esempio in ore diurne feriali, deve essere contrattualizzata.*
- *In alcune regioni l'inizio dei turni diurni prefestivi è stato anticipato alle ore 8 nell'ambito di progettualità di integrazione con i medici di famiglia.*

2. Il servizio di Continuità Assistenziale è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, in ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale. Le prestazioni sono realizzate da:

- da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
- da medici di cui alla lettera a) organizzati in forme associative con i medici di assistenza primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti;
- da un singolo convenzionato per l'assistenza primaria residente nell'ambito territoriale.

Per quanto previsto dalle lettere b), c) le attività di Continuità Assistenziale possono essere assicurate anche in forma di servizio attivo in disponibilità domiciliare.

- Viene delimitato l'ambito di assistenza ai residenti nel territorio aziendale fatto salvo un diverso indirizzo stabilito in sede di accordi regionali ove in alcuni casi si è convenuto di ampliare l'ambito di competenza a tutta la Regione.

- È sancita la competenza del servizio sui pazienti di tutte le fasce d'età e quella pediatrica diventa area specifica di assistenza del SCA.

- Sono elencati secondo un ordine graduato di priorità gli operatori tenuti alle prestazioni proprie della Continuità Assistenziale. Tali prestazioni, in presenza di un contratto che spinge la medicina generale verso processi di assistenza erogati attraverso forme organizzative complesse, qualificano in quelle stesse forme l'esclusività dello specifico livello assistenziale in capo ai medici convenzionati sulla base della disciplina del Capo III.

- La lettera b) introduce la possibilità di forme associative proprie della CA.

- È introdotta la possibilità che l'attività possa essere espletata in forma di disponibilità domiciliare.

3. Nell'ambito delle attività in équipe, UTAP o altre forme associative delle cure primarie, ai medici di Continuità Assistenziale sono attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.

- Il ruolo del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) è inserito con piena dignità nei processi di aggregazione delle cure primarie.

- Nelle forme organizzative complesse delle cure primarie, il SCA assume funzioni coerenti con quelle della medicina di famiglia ma specifiche del proprio Livello Essenziale di Assistenza (LEA), ossia delle proprie funzioni.

- Tale atto allontana ulteriormente il SCA dal sistema dell'emergenza sanitaria territoriale (EST).

4. L'attività di Continuità Assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle équipes territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

- Vengono chiarite le modalità erogative del servizio nelle forme organizzative complesse, descrivendo due modelli al fine di rispondere alle specificità delle varie realtà locali.

- Le due modalità possono coesistere, possono essere diversificate oppure essere modulate nel tempo in funzione di elementi quali numero di operatori, sedi, morbosità, ecc.

- La scelta delle modalità è oggetto di trattativa regionale.

- Teoricamente possibile la presenza di uno studio autonomo di Continuità Assistenziale.

5. Nell'ambito degli accordi regionali, i medici incaricati di espletare il servizio di Continuità Assistenziale in uno specifico ambito territoriale, possono essere organizzati secondo modelli adeguati a facilitare le attività istituzionali e l'integrazione tra le diverse funzioni territoriali.

- Il comma apre la possibilità di sperimentare nuovi modelli finalizzati alla facilitazione delle attività istituzionali del servizio quali:

- forme di associazionismo tra i medici di Continuità Assistenziale;

- modelli organizzativi flessibili che prevedano una copertura differenziata delle fasce temporali, dei carichi di lavoro legati a stagionalità o epidemie, degli obiettivi di assistenza;

- attività, anche finalizzate ad obiettivi di assistenza, coordinate da referenti di sede.

6. I compensi sono corrisposti dall'Azienda, a ciascun medico che svolge l'attività nelle forme di cui al comma 2 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.

- Viene introdotta la possibilità di remunerare le attività di continuità di assistenza anche attraverso una quota capitaria aggiuntiva.
- Essa può essere corrisposta:
 - a MCA, per le attività nell'ambito delle forme associative, in aggiunta alla quota oraria;
 - a singoli medici di famiglia che svolgono le funzioni di continuità di assistenza in aggiunta alle voci ordinarie di compenso.
- La definizione dei contenuti di questo comma è oggetto di trattativa regionale.

7. Nell'ambito degli Accordi regionali, per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, si possono prevedere meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di Continuità Assistenziale e quello di emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia.

- I due sistemi – SCA e EST – vengono individuati come entità separate tra le quali realizzare percorsi di sinergia, atti a limitare soluzioni di continuità nell'assistenza erogata ai cittadini.
- Per le problematiche relative alle relazioni tra i due sistemi e la loro evoluzione si rimanda al capitolo "Il ruolo del medico di Continuità Assistenziale nella organizzazione del sistema di Cure Territoriali".

ART. 67 - COMPITI DEL MEDICO

L'articolo descrive i compiti del MCA. Va ricordato che, a quelli di seguito elencati, si aggiungono i compiti definiti dagli accordi periferici, regionali e aziendali, per i quali il MCA deve ricevere compensi aggiuntivi.

TESTO

1. Il medico di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio. In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in équipe, l'attività di Continuità Assistenziale è erogata nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima.

NOTE ESPLICATIVE

- Il comma stabilisce che l'attività assistenziale del MCA è riferita ai residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede, salvo quanto diversamente definito dagli accordi regionali. Si ricorda infatti che in diverse regioni si è convenuto in sede di trattativa regionale di ampliare l'ambito territoriale a tutta la Regione.
- Nel caso delle forme aggregative – funzionali o strutturate – il carico assistenziale è riferito alla popolazione in carico ai medici appartenenti all'associazione stessa.
- Per la definizione di prestazione non differibile si rimanda al capitolo "Il ruolo del medico di Continuità Assistenziale nell'organizzazione del sistema di Cure Territoriali".

2. Il medico che assicura la Continuità Assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dalla Azienda o nelle altre modalità specifiche previste per le équipe, le UTAP o altre forme associative delle cure primarie, e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali.

- Dalla lettura si desume, oltre all'obbligo di puntualità per il MCA, anche la possibilità che la sede sia assegnata direttamente dall'Azienda o in alternativa sia individuata sulla base delle modalità erogative della forma associativa complessa di appartenenza.
- Gli interventi possono essere domiciliari o territoriali e quindi realizzabili anche nell'ambito di un'attività ambulatoriale strutturata.

3. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali. Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi regionali.

- *Il comma interviene sul concetto di appropriatezza degli interventi.*
- *Viene chiarita l'autonomia del medico nel processo decisionale attraverso il quale egli individua gli interventi appropriati; viene sottolineata la necessità che tale autonomia sia però supportata da apposite linee guida nazionali o regionali.*
- *Queste determinazioni avrebbero dovuto determinare un processo di evoluzione culturale con l'avvio di progetti formativi specifici e percorsi di validazione di linee guida a garanzia della scelta della tipologia di intervento che invece sono stati avviati solo in poche Aziende Sanitarie.*
- *Le attività ambulatoriali strutturate sono definite sulla base di accordi regionali che devono prevederne modalità organizzative (sedi, tempi di apertura, numero di medici, sicurezza) e remunerazione.*

4. Nell'ambito delle attività in équipe o in UTAP o in altre forme organizzative delle cure primarie, con Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di Continuità Assistenziale maggiormente appropriate.

- *La possibilità di definire in sede di AIR esperienze di triage nell'ambito delle aggregazioni tanto funzionali che strutturali, amplifica le procedure di organizzazione della risposta alle richieste dell'utenza nell'ambito della realizzazione delle forme associative funzionali e/o strutturate della M.G.*

5. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.

- *In alcune regioni italiane, quali ad esempio la Lombardia, l'Accordo integrativo regionale ha fissato la durata del turno diurno prefestivo a 12 ore, nell'ambito di progettualità di integrazione con i medici di famiglia.*
- *In molte aziende i turni diurni vengono frazionati in unità di 6 ore al fine di favorire la copertura del Servizio in virtù di quanto enunciato al comma 6 (vedi commento successivo).*

6. A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, ai fini dell'eventuale organizzazione dell'orario, anche ai fini del ristoro psico-fisico del medico, particolarmente nei mesi estivi.

- *Sulla base di una apposita contrattualizzazione aziendale possono essere individuati soluzioni atte a garantire il ristoro psicofisico dei medici quali frazionamento dei turni, pausa pranzo, erogazione di buoni pasto, rotazione turni nei mesi estivi.*

7. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:

- a nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
- generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);
- ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
- ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

- *Vengono dettagliatamente elencati i dati che il Medico deve raccogliere al momento del primo contatto con l'assistito o suo incaricato.*
- *La mancata registrazione dei dati dei contatti con gli utenti configura gli estremi dell'omissione di atto d'ufficio.*
- *Si consiglia pertanto, qualora non fosse stato possibile raccogliere i dati richiesti, di esplicitare per iscritto, sul registro della sede, la causa della mancata rilevazione: ad esempio il paziente rifiuta di fornire i dati, interruzione improvvisa della comunicazione, ecc.*

8. Per le prestazioni effettuate, 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 (Allegato M), 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.

- *La compilazione dell'allegato M è un atto dovuto a meno di diverse modalità informative individuate da accordi periferici specifici.*
- *L'informatizzazione del SCA dovrebbe prevedere anche la possibilità per il medico di usufruire di smartphone, tablet o penne ottiche che consentano la redazione e l'invio dell'Allegato M in formato digitale.*

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 dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 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.

- *Il comma definisce le responsabilità prescrittive del SGA.*
- *L'istituzione del nuovo ricettario unico con la legge 326 del 2003 ha determinato l'adeguamento della modulistica precedentemente utilizzata per le prescrizioni farmaceutiche.*
- *Per le certificazioni di malattia si rimanda al capitolo "Problemi medico legali".*
- *Interesse strategico per lo sviluppo del servizio è la partecipazione a livello regionale ai processi legati alla ricetta elettronica.*

10. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio, spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

- *Viene sottolineata la responsabilità del medico nel garantire la continuità di erogazione del servizio.*
- *L'abbandono della sede prima dell'arrivo del medico che inizia il nuovo turno è passibile di contestazione di interruzione di pubblico servizio.*

11. Il medico di Continuità Assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

- *La discrezionalità della scelta effettuata dal medico nel definire la tipologia di intervento appropriata è esercitata nei limiti della responsabilità di contribuire, attraverso il passaggio informativo all'EST, all'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza.*

12. Il medico in servizio di Continuità Assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

- *Le prestazioni aggiuntive, eseguibili nell'ambito dell'intervento a giudizio del medico e senza autorizzazione dell'ASL sono:*
Prima medicazione ()*
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 (unica eseguibile in caso di urgenza)
Lavanda gastrica
Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica
*Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)*
Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)
() Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.*
*(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.*

13. Le prestazioni di cui al precedente comma 12 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

- *Va ricordato che, sulla base di accordi specifici, possono venire fissati i tetti massimi che la remunerazione di tali prestazioni non può superare in termini di percentuale rispetto al compenso mensile, in analogia a quanto accade con le ADP la cui remunerazione non può superare il 20% dei compensi mensili del professionista, salvo esplicite diverse indicazioni nell'accordo regionale.*

14. Nell'ambito degli Accordi regionali e sulla base del disposto dell'art. 32, è organizzata la continuità dell'assistenza ai cittadini non residenti nelle località a forte flusso turistico.

- *Affida alla trattativa regionale la contrattualizzazione delle prestazioni erogate ai cittadini non residenti nelle località turistiche (ex art. 59 D.P.R. 270/2000).*

15. Nell'espletamento delle attività di cui al precedente comma, il medico è tenuto a utilizzare, il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

- *Si precisano le modalità prescrittive nei confronti dei cittadini non residenti.*

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;

b1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare;

b2) gli adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter; c) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 45 comma 4;

d) 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, oltre a quanto previsto dall'art. 69;

e) la constatazione di decesso.

- *Per le certificazioni si rimanda al paragrafo specifico presente nel capitolo "Problemi medico legali".*

- *Nei commi di cui alla lettera b1 e b2 viene ribadita l'obbligatorietà di adesione alle forme associative complesse della medicina generale, AFT e UCCP, che sono realizzate secondo modalità definite in sede di trattativa regionale.*

- *Il comma ci introduce tra i compiti del MCA il rispetto degli adempimenti legislativi relativi alla tessera sanitaria e alla ricetta elettronica.*

- *Nel rispetto della logica della continuità di assistenza, è rilevante compito del MCA la trasmissione informativa al medico di famiglia dei casi di particolare complessità.*

- *Mentre la constatazione di decesso è un compito del MCA, invece NON rientrano negli obblighi certificativi della Continuità Assistenziale (Norma finale 8 dell'ACN):*

1. *Certificato di morte (redatto dal medico necroscopo)*

2. *Denuncia di causa di morte (MODULO ISTAT) che può essere, anch'esso, redatto dal medico necroscopo*

3. *L'autorizzazione al trasporto della salma.*

17. Il medico di Continuità Assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali.

- *Comma significativo che definisce:*

- *La partecipazione a pieno titolo alle attività previste dagli accordi decentrati*

- *La remunerazione aggiuntiva determinata dalle attività previste dagli accordi decentrati*

- *L'orientamento generale dell'ACN verso la piena integrazione tra i professionisti della medicina generale*

- *La possibilità di attività ambulatoriali.*

18. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati gli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di Continuità Assistenziale alle attività previste nelle équipes territoriali, nelle Utap e nelle altre forme organizzative delle cure primarie.

- *All'elenco dei compiti sin qui definiti vanno aggiunti i compiti eventualmente previsti dagli accordi aziendali e regionali.*

- *Si affida agli accordi regionali il compito di definire le modalità di partecipazione dei MCA alle attività nelle forme associative complesse delle cure primarie.*

ART. 69 - RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE

L'articolo regola i rapporti dei MCA con le strutture sanitarie e con i medici di famiglia nonché le modalità con cui le strutture regionali controllano la corretta applicazione delle convenzioni.

Testo	Note esplicative
<p>1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di Continuità Assistenziale e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed il rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le regioni individuano i servizi e le figure dirigenziali preposte al controllo della corretta applicazione delle convenzioni sia in termini sanitari che amministrativi.</i>
<p>2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>I medici sono tenuti a collaborare con le strutture preposte nei limiti di quanto definito dall'ACN.</i>
<p>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 regionali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>I medici sono tenuti ad interagire con i medici di famiglia e con le strutture aziendali secondo modalità definite dagli accordi regionali.</i> • <i>La definizione di una obbligatorietà della collaborazione con le strutture ed i medici di famiglia assicura l'integrazione tra le figure professionali che devono garantire la continuità dell'assistenza.</i>
<p>4. In attesa che le regioni definiscano le procedure di cui ai commi precedenti del presente articolo, e modelli di interazione professionale, 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 (allegato "M"), 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Definisce la finalità della compilazione dell'Allegato M - di cui permane, in attesa delle disposizioni regionali, l'obbligatorietà- quale garanzia della continuità informativa tra le figure coinvolte nella Continuità Assistenziale.</i>
<p>5. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'annotazione del dato relativo al cittadino non residente consente la valutazione dei carichi assistenziali aggiuntivi rispetto a quelli determinati dal rapporto ottimale applicato a livello regionale.</i>
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Definisce le caratteristiche e le modalità di compilazione dell'allegato M.</i> • <i>Nell'Allegato M introdotto con l'ACN 2005 sono state eliminate le voci relative alle procedure di urgenza. È stato inoltre ideato in modo da consentire la trasformazione in formato elettronico.</i>
<p>7. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentino caratteristiche di indifferibilità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sancisce l'obbligo di segnalare gli accessi inappropriati al Servizio.</i>

L'ACN 2018

Il 21 Giugno 2018 è entrato in vigore l'ACN 2018 che, in attesa della negoziazione dell'ACN relativo a tutti gli aspetti economici e normativi del triennio 2016-2018 integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Il valore di questo breve ACN sta nell'aver ratificato alcune importanti innovazioni ormai indispensabili per stabilizzare il Servizio di Continuità Assistenziale: rendere più rapido l'accesso agli incarichi, migliorarne la programmazione, semplificare ed informatizzare l'ingresso in graduatoria, rendere certo il punteggio per le colleghe in gravidanza (Art. 16 comma 4), fatto questo di non secondaria importanza se si considera che il numero di donne medico di CA è già superiore al 60% degli incaricati.

Infine vogliamo sottolineare il valore della Dichiarazione finale n.1 con la quale si dà ai Comitati Aziendali, ove siedono i rappresentanti sindacali, il potere di controllare i requisiti di sicurezza delle sedi di servizio e di intervenire sulle modalità di erogazione dell'attività ambulatoriale, in modo da preservare i medici dalle aggressioni che si realizzano con massima frequenza nelle sedi isolate e nelle ore notturne (dalla 1 alle 5).

Di seguito riportiamo le parti di interesse per i Medici di Continuità Assistenziale o aspiranti agli incarichi di Continuità Assistenziale. Per ogni eventuale dubbio o chiarimento Vi invitiamo a contattare i referenti regionali FIMMG CA di cui è presente l'elenco nella premessa di questo testo.

ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

“ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 2, lettere b) e f) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno

precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 16. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6.

4. L'amministrazione regionale o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 16, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti."

ART. 3 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 16 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

“ART. 16 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode:	p. 1,00
diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100:	p. 0,50
diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100:	p. 0,30
specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente:	per ciascuna specializzazione: p. 0,50
titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni:	p. 7,20
conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):	complessivamente p. 0,20
conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL):	complessivamente p. 0,20

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a. attività medico di assistenza primaria, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio, Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:	per ciascun mese complessivo: p. 0,20
b. attività di sostituzione del medico di assistenza primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c):	per ciascun mese complessivo: p. 0,20
c. servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore):	p. 0,20

d. servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:	per ogni mese di attività: p. 0,20
e. servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali, per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività:	p. 0,20
f. servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari, per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività:	p. 0,20
g. attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740, per ogni mese di attività:	p. 0,20
h. servizio effettivo nelle attività territoriali programmate, per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:	p. 0,10
i. attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende, per ciascun mese complessivo:	p. 0,20
j. turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo, per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività:	p. 0,05
k. attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi, per ciascun mese complessivo:	p. 0,10
l. medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti, per ciascun mese:	p. 0,05
m. servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, per ciascun mese: (tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico)	p. 0,10
n. servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: (tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico)	p. 0,10

o. attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato, per ogni mese di attività: p. 0,20

p. servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'articolo 8 della legge 24 ottobre 2000, n.323) equiparato all'attività assistenziale, per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q. servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430, per ciascun mese complessivo: p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. Il servizio effettivo indicato nel presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolte ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria per gravidanza.

5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione del servizio di cui alla lettera j). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione sono alternative a quello riconosciuto al comma 1, punto l, lettera d) del presente articolo.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ART. 6 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di continuità assistenziale, l'articolo 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

“ART. 63 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al successivo articolo 64.

2. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezione fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;
- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2.

4. I medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

5. I medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

6. I medici di cui al comma 3, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
- b) punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

7. I medici di cui al comma 3, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

8. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 3, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

10. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 3, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 3, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 3, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

11. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 3, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

12. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

13. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 11, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 12, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

14. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 11 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

15. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
- b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e fuori Regione.

16. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 15.

17. Al momento dell'interpello il medico deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

18. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

19. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

20. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

21. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 19.

22. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di assistenza primaria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

23. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

24. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 15, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Norma transitoria n. 2

Fino all'entrata in vigore degli articoli 5, 6 e 7 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente o territorio aziendale, rispettivamente per gli incarichi di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

DICHIARAZIONI CONGIUNTE

Dichiarazione congiunta n. 1

Le parti concordano che, al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini.

Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano sulla opportunità che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici presenti in graduatoria.

Dichiarazione congiunta n. 3

Le parti considerano auspicabile che, nell'ambito degli AAIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di attività di diagnostica di primo livello da parte dei medici di assistenza primaria, anche attraverso società di servizio o cooperative.

La prescrizione per principio attivo

► S. Marras ► M. Ferrara ► F. Napoleone

L'applicazione delle norme legislative che hanno introdotto la prescrizione per principio attivo coinvolge in modo significativo i Medici di Continuità Assistenziale i quali, operando su pazienti di cui non è nota la storia anamnestica e in assenza di continuità informativa con i medici di famiglia, si troveranno nella condizione di valutare in ogni intervento l'applicazione del dettato legislativo oltre che di essere esposti al rischio di potenziale conflittualità con utenti inconsapevoli dei nuovi obblighi imposti dalla legge. È utile sottolineare preliminarmente come il Legislatore sia stato particolarmente attento a subordinare all'atto curativo da parte del Medico - e non al solo atto prescrittivo farmacologico- qualsiasi ulteriore disposizione non necessariamente o immediatamente presente, ribadendo pertanto l'interpretazione d'insieme ed olistica della cura. Nella prescrizione il medico terrà dunque conto dell'anamnesi individuale farmacologica del soggetto, individuando le situazioni in cui la buona pratica clinica, ispirata al criterio di prudenza, determina l'opportunità di non ricorrere a farmaci mai utilizzati nel singolo paziente in presenza di farmaco già utilizzato, risultato efficace e che non abbia prodotto effetti indesiderati. Da quanto premesso, appare evidente che la raccolta dell'anamnesi farmacologica dei pazienti che afferiscono alle cure del Servizio di Continuità Assistenziale, essendo, di norma, pazienti occasionali dei quali il medico non conosce la storia clinica, rappresenta l'elemento più significativo nel determinare la responsabilità medico legale in una eventuale valutazione ex post dell'applicazione della legge. È pertanto fortemente consigliato ai Medici di Continuità Assistenziale, essendo le prescrizioni soggette all'analisi a posteriori degli organismi aziendali preposti al controllo amministrativo, lasciare una traccia scritta a tutela del proprio operato. Sugeriamo, in particolare, di esporre per iscritto nell'allegato M e nel registro della sede di guardia l'anamnesi farmacologica raccolta dal paziente al fine di documentare la conoscenza acquisita dei precedenti utilizzi di farmaci quale elemento di indirizzo della nostra scelta prescrittiva, con particolare riferimento all'efficacia e all'assenza di precedenti reazioni avverse.

Il Medico di Continuità Assistenziale potrà trovarsi incontro alle seguenti situazioni:

1. Paziente già in terapia
2. Inizio di terapia per patologia cronica
3. Nuovo episodio di patologia non cronica

Paziente già in terapia

Per le terapie avviate prima dell'emissione della legge, le norme approvate nel decreto "Spending review" e s.m.i. non si applicano. Pertanto, se prescriviamo un farmaco per l'ipertensione (malattia cronica) ad un paziente già in trattamento con un determinato antipertensivo, la ricetta che redigeremo sarà uguale a quella redatta in passato (Figura 1).

Le attuali caratteristiche organizzative del setting rendono impossibile la verifica, dalla cartella clinica del medico di famiglia, della pregressa assunzione di un preciso farmaco generico o branded, che, pertanto, risulta tale dalla sola dichiarazione del paziente. Di tale dichiarazione è opportuno lasciare traccia, scrivendo sul registro e sull'allegato M che il paziente riferisce trattarsi di terapia cronica assunta da tempo.

Se riteniamo opportuno che il farmacista si attenga "alla lettera" alla nostra prescrizione e non consegni al paziente un farmaco diverso contenente lo stesso principio attivo dovremmo apporre la clausola "*non sostituibile*" come nell'esempio in figura 2. Gli esperti legali consigliano ai medici di CA, per i motivi di cui sopra, di scrivere anche in questo caso, pur se non richiesta dalle norme, una sintetica motivazione come: "aderenza farmaco".

Rossi Mario
 COGNOME E NOME DELLA ASSISTENTE DI MEDICINA LEGALE PRESIDENTE DELLA CAMERA
 Via Garibaldi 16 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE Lazio

Nome commerciale

PRESCRIZIONE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Figura 1.

Rossi Mario
 COGNOME E NOME DELLA ASSISTENTE DI MEDICINA LEGALE PRESIDENTE DELLA CAMERA
 Via Garibaldi 16 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE Lazio

Nome commerciale
 non sostituibile
 (aderenza farmaco)

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Figura 2.

Paziente con patologia cronica per il quale si inizia la cura

Nel caso di una prima prescrizione per patologia cronica, il medico deve invece indicare il principio attivo, da solo o accompagnato a un nome commerciale del farmaco. Le figure 3 e 4 esemplificano le modalità di prescrizione nell'ipotesi di un paziente cui è diagnosticata l'ipertensione e viene prescritta una terapia per la prima volta. Il farmacista che riceverà la ricetta della figura 3 consegnerà al paziente il farmaco a prezzo più basso contenente quel principio attivo, a meno che l'assistito stesso non opti per altro farmaco, contenente il medesimo principio attivo ma più costoso, pagando al farmacista una somma pari alla differenza fra i due prezzi. La figura 4 rappresenta invece l'esempio della seconda possibile modalità prescrittiva (nome commerciale + principio attivo). Tale indicazione è vincolante per il farmacista solo se il farmaco indicato ha un prezzo pari a quello di rimborso; in caso contrario, egli può sostituirlo, salvaguardando comunque la scelta del paziente. Affinché

Bianchi Francesco
 COGNOME E NOME DEL SOGGETTO DI RIFERIMENTO PER PRESCRIZIONI DELLA CLASSE
 Via Diaz 24 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE L.0000

Principio attivo

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Figura 3.

Bianchi Francesco
 COGNOME E NOME DEL SOGGETTO DI RIFERIMENTO PER PRESCRIZIONI DELLA CLASSE
 Via Diaz 24 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE L.0000

Nome commerciale (principio attivo)

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Figura 4.

la prescrizione del prodotto commerciale sia sempre vincolante per il farmacista, il medico prescrittore deve apporre la clausola "non sostituibile" e motivarla sinteticamente, come nell'esempio di figura 5.

Paziente affetto da un nuovo episodio di patologia non cronica

Anche nei casi di patologie non croniche, es. faringo-tonsillite purulenta, il medico prescrittore è tenuto a indicare in ricetta il nome del principio attivo, da solo o accompagnato ad un nome commerciale. Nel caso della cefixima, ad esempio, potrà agire come in figura 6 o compilare la ricetta come in figura 7, aggiungendo cioè il nome di un farmaco brandizzato. Tale indicazione non è vincolante per il farmacista che potrà consegnare ugualmente al paziente il generico a prezzo più basso.

Bianchi Francesco
 COGNOME E NOME DELLA SEDI/UNITÀ DI RICERCA (CON PRESSIONE DI SEGUIRE L'ESAME)
 Via Diaz 24 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE LAZIO

XYZFNC00M070612K

R M I O

Nome commerciale (principio attivo)
 Non sostituibile per riferite pregresse intolleranze a farmaci

15/08/12

FIRMA E
 TIMBRO DEL MEDICO

Figura 5.

Verdi Maria
 COGNOME E NOME DELLA SEDI/UNITÀ DI RICERCA (CON PRESSIONE DI SEGUIRE L'ESAME)
 Via Colonna 34 - 00100 ROMA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE LAZIO

XYZMRA00S45F205X

R M I O

Principio attivo

15/08/12

FIRMA E
 TIMBRO DEL MEDICO

Figura 6.

Affinché la scelta del prodotto commerciale sia vincolante per il farmacista, il medico prescrittore dovrà apporre la clausola di *non sostituibilità* e motivarla sinteticamente (es. **L.A.S.A.** = Look-Alike/Sound-Alike – vedi figura 8). Come abbiamo visto, per apporre la clausola di non sostituibilità nei casi 2 e 3 è necessaria una motivazione sintetica. Tale motivazione può essere riferita a:

- motivi clinici*, compresi quelli collegati all'anamnesi farmacologica; in tal caso si consiglia di indicare una breve descrizione, come, ad esempio, aderenza a terapia prescritta, riferita pregressa intolleranza a farmaci, riferita pregressa intolleranza ad eccipienti, riferita allergia al farmaco, rischio teratogeno in paziente in gravidanza o in corso di ricerca di gravidanza;
- "LASA"** acronimo di "Look-Alike/Sound-Alike"; per LASA si intendono quei farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica della confezione

Verdi Maria
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE Lazio

Nome commerciale (principio attivo)

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

15 08 12

Il form è un modulo standard per la prescrizione di farmaci, con campi per dati personali, dati del servizio sanitario nazionale, nome commerciale, data, e spazio per firma e timbro del medico. Sono presenti anche indicatori di sostituzione e di equivalenza.

Figura 7.

Verdi Maria
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE Lazio

Nome commerciale (Principio attivo)
 non sostituibile per L.A.S.A.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

15 08 12

Il form è simile al precedente, ma con la specificazione "non sostituibile per L.A.S.A." nel campo del nome commerciale.

Figura 8.

e/o fonetica del nome; questa circostanza può indurre facilmente ad errori in terapia farmacologica e ciò si osserva soprattutto nei soggetti fragili; per studiare, prevenire, fornire indicazioni agli operatori, ecc., il Ministero della Salute ha, infatti, attivato il progetto “Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti”; al link <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=2459&menu=sicurezza> possono trovarsi ulteriori informazioni.

Anche in questi casi è opportuno che tutte le motivazioni delle prescrizioni di farmaci “brandizzati” siano riportate nel registro del presidio della guardia e nell’allegato M.

Ricordiamo, infine, che l’AIFA mette a disposizione sul proprio sito le liste di trasparenza, mensilmente aggiornate, dei farmaci equivalenti e dei relativi farmaci originator. Tali liste sono reperibili all’indirizzo: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/liste-di-trasparenza-e-rimborsabilita>; o consultabili da smartphone e tablet con la app gratuita: ADR FIMMG AIFA.

Problemi medico-legali

► S. Ghiggi ► P. Persico ► C. Scuola

Il medico di Continuità Assistenziale opera in doppia veste: come medico in quanto tale (ed è tenuto a rispettare gli obblighi legali e deontologici che riguardano la generalità dei Sanitari) e come medico Convenzionato con il SSN (e sotto questo aspetto valgono le regole dei Codici legislativi e della Convenzione). Appena uscito dall'Università il Medico ha, in genere, scarsa cognizione del peso che l'atto medico riveste nei confronti della legge e spesso affronta il primo turno di Continuità Assistenziale senza averne chiara coscienza. I recenti cambiamenti della funzione del medico di Continuità Assistenziale, sanciti dal nuovo accordo collettivo nazionale (ACN) e l'entrata in vigore delle norme sulla privacy del paziente, sottopone il medico a nuove e più complesse responsabilità. Utile, a tal proposito, sarebbe leggere attentamente l'articolo 67 del nuovo ACN per avere un'idea abbastanza precisa dei propri doveri e dei limiti del proprio operato all'interno del Servizio di Continuità Assistenziale. In assenza di linee guida nazionali e regionali sulla definizione di appropriatezza degli interventi da scegliere relativamente alle richieste effettuate dall'utenza, è buona norma definire in maniera informata con il paziente le modalità e i tempi di esecuzione dell'intervento. Questo capitolo cercherà di guidare il medico di Continuità Assistenziale all'interno dei suoi compiti, facendogli osservare una serie di situazioni che lo possono mettere a rischio da un punto di vista legale.

Privacy

Diamo un occhio alle norme sulla privacy prima di addentrarci nei ruoli propri del servizio di Continuità Assistenziale. Il D. Lgs. 30 giugno 2003 n° 196, anche denominato codice o legge sulla privacy, è basato su una serie di concetti fondamentali che è necessario conoscere bene per poter comprendere lo spirito della normativa.

Il Garante sulla Privacy ha reso nota la prescrizione più importante, quella riguardante il trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario. Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie pubbliche e private deve essere garantita la più assoluta riservatezza nel più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità. Con la prescrizione vengono ribadite le misure minime di sicurezza che tutti i Titolari e gli Incaricati del trattamento devono adottare.

Considerato che il medico di Continuità Assistenziale rientra tra il personale che effettua il trattamento di dati personali per conto dell'Azienda, alla luce di quanto premesso, ed ai sensi dell'art. 30, comma 1 e dell'art. 30 comma 2 del D.Lgs. 196/03, egli assume il ruolo di Incaricato dei seguenti trattamenti: consultazione, raccolta, registrazione, comunicazione, estrazione dei dati personali dell'assistito. Inoltre il medico di Continuità Assistenziale è responsabile dei trattamenti succitati, solo nel suo orario di servizio. Alla luce del nuovo ACN, possiamo identificare nell'attività del medico di Continuità Assistenziale, due fattispecie, una più propriamente medico-gestionale ed una certificativa.

La prima la possiamo suddividere in tre grandi attività:

1. Il consulto telefonico
2. La visita domiciliare
3. La visita ambulatoriale.

La seconda, di cui parleremo più avanti, si suddivide essa stessa in due grandi attività:

1. La certificazione
2. La prescrizione.

Il consulto telefonico

La sua istituzionalizzazione come attività propria della Continuità Assistenziale, rappresenta la vera novità della nuova convenzione. Tuttavia, come già detto, l'assenza di linee guida Nazionali e Regionali che la strutturino con chiarezza, mette molto a rischio il medico, pertanto non deve essere utilizzata come uno strumento riduttivo dell'attività domiciliare. Si ricorda in tal senso l'Art. 328 C.P. (*rifiuto di atti d'ufficio. Omissione*) che frequentemente viene chiamato in causa dal giudice in caso di danno per mancata visita domiciliare: "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

La visita domiciliare

Rappresenta il momento vero di confronto tra il paziente e il medico di Continuità Assistenziale, ed in esso possono rintracciarsi diverse fattispecie legali a cui prestare attenzione. Nel suo esercizio il medico di Continuità Assistenziale può incorrere in varie specie di responsabilità, penale, civile e disciplinare, che conseguono a inosservanza degli obblighi o violazione dei divieti imposti al medico dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione, errata applicazione delle regole diagnostico-terapeutiche da cui derivi un danno al paziente (lesione personale o morte).

L'errore è la fattispecie più comune in cui può incorrere il medico. Esso si divide in:

ERRORE DIAGNOSTICO: si verifica quando, essendo una situazione clinica inequivocabilmente chiara e manifesta in quanto a segni e sintomi, in relazione a patologie ed infermità note, il caso non viene correttamente inquadrato (per diagnosi errata o non fatta) a causa di negligenza, imprudenza o imperizia.

ERRORE TERAPEUTICO: si verifica quando, pur essendo stato individuato un indirizzo diagnostico esatto, si prescrive una terapia errata a causa di negligenza, imprudenza o imperizia.

ERRORE OPERATIVO: si verifica, per negligenza e/o imprudenza e/o imperizia, quando nell'esecuzione di un procedimento diagnostico e/o terapeutico, si erra nella sua applicazione provocando un danno, temporaneo o permanente al paziente, per comparsa di lesioni o menomazioni.

ERRORE DI VALUTAZIONE: si verifica quando a causa di negligenza, imprudenza o imperizia si commette un errore sui provvedimenti da intraprendere (ad es.: ci penso io o chiamo l'ambulanza?).

ERRORE CERTIFICATIVO: si verifica quando a causa di negligenza, imprudenza o imperizia vengono commessi errori, omissioni o peggiori falsi nell'atto certificativo.

Anche l'omissione di soccorso e l'interruzione di pubblico servizio possono incorrere nell'attività propria del medico di Continuità Assistenziale. Si ha il dovere di prestare il soccorso possibile e necessario considerati i mezzi, il tempo ed il luogo per evitare o minimizzare il danno. Il medico può essere interessato tuttavia a due diversi tipi di obbligo: un "obbligo di soccorso" che riguarda tutti i medici, tenuti a prestare la loro opera nei casi di effettiva necessità, e un "obbligo contrattuale" derivante dai doveri d'ufficio del medico pubblico o convenzionato.

Art. 593 C.P. *Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato*

avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata. L'interruzione di pubblico servizio può avvenire anche per mancata tempestiva comunicazione della propria assenza.

Art. 331 C.P. (interruzione d'un servizio pubblico o di pubblica necessità): *“Chi, esercitando imprese di servizi pubblici o di pubblica necessità, interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e mezzo e con la multa... Omissis.*

La visita ambulatoriale

Segue gli stessi criteri della visita domiciliare. Attenzione particolare va prestata alla eventuale violazione della privacy (in sede ci sono i registri) ed alla idoneità dei locali ad ambulatorio.

Denuncia di reato

La denuncia è l'atto col quale il sanitario informa una pubblica autorità relativamente a fatti o notizie appresi nell'esercizio della professione, di cui è obbligato per legge a riferire.

Le sue caratteristiche sono:

- l'obbligatorietà,
- l'iniziativa del denunciante,
- la professionalità,
- l'oggetto,
- la finalità,
- la destinazione,
- la sanzione.

Si distinguono tre tipi di denunce in base all'oggetto:

1. amministrative (nascita o morte),
2. sanitarie (malattie infettive contagiose, le malattie veneree, le vaccinazioni obbligatorie...),
3. penali (referto e rapporto).

Recenti sentenze della Corte Suprema di Cassazione hanno riconosciuto al Medico di Continuità Assistenziale la qualifica ora di Pubblico Ufficiale, ora di Incaricato di un Pubblico Servizio. La denuncia va consegnata senza ritardo all'Autorità Giudiziaria (Procuratore della Repubblica presso la Pretura Circondariale o presso il Tribunale) anche attraverso gli Ufficiali o Sottufficiali dei Carabinieri o della Polizia, in quanto Ufficiali di Polizia Giudiziaria. Non dimenticate mai che essa è una descrizione, non un giudizio. Questo concetto deve essere ben presente nella vostra mente, mentre la redigete con tutta la precisione e la prudenza di cui siete capaci. Al Medico è richiesto di descrivere con ordine ed in termini chiari ciò che ha toccato con mano, visto, udito in prima persona. Quindi nessun giudizio avventato, anzi, nessun giudizio di alcun genere.

Art. 365 C.P. (omissione di 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 quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa... Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale”.*

Art. 362 (omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio): *“L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa.../ Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico”.*

Va ricordato che in seguito alla legge 23/03/2016 n.41 sono stati introdotti i reati di omicidio stradale (art. 589-bis) e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590-bis), commessi in violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale.

Il nuovo articolo 590-bis si applica in tutti quei casi in cui la malattia derivante dal sinistro stradale ha una durata superiore a 40 giorni, per cui la procedibilità è d'ufficio e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica; per le lesioni con prognosi di guarigione entro 40 giorni, invece, rimane la procedibilità a querela e la competenza del Giudice di Pace.

Pertanto, il Medico che riscontri un caso di lesioni colpose gravi o gravissime (cioè con prognosi superiore a 40 giorni) secondarie a incidenti stradali ha l'obbligo di redigere il referto oppure la denuncia, nel caso rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio.

Ai fini pratici e dal punto di vista formale non vi sono sostanziali differenze tra il referto e la denuncia, in quanto anch'essa deve essere trasmessa senza ritardo e contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, il giorno dell'acquisizione della notizia, le generalità della persona offesa ed eventuali ulteriori circostanze utili alla ricostruzione del fatto. Il referto o la denuncia possono essere inoltrati ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Carabinieri, Polizia, Guardia di Finanza, Guardia Costiera, Polizia Penitenziaria) o direttamente presso la Procura della Repubblica.

Prescrizione

La prescrizione dei farmaci costituisce un atto medico caratterizzato non solo da aspetti clinici ma anche amministrativi ed etici. La crescente attenzione che le Aziende Sanitarie rivolgono alla prescrizione, al fine di renderla appropriata, rende l'aspetto amministrativo particolarmente importante unitamente alla efficacia/efficienza dei trattamenti. Occorre definire cos'è e cosa si intende per ricetta medica e quale è la sua natura e valenza giuridica, quali sono le indicazioni prescrittive che ha la C.A. sia relative alla tipologia di farmaci da prescrivere e sia alla durata della terapia.

Nella compilazione della ricetta è buona norma seguire alcune indicazioni generali.

Per ricetta s'intende l'autorizzazione, data in forma scritta al farmacista, perché questi possa consegnare uno o più medicinali al paziente che ne necessita. La "spedizione" di una ricetta quindi non è un precetto (ordine) ma un'autorizzazione alla quale il farmacista dà effetto giuridico, dopo averne accertata la conformità di legge. Esistono varie tipologie di ricette.

Nuovo ricettario SSN

Il Decreto 18.5.2004 (GU n 251 del 25.10.2004 – S.O. n. 159) sostituito dal decreto 17/03/2008 (GU SO 11-4-08) ha definito le caratteristiche della nuova ricetta SSN ovvero del "modello di ricetta medica a lettura ottica destinato ad essere utilizzato per le prescrizioni di prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, del Ministero della Salute e delle istituzioni estere in base alle norme comunitarie o accordi internazionali, presso strutture a gestione diretta o accreditate". I nuovi ricettari sono utilizzabili oltre che per tutti coloro che sono iscritti al SSN anche per le prescrizioni ai cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale. Il nuovo modello di ricetta è unico per tutte le regioni. L'assegnazione del ricettario al medico prescrittore rileva tutte le caratteristiche di appartenenza dell'Azienda sanitaria di erogazione della prescrizione. È pertanto necessaria una attribuzione *univoca* del ricettario ad un unico prescrittore che ne è completamente responsabile.

Il medico di Continuità Assistenziale deve utilizzare un apposito ricettario con la dicitura "Servizio di Continuità Assistenziale" (art.67 comma 9 ACN 25/03/2005). Dal momento che i

dati di prescrizione verranno inviati direttamente dalle farmacie che dispensano i medicinali e dalle strutture di erogazione delle prestazioni sanitarie (per il tramite della regione) al Ministero dell'Economia e delle Finanze è importante la massima cura nella conservazione e nell'uso del ricettario allo scopo di evitare lacerazioni, abrasioni e macchie che possano risultare di pregiudizio alle operazioni di lettura ottica.

Si raccomanda di utilizzare per i timbri inchiostri neri e non oleosi e per la compilazione manuale penne a sfera ad inchiostro nero. Si raccomanda inoltre, qualora non ci si avvalga di stampanti ed apparecchiature informatiche, la massima chiarezza nella trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici. Nel caso in cui ci si avvalga di stampanti è necessario controllare l'intensità dell'inchiostro per permetterne la rilevazione da parte dei lettori ottici.

Deve essere posta la massima cura nella compilazione manuale di caratteri numerici o alfabetici, all'interno delle opportune caselle; pertanto occorre:

- scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi;
- riportare un solo carattere per casella; non uscire dai bordi colorati delle caselle;
- non legare i caratteri tra loro;
- evitare cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri;
- non barrare o annullare le caselle inutilizzate tranne i campi previsti: ricetta non esente o casella note CUF/AIFA che vanno barrati in tutti i casi in cui non sono utilizzate;
- la biffatura (barratura) va effettuata apponendo un segno evidente (come una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio.

L'indicazione in chiaro del cognome e del nome dell'assistito, ovvero delle iniziali, nonché del domicilio dello stesso nei casi previsti dalla legge, costituisce un adempimento necessario per la validità dell'atto prescrittivo anche in presenza dell'indicazione del codice fiscale. Il codice dell'assistito deve essere sempre indicato dal medico prescrittore nelle caselle contigue predisposte per la lettura ottica destinate alla indicazione del codice fiscale dell'assistito SSN e del personale navigante iscritto al SASN o, nel caso degli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice a barre relativo al codice fiscale dell'assistito da parte dei medici prescrittori, prevista dall'articolo 3 del decreto, è infatti consentito ai predetti medici di riportare in "chiaro" il codice fiscale dell'assistito. In caso di mancata indicazione del codice nell'area a ciò destinata l'erogazione della prestazione non può avvenire a carico del SSN e quindi il costo della prestazione dovrà essere pagato per intero.

Solo nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere l'elemento non deve essere compilato e i dati assicurativi dell'assistito dovranno essere riportati sul verso della ricetta. Area Esenzione: il prescrittore deve barrare la casella contrassegnata dalla lettera "N" in caso di assenza di esenzione per patologia, mentre nel caso in cui l'assistito abbia diritto all'esenzione il medico riporterà il codice corrispondente alla tipologia di esenzione riconosciuta; la compilazione dell'area esenzione per reddito deve essere effettuata da parte del soggetto erogatore, mediante la marcatura della casella contrassegnata dalla lettera "R. Di fondamentale importanza è, da parte del prescrittore, compilare i campi "SIGLA PROVINCIA" e "CODICE ASL" (se individuabile) nel caso in cui la prescrizione venga rilasciata a cittadini non residenti nella Azienda sanitaria di erogazione della prestazione per permettere l'assegnazione del rimborso della prescrizione stessa. Area timbro e firma del medico: area a riempimento obbligatorio riservata alla apposizione del timbro e della firma autografa del medico.

La compilazione del campo "NUMERO CONFEZIONI/ PRESTAZIONI" è obbligatoria; si sottolinea a tal proposito che è richiesta la compilazione con allineamento a sinistra: (es. l2l_1_1)

Il campo "TIPO RICETTA" non va compilato per assistiti SSN residenti. Va compilato nel caso di:

- assistiti SASN italiani (codice NA per visita ambulatoriale, ND per visita domiciliare);

- assistiti SASN stranieri (codice NE per soggetti assistiti da istituzioni estere europee, NX per soggetti assistiti da istituzioni estere extra europee);
- soggetti assicurati da istituzioni estere (codice UE istituzioni europee, EE istituzioni extra europee). (in questo caso oltre a compilare il retro della ricetta con tutti i dati inclusi il numero di tessera europea, dobbiamo compilarne una seconda in cui riporteremo il tipo di prestazione erogata, tale ricetta verrà consegnata all'ASL che provvederà al rimborso della prestazione

La data di prescrizione deve essere sempre indicata trascrivendo nella apposita area i due caratteri numerici identificativi di giorno, mese e anno.

La ricetta contenente prescrizioni farmaceutiche ha validità di 30 giorni dalla data di prescrizione, escluso il giorno stesso dell'emissione.

I medici di Continuità Assistenziale utilizzano i ricettari forniti secondo le modalità stabilite da ogni azienda.

Il farmaco va scritto in maniera chiara specificando il tipo di confezione (comprese fiale, ecc.) ed il dosaggio desiderato; esempio:

R/Unasyn 1 gr + 500 mg due scatole

R/Clarithromicina 500 cp una scatola

In una singola ricetta al medico di Continuità Assistenziale è consentita la prescrizione di due confezioni e non dello stesso farmaco, fanno eccezione quei farmaci, vedi Antibiotici Iniettivi, per cui possiamo prescriberne fino a sei confezioni; comunque alla Continuità Assistenziale competono solo prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile fino a 72 ore ponendo, al momento della prescrizione, timbro e firma.

Ricetta ministeriale speciale (RMS) e prescrizioni di medicinali stupefacenti o psicotropi

(Normativa di riferimento: DPR n. 309/90; art. 90 D.Lgs 219/2006; L. n.12/2001; L. 49/2006; DM 10.3.2006; DM 18.04.2007; Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, Decreto Ministero della Salute 18 maggio 2018 G.U. Serie Generale, n. 126 del 01 giugno 2018). La L. 49/2006 ha profondamente modificato la classificazione degli stupefacenti e, sulla base di questo nuovo ordinamento, ha introdotto nuove modalità di prescrizione rispetto a quelle precedentemente previste dal DPR 309/90, un nuovo tipo di ricettario da utilizzare e ha modificato i tempi di conservazione delle ricette. Il Decreto legge 20 marzo 2014 ha suddiviso gli stupefacenti in 4 tabelle:

- la **Tabella I sez. A** raccoglie tutte le sostanze stupefacenti incluso l'oppio e le sostanze da esso derivate, le foglie di coca e loro derivati anche sostanze ottenute dalla loro trasformazione chimica, le sostanze di tipo amfetaminico ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale; ogni altra sostanza che produca effetti sul sistema nervoso centrale ed abbia capacità di determinare dipendenza fisica o psichica dello stesso ordine o di ordine superiore a quelle precedentemente indicate; gli indolici, siano essi derivati triptaminici che lisergici, e i derivati feniletilamminici, che abbiano effetti allucinogeni o che possano provocare distorsioni sensoriali; i tetraidrocannabinoli, i loro analoghi, le sostanze ottenute per sintesi o semisintesi che siano ad essi riconducibili per struttura chimica o per effetto farmaco-tossicologico; ogni altra pianta o sostanza naturale o sintetica che possa provocare allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali e tutte le sostanze ottenute per estrazione o per sintesi chimica che provocano la stessa tipologia di effetti a carico del sistema nervoso centrale; le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla presente lettera, in conformità alle modalità indicate nella tabella dei medicinali di cui alla lettera e);

- la **Tabella I Sezione B** che comprende i principi attivi delle sostanze sottoposte a controllo dopo il 27 febbraio 2006;

- la **Tabella II** che comprende i principi attivi delle sostanze medicinali quali la cannabis indica e i prodotti da essa ottenuti; le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla presente lettera, in conformità alle modalità indicate nella tabella dei medicinali di cui alla lettera e);

- la **Tabella III** che comprende, i barbiturici che hanno notevole capacità di indurre dipendenza fisica o psichica o entrambe, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad essi assimilabili. Sono pertanto esclusi i barbiturici a lunga durata e di accertato effetto antiepilettico e i barbiturici a breve durata di impiego quali anestetici generali, sempre che tutte le dette sostanze non comportino i pericoli di dipendenza innanzi indicati; le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla presente lettera, in conformità alle modalità indicate nella tabella dei medicinali di cui alla lettera E);

- la **Tabella IV** comprende, le sostanze per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti dalle sostanze elencate nelle tabelle I e III; le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla presente lettera, in conformità alle modalità indicate nella tabella dei medicinali di cui alla lettera E).

Il decreto 20 Marzo 2014 introduce la tabella delle specialità medicinali classificandole in Sezioni A-B-C-D-E.

Sezione A: i medicinali contenenti le sostanze analgesiche oppiacee naturali, di semisintesi e di sintesi; i medicinali di cui all'allegato III -bis al presente testo unico; i medicinali contenenti sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di grave dipendenza fisica o psichica; i medicinali contenenti barbiturici che hanno notevole capacità di indurre dipendenza fisica o psichica o entrambe, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad essi assimilabili. Essi sono soggetti a prescrizione Medica Speciale, ricetta Ministeriale a ricalco (RMS), tranne che per i farmaci inseriti nella tabella III bis, che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate nella Terapia del Dolore.

Sezione B: i medicinali che contengono sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti dai medicinali elencati nella sezione A; i medicinali contenenti barbiturici ad azione antiepilettica e quelli contenenti barbiturici con breve durata d'azione; i medicinali contenenti le benzodiazepine, i derivati pirazolopirimidinici ed i loro analoghi ad azione ansiolitica o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso e generare farmacodipendenza;

- Medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovarsi volta per volta (Ricetta NON ripetibile).

Sezione C: i medicinali contenenti le sostanze elencate nella tabella dei medicinali, sezione B, da sole o in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico, per i quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica;

- Medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovarsi volta per volta (Ricetta NON ripetibile).

Sezione D: i medicinali contenenti le sostanze elencate nella tabella dei medicinali, sezioni A o B, da sole o in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico quando per la loro composizione qualitativa e quantitativa e per le modalità del loro uso, presentano rischi di abuso o farmacodipendenza di grado inferiore a quello dei medicinali compresi nella tabella dei medicinali, sezioni A e C, e pertanto non sono assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione; i medicinali ad uso parenterale a base di benzodiazepine; i medicinali per uso diverso da quello iniettabile, i quali, in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico non stupefacenti contengono alcaloidi totali dell'oppio con equivalente ponderale in morfina non superiore allo 0,05 per cento in peso espresso come base anidra; i suddetti medicinali devono essere tali da impedire praticamente il recupero dello stupefacente con facili ed estemporanei

procedimenti estrattivi; 3-bis) in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale;

- Medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovarsi volta per volta (Ricetta NON ripetibile), tranne che per i farmaci inseriti nella tabella III bis, che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate nella Terapia del Dolore.

Sezione E: i medicinali contenenti le sostanze elencate nella tabella dei medicinali, sezioni A o B, da sole o in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico, quando per la loro composizione qualitativa e quantitativa o per le modalità del loro uso, possono dar luogo a pericolo di abuso o generare farmacodipendenza di grado inferiore a quello dei medicinali elencati nella tabella dei medicinali, sezioni A, B, C o D. Nelle tabelle di cui al comma 1 sono compresi, ai fini della applicazione del presente testo unico, tutti gli isomeri, gli esteri, gli eteri, ed i sali anche relativi agli isomeri, esteri ed eteri, nonché gli stereoisomeri nei casi in cui possono essere prodotti, relativi alle sostanze incluse nelle tabelle I, II, III e IV, e ai medicinali inclusi nella tabella dei medicinali, salvo sia fatta espressa eccezione, almeno una delle denominazioni sopra indicate, purché idonea ad identificarla.

- Medicinali soggetti a prescrizione Medica Ripetibile.

Il nuovo modello di ricetta RMS

La L. 49/2006 ha introdotto un nuovo modello di ricetta a ricalco, approvata poi con D.M. 10.03.2006, che sostituisce sia la "vecchia" ricetta ministeriale a madre e figlia (il cosiddetto ricettario giallo distribuito dall'Ordine dei Medici) che la ricetta a ricalco precedentemente utilizzata per la prescrizione di analgesici stupefacenti dell'allegato III bis. Il Decreto Ministeriale è entrato in vigore il 15 aprile 2006.

Il nuovo ricettario va utilizzato solo per la prescrizione dei medicinali compresi nella Tabella II Sezione A (con l'eccezione di Paracetamolo/codeina fosfato, che è in Tabella II sezione D, per le indicazioni rimborsate dal SSN e cioè per il trattamento del dolore nella patologia neoplastica o degenerativa).

Il nuovo ricettario, prevede un unico modello da compilare in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal SSN e in triplice copia a ricalco per i medicinali invece forniti in regime di SSN e si presenta in blocchetti da trenta ricette numerate progressivamente.

La CIRCOLARE del MINISTERO DELLA SALUTE del 4 novembre 2003, n. 7990 per la prescrizione di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore. (Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10/1/2004) in applicazione della legge 8 febbraio 2001, n. 12, così recita:

.... Tutti i laureati in medicina e chirurgia e in medicina veterinaria, abilitati alla professione, devono ritirare il ricettario autocopiante presso la AUSL a cui fanno riferimento. Il ricettario autocopiante è sempre personale del medico o del veterinario, è utilizzato anche per prescrizioni che originano in strutture sanitarie convenzionate con il SSN ed è valido su tutto il territorio nazionale....

Le Aziende Sanitarie Locali provvedono alla distribuzione delle ricette ai medici operanti nel territorio di competenza, in ragione del fabbisogno preventivato dagli stessi. I ricettari sono consegnati direttamente al medico.

Norme d'uso dei nuovi ricettari RMS

La ricetta deve essere utilizzata per prescrivere medicinali compresi nella tabella II sezione A e nell'allegato III bis del T.U. stupefacenti; la ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

COGNOME E NOME _____

INDIRIZZO DELL'ASSISTITO _____

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE _____

CODICE FISCALE _____

ESENZIONE _____ CODICE ASI _____

PRESCRIZIONI

NUMERO CONFEZIONI _____ DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

Il form è composto da diverse sezioni: una per i dati personali (cognome, nome, indirizzo), una per i dati amministrativi (SSN, regione, codice fiscale, codice ASI), una per la prescrizione vera e propria (con tabelle per numero confezioni e data), e una per la firma e il timbro del medico. Sono presenti anche icone per esenzione e codice ASI.

Figura 1 - Ricetta del SSN.

Il medico può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni. Ricordate che al Medico di Continuità Assistenziale competono solo prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile fino a 72 ore.

La posologia indicata deve comportare che l'assunzione dei medicinali prescritti sia completata entro trenta giorni. Fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione. (Con riferimento a tale previsione, appare opportuno sottolineare che ogni responsabilità in merito alla eventuale "ripetizione" della prescrizione rimane esclusivamente in carico al medico prescrittore. Pertanto il farmacista potrà spedire le ricette che gli vengono presentate purché formalmente corrette, senza essere tenuto ad effettuare comparazioni tra diverse prescrizioni).

Per le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il medico rilascia all'assistito la ricetta in originale e la copia del SSN (che il farmacista invia alla AUSL di competenza per il rimborso) da consegnare in farmacia e la copia assistito/prescrittore che l'assistito conserva come giustificativo del possesso dei medicinali. In caso di auto prescrizione per uso "professionale urgente", il medico conserva la copia assistito/prescrittore come giustificativo del possesso dello stupefacente che dovrà essere caricato su di un registro entrata e uscita. Non esiste un modello ufficiale di registro; il registro deve essere conservato per due anni a far data dall'ultima registrazione. La ricetta risulterà firmata dal medico, in originale su tutte le copie. Anche il timbro deve comparire su tutte le copie.

Obblighi dei medici

La prescrizione dei medicinali indicati nella Tabella II, sezione A (ad es. oppiacei o flunitrazepam), può comprendere un solo medicinale per una cura di durata non superiore a trenta giorni. Ricordate che al Medico di Continuità Assistenziale competono solo prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile fino a 72 ore.

Scompare pertanto il limite di cura di 8 giorni contenuto nella precedente legislazione. Il D.M.S. 28.06.2006, G.U. del 12.07.06 ha abrogato precedente D.M.S. che limitava la prescrizione di flunitrazepam ad una sola confezione contenente non più di 60 mg di principio attivo. In pratica, l'unico limite rimasto alla prescrizione di flunitrazepam è la durata della terapia che non deve superare i 30 giorni.

Ai fini del calcolo del termine di validità delle ricette, non deve essere considerato il giorno di redazione delle ricette stesse.

Nella ricetta devono essere indicati:

- cognome e nome dell'assistito;
- la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;
- l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
- la data e la firma per esteso di nome e cognome del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
- il timbro personale del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata.

Pertanto, rispetto alla precedente normativa, scompare l'obbligo di indicare la residenza dell'ammalato e scompare l'obbligo di indicare a tutte lettere la dose prescritta, e la posologia. Il timbro personale del medico, che non era previsto dal testo dell'articolo 43 del DPR 309/90, viene ora esplicitamente richiesto.

Con nota prot. N. 800 UCS/Ag1/L2884 del Ministero della Sanità è stato chiarito che il medico può utilizzare abbreviazioni del tipo i.m. (intramuscolo), mg. (milligrammi), cpr. (comprese) in quanto abbreviazioni non equivocabili e universalmente riconosciute.

La prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica o di necessità e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuità assistenziale è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni, secondo le disposizioni di cui all' art.15-decis del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni (DPR 28/7/2000, N. 270, art.36 comma 7). Nel caso sopra descritto, nello spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale del medico, deve essere riportata la denominazione e l'indirizzo della struttura sanitaria convenzionata con il SSN dove svolge attività il medico prescrittore. Le ultime disposizioni di legge prevedono infine, per i pazienti che necessitano che il medico debba poter praticare la terapia del dolore anche a domicilio, per cui in questo caso il medico di Continuità Assistenziale è tenuto a trasportare il farmaco che si è autoprescritto mettendo sulle ricette al posto del nome la dicitura AUTOPRESCRIZIONE ed omettendo la posologia.

Ricetta medica ripetibile

È sostanzialmente un documento scritto, dal medico per il farmacista, a consegnare farmaci che vanno venduti con autorizzazione (Normativa di riferimento: D.Lgs. 219 del 2006 art. 88; Norma Tecnica: Tab. 4 F.U. XIa ed.). La ripetibilità è ammessa, salvo diversa indicazione del medico prescrivente, per un periodo non superiore a 6 mesi dalla data di compilazione della ricetta e comunque per non più di dieci volte.

La validità della ricetta è pertanto di 6 mesi dalla data del rilascio.



ATTENZIONE: Per quanto riguarda la ripetibilità fanno eccezione le ricette di farmaci appartenenti alla Tabella II sezione E delle sostanze stupefacenti e psicotrope (ad esempio farmaci a base di benzodiazepine ad uso orale) che sono ripetibili per un massimo di tre volte in un mese.

Ricetta medica non ripetibile

È una ricetta resa obbligatoria dal Ministero della Salute per tutti quei farmaci con rischi potenziali di tossicità acuta e cronica, o determinanti assuefazione e tolleranza con conseguente possibilità di abuso da parte del paziente che comunque possono comportare rischi particolarmente elevati per la salute (Normativa di riferimento: D.Lgs. 219 del 2006 art. 89; Norma Tecnica: Tab. 5 F.U. XI a ed.)

La ricetta ha validità limitata a 30 giorni escluso quello del rilascio se vengono prescritte specialità o medicinali galenici preconfezionati uso umano. Con il prolungamento del periodo di validità delle prescrizioni non ripetibili fino a 30 giorni è stato uniformato il periodo di validità della ricetta al periodo di validità ai fini del rimborso SSN. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 13 gennaio 2016 rientrano in tale tipologia (ricetta medica non ripetibile) anche le prescrizioni di pillole anticoncezionali quando la terapia si protragga per oltre due mesi. La modifica del regime di prescrizione interessa le forme anticoncezionali nella forma farmaceutica orale appartenente alle classi ATC G03AA (progestinici ed estrogeni, combinazioni fisse), G03AB (progestinici ed estrogeni, preparazioni sequenziali) G03AC (progestinici).

Il Medico deve indicare sulla ricetta il codice fiscale anche nel caso di prescrizioni su ricette a pagamento di medicinali Tabella II sezione B e C degli stupefacenti. Il farmacista annoterà quindi il codice fiscale nel registro di carico e scarico degli stupefacenti. In merito alla possibilità di utilizzare le sole iniziali del nome e cognome, va detto che le sole condizioni attualmente previste dalla legge per la salvaguardia dell'anonimato riguardano la prescrizione di specialità medicinali per indicazioni o vie di somministrazione o modalità di somministrazione diverse da quelle autorizzate e le prescrizioni di preparazioni magistrali di cui alla Legge n. 94 del 1998.

Un'interpretazione più estensiva alla luce della legge sulla privacy porta alla conclusione che le iniziali del nome e cognome del paziente possano essere indicate sulle ricette non ripetibili ogni qualvolta si manifestino ragionevoli motivi di riservatezza. Va inoltre aggiunto che esistono attualmente delle previsioni di garanzia dell'anonimato per quanto riguarda le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione HIV (DM 13.10.1995) e nel caso di terapia volontaria e anonimato da parte di chi faccia uso di sostanze stupefacenti (art. 120 DPR 9.10.1990, n. 309). In nessun caso però si fa menzione di anonimato nelle prescrizioni mediche di farmaci antiretrovirali o stupefacenti). Va indicato inoltre il dosaggio (ne esiste più di uno), forma farmaceutica (cpr, cps, fiale, ecc.), numero di unità posologiche per confezioni, numero di confezioni totali, la data e firma. Il medico di Continuità Assistenziale deve essere identificabile mediante chiara indicazione delle sue generalità (stampigliatura a stampa, timbro o scrittura chiara).

Ricetta limitativa

I medicinali soggetti a ricetta medica limitativa sono quelli la cui prescrizione o la cui utilizzazione è limitata a taluni medici o a taluni ambienti. Sono medicinali erogabili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 D.Lgs 219/2006). Sebbene utilizzabili anche in trattamenti domiciliari, richiedono che la diagnosi sia effettuata in ambienti ospedalieri o in centri che dispongono di mezzi di diagnosi adeguati, oppure che la diagnosi stessa ed eventualmente il controllo in corso di trattamento, siano riservati allo specialista. Questi medicinali devono recare sull'imballaggio esterno o, in mancanza di questo, sul confezionamento primario, dopo le frasi «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica», o «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta», la specificazione del tipo di struttura o di specialista autorizzato alla prescrizione.



ATTENZIONE: Le limitazioni riportate riguardano esclusivamente il regime di dispensazione, non quello di concedibilità a carico del SSN, per il quale valgono i contenuti delle specifiche note AIFA.

In particolare, l'art. 70 del collegato alla Finanziaria 1999 ha previsto che l'AIFA, quando sottopone a particolari condizioni o limitazioni l'erogazione di un medicinale a carico del SSN, può prevedere, anche nel caso di prodotti soggetti a "ricetta limitativa", che la diagnosi

e il piano terapeutico siano stabiliti da centri o medici specializzati e che la prescrizione delle singole confezioni, secondo il piano predetto, potrebbe essere affidata anche al medico di Continuità Assistenziale. Non è necessario allegare alla ricetta SSN alcun piano terapeutico in originale o in fotocopia, essendo obbligo del Centro che redige il piano stesso di trasmetterne copia al servizio farmaceutico dell'ASL. All'atto di ricettare però il Medico di Continuità Assistenziale deve invece verificare l'esistenza di tale Piano Terapeutico sul documento rilasciato al paziente.

La Ricetta elettronica

Il decreto legge del 18 ottobre 2012 n° 179 "Ulteriori Misure Urgenti per la crescita del Paese" all'art.13 stabiliva che al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, accelerando la sostituzione delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico, generate secondo le modalità di cui al decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze in data 2 novembre 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 264 del 12 dicembre 2012, concernente la dematerializzazione della ricetta cartacea di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le regioni e le province autonome, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legge, dovevano provvedere alla graduale sostituzione delle ricette cartacee con quelle elettroniche. Ad oggi tutte le regioni, con percentuali variabili da regione a regione, inviano in modalità dematerializzata le ricette relative alle prescrizioni farmaceutiche, di esami di laboratorio e specialistiche, restando invece su ricetta SSN le ricette per prescrizioni di farmaci DPC ed i ricoveri. Con la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* del 31 dicembre 2015 entra in vigore il DPCM del 14 novembre 2015 che rende spendibile la ricetta dematerializzata in tutte le farmacie d'Italia. Al paziente che richiede prescrizioni di farmaci viene stampato dal medico di AP un promemoria a titolo di ricevuta.

Sanzioni per il medico

La non osservanza delle modalità di prescrizioni (art. 89 D.Lgs n.219/06) comporta la sanzione amministrativa da € 300,00 a € 1.800,00 (art. 148, c.9, D.Lgs n.219/06). L'inosservanza della prescrizione delle ricette in formato elettronico comporta l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55-*septies*, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Certificazioni di malattia

Il certificato medico è una attestazione scritta richiesta dal paziente di fatti e comportamenti, tecnicamente apprezzabili e valutabili dal medico nell'esercizio della sua attività, destinato a provarne la verità, riproduzione integrale, fedele, obiettiva, di fatti biologici direttamente constatati dal certificante (Medico Curante) la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa. Le certificazioni da parte del medico di Continuità Assistenziale sono regolamentate dall'art 67 commi 9 e 16 lettera a):

"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 dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 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.

Sono inoltre obblighi e compiti del medico: la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista; la constatazione di decesso”.

L’art. 22 del Codice di Deontologia Medica così recita “il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare ed attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato.”

Il certificato medico deve inoltre avere: diagnosi (Nei limiti del d.lg. 30 giugno 2003, n. 196) e prognosi (chiaramente esplicitate e derivanti in modo conseguente dai fatti riportati), attesta l’incapacità lavorativa temporanea specifica e non può mai indicare una data d’inizio successiva a quella del rilascio rilasciato gratuitamente.

Il medico di Continuità Assistenziale è più suscettibile ad essere ingannato con sintomi vaghi da chi desidera avvalersi di un certificato medico per sottrarsi ai suoi doveri. Dovrebbe diagnosticare solo quanto da lui personalmente riscontrato. È però possibile e plausibile che alcuni stati morbosi di breve durata ma di elevata intensità inabilitante provochino disturbi che non siano visibili o che siano scomparsi all’atto della visita medica: per es. una crisi di emicrania, una nevralgia del trigemino, una crisi di vertigine acuta, un’enterite con diarrea profusa ma transitoria. Il medico di Continuità Assistenziale anche in questi casi deve rilasciare al paziente il certificato perché anche di fronte alla più subiettiva delle infermità egli non può escludere che quella infermità sussista e non può contrastare o eludere l’interesse del paziente ad ottenere il certificato. In tal caso il medico deve certificare che il paziente “accusa” o “riferisce” ad esempio cefalee o colica renale che è formula idonea a lasciare al paziente la paternità e responsabilità di quanto egli dice al medico in merito ad infermità “non obiettivabili” (Boll. O. M. di Roma e Prov., n.3, 1983). Il medico che certifica una malattia inesistente o che per banale accondiscendenza dà i giorni di malattia a un paziente che non è malato commette un falso in atto pubblico e rischia fino a sei anni di reclusione (Corte di Cassazione Sezione V sentenza 18 marzo 1999 numero 352).

La produzione di una attestazione non rispondente al vero di dati obiettivamente rilevati (non il giudizio interpretativo diagnostico e/o prognostico che da essi può derivare) rientra invece nella falsità ideologica. È previsto dal codice penale che: “Chiunque, nell’esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente con un certificato, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 50 fino ad euro 500. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro”. (art. 48 C.P.). Trattandosi di un delitto contro la fede pubblica, il reato è consumato con il solo rilascio del certificato, anche se il fine prefissato non viene raggiunto. Quando il certificato è un atto pubblico, in quanto redatto da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, le pene sono più elevate.



ATTENZIONE: Il Medico di Continuità Assistenziale nei confronti degli assistiti iscritti negli elenchi del SSN viene considerato, nella certificazione, un pubblico ufficiale.

Per i medici pubblici ufficiali e per gli incaricati di pubblico servizio la compilazione ed il rilascio di un certificato costituiscono non solo un dovere deontologico, ma in alcuni casi anche un obbligo di legge, configurandosi nel rifiuto alla certificazione l’omissione di atti d’ufficio. Ogni medico di Continuità Assistenziale tuttavia deve rifiutare di redigere i certificati su diagnosi e prognosi attestate da altri (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, specialisti privati) oppure certificazioni non corrispondenti al vero e le certificazioni non espressamente previste dal Capo III° dell’ACN.

La Certificazione di malattia online

Il decreto 26 febbraio 2010 "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC", emanato secondo quanto previsto dall'articolo 8 comma 3 del DPCM 26 marzo 2008, stabilisce le regole tecniche per la trasmissione telematica dei certificati medici per il settore privato.

Analogamente, il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150, con l'articolo 69 dispone che per la trasmissione telematica dei certificati medici per i dipendenti pubblici si applicano le medesime modalità stabilite per la trasmissione dei certificati medici nel settore privato. Il Medico di CA ha l'obbligo di ritirare le credenziali di accesso al sito Sistema TS, mentre le ASL devono fornire le sedi di guardia di computer e collegamenti alla rete internet. Sono state sviluppate nel corso del 2015 applicazioni per l'invio tramite telefono cellulare come "FIMMG TOOLS, strumenti per il MMG" che consentono l'invio delle certificazioni in maniera semplice e veloce.

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia è finalizzato a consentire l'invio, da parte dei medici del SSN, dei certificati attestanti l'assenza per malattia per i lavoratori sia del settore privato sia del settore pubblico all'INPS e, per il suo tramite, ai rispettivi datori di lavoro ovvero all'INPDAP. Dal 13 settembre 2011 scompare l'obbligo per il medico di stampare il certificato telematico, potendo il medico di CA rilasciare attestazione di invio telematico; le aziende invece hanno l'obbligo di scaricare attraverso il Sistema TS le certificazioni di malattia dei propri lavoratori (Circolare INPS 117 del 9/9/2011).

Sono esonerati dall'invio telematico della certificazione, i dipendenti della pubblica amministrazione, in regime di diritto pubblico, che dispongono di ordinamenti particolari ai sensi del disposto decreto 30 marzo 2001 n°165 [magistrati ordinari, amministrativi e contabili, gli avvocati e procuratori dello Stato, i professori e ricercatori universitari, il personale della carriera diplomatica, il personale della carriera prefettizia, il personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR), il personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB), il personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, il personale militare, le forze di polizia di Stato, il personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria e il personale, anche di livello dirigenziale, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, esclusi il personale volontario e il personale volontario di leva]. Per l'anno 2018 la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica con Decreto del 17 ottobre 2017 n. 206, pubblicato sulla G.U. n. 302 del 29/12/2017 ha emanato il regolamento recante le modalità per lo svolgimento delle visite fiscali e per l'accertamento delle assenze dal servizio per malattia, nonché l'individuazione delle fasce orarie di reperibilità. In particolare l'art. 4 stabilisce le esclusioni dall'obbligo della reperibilità per:

- a) patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
- b) causa di servizio riconosciuta che abbia dato luogo all'ascrivibilità della menomazione unica o plurima alle prime tre categorie della Tabella A allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, ovvero a patologie rientranti nella Tabella E del medesimo decreto;
- c) stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta, pari o superiore al 67%.

L'esonero dalla reperibilità deve essere certificato dal medico che emette il certificato di malattia biffando (nell'area dati diagnosi) l'apposito elemento (a, b, c).

La Certificazione INAIL - Certificato Medico di Infortunio o Malattia professionale

Ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 151/2015 viene disposto che "Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore. Ogni certificato di

infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione. La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, di cui ai commi ottavo e nono, è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore. I dati delle certificazioni sono resi disponibili telematicamente dall'Istituto assicuratore ai soggetti obbligati a effettuare la denuncia in modalità telematica, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni".

A tale riguardo, il Ministero della salute con circolare n. 7348 del 17 marzo 2016, ai fini dell'individuazione dei soggetti tenuti all'obbligo dell'invio telematico dei certificati medici ha chiarito il concetto di prima assistenza. Il riferimento a qualunque medico è necessariamente da circoscrivere alla sola previsione di richiesta di intervento professionale che rientri in una prestazione inquadrabile come "prima assistenza" intesa quale prestazione professionale qualificata rientrante nell'ambito di procedure organizzative strutturate per fornire assistenza medica, anche solamente di base". Pertanto il Medico di Continuità Assistenziale ha l'obbligo di munirsi delle credenziali per l'invio telematico di tali certificazioni (Allegati A e B).

La circolare ministeriale interviene anche in merito al termine dell'invio della certificazione medica, stabilendo che l'obbligo si considera correttamente assolto ogni qualvolta la compilazione del certificato e il relativo invio siano avvenuti entro le ore 24 del giorno successivo all'intervento di prima assistenza nei termini su specificati.

Allegato A

ABILITAZIONE AI SERVIZI TELEMATICI PER MEDICI ESTERNI/PRESIDI OSPEDALIERI

Istruzioni per l'utilizzo del modulo

Il modulo deve essere utilizzato per la richiesta delle credenziali necessarie all'accesso al servizio di rilascio della certificazione medica di Infortunio e Malattia Professionale.

La domanda di abilitazione potrà essere presentata alternativamente:

- Presso le **sedi territoriali Inail** allegando al modulo di richiesta compilato e firmato copia fronteretro del documento d'identità in corso di validità.
- in **via telematica**, con le seguenti modalità:
 - Utente in possesso di Carta Nazionale dei Servizi (CNS), credenziali Inps o credenziali dispositive Inail: dovrà utilizzare, per l'invio della richiesta, il servizio *InailRisponde* disponibile nella sezione Contatti (o Supporto) del portale www.inail.it, utilizzando la categorizzazione "Prestazioni a tutela del Lavoratore – Assistenza ai servizi online – Registrazione ed autenticazione".
 - Utente in possesso di credenziali generiche (Cittadino generico o medico competente): dovrà utilizzare, per l'invio della richiesta, l'apposito servizio online "*Richiedi credenziali dispositive*" presente sul portale istituzionale www.inail.it, utilizzando la categorizzazione "Prestazioni a tutela del Lavoratore – Assistenza ai servizi online – Registrazione ed autenticazione".
 - Utente sprovvisto di credenziali: dovrà, prioritariamente, registrarsi come "Utente generico/Cittadino" ed utilizzare, per l'invio della richiesta, l'apposito servizio online "*Richiedi credenziali dispositive*" presente sul portale istituzionale www.inail.it, utilizzando la categorizzazione "Prestazioni a tutela del Lavoratore – Assistenza ai servizi online – Registrazione ed autenticazione".

L'Istituto, ricevuta la richiesta telematica, provvederà al rilascio delle credenziali. In caso di mancata corrispondenza tra i dati anagrafici indicati nella domanda e quelli contenuti nel documento d'identità, l'utente riceverà una mail/PEC informativa con indicati i motivi di rifiuto della richiesta di attribuzione del proprio profilo. In caso di urgenza si consiglia di richiedere l'abilitazione alla sede Inail territoriale più vicina. La domanda di abilitazione deve essere firmata e ad essa va allegata copia fronteretro del documento d'identità in corso di validità.

Regole di riservatezza della password

È necessario adottare un comportamento di riservatezza per le credenziali di accesso al portale INAIL.

Non è consentito:

- Comunicare le credenziali di autenticazione (codice identificativo e password) o condividerle con altre persone;
- Consentire a terzi l'accesso al servizio con le proprie credenziali utente;
- Accedere al servizio utilizzando le credenziali di un altro utente.

Allegato B

INAILISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Alla sede INAIL di _____

Pec _____

Email _____

OGGETTO: Richiesta di attribuzione “codice medico” e di abilitazione ai servizi online INAIL per i medici esterni.

Il sottoscritto _____ Nato a _____ Prov. _____

Il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. _____ Cap _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell.* _____

Pec* _____ Email _____

CHIEDEL'attribuzione del “codice medico” e l'abilitazione all'accesso ai servizi disponibili nella sezione “Servizi online” del portale www.inail.it.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 per le false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi della provincia di _____ al n. _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla competente sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinata l'attribuzione del codice.

Allega alla presente domanda copia del documento di riconoscimento, in corso di validità.

data _____

Firma _____

*Campo obbligatorio

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Modulo aggiornato al 22/03/2016

La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi

Il medico di Continuità Assistenziale rilascia al lavoratore alimentarista apposita certificazione per la riammissione al lavoro dopo malattia (di qualsiasi natura) indicando nella certificazione: l'assenza di condizioni morbose e segni clinicamente rilevabili di malattie contagiose in atto controindicanti la ripresa dell'attività.

La clausola di cui al comma 3 dell'art. 47 del Contratto degli Alimentaristi (certificato di non contagiosità) è stata aggiornata sulla base dell'evoluzione delle normative regionali, che in alcuni casi sono intervenute nei confronti delle ASL prevedendo la soppressione, tra i certificati medici da rilasciare ai sensi di legge, di quello di "non contagiosità" per gli addetti all'industria alimentare, necessario ai fini della riammissione al lavoro degli alimentaristi summenzionati dopo un'assenza, di durata superiore ai cinque giorni, per malattia.

La constatazione di decesso

Il medico di Continuità Assistenziale *constata* (diagnostica) *l'avvenuto decesso* indicando le generalità del defunto, la data e l'ora della constatazione (es: si constata l'avvenuto decesso del sig/ra ... identificato mediante (documento) il giorno ... alle ore... timbro e firma del medico)

NON rientrano negli obblighi certificativi della Continuità Assistenziale:

1. Certificato di morte (redatto dal medico necroscopo)
2. Denuncia di causa di morte (MODULO ISTAT)
3. L'autorizzazione al trasporto della salma.

Modifiche al Testo Unico degli Stupefacenti (2014)

Con il **Decreto legge 20 marzo 2014, n. 36** (pubblicato sulla G. U. n 67 del 21 marzo 2014) sono state apportate alcune modifiche al Testo Unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), a seguito della sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale che ha ripristinato il sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope suddivise in quattro tabelle (I e III sanzioni maggiori; II e IV sanzioni minori), che sono state aggiornate con i nuovi inserimenti riportati nella sezione B della tabella I.

Per quanto riguarda i medicinali, è stata istituita una nuova tabella dei medicinali che consente la completa continuità nella produzione, prescrizione, distribuzione e dispensazione dei medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope, con particolare riferimento alle prescrizioni dei medicinali per la terapia del dolore e dei medicinali impiegati in corso di trattamento per la disassuefazione degli stati di dipendenza. Le modalità di prescrizione e di dispensazione restano, pertanto, invariate per tutte le terapie con medicinali a base di stupefacenti, restano invariate anche le modalità di gestione dei medicinali da parte degli operatori del settore farmaceutico.

Tutti gli stupefacenti e le sostanze psicotrope sono iscritti in cinque tabelle che vengono aggiornate ogni qualvolta si presenti la necessità di inserire una nuova sostanza o di variarne la collocazione o di provvedere ad una eventuale cancellazione.

I medicinali che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate sono inclusi nell'Allegato III bis.

Nelle **prime quattro** tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale.

Nella **tabella dei medicinali** sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il regime di dispensazione ad uso di medici, farmacisti e operatori del settore farmaceutico. In modo sintetico le tabelle comprendono:

Tabella I

- Opio e derivati oppiacei (morfina, eroina, metadone, ecc.)
- Foglie di Coca e derivati
- Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs)
- Allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico - LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina, ecc.)

Tabella II

- *Cannabis indica*

Tabella III

- Barbiturici

Tabella IV

- Benzodiazepine

Tabella dei medicinali

Nella Tabella dei medicinali sono inserite le sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche.

La tabella originale è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E dove sono distribuiti i medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso, nelle tabelle originali è anche indicato il regime di dispensazione.

- Medicinali a base di morfina e sostanze analgesiche oppiacee
- Medicinali di origine vegetale a base di *Cannabis*
- Barbiturici
- Benzodiazepine (diazepam, flunitrazepam, lorazepam, ecc.)

Le tabelle sono aggiornate generalmente con Decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogniqualvolta se ne presenti la necessità, cioè, ad esempio, quando:

- vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotrope
- una sostanza diventa oggetto di abuso
- qualche nuova droga viene immessa nel mercato clandestino
- quando viene registrato un nuovo medicinale ad azione stupefacente o psicotropa.

L'elenco di medicinali con forte attività analgesica che godono di particolari facilitazioni prescrittive per il trattamento dei pazienti affetti da dolore severo costituisce l'Allegato III bis al Testo unico degli stupefacenti:

- | | |
|-----------------|---------------|
| • Buprenorfina | • Metadone |
| • Codeina | • Morfina |
| • Diidrocodeina | • Ossicodone |
| • Fentanyl | • Ossimorfone |
| • Idrocodone | • Tapentadolo |
| • Idromorfone | |

TABELLA A

ALFENTANILE CLORIDRATO
 BUPRENORFINA CLORIDRATO
 BUPRENORFINA CLORIDRATO/NALOXONE
 CLORIDRATO DIIDRATO
 FENTANIL CITRATO
 FLUNITRAZEPAM
 KETAMINA CLORIDRATO
 METADONE CLORIDRATO
 METILFENIDATO CLORIDRATO
 MORFINA CLORIDRATO
 MORFINA CLORIDRATO/
 ATROPINA SOLFATO
 NANDROLONE DECANATO
 PETIDINA CLORIDRATO
 REMIFENTANIL CLORIDRATO
 SUFENTANIL CITRATO

TABELLA B

DELTA-9-TETRAIDRO-CANNABINOLO/
 CANNABIDIOLIO
 SODIO OXIBATO

TABELLA C

FENOBARBITAL
 FENOBARBITAL SODICO
 PENTAZOCINA LATTATO

TABELLA D

BUPRENORFINA
 CODEINA BROMIDRATO/EDERAGENINA
 DELORAZEPAM
 DIAZEPAM
 FENTANIL
 FENTANIL CITRATO
 IDROMORFONE CLORIDRATO
 LORAZEPAM
 MIDAZOLAM CLORIDRATO
 MORFINA SOLFATO
 OXICODONE CLORIDRATO
 OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO
 DIIDRATO
 OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO
 PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO
 PENTETRAZOLO/DIIDROCODEINA RODANATO
 TAPENTADOLO CLORIDRATO

TABELLA E

ALPRAZOLAM
 AMITRIPITILINA CLORIDRATO/CLORDIAZEPOSSIDO
 CLORIDRATO
 BROMAZEPAM
 BROMAZEPAM/PROPANTELINA BROMURO
 BROTILOZOLAM
 BUXAMINA/
 DIAZEPAM
 BUXAMINA/FENOBARBITAL/FENITOINA
 CLIDINIO BROMURO/CLORDIAZEPOSSIDO
 CLOBAZAM
 CLONAZEPAM
 CLORAZEPATO DIPOTASSICO
 CLORDIAZEPOSSIDO CLORIDRATO
 CLOTIAZEPAM
 CODEINA BROMIDRATO/EDERAGENINA
 DELORAZEPAM
 DIAZEPAM
 DIAZEPAM/
 ISOPROPAMIDE IODURO
 DIIDROCODEINA RODANATO
 DIIDROCODEINA/
 ACIDO BENZOICO
 ESTAZOLAM
 ETIZOLAM
 FENITOINA/METILFENOBARBITAL
 FENITOINA/METILFENOBARBITAL/FENOBARBITAL
 FLURAZEPAM MONOCLORIDRATO
 KETAZOLAM
 LORAZEPAM
 LORMETAZEPAM
 MIDAZOLAM CLORIDRATO
 NITRAZEPAM
 NORDAZEPAM
 OCTATROPINA METILBROMURO/DIAZEPAM
 OTILONIO BROMURO/DIAZEPAM
 OXAZEPAM
 PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO
 PINAZEPAM
 PRAZEPAM
 PROPIFENAZONE/BUTALBITAL/
 CAFFEINA
 TRIAZOLAM
 TRIMEBUTINA/MEDAZEPAM
 ZALEPLON
 ZOLPIDEM TARTRATO
 ZOPICLONE



COMUNICAZIONE E COUNSELING

La comunicazione tra medico e paziente

► F. Napoleone ► S. Marras

La sfida della comunicazione per stabilire una relazione

“Originariamente le parole erano magie e, ancor oggi, la parola ha conservato molto del suo antico potere magico. Con le parole un uomo può rendere felice l’altro o spingerlo alla disperazione, con le parole l’insegnante trasmette il suo sapere agli allievi, con le parole l’oratore trascina con sé l’uditorio e ne determina i giudizi e le decisioni. Le parole suscitano affetti e sono il mezzo comune con il quale gli uomini si influenzano tra loro” (Sigmund Freud).

Perché privarsi di uno strumento che può aggiungere o sottrarre efficacia e rapidità di azione alle soluzioni mediche che possiamo proporre nel contesto della Continuità Assistenziale?

Le premesse per una corretta relazione comunicativa

La parola comunicare deriva da “*cum-munus*” e significa “mettere in comune”; in termini “attuali” possiamo tradurre col termine “*condividere*”. Di conseguenza, quando un paziente cerca di comunicarci qualcosa egli condivide con noi il suo vissuto, noi lo elaboriamo alla luce delle nostre conoscenze scientifiche, e infine condivideremo con lui le possibili soluzioni. È da sottolineare che nel processo della condivisione chi vi partecipa non attribuisce ai contenuti condivisi lo stesso significato. La stessa parola per ognuno di noi può veicolare contenuti emozionali diversi e talora anche significati semantici diversi.

Persino il silenzio è comunicazione e anch’esso può nascondere significati diversi a seconda del contesto.

I primi 30 secondi

Il **setting** della Continuità Assistenziale è particolarmente delicato. Innanzitutto non si conosce il grado di sensibilità emotiva e il vissuto sociale del paziente, in secondo luogo il contesto può variare da caso a caso, perché il contatto può essere telefonico, con o senza il tramite di una centrale operativa, può avvenire al domicilio del paziente o direttamente in ambulatorio.

I **primi trenta secondi** della relazione col medico sono condizionati da quanto percepito dai sensi del paziente. Molti pensano: “Chi sta realmente male non dovrebbe lasciarsi condizionare dall’aspetto, ma badare alla sostanza!”. Benché tale affermazione per certi versi appaia comprensibile, nei fatti non lo è!

Sotto il profilo biologico infatti tutti gli animali (uomo compreso) immessi in un nuovo contesto hanno pochi secondi per comprendere se ciò che hanno davanti rappresenta o meno una minaccia per la propria vita e, per farlo, ricorrono ai propri sensi, allontanandosi così da tutto ciò che appare pericoloso o percepito come “non buono” (*reazione di attacco-fuga*). Quindi anche l’uomo, attraverso i propri sensi cerca tutte le informazioni non rassicuranti.

Il Medico di Guardia Medica non può scegliere il proprio setting (ambulatorio o ambiente di lavoro). Per migliorare la comunicazione bisogna necessariamente lavorare al meglio sugli altri elementi modificabili in modo che il proprio aspetto sia congruo con il ruolo che si riveste: se il contesto lo permette un bel **sorriso** non guasta, ma non un sorriso accennato con le labbra, un sorriso vero con tutti i muscoli del volto, viceversa in un clima di sofferenza

come durante una constatazione di decesso è meglio conformare il proprio volto a quello dei nostri interlocutori.

Il nostro **sguardo** deve poi mirare agli occhi del paziente con modo non inquisitorio ma benevolo, la voce deve avere un tono calmo e non esitante; i toni alti vanno usati preferibilmente nelle domande, mentre quelli bassi nelle prescrizioni/raccomandazioni/indicazioni. Questi piccoli accorgimenti possono migliorare sensibilmente le reazioni del paziente nei nostri confronti, stimolando la fiducia nel nostro operato e favorendo la sua compliance alle nostre indicazioni.

Anche l'**abbigliamento** è importante: è la prima cosa che un individuo vede del proprio interlocutore. I messaggi che l'abbigliamento invia riguardo a sesso, status sociale, ecc. mettono colui che si relaziona con gli altri in condizione di adattare il proprio comportamento alle circostanze molto prima, ad esempio di quanto lo permettano l'analisi dell'espressione del viso o del modo di parlare.

La **comunicazione** del medico nei confronti del paziente affinché possa essere efficace in termini di assertività - lo vedremo nei paragrafi successivi - deve essere **coerente** in tutti i suoi aspetti, verbale e non verbale; tutto deve essere allineato e comunicare lo stesso messaggio. Importante infine è la **gestione degli spazi**, cioè una adeguata gestione della distanza tra il paziente ed il professionista (prosemica), di cui si parlerà più avanti, e delle eventuali barriere (monitor del pc, ecc.) che vi si frappongono.

L'ascolto

Durante la visita medica l'**ascolto** è fondamentale: una buona capacità d'ascolto è il miglior investimento che possiamo fare per stabilire una buona relazione. Dobbiamo però opportunamente distinguere tra l'**ascolto tecnico** finalizzato alla diagnosi che ovviamente fa già parte della nostra attività quotidiana e l'**ascolto attivo** finalizzato alla comunicazione. Il saper ascoltare si traduce nel **prestare attenzione non solo al contenuto razionale ma anche a quello emotivo** della comunicazione. Tale attività è caratterizzata dai seguenti elementi:

- dare feedback al paziente attraverso la richiesta di chiarimenti, la mimica e la postura;
- osservare una descrizione non valutativa del comportamento evitando stereotipi, pregiudizi, attenendosi ai fatti senza interpretarli e giudicarli;
- osservare il linguaggio del corpo del paziente contestualizzandolo rispetto al riferito;
- notare il tipo di canale sensoriale utilizzato nelle descrizioni (visivo, cinestetico o uditivo) in modo da poterlo usare nella fase di rispecchiamento di cui si parlerà dopo;
- è importante infine che il contatto visivo, sia condiviso e non invasivo; esso infatti è un elemento comunicativo molto intimo tra due persone.

La comunicazione verbale

Rappresenta l'insieme di parole e scelte lessicali che l'uomo utilizza per comunicare, può essere parlato o scritto ed è la parte che solitamente si tende a controllare nel contesto comunicativo attraverso la scelta della terminologia che si ritiene essere più appropriata in uno specifico contesto.

Spesso è ricco di termini tecnici non comprensibili a tutti, altre volte ascoltiamo i pazienti utilizzare gli stessi tecnicismi in modo però errato. Più spesso osserviamo come attraverso la nominalizzazione di un sintomo e la sua generalizzazione lo stesso sintomo assume la connotazione di malattia (ad es. un episodio di vomito privo di resti alimentari diventa per il paziente vomito biliare o una singola scarica diarroica viene riferita come dissenteria, ecc.).

Va rilevato che il linguaggio verbale, come dimostrato dagli studi condotti già negli anni '70 da Albert Mehrabian, nella sua componente semantica rappresenta soltanto il 7% del processo di comunicazione.

Le modalità di comunicazione sono però molte e va precisato che questa affermazione non è applicabile nel caso di un **testo**. Qui il significato semantico è dominante. Ed oggi, con il largo uso che si fa di e-mail, sms, messaggi WhatsApp, ecc., la comunicazione testuale è sicuramente divenuta molto frequente.

Nel caso del **colloquio telefonico** il significato del processo di comunicazione è affidato in parte alla componente verbale ed in altra parte a quella paraverbale (tono, ritmo della voce).

Infine, nelle forme di comunicazione mediate da strumenti elettronici come videoconferenza o Skype ritroviamo tutte le componenti: verbale, paraverbale ed il linguaggio del corpo.

La comunicazione analogica non verbale

Abbiamo già visto come solo una piccola parte della comunicazione sia affidata al significato delle parole, mentre gran parte di essa è correlata al linguaggio non verbale. In esso distinguiamo il linguaggio del corpo e quello paraverbale. Dato lo spazio disponibile limiteremo la trattazione della comunicazione non verbale ad alcuni elementi che con maggiore frequenza si riscontrano nel corso del consulto medico.

Cosa possiamo notare attraverso il linguaggio del corpo?

È sicuramente meno facile da controllare rispetto alla comunicazione verbale, lascia filtrare contenuti profondi, è semplice, immediato, sintetico e rafforza (o contraddice) il linguaggio verbale. La comunicazione non verbale può esistere anche in assenza di comunicazione verbale, poiché, in alcuni contesti, può trasmettere messaggi altrettanto significativi ed in particolare, durante le fasi di ascolto attivo, può offrire dei feedback al nostro interlocutore. La comunicazione non verbale comprende:

- La prossemica ovvero lo **spazio o distanza** che intercorre tra le persone in comunicazione tra loro. Ovviamente minore è la distanza tra due persone, maggiore è la relazione di intimità che esiste tra loro. Nel corso di un consulto medico tale elemento è variabile e condizionato da alcune necessità operative ad esempio l'esame obiettivo (0.35 cm). Si distinguono (Hall) una *distanza intima* (0-40 cm), una *distanza personale* (35-100 cm), una *distanza sociale* (1-3 mt) e una *distanza pubblica* (dai 3 mt in su).
- L'**atteggiamento** tenuto nel corso del racconto anamnestico:
 - ad esempio possiamo notare la direzione dello sguardo: il paziente con lo sguardo verso il basso è spesso imbarazzato, con difficoltà a riferire, paziente che si guarda intorno, soprattutto se guarda attraverso porte o finestre, ci comunica che è in cerca di una via di fuga magari dopo una domanda;
 - è poi possibile apprezzare l'andatura che può essere distesa o scomposta o gli atteggiamenti come quello della schiena curva, come se a curvarla ci fosse un peso di cui il paziente vuole liberarsi.
- La **mimica** caratterizzata da tensione muscolare oppure rilassamento dei muscoli del volto, l'analisi del sorriso, i movimenti delle sopracciglia, ecc.
- La **gestualità (cinetica)**: i gesti possono essere *emblematici* e sostituire la parola; descrittivi, che arricchiscono di senso la parola; di *regolazione dei comportamenti dell'interlocutore* (es. assenso o dissenso); di *adattamento* alla situazione, *per dominare i propri stati d'animo o le emozioni*.

È importante osservare che un comportamento va sempre valutato nella sua interezza ed in particolare cercando di verificare che sia allineato il linguaggio verbale e paraverbale e in questo modo scopriremo che, ad esempio, non sempre chi incrocia le gambe ha un atteggiamento di chiusura evitando così di generalizzare in modo errato i comportamenti.

Cosa possiamo notare nel linguaggio paraverbale?

I segni paralinguistici o paraverbali appartengono allo stile personale espressivo tipico di ogni persona, tuttavia sono in grado di indicare l'umore, stati d'animo e intenzioni dell'individuo.

La melodia di una frase, così come le differenti intonazioni consentono di riconoscere se una frase è interrogativa, esclamativa, imperativa, ironica, ecc. e, insieme al linguaggio del corpo e a quello verbale, trasmettono con maggiore efficacia il messaggio che vogliamo comunicare al nostro interlocutore e ci aiutano a dare risalto ad un concetto piuttosto che ad un altro. Questa componente insieme con il linguaggio verbale rappresenta una delle principali modalità di comunicazione nel contesto della Continuità Assistenziale. Infatti in questa specifica attività il primo contatto con il paziente è frequentemente telefonico, quindi privo del supporto fornito dal linguaggio del corpo. Quindi la giusta scelta lessicale e l'adeguato uso del linguaggio paraverbale possono essere fondamentali per stabilire una buona relazione di contatto e anche di cura.

Tra le principali caratteristiche del linguaggio paraverbale possiamo notare:

- **Ritmo.** Può essere caratterizzato da pause nell'eloquio che danno una sensazione di affaticamento nell'iniziare una frase, tipico di chi è stanco fisicamente e/o emotivamente, oppure al contrario dall'assenza di pause. In quest'ultimo caso generalmente si tratta di persone molto focalizzate sulla immediata risoluzione delle proprie necessità.
- **Volume.** Potrà essere basso come nel caso di chi non ritiene di avere molte scelte oppure alto come quello di chi teme di non essere ascoltato mai abbastanza o di non essere compreso.
- **Tono.** È un indicatore dell'intenzione comunicativa, del senso che si vuole dare a quanto si dice: tono interrogativo, tono riflessivo, tono sfidante, ecc.
- **Espressioni sonore intenzionali** o automatiche quali: sospirare, sbuffare, tossire.

Errori comuni nel processo di comunicazione

Tra i comuni errori che sono alla base di cattive interpretazioni del messaggio e sono quindi da evitare durante un processo di comunicazione ci sono gli atteggiamenti o i discorsi ambigui, le allusioni, il parlare a qualcuno perché il messaggio giunga a terzi, ecc.

Le generalizzazioni ("succede sempre che...", "tutti...", "mai una volta che...", "va sempre nello stesso modo") andrebbero evitate. Non sono ovviamente sbagliate in senso assoluto ma sicuramente non contribuiscono a creare una relazione efficace.

Va aggiunto che anche se spesso utilizziamo alcuni termini in modo completamente inconscio, evochiamo con essi, nelle persone, delle emozioni. L'utilizzo di alcuni termini evoca sicuramente delle emozioni negative che in alcuni contesti è sicuramente utile evitare. Molte di queste parole sono ovviamente correlabili ai singoli contesti ed alla soggettiva sensibilità del paziente e dell'operatore.

La comunicazione assertiva

L'**assertività** (dal latino "ad serere" che significa "asserire" o anche affermare sé stessi) è una modalità di comunicazione che permette di conseguire in maniera efficace risultati positivi, suscitando nell'interlocutore simpatia, autorevolezza e leadership. Ciò che soprattutto caratterizza il comportamento assertivo è la capacità di **affermare i propri punti di vista**, senza prevaricare né essere prevaricati, con estrema chiarezza e nel rispetto degli altri.

La premessa fondamentale per sviluppare **leadership** nelle relazioni interpersonali è la capacità di essere chiari nell'espone i concetti e i contenuti di ciò che si desidera comunicare.

La mancanza di chiarezza e di obiettivi precisi nei confronti del proprio interlocutore pone lo stesso nella condizione di attribuire un significato arbitrario alla comunicazione, che agli

occhi del paziente appare come una sorta di autorizzazione ad agire d'impulso o secondo le proprie convinzioni o percezioni del momento, decidendo per esempio se, quando e come assumere un farmaco. L'assertività, inoltre, permette di impostare relazioni equilibrate ed efficaci creando uno spirito positivo e costruttivo con l'interlocutore: in altre parole, cementa il rapporto fiduciario con il paziente e promuove l'alleanza terapeutica. Quindi possiamo affermare che le premesse fondamentali ad una comunicazione assertiva sono:

- simpatia, autorevolezza e leadership
- chiarezza del messaggio
- capacità di impostare relazioni sincere ed equilibrate
- capacità di gestire la conflittualità
- promozione dell'alleanza terapeutica.

Strategia di comunicazione

Spesso nel corso della nostra attività ci capita di dover dire “NO” per diverse ragioni, in primis ci viene richiesta una prestazione che non è possibile erogare spesso perché contraria alla normativa vigente. Nascono talora momenti in cui gli animi si surriscaldano e si favoriscono malintesi e contenziosi. Talvolta anche quando dobbiamo persuadere un paziente ad effettuare dei controlli specialistici, oppure a seguire in modo attento la terapia prescritta si sviluppano contrasti e tensioni. In questo ultimo paragrafo esamineremo alcuni tecniche che possono aiutarci nei contesti appena descritti, si tratta di accorgimenti molto utili che, se correttamente applicati, possono ridurre (si spera!) l'escalation durante un'animata discussione.

1. Il **NO empatico**: Dire NO in modo empatico significa comprendere le difficoltà del nostro interlocutore senza cedere alla sua richiesta. Anche qui è utile che nel dire “no” tutti i sistemi di comunicazione disponibili debbano essere coerenti: il corpo sarà partecipativo (es. si scuote la testa lateralmente, con mimetica dispiaciuta) e il tono della voce dispiaciuto, ma fermo e deciso. Dobbiamo utilizzare la stessa modalità con cui ad es. decliniamo l'invito a cena di un amico dicendo “Ti ringrazio dell'invito, mi fa molto piacere averlo ricevuto ma non posso venire perché ho già altri impegni”.
2. Il **NO ragionato**: Si nega qualcosa indicando in modo chiaro le ragioni del rifiuto. Se le ragioni non sono una scusa il messaggio è onesto anche se non empatico. Es. “Ti ringrazio dell'invito, ma ho del lavoro urgente da sbrigare...”.
3. Il **disco rotto**. È una forma di difesa efficace quando l'interlocutore pretende di far cambiare opinione al soggetto a tutti i costi tentando di manipolarlo. Consiste nel reiterare più volte il proprio punto di vista, senza cambiare né le parole, né tanto meno la qualità dell'eloquio, così come fa un vero e proprio disco rotto, es. - Dottore posso evitare di prendere la compressa qualche volta? - Il medico potrebbe rispondere: - Mi dispiace, capisco il suo bisogno di prendersi una pausa dalla terapia, ma deve assumere il farmaco in modo corretto e quindi sempre – quest'ultima affermazione può essere ripetuta più volte nella stessa modalità ad ogni tentativo manipolativo del paziente.
4. L'**asserzione negativa**. In presenza di un atteggiamento manipolativo ammettiamo il nostro errore quando c'è, senza provare ansia. Ciò oltre a essere prova di onestà intellettuale non sminuisce la nostra immagine personale, anzi l'aumenta, ci evita di rispondere in modo aggressivo o passivo e tende a ridurre o estinguere l'animosità nei nostri confronti. All'asserzione negativa potrà seguire l'inchiesta negativa.
5. L'**inchiesta negativa**. Consiste nel fare delle domande finalizzate a chiarire il contenuto di una critica che viene fatta dall'interlocutore epurando dal significato emotivo la critica ed eventualmente rinnovando il diniego alla richiesta.

APPROFONDIMENTI

Accedi tramite QR Code





Indice analitico

A

- A.L.S., 155
 A.S.O., 137-139
 Abuso sessuale, 77, 78
 Accidenti cerebrovascolari, 97, 105
 ACE-inibitori, 125
 Acetazolamide, 119, 128
 Acetilsalicilato di Lisina, 108
 Acetossietilcefuroxima, 16
 Aciclovir, 51, 52, 57, 87, 127, 128
 Acido, 3, 14, 17, 42, 47, 51, 55, 57, 73, 108, 118, 122, 127, 132, 143, 154, 174, 175, 178, 229, 230
 - fusidico, 47, 51, 55, 57
 - tranexamico, 3, 42, 78, 154, 178
 ACN, 6, 192, 197-199, 201, 203, 212, 215, 224
 Acufeni, 63, 125, 127, 128
 Addome acuto chirurgico, 64, 66, 67, 75, 79
 Adrenalina, 3, 19, 34, 48, 49, 160
 Agitazione, 12, 40, 42, 60, 64, 88, 104, 106, 135, 137, 138, 162
 Alcool piperidinpropilico, 110
 Algedrato, 30, 69, 110
 Algie pelviche, 77, 78, 81, 86
 Allegato III bis, 219, 228, 229
 Allopurinolo, 175
 Alluminio idrossido, 30, 110
 Aloperidolo, 43, 44, 104, 135, 137, 138
 Amfetamina, 33, 165, 229
 Aminofillina, 63, 148, 149
 Aminoglicosidi, 121
 Amiodarone, 160, 177
 Amitriptilina, 52, 230
 Amlodipina, 33
 Amoxicillina, 16, 17, 53, 57, 85, 87, 92, 129, 130, 143, 177
 Amoxicillina/ac. clavulanico, 16, 17, 53, 85, 87, 143
 Ampicillina, 16
 Ampicillina/sulbactam 130
 Analgesici, 14, 25, 73, 75, 85, 91, 125, 130, 132, 143, 177, 182, 219
 Aneurisma dissecante dell'aorta, 28
 Angina pectoris, 27, 136
 Anoressia, 39, 70, 79
 Antiacidi, 28, 30
 Antibiotici, 16, 17, 40, 45, 51, 56, 57, 60, 63, 87, 92, 117, 118, 122, 142-145, 177, 182, 217
 Antibiotico-resistenza, 16, 92
 Anticoagulanti orali (AO), 133, 176-178
 Antidoto, 52, 163, 164, 166
 Antiistaminici, 54, 57, 103
 Antinfiammatori, 3, 11, 14, 69, 110, 143, 181
 Antipiretici, 3, 14, 15, 60, 87, 102, 142, 143, 188
 Apixaban, 178
 APP, 188, 211
 Appendicite acuta, 70, 74, 90
 Aritmie ipercinetiche, 32, 34-37, 60, 98, 103, 160, 165
 Arresto cardiaco, 32, 153, 155, 158, 160
 ASA, 14, 29, 69, 105, 143, 146, 177
 ASA/acido ascorbico, 14
 Asma, 18, 20, 45, 119, 141, 145-150
 Assistiti SASN, 216, 217
 Astenia, 10, 29, 31, 35, 38, 39, 48, 63, 81, 106, 123
 ATLS (Advanced Trauma Life Support), 161, 163
 Atropina, 3, 40, 165, 166, 230
 Attacco acuto di glaucoma, 63, 107, 119, 120, 179
 Avanafil, 183
 Avvelenamenti, 49, 163, 164
 Azitromicina, 16, 87, 129, 143-145

B

- B.L.S., 155
 Baclofene, 44, 128
 Bagni freddi, 15
 Beclometasone, 46, 144, 149, 181
 Beclometasone/Formoterolo, 149
 Benzilpenicillina, 87
 Beta2-agonisti, 144

Betametasone, 3, 19, 40, 48, 50, 51, 57, 128, 130, 146
 Bicarbonato di sodio, 166
 Bifonazolo, 49, 57, 68
 Bilastina, 18, 54
 Bradicardia, 35, 36, 103, 104
 Brivudina, 52
 Bronchiolite, 141, 144
 Bronchiti, 17, 32, 88, 142, 143, 146
 Broncopolmoniti, 142, 146
 Budesonide, 144, 149
 Budesonide/Formoterolo, 144, 149
 Buprenorfina, 3, 229, 230
 Butilbromuro, 66, 74

C

Calazio, 116, 117
 Calcipotriolo, 50, 57
 Calendario vaccinale per la vita, 184
 Carbamazepina, 52, 109, 177
 Cardiopalmo, 33, 35, 60
 Caregiver, 10, 12
 Causticazioni corneo-congiuntivali, 117
 Cefaclor, 16, 17
 Cefalea, 2, 3, 33, 63, 81, 95, 97, 100, 101, 103, 105-108, 123, 142, 188-190, 224
 Cefalea da ipertensione endocranica, 107
 Cefalea da sindrome meningea, 107
 Cefalea primaria, 107
 Cefalee secondarie a lesione cerebrale, 107
 Cefalosporina, 85
 Cefalosporine, 16, 20, 87, 144
 Cefditoren, 16, 143, 144
 Cefixima, 16, 17, 129, 143, 144, 209
 Ceftazidima, 75, 144
 Ceftriaxone, 75, 144, 182
 Centri antiveleni, 138, 166
 Certificato medico di infortunio o malattia professionale, 225
 Certificazione di malattia online, 225
 Certificazione INAIL, 225
 Certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi, 197, 224, 228
 Cervicobrachialgia, 97, 110, 112
 Cetirizina, 18, 48, 50, 54, 57, 87, 124
 Cheratite erpetica, 118
 Cheratosi solare, 57
 Chetoacidosi diabetica, 58, 59, 136
 Chinolonici, 17, 125
 Ciclopiroxolamina, 49
 Ciprofloxacina, 17, 91, 117, 118, 122, 177, 181
 Cistite acuta, 90, 91
 Cistite non complicata, 17, 91
 Claritromicina, 16, 17, 53, 57, 122, 143, 144, 177, 217
 Classificazione delle ferite, 172
 Clindamicina, 130
 Clinostatismo, 28, 30, 69
 Clobetasone, 48
 Clopidogrel, 132
 Clorfenamina, 18, 48, 57
 Clorpromazina, 43-45
 Codeina, 25, 94, 110, 178, 229, 230
 Colangite, 73, 74
 Colchicina, 30, 175
 Colecistite acuta, 73, 74
 Colica, 40, 61, 63, 65, 70, 73, 74, 90-92, 132, 224
 Colica renale, 63, 90-92, 132, 224
 Colite ischemica, 66, 72
 Colpo di frusta, 109
 Coma, 58, 59, 95, 97-99, 101, 108, 156, 162, 165
 Coma chetoacidotico, 59
 Coma ipoglicemico, 58, 99
 Complicanze emorragiche, 178
 Complicazioni di traumi cranici, 97, 106
 Compressioni/ventilazioni, 158
 Compromissione dello stato di coscienza, 97, 98
 Comunicazione, 12, 16, 95, 153, 195, 205, 212, 214, 231-236
 - analogica, 234
 - assertiva, 235, 236
 - verbale, 5, 8, 12, 97, 155, 233-235

- Conati di vomito, 26
 Constatazione di decesso, 197, 224, 228, 233
 Consulto telefonico, 212, 213
 Contraccezione di emergenza, 80-82
 Conversione degli oppioidi, 41
 Convulsioni febbrili, 15, 87, 106, 188, 190
 Coronaropatia, 26, 27
 Corpi estranei, 77, 86, 94, 116, 117, 123, 126, 127, 141, 159, 161, 162, 167
 - nasali, 123, 126, 127, 141, 153
 - nel condotto uditivo, 125, 126
 Cortisonici, 15, 18, 43-45, 48, 49, 51, 57, 69, 72, 103, 118, 119, 143, 144
 Coscienza, 12, 31, 35, 45, 59, 80, 95, 97-102, 106, 107, 136, 137, 141, 148, 155, 157, 164, 168, 212
 Costocondralgia, 28
 Coxartrosi, 112
 Crisi, 15, 29, 33, 35, 41, 58-60, 71, 74, 80, 83, 95, 97, 98, 101, 102, 104, 106, 109, 132, 136, 137, 145, 146, 148, 224
 - ipertensiva, 29, 33
 - ipertensiva in gravidanza, 33
 - maniacale, 137
 - psicotica, 137
 - tireotossica, 58, 60
 Crisi d'ansia, 136
 Crisi epilettica, 95, 97, 98, 101, 102, 104, 106
 Crisi epilettiche post-traumatiche, 106
 Crisi ipoglicemica, 58, 59
 Cruralgia, 97, 107, 111, 112
 Cure palliative, 38, 45
- D**
- Dabigatran, 178
 Dacriocistite acuta, 117
 Decontaminazione, 164
 Decreto-legge 20 marzo, 217, 228
 Deficit neurologico focale, 97, 104, 105
 Deflazacort, 19, 91
 Denuncia, 64, 82, 145, 152, 197, 214, 215, 225, 226, 228
 Denuncia di reato, 214
 Dermatite allergica da contatto, 51
 Dermatite seborroica, 49, 57
 Dermatiti da celenterati (meduse attinie), 47
 Dermografismo, 103
 Desametasone, 39, 40, 43
 Desloratadina, 18, 124
 Destrometorfano, 145
 Dexketoprofene trometamolo, 80, 91, 111
 Dexketoprofene/tramadololo, 14, 25, 90, 110
 Diabete, 8, 19, 26, 56, 58-60, 63, 67, 73, 93, 95, 107, 111, 130, 143, 182
 Diabete mellito, 26, 60, 73, 182
 Diarrea, 7, 17, 34, 38, 44, 60, 61, 63, 65-68, 70, 74, 89, 129, 188-190, 224
 Diastasi delle suture, 64, 103
 Diazepam, 3, 15, 42, 44, 45, 62, 102, 110, 128, 135, 229, 230
 Diclofenac, 3, 14, 25, 49, 50, 57, 74, 80, 90, 94, 108, 110, 111, 181
 Digossina, 3, 36
 Diidrocodeina, 45, 154, 229, 230
 Diidrocodeina/pentetrazolo, 154
 Dimeticone, 30, 110
 Diminuzione o perdita improvvisa della vista, 120
 Diosmectite, 66
 Disfunzione erettile, 182, 183
 Dismenorrea, 78-80, 86
 Dispnea, 26, 28, 29, 31, 33-35, 38-41, 108, 109, 141, 142, 144-146, 149, 152, 153
 Dissezione aortica, 29, 30, 33
 Distorsioni, 217
 Disturbi del ritmo, 34
 Diverticoli colici, 72
 Dolore addominale, 40, 44, 61-64, 66-68, 70-75, 78, 79, 81, 109, 154, 189
 Dolore cervicale, 97, 107, 109

Dolore della superficie anteriore del tronco, 97, 107, 111
 Dolore precordiale, 26, 30
 Dolore sovrapubico, 91
 Dolori peristaltici, 73
 Domperidone, 39, 63
 Doxiciclina, 125, 143, 182

E

Eczema, 50-52, 57, 88
 Edema palpebrale, 116, 117
 Edema polmonare acuto, 26, 31
 Edoxaban, 178
 Eiaculazione precoce, 183
 Eloquio, 95, 105, 148, 235, 236
 Ematemesi, 34, 42, 63, 68, 154
 Ematocolpo, 78, 79
 Ematoma subdurale cronico, 106
 Ematometra, 78, 79
 Embolia polmonare, 10, 28, 31, 35, 136, 141, 152, 153
 Emicrania con e senza aura, 97, 107, 108
 Emoperitoneo, 70, 78, 79
 Emorragia dopo tonsillectomia, 126
 Emorragia subaracnoidea (ESA), 90, 91, 95, 98, 99, 105, 106, 121-123, 148, 185, 186
 Emorroidi, 76, 77, 86
 Emottisi, 42, 68, 152, 154
 Enantema, 88
 Enoxaparina, 133, 153
 Enoresi notturna, 8
 Eosina, 51, 57
 Eparia a basso peso molecolare, 153
 Epididimite, 180-182
 Epiglottite acuta, 130
 Epilessia, 63, 107
 Epistassi, 42, 127, 178
 Ergotamina, 109
 Eritromicina, 177
 Ernia jatale, 28, 30
 Ernie, 62, 63, 72
 Ernie strozzate, 72

Errore certificativo, 213
 Errore di valutazione, 213
 Errore diagnostico, 213
 Errore operativo, 213
 Errore terapeutico, 213
 Esantema, 87-89, 190
 Esofagite da reflusso, 69
 Esomeprazolo, 3, 30, 69, 70, 110
 Estroprogestinici, 152
 Extrasistoli, 34-37

F

Famciclovir, 52
 Familiari, 4, 8, 11, 38-40, 45, 100, 106, 107, 137-139, 163, 164
 FANS, 11, 12, 14, 20, 24, 25, 30, 40, 41, 56, 63, 65, 68, 69, 73, 75, 80, 90, 108, 110, 111, 132, 134, 175, 178, 182
 Farmaci in gravidanza, 86
 Fecaloma, 43, 44, 66, 71
 Fenobarbital, 230
 Fenomeno di Raynaud, 132
 Fentanil, 42, 230
 Fermenti lattici, 66, 75, 92
 Fibrillazione atriale, 34-37, 131
 - cronica, 17, 24, 29, 32, 44, 49, 54, 65, 67, 68, 72, 73, 75, 84, 87, 106, 131, 143, 144, 146, 149, 174, 180, 182, 207-209, 221
 Fibroma uterino, 78, 86
 Finasteride, 181
 Fluconazolo, 49, 177
 Flumazenil, 100, 164, 166
 Flunitrazepam, 220, 229, 230
 Fluocinolone/ketocaina, 76
 Fluorometolone, 119
 Fluticasone, 124, 144, 149
 Fluticasone furoato/Umeclidinio/Vilanterolo, 144
 Fluticasone furoato/Vilanterolo, 144, 149
 Fluticasone propionato/Salmeterolo, 144, 149
 Flutter atriale, 36, 37

Fondaparinux sodico, 133
 Forme associative funzionali, 195
 Frattura del pavimento orbitario, 117
 Frequenza cardiaca, 6, 7, 28, 31, 35, 60, 77, 100, 103, 141, 148, 165
 Frovatriptan, 109
 Fumo, 26, 69, 77, 129, 133, 182
 Funzioni vitali, 95, 98, 99, 102, 104, 155
 Furosemide, 3, 32, 33, 39, 40, 42

G

Gastrite, 63, 69
 Gastroduodenite, 69
 Gentamicina, 57, 177
 Ghiaccio, 30, 40, 46, 48, 188
 Glasgow Coma Scale, 97, 98, 162
 Glomerulonefrite acuta, 92
 Glucagone, 58
 Gotta, 91, 93, 111, 174, 175
 Grande male, 101, 102
 Gravidanza ectopica, 78, 79

H

Herpes simplex, 51, 57
 Herpes zoster, 52, 111, 185, 186

I

Ibuprofene, 14, 15, 30, 80, 85, 91, 102, 108, 110, 121, 129
 Ictus, 95, 99, 105, 152
 - emorragico, 50, 63, 95, 105, 126, 162
 - ischemico, 95, 105
 Idrocodone, 229
 Idrocortisone, 60, 84, 122
 Idromorfone, 229, 230
 Idrossizina, 43, 54
 Ileo, 62, 63, 71, 73, 79
 - meccanico, 62, 71, 73, 109
 - paralitico, 62, 63, 71
 Imiquimod, 50

Impetigine, 52, 57
 Indometacina, 30, 109, 175
 Infarto miocardico acuto, 27, 29, 63
 Infarto renale, 93
 Infiammazione pelvica, 78, 86
 Ingenolo mebutato, 50
 Inibitori di pompa protonica, 30, 69, 70, 110
 INR (standard internazionale), 176-177
 Intossicazione, 63, 64, 67, 95, 99, 100, 103, 107, 108, 136, 163
 - da benzodiazepine, 100
 - da monossido di carbonio, 107
 Invaginazione intestinale, 67, 71, 189
 Ioscina butilbromuro, 66, 74
 Ipercolesterolemia, 26
 Ipertensione arteriosa, 19, 26, 30, 84, 92, 93, 95, 107, 109
 Iperuricemia cronica con deposito di cristalli di urato monosodico, 174
 Ipnoinducente, 11
 Ipglicemia, 10, 58, 136
 Ippion, 116
 Ipotensione, 12, 26, 28-31, 33-36, 63, 65, 72, 75, 84, 94, 104, 108, 132, 158, 172
 Ipotermia, 163, 165, 168
 Ipouricemizzante, 175
 Ipratropio, 151
 Iridociclite, 119
 Ischemia acuta degli arti inferiori, 131
 Itraconazolo, 49

K

Ketoprofene, 108, 110, 111
 Ketorolac, 14, 52, 90, 94, 110, 177

L

L.A.S.A., 210, 211
 LABA, 144, 146, 149
 Lansoprazolo, 42, 69, 70
 Laparoceli, 62

Laringite acuta, 128
 Lasègue, 96
 Lassativi, 11, 12, 65
 Lattulosio, 44, 76
 Lesioni vescicolose, 50, 57
 Levofloxacina, 17, 91, 125, 177, 181, 182
 Levonorgestrel, 80, 81
 Levosulpiride, 30, 44, 70
 Lidocaina, 3, 47, 57, 76, 122, 169, 183
 Lidocaina/prilocaina, 47, 57, 183
 Linee guida GINA, 148, 149
 Litiasi biliare, 63, 73
 Livello essenziale di assistenza, 193
 Locus valsalvae, 127
 Lombosciatalgia, 97, 107, 111, 112, 132
 Loperamide, 43, 60, 66
 Loratadina, 18, 124
 Lorazepam, 44, 102, 104, 128, 135-137, 229, 230
 LUTS, 94, 180, 181

M

Macroematuria, 90, 92, 93
 Macrolidi, 16, 87, 125, 143, 145
 Magnesio idrossido/algedrato, 30, 69, 110
 Magnesio idrossido/alluminio idrossido, 30
 Malathion, 53, 57
 Manovra, 70, 74, 85, 90, 94, 96, 107, 126, 128, 156, 162, 167, 182
 - di Blumberg, 62, 70
 - di Brandt, 85
 - di Heimlich, 167
 - di Murphy, 74
 - di Valsalva, 107
 - GAS, 61, 62, 71, 74, 163
 Manovre di rianimazione, 98, 155
 Mastite, 85
 McBurney, 70, 79
 Mebendazolo, 54
 Mebeverina cloridrato, 62

Melena, 66, 69
 Meperidina, 25, 99
 Mepivacaina, 49, 169
 Metadone, 25, 229, 230
 Metadoxina, 104
 Metamizolo, 15, 42, 102
 Meteorismo, 62
 Metilergometrina, 3
 Metilfenidato, 230
 Metilprednisolone, 19, 55
 Metoclopramide, 3, 39, 42-44, 63, 109, 128
 Miconazolo, 40, 68, 177
 Micosi, 42, 49, 50, 57
 Mingazzini, 96
 Miocamicina, 16
 Modello di ricetta RMS, 219
 Mometasone furoato, 46, 47, 50, 51, 57
 Morbillo, 88, 89, 186, 188
 Morfina, 3, 14, 25, 29, 32, 39-43, 45, 90, 153, 218, 229, 230
 Morsi di ragno, 48
 Morso di zecca, 173
 Moxifloxacina, 17
 Mupirocina, 52, 57

N

Naloxone, 3, 99, 100, 132, 164, 166, 230
 NAO, 133, 178
 Nausea, 12, 14, 26, 29, 33, 42, 63, 66, 70, 71, 74, 79, 81, 90, 93, 107-109, 119, 127, 172, 180, 188-190
 Nevralgia del trigemino, 97, 107, 109, 119, 224
 Nevrosi cardiaca, 36
 Nifedipina, 3, 84, 90, 133
 Nistatina, 40
 Nitrati sublinguali, 26
 Nitroglicerina sublinguale, 28, 29
 Norfloxacina, 17
 Nuovo ricettario SSN, 215

O

Obblighi dei medici, 82, 220
 Occhio rosso, 117-120
 - dolente, 73, 79, 117-120, 133
 - non dolente, 117, 119
 Occlusione, 9, 38, 43, 62, 63, 70, 71, 74, 75
 Occlusione intestinale, 9, 38, 43, 62, 63, 70, 71, 74, 75
 Octatropina metilbromuro/Diazepam, 62, 230
 Ofloxacina, 117, 118
 Omeprazolo, 3, 30, 69, 70, 177
 Omicidio stradale, 215
 Omissione, 138, 195, 213, 214, 224
 Oppioidi, 25, 41, 45, 63
 Orticaria, 20, 34, 48, 50, 54, 57
 Orzaiolo, 116
 Ossicodone, 25, 229
 Ossido di zinco, 54
 Ossigenoterapia, 29, 32, 40, 84, 153
 Ossimorfone, 229
 Otaglia, 121, 122, 126
 Otilonio bromuro, 62, 230
 Otilonio bromuro/diazepam, 62, 230
 Otorragia, 123, 126
 Otorrea, 121-123
 Overdose di oppiacei, 99
 Oxibuprocaina cloridrato, 117, 164

P

P.L.S., 155
 Palpitazioni, 29, 34-37, 60, 136
 Pancreatite acuta, 73, 74, 132
 Pancreatite cronica, 73
 Pantoprazolo, 30, 69, 70
 Paracetamolo, 11, 14, 15, 24, 25, 41, 42, 60, 85, 87, 94, 102, 108, 110, 121, 129, 132, 143, 166, 177, 178, 188, 230
 Paracetamolo/codeina, 94, 110, 219, 230
 Paracetamolo/tramadolo, 14, 25, 110
 Paralisi del nervo facciale, 126
 Parestesie, 52, 89
 Parotite, 89, 128, 186, 188
 Parto precipitoso, 84
 Paziente anziano, 9-11, 94, 143
 Pediculosi, 53, 57
 Penicilline, 16, 20, 87, 122, 125, 130
 Pentazocina, 230
 Perdita di reattività pupillare, 116
 Perdita ematiche al di fuori della gravidanza, 77
 Perdite ematiche vaginali, 77, 86
 Perforazione di un viscere addominale, 72
 Perforazione uterina, 77
 Pericardite, 28, 30, 44
 Peritonite, 62, 71, 72
 Pertosse, 144, 145
 Petidina, 230
 Piano terapeutico, 133, 147, 150, 151, 179, 223
 PID, 78, 79
 Pielonefrite acuta, 93
 Pillola dei 5 giorni dopo, 80, 81
 Pillola del giorno dopo, 80, 81
 Piridostigmina, 166
 Piroisi, 69
 Piroxicam, 177
 Pityriasi rosea di Gibert, 50, 57
 Pleurite, 145
 Pneumotorace, 153, 161, 162
 Polidocanolo, 53
 Poligelina, 68
 Polimixina b/neomicina/lidocaina, 122
 Polmonite, 9, 10, 16, 67, 88, 141-143, 145, 153, 189
 Precordialgia, 28
 Prednisolone, 126, 146, 147, 150, 151, 175
 Prednisone, 18, 19, 48
 Prescrizione, 3, 9-11, 14, 30, 51, 69, 80, 83, 110, 179, 191, 192, 196, 207-209, 211, 212, 215-223, 228, 233
 Presenza delle "6 P", 131
 Priapismo, 180
 Privacy, 212, 214, 222, 227

Probiotici, 66
 Profilassi antitetanica, 49, 171, 172
 Progestinici, 80, 222
 Propafenone, 177
 Prostatite acuta, 181
 Prulifloxacin, 17
 Prurito, 7, 38, 43, 48-51, 53, 54, 56,
 57, 87, 89, 118, 122-124, 189, 190
 - anale o genitale, 54
 Psicotropi, 217
 Psoriasi diffusa, 57
 Psyllium, 76
 Punti di Donati, 170
 Punti ureterali, 90
 Punto di McBurney, 79
 Punture di insetti, 48

Q

Quadri clinici del dolore addominale
 acuto, 74
 Quadri clinici neurologici, 97

R

Ranitidina, 69, 70
 Rapporti con il medico di fiducia, 198
 Rapporto Compressioni/ventilazioni,
 158
 Referto, 106, 214, 215
 Revisione della ferita, 169
 Riacutizzazione della BPCO, 144
 Riacutizzazione di asma, 147, 148
 Rianimazione cardiopolmonare, 155
 Ricetta, 5, 80, 81, 196, 197, 207-209,
 215-223
 - elettronica, 196, 197, 223
 - limitativa, 222
 - medica non ripetibile, 221, 222
 - medica ripetibile, 219, 221
 - ministeriale speciale (RMS), 217
 Ricettario SSN, 215
 Ricovero, 26, 29-31, 34, 37, 42, 51,
 58-60, 68, 69, 71-73, 75, 83, 86, 92,
 93, 95, 99-101, 104, 106-108, 125,

131, 137, 138, 141, 145, 146, 148,
 152, 153, 163, 178, 179, 195, 196,
 198, 223
 Rifiuto di atti d'ufficio, 213
 Riflessi osteotendinei, 96, 110, 112,
 165
 Rigidità nucale, 99, 103
 Rimozione di ami da pesca, 174
 Rimozione di punti di sutura, 172, 196
 Rinite allergica, 123
 Rinocongintivite allergica, 123
 Rispecchiamento, 233
 Ritenzione urinaria acuta, 9, 71, 90, 93
 Rivaroxaban, 133, 178
 Rosolia, 88, 89, 186, 188
 Rottura di aneurisma dell'aorta
 addominale, 132
 Ruptadina, 18, 54

S

Salbutamolo, 146-151
 Sanguinamento vaginale, 78
 Sanzioni per il medico, 223
 Scabbia, 53, 57
 Scala numerica NRS, 61
 Scala VAS, 61
 Scarlattina, 87-89
 Scompensamento cardiaco acuto, 28, 31, 32,
 34, 36
 Scompensamento glicemico, 58
 Sedazione palliativa, 44, 45
 Segno di Brudzinski, 99
 Segno di Prehn, 182
 Sfregamenti pericardici, 30
 Shock, 19, 32-35, 72, 74, 75, 79, 126,
 132, 135, 160, 162
 Sindrome di Ramsay Hunt, 126
 Sildenafil, 183
 Sincope, 10, 12, 30, 31, 35, 97, 98,
 108, 132
 Sindrome, 10, 26-28, 30, 40, 44, 58,
 59, 63, 64, 66-69, 71, 99, 103, 104,
 107, 111, 122, 126-128, 141, 145,
 165
 - influenzale, 122, 141, 190

- meningea, 99, 103, 105-107
- vertiginosa, 26, 127, 128
- Sintomatologia algica, 97, 107, 143
- Sinusite, 124, 125
- Sistema di cure territoriali, 192, 194
- Smartphone, 188, 195, 211
- Soccorso al traumatizzato, 156, 161
- Soffocamento, 159, 167
- Solfuro di Selenio, 50
- Sonnolenza, 54, 101, 147, 151, 190
- Sostanze, 21, 33, 65, 82, 123, 163, 164, 168, 172, 180, 181, 217-219, 221, 222, 228, 229
 - psicotrope, 221, 228, 229
 - stupefacenti, 217-219, 221, 222, 228, 229
- Spalla dolorosa, 111
- Spasmodico, 75
- Spirale, 4, 62, 81
- Spironolattone, 39, 42
- SSRI, 128, 177, 183
- Stato
 - confusionale, 12, 38, 40, 44, 95, 97, 102, 104, 106
 - di agitazione psicomotoria, 42, 60, 104
 - di delirium, 135
- Stenosi ipertrofica del piloro, 64
- Stipsi, 12, 38, 42-44, 61, 66, 69, 72, 75
- Strozzamento, 62, 72, 73
- Strutture sanitarie, 97, 198, 212, 219
- Stupefacenti, 217-222, 228, 229
- Sucralfato, 40, 42, 69, 177
- Sudorazione algida, 26, 28, 153
- Suicidio, 34, 95, 96, 104, 138
- Sulbactam/ampicillina, 16
- Sutura, 6, 169, 170, 172, 196
- Tachipnea, 28, 34, 108, 130, 142, 144, 153, 162
- Tadalafil, 183
- Tamponamento cardiaco, 28, 31
- Tamsulosina, 90, 181
- TAO, 176-178
- Tappo di cerume, 125, 126
- Tentativo di suicidio, 138
- Terapia inalatoria con SABA, 149
- Terapia non differibile, 196, 217, 220, 223
- Terapia reidratante, 60, 66
- Terlipressina, 68
- Test di Romberg, 96
- Testo unico sugli stupefacenti, 228
- Tetracaina/Escina, 76
- TIA, 98, 104, 105
- Timololo, 119
- Timpanismo, 63
- Tiotropio, 149
- Tireotossicosi, 34, 60, 107
- Tono muscolare, 96, 99
- Torsione, 64, 74, 78, 79, 86, 90, 180, 182
 - del funicolo, 64, 85, 90, 180
 - del testicolo, 70, 180, 182
 - di cisti ovarica, 78, 86
- Tramadololo, 14, 20, 25, 90, 94, 110, 177
- Trasmissione telematica dei certificati, 225
- Trattamento delle ferite, 168
- Trattamento sanitario obbligatorio, 140
- Trauma cranico, 98, 100, 101, 106, 123, 162
- Traumi, 33, 62, 63, 78, 92, 93, 97, 103, 106, 107, 110, 118, 128, 131, 134, 136, 180
- Trimetoprim-sulfametossazolo, 181
- Tripla terapia inalatoria, 144
- Tromboflebite, 133
- Trombosi venosa profonda, 133, 152
- Trombosi venosa superficiale, 133
- Tropicamide, 119

T

- Tabagismo, 68, 73, 182
- Tablet, 5, 188, 195, 211
- Tachicardia, 31, 33, 35-37, 60, 63, 64, 72, 103, 108, 142, 149, 152, 153, 162

U

Ulcera, 19, 63, 68, 69, 72-74, 79, 107, 118, 119, 132, 153
 - duodenale, 69, 72, 74
 - gastrica, 44, 63, 69, 74, 107, 110, 159, 196
 - peptica, 63, 68, 69, 153
 Ulipristal acetato, 80, 81
 Umeclidinio/Vilanterolo, 144
 Unità Stroke, 104, 105, 113
 Urea, 53
 Uridina triacetato, 52
 Ustioni, 46, 55, 57, 172
 Utilizzo dei farmaci in gravidanza, 86

V

Vaccinazioni obbligatorie per i minori, 184
 Vaccini, 144, 145, 171, 177, 184, 186-190
 Valaciclovir, 52, 127
 Vardenafil, 183
 Varicella, 87-89, 186, 189
 Varici esofagee, 68
 Vertigine, 29, 34, 43, 63, 81, 107, 108, 122, 125, 127, 128, 224

Violenza sessuale, 80, 82, 83

Visita, 4-7, 9-12, 36, 76, 78, 86, 98, 99, 106, 111, 116, 118, 130, 133, 137, 139, 151, 163, 176, 181, 212-214, 216, 224, 233
 - ambulatoriale, 129, 192, 194, 199, 202, 206, 212, 214, 216
 - domiciliare, 5, 111, 143, 149, 192, 193, 197, 212-214, 216

Vitamina K, 176-178

Volvolo, 71

Vomito, 7, 12, 14, 26, 33, 34, 42, 48, 62-67, 70, 71, 73, 74, 79, 81, 89, 90, 93, 100, 103, 104, 106-109, 119, 127, 128, 156, 157, 180, 188, 189, 233

X

Xerosi senile, 53, 57

Z

Zinco Piritione, 50

Zucchero, 58

