

Divenire Medico (o altro vero professionista)

- Non esistono professionisti (medici, avvocati, architetti, ecc). che siano “dotti” e, *contemporaneamente*, “part-time”
- Avendo risposto all’appello si è costretti o a vivere con esso o a rinunciarvi;
da genitore, da coniuge, da cittadino si è sempre anche un medico !

1

Scienza/Professione

- La medicina non è una scienza (*semplice insieme organico di conoscenze*) ma una professione (*pubblica dichiarazione dell’esercizio, non a fini di diletto, di una attività intellettuale basata su una scienza*) che abbraccia le conoscenze scientifiche biomediche ma anche le qualità personali, umanistiche e quelle specifiche della professione.
- Negli ultimi 50 anni si è realizzato uno sforzo titanico, principalmente sostenuto dai Paesi più ricchi e con più solide tradizioni democratiche, per sviluppare una forte base infrastrutturale scientifica che faccia parte integrante dell’insegnamento medico ad ogni livello:
propedeutico, clinico e aggiornamento permanente

2

Scopi della infrastruttura scientifica

- Acquisire e valutare le nuove conoscenze (scopi, potenza dei metodi, significatività dei dati)
- Individuare le ricadute sul piano clinico delle conoscenze (sono effettivamente migliorative per il paziente)
- Produrre impegno sulle frontiere del sapere medico
- Migliorare la comprensione reale dei processi patogenetici di malattia:
 - Sintesi conformazionale delle proteine e proprietà fisiche di esse
 - Falcizzazione degli eritrociti, formazione di Amiloide
 - Funzione delle proteine G
 - Trasporto di membrana, trasferimento di messaggi esterni (tossine, ormoni, peptidi) all'interno delle cellule
- Fornire l'accesso alla migliore comprensione di molteplici malattie attraverso la comprensione di pochi, ma critici e strategici, processi di base

3

La vera scienza non è mai arroganza

- La possibilità di procedere, in maniera analitica, dal letto dell'ammalato al banco del laboratorio (from bedside to bench ... mai il contrario, almeno per i clinici!) non deve diminuire l'apprezzamento nei confronti di altri professionisti (psicologi, antropologi, sociologi) che pure contribuiscono al miglioramento della condizione umana
Infatti
- ***Le patologie comportamentali costano alla società più della metà della intera spesa pubblica della salute (Dati USA del NCHS)***

4

Il Medico come Scienziato deve:

- Comprendere ed applicare i modelli di pensiero del metodo scientifico
- Sviluppare una mentalità inquisitiva
- Conoscere come formulare un piano sperimentale al fine di ottenerne dati
- Avere la capacità di analizzare la correttezza, la specificità e la affidabilità dei dati ottenuti
- Domandarsi costantemente “ *le mie conclusioni potrebbero essere errate ?* ”
- Tradurre queste capacità analitiche nella raccolta, sintesi ed interpretazione dei dati relativi ad ogni singolo paziente convogliandole nel trattamento più appropriato

5

Il Medico come dispensatore di cure deve:

- Essere, in un tempo, professionista di grande abilità tecnica ma capace di interessarsi anche umanamente al paziente
 - ***Questa capacità si acquisisce, in maniera semplice per alcuni o complessa e laboriosa per altri.***
 - ***Essa è, comunque, inalienabile per la formazione di un “medico completo”***

6

Il Medico è un professionista

- **“La professionalità nella medicina interna comprende quelle qualità e comportamenti che servono a mantenere l’interesse per il paziente sempre al di sopra dell’interesse personale” (American Board of Int.Med.)**
- **La professionalità comporta un impegno:**
 - ai più alti livelli nella pratica della medicina, e nella produzione e divulgazione del sapere;
 - per atteggiamenti e comportamenti che incoraggino gli interessi ed il benessere del paziente;
 - ad essere sensibile alle esigenze sociali in tema di salute.
- **Altruismo, affidabilità, eccellenza, dovere, servizio, senso dell’onore, integrità morale e rispetto degli altri:** la professionalità tende alla realizzazione di tutti questi valori
 - “ **Voi date poco quando date del vostro;
è quando date voi stessi che realmente donate ” (il Profeta)**

7

*“La buona medicina deriva dalla
unione tra la conoscenza scientifica
e l’interessamento umano”*

(Platone , IV libro delle Leggi)

- Il dilemma etico, che è nato con la medicina, oggi ha assunto grande rilievo sotto la pressione delle acquisizioni della medicina molecolare
- Un rapporto medico-paziente che integri gli aspetti tecnici della cura con quelli umani è quanto si chiede, senza accettare niente di meno, alla pratica della medicina etica nel XXI secolo

8

ETICA CLINICA

- **Disciplina pratica** *che contribuisce al miglioramento dell'assistenza al paziente.*
 - Confronta le scelte e le preferenze del paziente con gli obblighi morali dei medici :
 - *competenza; generosità; onestà; rispetto*

9

Problemi etici frequenti in medicina interna

- Formulazione di una decisione da parte di pazienti *capaci di intendere e volere*
- Surrogazione nella formulazione di una decisione *per i pazienti incapaci*
- Decisioni sul termine della vita
- Trattamenti considerati futili
- Interessi etico-clinici vs limiti delle risorse

10

Formulazione congiunta della decisione

- I pazienti adulti e capaci hanno il controllo della loro salute
- La FCD si realizza quando il paziente *condivide, formulando una decisione*, lo stesso obiettivo del proprio medico e *si fida* delle sue capacità tecniche ed umane
 - Si rispecchia nella dottrina legale del c.d. **Consenso Informato**

11

Consenso informato

- **Consiste** nella accettazione volontaria, da parte di un paziente, *capace di intendere e volere*, di un piano di trattamento proposto ed illustrato adeguatamente dal medico con riguardo particolare a :
 - *rischi, benefici, eventuali soluzioni alternative*
- **Richiede** processi di informazione e comunicazione *reali* tra il medico e il paziente o, nella eventualità di paziente *incapace*, la persona che si sostituisce nella decisione

12

La “ forza” del consenso informato

- **Ha una giustificazione legale**
 - “ogni essere umano adulto e sano di mente ha il diritto di stabilire cosa fare del proprio corpo” (Cardozo-1914)
- **Ha una giustificazione filosofica**
 - principio della autonomia individuale
- **È il fondamento dell’etica medica in molti *sistemi assistenziali pubblici***
- **Ha una giustificazione clinica**
 - La partecipazione dei pazienti alle scelte comporta un miglioramento del decorso funzionale di molte malattie croniche (diabete, connettiviti, aterosclerosi)

13

Oggetti del consenso informato

- **Sono:**
 - la proposta di esami diagnostici
 - le proposte terapeutiche
- **Preliminare è la comunicazione di verità riguardante :**
 - I rischi più probabili e le loro conseguenze
 - I rischi anche meno probabili ma comportanti conseguenze serie

14

Comunicazione di verità sgradevoli

- ***É dovuta, in linea di principio, per il rispetto del paziente e per l'obbligo professionale alla sincerità.***
- ***L'arte clinica e la sapienza umana sono fondamentali per determinare, caso per caso:***
 - *quale sia la “verità”*
 - *quando e come la “verità” debba essere comunicata*
 - *quanto sia determinante per il paziente non vedere distrutte le proprie speranze*

15

La Capacità di Intendere e Volere(CIV)

- ***È l'equivalente legale del concetto clinico della Capacità di Formulare una Decisione (CFD)***
- ***I pazienti titolari della CFD, per il principio dell'autonomia, devono prendere tutte le decisioni relative al loro trattamento sanitario***
- ***I pazienti non titolari della CFD, per il principio dell'assistenza, devono essere protetti dal prendere decisioni errate e irreversibili***

16

Caratteristiche della CIV/CFD (1)

- È uno stato *dinamico che può variare anche nell'arco di poche ore.*
- È uno stato *“decisione-specifico”.*
- È uno stato stimato *sulla capacità di comunicare, capire le informazioni fornite e di valutare le conseguenze di una particolare decisione.*

17

Caratteristiche della CIV/CFD (2)

- **Sul piano clinico, la stima della CIV/CFD si effettua valutando , *anche in maniera approssimata*, la capacità di comprensione del paziente:**
 - del suo problema sanitario
 - dei rischi e benefici della terapia consigliata
 - del perché abbiano accettato o rifiutato la terapia consigliata
- **Il grado di CIV/CFD “*accettabile*” varia in funzione della probabilità ed entità dei rischi e dei benefici accettati/rifiutati**

18

Caratteristiche della CIV/CFD (3)

■ Chi decide a proposito della CIV/CFD ?

– In ordine crescente di inconciliabilità:

■ *Il medico, lo psichiatra, il legale/comitato etico dell'ospedale, il Tribunale.*

■ La CIV/CFD è surrogabile per i pazienti non titolari di essa

(principio della eguaglianza dei diritti tra pazienti titolari/non titolari di CIV/CFD)

– In ordine di priorità e in assenza di Procura:

■ *Coniuge, figlio adulto, genitore, fratello/sorella, amico fidato, pubblico ufficiale*

19

Decisioni sul termine della vita

■ Decisioni di rinunciare al trattamento di mantenimento in vita

– **Dialisi, nutrizione parenterale, ventilazione meccanica, rianimazione cardio-polmonare, ecc.**

■ Eutanasia /suicidio assistito

– **Illegali in quasi tutto il mondo**

■ Le terapie meramente palliative sono ammesse

- nei pazienti terminali sofferenti,

- quando sono commisurate al livello di sofferenza alleviandolo, e non sono somministrate allo scopo di eutanasia

20

Trattamenti Futili

- *Quelli che non offrono assolutamente possibilità di migliorare lo stato di salute dei pazienti o di raggiungere un qualsiasi altro obiettivo medico.*

Ambiguità e disaccordo sui parametri (% di probabilità di ottenere un effetto medico valutabile) che individuano la futilità.

21

Il Problema delle risorse

- **L'obiettivo di fornire accesso universale ad un sistema medico-assistenziale di alta qualità (" *Il meglio di tutto a tutti* ") non presenta in linea di principio alcun problema etico**
- **Nell'ambito delle strategie attuabili per raggiungere l'obiettivo possono creare tensioni nel rapporto medico- paziente :**
 - la limitazione dei servizi con benefici marginali;
 - il razionamento dei servizi potenzialmente benefici;
 - la contrazione della libertà dei pazienti e dei medici di prendere decisioni cliniche congiunte individuali ①

22

I tempi dell'esame clinico: la cartella clinica (1)

- È un documento (*ciò che serve a provare la verità di un fatto*) dove sono registrate le informazioni relative alla storia medica completa dei pazienti
- Particolare attenzione deve essere posta nella compilazione della 1^a cartella clinica
- Questo documento(o sua copia), che dovrebbe sempre accompagnare il paziente nei vari episodi di malattia, può essere redatto da più autori

23

Cartella clinica (2)

- Ad ogni nuova visita particolare attenzione diagnostica e terapeutica deve essere rivolta alla patologia in atto (problema attuale), non tralasciando, però, una rapida rivisitazione dei problemi pregressi [eventuali connessioni con problema attuale !]
- Ogni nuovo evento/modifica deve essere circostanziato e riportato in maniera chiara ed accurata così da potere essere facilmente compreso anche da altri

24

Cartella Clinica (3)

- È il principale strumento di controllo della qualità della attività medica
- È l'unico strumento di prova della professionalità del medico in tribunale nella eventualità di vertenze legali

25

Cartella clinica orientata ai problemi CCOP

Anamnesi
"SINTOMI"

Esame obiettivo
"SEGNI"



ELENCO PROBLEMI



26

ANAMNESI

- Il colloquio rappresenta il punto focale della relazione medico- paziente
- “Momento decisivo diagnostico”: la accuratezza delle informazioni raccolte in questa fase influenza in maniera determinante la correttezza della diagnosi e del trattamento (l'80% della diagnosi in M.I. si basa su di esso)
- La raccolta di informazioni è, in genere, “a ritroso” dal disturbo/problema attuale fino alle funzioni dei principali apparati, attraverso un excursus che abbraccia le patologie pregresse, le relazioni sociali e le abitudini di vita, il grado di istruzione e le condizioni e patologie familiari

27

Schema Anamnesi-1

- Fonte dei dati e loro attendibilità
- Disturbo principale attuale:
 - indicare in maniera concisa e chiara ; verificare il reale significato che il paziente attribuisce ad eventuali termini medici
- Anamnesi patologica prossima
 - modificazioni recenti dello stato di salute con evoluzione fino al momento della osservazione e ai disturbi attuali
 - L'organizzazione più pratica di questa sezione è in senso cronologico perché consente più facilmente di individuare l'esatto tempo di comparsa del problema attuale

28

Schema Anamnesi -2

- Anamnesi patologica remota
 - Problemi chiusi; problemi ancora attivi
- Anamnesi lavorativa e ambientale
- Dati anagrafici
- Anamnesi familiare
- Anamnesi psicosociale
- Anamnesi sessuale,riproduttiva e ginecologica
- Anamnesi sistematica

29

Anamnesi:

-approccio e problema attuale-

- Preannunciare il colloquio e organizzarlo in ambiente “idoneo”
- Adeguatezza “esteriore” dell’intervistatore (medico/studente)
- Approccio iniziale “cordialmente formale”
- Domande iniziali “aperte” sul problema attuale
- Elencazione cronologica (dall’esordio fino alla configurazione più recente) della evoluzione dei disturbi attuali (Riassunto).
- interagire brevemente e periodicamente(*uno sguardo, una breve conferma*) con il paziente durante la raccolta dei dati

30

Domande “aperte”

- Che problemi sta avendo?
- Mi parli dei suoi disturbi .. *allo .. stomaco*
- Come stava in salute *prima .. dell'infarto?*
- Può descrivere le sue sensazioni in accompagnamento *al dolore?*

31

Domande dirette “chiuse”

- Porre la domanda in maniera che non vi sia dubbio nella risposta
- Con tali domande si tendono a definire le caratteristiche fondamentali di ogni sintomo o segno
- Evitare domande (e trascrizioni) con risposte che possano essere di dubbia interpretazione per una terza persona che consulti la cartella
- Attenzione alle domande *tendenziose o esplicative*

32

Le Sette domande chiuse per la definizione delle caratteristiche fondamentali dei sintomi/segni

1. Regione corporea (sede) di origine del disturbo in causa
2. Qualità
3. Quantità/Intensità
4. Cronologia: caratteri di esordio e loro evoluzione attuale attraverso eventuali fasi intermedie
5. Modalità di comparsa: eventi di concorso quali il pasto, lo sforzo fisico, ecc.
6. Fattori aggravanti (o allevianti)
7. Manifestazioni associate

33

**Valutazione critica dei sintomi attuali
(domande chiuse a schema definito)**

*** Si cercano risposte a quattro quesiti fondamentali**

1. Da quale(i) organo(i) originano i sintomi ?
2. Quale è la causa più probabile ?
3. Ci sono fattori di rischio o predisponenti?
4. Ci sono complicazioni ?

*** Si cerca di definire tre caratteristiche fondamentali**

- Modalità di insorgenza (fattori scatenanti)
- Qualità e *gravità (intensità) stazionaria, in crescendo o in decrescendo*
- Fattori aggravanti o attenuanti

34

Esempio: il dolore

- Sede: torace/addome/muscoli/articolazioni
- Tipo (qualità): acuto, costrittivo, crampiforme, diffuso, puntiforme
- Intensità : scala analogica 0-10
- Decorso: crescente/decescente, stabile, irradiato/circoscritto
- Periodicità o persistenza
- Fattori scatenanti
- Fattori aggravanti/attenuanti
- Sintomi associati /febbre

35

Domande aperte e chiuse sui problemi pregressi

- Qualità del sonno
 - Variazioni del peso corporeo
 - Malattie della prima infanzia (rif.)
 - Esantemi: evoluzione e complicanze eventuali
 - Patologie ricorrenti pregresse *
 - Pregressi interventi chirurgici/traumi *
 - Precedenti ricoveri ospedalieri (diagnosi) *
 - Precedenti reazioni avverse a farmaci *
 - Malattie veneree *
 - Alterazioni occasionali di parametri di laboratorio
- * Indagare criticamente i sintomi/segni dell'epoca senza mai accettare passivamente (e riportare in cartella) diagnosi preconfezionate

36

Il dolore

- Sensazione molto *sgradevole*, presente in molte malattie con *significato protettivo di allarme*
- Può avere carattere variabile sia per la qualità (oppressivo, tensivo, puntorio, pulsante, urente, tagliente, ecc.) sia per la sua intensità.
- Viene percepito dal sistema dei nocicettori cutanei (superficiali) e viscerali (profondi)

37

Vie di trasmissione del dolore

- Dalla periferia alle corna posteriori del midollo = 1° neurone somatico/viscerale
- Lungo il midollo e fino ai nuclei della sostanza reticolare, del talamo e al diencefalo = 2° neurone (fascio spino talamico)
- Dal talamo a livello sub-corticale e corticale (rinencefalo) = 3°neurone

38

TIPI di DOLORE

- Dolore somatico puro
 - Interessamento esclusivo delle strutture somatiche (cute, muscoli, ossa, tendini, capsule articolari peritoneo,pleura)
- Dolore viscerale puro
 - Interessamento viscerale non complicato
- Dolore misto viscerale-somatico
 - Interessamento viscerale complicato dal cointeressamento di strutture somatiche (sierosa peritoneale o pleurica)

39

Il dolore somatico

- Parte dalle strutture somatiche
- Viene trasmesso tramite *i nervi spinali* (cervicali, toracici, lombari, sacrali) *ricchi di fibre mieliniche*
- È relativamente *superficiale*, puntorio o trafittivo e *ben localizzato spazialmente*

40

Tipi di dolore somatico

- **Nevralgia**
 - Dolore continuo e parossistico del neurone sensitivo periferico
- **Causalgia**
 - Dolore urente di un arto sede di lesione e in preda a disturbi trofici
- **Crampo**
 - Contrattura dolorosa dei muscoli striati

41

Dolore viscerale

- Parte da un viscere sollecitato da:
 - Flogosi intensa o accumulo di sostanze algogene, stimoli chimici, distensione o spasmo della muscolatura liscia, trazione o pinzettamento dei legamenti viscerali e/o dei vasi
- È trasmesso prevalentemente da *fibre amieliniche afferenti* che decorrono in connessione con le fibre dei nervi del sistema simpatico o parasimpatico . Gli impulsi dolorosi che originano da terminazioni libere nei visceri passano in grande maggioranza nelle radici dorsali del midollo attraverso i nervi viscerali.
- È profondo, sordo, compressivo, mal delimitabile perché le aree recettoriali del dolore viscerale sono poco convergenti a livello della corteccia. Esso è quasi sempre avvertito nella regione profonda mediana della regione corporea di origine ed è
 - quasi costantemente associato a *manifestazioni vegetative* quali *nausea, vomito, sudorazione, ipotensione*
 - incostantemente associato *con una contrazione, debole e riflessa, di difesa dei muscoli superficiali (addominali)* che cede alla pressione/palpazione manuale lieve e lenta

42

Il dolore viscerale superficiale

■ D.V.S. *Riferito*

- Viene avvertito a livello delle strutture superficiali corrispondenti al metamero cui appartiene il viscere coinvolto (Teoria della convergenza-facilitazione)
- Irradiazioni specifiche

■ D.V.S. *Vero*

- Per coinvolgimento iperalgesico e/o flogistico delle strutture superficiali in precise aree metameriche
- Si accompagna ad intenso dermografismo dell'area iperalgesica e recede con la anestesia locale della sola *parte centrale* dell'area (DVS vero di elezione) o *dell'intera parte* di essa (DVS vero epicritico)

43

Tipi di dolore viscerale

■ Colica

- Dolore intenso e protratto di tipo spastico, che origina da un viscere cavo , si associa a disturbi vegetativi e ha un andamento spesso discontinuo

■ Spasmo

- Contrattura dolorosa della muscolatura liscia, di breve durata

44

**Domande “aperte” ma guidate:
la storia familiare, personale fisiologica e sociale**

■ **Domande sulla famiglia:**

- è sposato o ha un partner fisso;
- stato di salute del partner e di eventuali figli, dei genitori o dei fratelli;
- età e cause supposte o certe di morte dei vari familiari;
- presenza in più familiari di sintomi/segni identici o malattie a tendenza eredo-familiare (ipertensione arteriosa, diabete mellito, allergopatie, ecc)

45

La storia personale “fisiologica” e sociale

- **Nascita: epoca gestazionale; eventuale parto operativo; *patologie eventuali perinatali* (rif.)**
- **Tipo di allattamento e fenomeni dello svezzamento (rif.)**
- **Abitudini alimentari infantili ed eventuali modificazioni nel tempo(alimentazione selezionata o non; motivazioni;)**
- **Evoluzione psico-somatica e sessuale (menarca-menopausa-caratteri del ciclo mestruale [durata, frequenza] – gravidanze – scolarità- lavoro)**
 - **Fumo/ alcool/altro**
 - **Consumo di farmaci**
 - **Viaggi; attività fisica**

46

Domande *chiuse* di rassegna sistematica dei vari organi/apparati

- **Capo:** cefalea (localizzazione, tipo, durata/frequenza, tempo di comparsa nella giornata, fattori scatenanti)
- **Alterazioni funzioni sensoriali o a carico dei nervi cranici**
 - Disturbi della visione :in negativo (scotomi /amaurosi) o in positivo (scintillii / luccichii), persistenti/intermittenti
 - Diplopia :persistente/intermittente
 - Insensibilità al volto : coinvolgimento di lingua e/o mucosa buccale
 - Perdita completa della funzione uditiva unilaterale (ANACUSIA) o bilaterale (COFOSI)
 - Ipoacusie : perdita parziale della funzione uditiva mono/bilaterale; con dolore, otorrea e/o
 - Acufeni: *percezione soggettiva di un suono* (ronzio, soffio, sibilo) *in assenza di vibrazioni sonore ambientali*
 - Disfagia:per cibi solidi/liquidi; dalla bocca al faringe o più a valle
 - Alterazioni del gusto/ olfatto

47

Altre alterazioni degli organi di senso

- **Occhi:** dolore, prurito, bruciore, rossore, lacrimazione eccessiva
- **Orecchie:** otalgia, sensazione di ostruzione, prurito, otorrea
- **Naso:** ipo-anosmia, iperosmia, cacosmia associate a prurito, ostruzione, rinorrea, starnutazione eccessiva, epistassi, dolore spontaneo regioni paranasali
- **Bocca :** alterazioni del gusto in plus o minus associate a scialorrea, xerostomia, glossodinia /faringodinia

48

Apparato cardiorespiratorio

- **Dolore toracico** : localizzazione, qualità, durata, periodicità, fattori scatenanti, irradiazione, risposta ai farmaci , sintomi associati
- **Dispnea** : respiro corto e difficoltoso, con sensazione di fame di aria- a riposo, da sforzo,- che insorge solo in posizione supina (*ortopnea*) o che sveglia bruscamente il paziente nel cuore della notte (*dispnea parossistica notturna*) in associazione a sensazione di ingorgo polmonare ingravescente con rumori umidi crepitanti (*edema polmonare acuto*)

49

Apparato cardiorespiratorio

- **Edemi periferici ***: gonfiore alle caviglie mono/bilaterale; persistenti o solo dopo prolungata stazione eretta
 - Pressione idrostatica settore arterioso capillare = **42 cm** di acqua
 - Pressione idrostatica settore venoso capillare = **17 cm** di acqua
 - Pressione colloidale-osmotica sangue(costante; proteine) = **36 cm** di ac.
- Anomalie del ritmo cardiaco: tachicardia, battiti irregolari e/o "mancanti"; frequenza e durata della anomalia; disturbi associati;
 - Il ritmo (**polso**) è : **Regolare; Regolarmente Irregolare; Irregolarmente Irregolare**
- **Tosse *** (*Violenta esplosione espiratoria a glottide parzialmente chiusa*): frequenza, carattere (produttiva/secca), quantità e tipo dell'espettorato
- Emoftoe (emottisi): emissione di sangue misto ad espettorato conseguente solitamente a tosse
- **Sibili/gemiti respiratori** *(*rumori respiratori aggiunti [patologici] "udibili da parte del paziente"*): frequenza, particolari ambienti di comparsa, a riposo/da sforzo, uso di broncodilatatori

50

Apparato gastrointestinale

- **Disfagia / odinofagia**
- **Variazioni del peso :volontarie / involontarie (alimentazione quali-quantitativa)**
- **Anoressia: mancanza di desiderio del cibo**
- **Bulimia: fame insaziabile**
- **Nausea: sensazione di disgusto per il cibo spesso associata a sintomi neurovegetativi (sudorazione, scialorrea, tachicardia)**

- **Vomito: emissione improvvisa e forzata del contenuto gastrico dalla bocca sostenuto da :**
 - i) rilasciamento del cardias,
 - ii) contrazioni antiperistaltiche della parete gastrica e
 - iii) da energica contrazione (spesso *dolorosa*) del diaframma e della parete addominale

- **Conato: eventi simili al vomito ma, in assenza di rilasciamento del cardias, manca la emissione di cibo**

- **Rigurgito: emissione di materiale non digerito misto a muco,alcalino o acido, in assenza di contrazione della parete addominale e del diaframma (*non doloroso*)**

51

Cause più frequenti di anoressia,nausea, vomito

- **Centrali (vomito a “getto” spesso senza nausea):**
 - ↑ pressione intracranica; psiconevrosi; eccessivo caldo ambientale; stimoli emozionali intensi
- **Tossiche (agenti sul centro del vomito o irritanti la mucosa gastrica):**
 - Farmaci; tabacco;ipertermia/febbre; uremia, iperammoniemia; acidosi;
- **Viscerali:**
 - Ostruzioni al transito alimentare; gastriti; flogosi acute altri organi addominali, gravidanza; cardiopatie scompensate (dx)
- **Carenziali:** avitaminosi; digiuno
- **Oto-vestibolari:** cinetopatie (mal d'auto ecc.), S. di Meniere con vertigine, tintinnii (paracusie), sordità, vomito (da edema transitorio vestibolare)

52

Apparato gastrointestinale (2)

■ Dolore addominale:

- localizzazione; rapporto con i pasti; qualità , durata ed intensità, irradiazione; miglioramento con ingestione di farmaci o particolari posture

■ Ematemesi /melena/ rettorragia

■ Modificazioni delle abitudini intestinali e della consistenza delle feci:

- **Stipsi** (rallentamento del transito con defecazione normale);
- **Dischezia** (defecazione inadeguata in presenza di normale afflusso di feci);
- **Diarrea** (defecazione frequente di feci non formate)
 - dolorosa con urgenza = alterazioni grosso intestino;
 - indolore e senza urgenza = alterazioni piccolo intestino

53

Apparato Urogenitale (1)

■ Diuresi

- Volume giornaliero: poliuria (> 2 litri/die); oliguria (< 400 ml/ die); anuria
- Frequenza: pollachiuria (↑ frequenza minzioni/ die); nicturia (↑ frequenza minzioni notturne)
- Dolore durante la minzione: stranguria
- Alterazioni del controllo vescica: disuria (flusso lento, con inizio o interruzione difficoltosi; stimolo ad urinare subito dopo una minzione);

54

Apparato Urogenitale (2)

- **Incontinenza urinaria**: perdita della normale continenza vescicale
 - **Vera**: insufficienza dello sfintere uretrale esterno con deflusso continuo di urina
 - **Falsa**: insufficienza del muscolo detrusore con l'urina che prima riempie la vescica e poi trabocca nell'uretra a gocce (iscuria paradossa)
- **Ritenzione urinaria**: incapacità ad eliminare le urine per ostacolo meccanico (dolorosa)
- **Enuresi** : mancanza del controllo, per lo più notturno, della minzione (spina bifida occulta, insufficiente controllo corticale sul centro minzione)

55

Apparato Urogenitale (3)

- **Colorito e torbidità delle urine**:
 - Ematuria (totale, terminale ; iniziale)
 - Emoglobinuria/Bilirubinuria/ Porfirinuria (urine rosso chiaro/marsala/bruno scuro)
 - Piuria: pus visibile nelle urine
- **Dolore addominale con irradiazione genitourinaria**: *colica renale*

56

Mestruazioni

- Epoca del Menarca/Menopausa
- Durata: n° giorni di flusso/ n° dei giorni tra 2 flussi
- Flusso abbondante: *metrorragia*
- Flusso doloroso: *dismenorrea*
- Emorragie intermestruali
- Tensione premestruale
- Disturbi menopausa: *vasomotori; metrorragie*

57

Attività sessuale

- Rapporti pluripartner
- Pratica sesso sicuro?
- Pregresse malattie sessualmente trasmesse
- Dolore durante i rapporti sessuali
- Perdita della libido
- Impotenza coeundi
- Eiaculazione precoce

58

Sistema Nervoso

- **Episodi sincopali (Svenimento)**
“improvvisa (e transitoria: minuti-1 ora) perdita di coscienza con incapacità di mantenere il tono posturale”
- **Lipotimia**
“pallore e sudorazione improvvisi , sbadigli, nausea, come nella fase iniziale della sincope ma che non evolvono in essa”
- **Vertigini**
“sensazione illusoria di spostamento della propria persona intorno agli oggetti (*Vert. Soggettiva*) o degli oggetti intorno al proprio corpo (*Vert. Oggettiva*)”
- **Alterazioni linguaggio e memoria**

59

Cause principali e frequenza delle perdite di coscienza di breve durata (PCBD)

- **Da cause anamnesticamente evidenti**
 - Sincope commotiva post traumatica (capo)
 - Ipoglicemia in diabetico(insulina)
- **Da cause non evidenti**
 - **Sincope** (flusso ematico cerebrale <40%)
 - Primitivamente neurogena-vasodepressoria = 55%
 - Primitivamente cardiogena = 10%
 - **SNC** = <10%
 - Prima crisi epilettica
 - Insufficienza cerebrovascolare
 - Emorragia subaracnoidea
 - Onde di pressione endocranica
 - **Da cause tossiche/metaboliche** = <10%
 - Alcol-sedativi
 - Overdose di narcotici
 - Ipoglicemia
 - Farmaci antiipertensivi
 - Diagnosi eziologica sconosciuta

60

Vertigini

■ Vertigine centrale

- Origina da lesioni dell' app. vestibolare centrale (fibre afferenti ed efferenti, nuclei vestibolari, connessioni con cervelletto, motoneuroni spinali e nuclei del sistema oculomotore)
- In generale sono soggettive, con andamento subdolo associato a *turbe dell'equilibrio, segni neurologici* (mioclonie), *nistagmo verticale* (movimenti oscillatori, ritmici e involontari dei globi oculari) e non a *manifestazioni neurovegetative* (nausea, vomito)

■ Vertigine periferica

- Origina da lesioni dell'app. vestibolare periferico e oto-labirintico in generale (coclea; canali semicircolari, utricolo, sacculo)
- In generale sono oggettive, insorgono acutamente a crisi, si associano costantemente a *segni auricolari* (ipoacusia/acufeni) e a *manifestazioni neurovegetative* ma non a segni neurologici

61

Differenze tra *vertigine* centrale (SNC) e periferica (Otologica)

Caratteristiche	Tipo periferico	Tipo centrale
Inizio	improvviso	insidioso
Quadro caratteristico	Episodico, parossistico	Continuo
Intensità	Max all'inizio	Variabile/lieve
Durata	Minuti-ore	Giorni-mesi-anni
Nistagmo verticale (lesioni del peduncolo)	Assente	Comune
Influenza movim. capo	Notevole	Lieve/nulla
Disturbi coscienza -Sincope -convulsione	Assente assente	Rara Occasionale
Tintinnio, sordità	Comune	Assente
Esame otologico	Positivo	Solit. negativo
Esame neurologico Test di Romberg	Negativo Caduta solo con movimento capo	Positivo Tendenza a cadere dal lato colpito senza muovere il capo
Disturbi altri nervi cranici	Rari	Comuni

62

Sistema endocrino

- Perdita di peso/poliuria/ polidipsia
 - Diabete
- Intolleranza al caldo/irritabilità /perdita peso / aumento appetito
 - Ipertiroidismo
- Costipazione / ↑ peso/ sensazione continua di freddo / depressione
 - Ipotiroidismo

63

Apparato muscolo-scheletrico

- Dolori ossa /articolazioni
- Dolori articolari con o senza gonfiore/ rossore/ dolorabilità alla pressione e alterata funzione della articolazione
- Interessamento mono o pluriarticolare
- Intensità e tempo di comparsa del dolore nella giornata

64

Cute

- Comparsa e frequenza di eruzioni
- Loro rapporto con attività lavorativa
- Distribuzione di esse (localizzate / diffuse)
- Presenza o meno di prurito (solo lesionale o diffuso)
- Reazioni cutanee alla apposizione di metalli, creme/cosmetici, indumenti , alimenti vegetali
- Modificazioni del colorito

65

Elenco dei problemi

■ Iniziale

Nome paziente		N° identificazione	
Prob. Attuali	Data	Prob.Preg	Data
1-Ittero-(gen 03)	15/1/03		
2-Anoressia-(dic 02)	15/1/03		
3-Perdita peso	15/1/03		
4-Fumo Dal 70	15/1/03		
		5-Ulcera duod. (77)	15/1/03

■ Aggiornamento

Nome paziente		N° identificazione	
Prob. Attuali	Data	Prob.Pregr	Data
1-Ittero (gen 03) → * Epatite A	15/1/03 21/1/03	→ Risolta	22/2/03
2-Anoressia-(dic 02) → * 1	15/1/03		
3-Perdita peso → * 1	15/1/03		
4-Fumo Dal 70	15/103		
		5-Ulcera duod. (77)	15/1/03

66

Piano d'azione correlato ai problemi			
	Problema	Diagn. Differenziale	Indagini
DX	Ittero Anoressia Perdita di peso	Epatite acuta / Alcool/ Farmaci Ittero ostruttivo Vedi ittero Vedi ittero	Test epatici; Markers epatitici Auto-anticorpi; Eco epatica Emocromo completo Urine ; urea; Glicemia; elettroliti Peso corporeo
MX	Ittero Anoressia Perdita di peso	MONITORAGGIO Test epatici x 2 /settimana Controllo dieta/calorie Controllo peso ogni 3 giorni	
TX	Ittero Anoressia Perdita di peso	TERAPIA Riposo a letto Stimolare l'appetito Uso di integratori e liquidi	
In	Ittero Anoressia Perdita di peso	INFORMAZIONE Discutere la diagnosi Spiegare l'associazione con l'ittero	

67

Registrazione andamento malattia (A) e tabella di flusso (B)						
■ A)			■ B)			
25/1/03	S	Si sente meglio	DATA	16/1	21/1	10/2
	O	Transaminasi e Bilirubina in calo; IgM x HVA Fegato indolente	TEST			
	V	Epatite A in via di risoluzione	AST (<40)	<u>1200</u>	<u>800</u>	<u>50</u>
	P	Monitorare esami e considerare la Dimissione	ALT (<45)	<u>1450</u>	<u>400</u>	<u>40</u>

S: sensazioni sog. del paz.; O:dati obiettivi; V: valutazione del medico; P: programma

68