

LEGENDA DELLA SUPERSINOSI:



LINFONODI



VASI



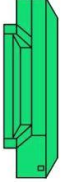
PUNTI SINUSALI



RIFLESSI



RIFLESSI
ESCLUSIVAMENTE
NEONATALI



MISURAZIONI
(peso, altezza, CC)



PODOSCOPIA



AUSCULTAZIONE
TORACE



AUSCULTAZIONE
CUORE



TRIGEMINO



DALTONISMO



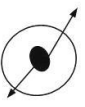
RIFLESSO ROSSO
E FUNDUS



ACUITA' VISIVA



RIFLESSI
PUPILLARI



STRABISMO



PRESSIONE
ARTERIOSA



SCOLIOMETRIA



ORIFIZI



OSSIMETRIA,
REFILL



BOEL TEST,
UDITO



LAMPADA DI
WOOD

Arturo Tozzi

PLS, Dottore di Ricerca

tozziarturo@libero.it

<http://metodologia-pediatria.webnode.it/>

<http://filosofiadellascienzamedica.webnode.it/>

Tecniche veloci di esame obiettivo

***Come visitare il paziente
risparmiando tempo e fatica
senza trascurare (quasi)
nulla***

Il medico non lo sa, ma dispone di un superpotere diagnostico: l'esame obiettivo

Noi medici non ce ne rendiamo conto, ma abbiamo un'arma potentissima. Si tratta del vecchio e negletto esame obiettivo¹. I suoi vantaggi sono numerosi:

Fa diagnosi da solo! consente di fare diagnosi nell'80% dei casi in modo diretto, sicuro, economico ed efficace, senza ricorrere ad ulteriori approfondimenti diagnostici².

La diagnosi è più rapida. Se il medico eseguisse un esame obiettivo al primo campanello d'allarme, alcune patologie verrebbero "intercettate" precocemente.

Meno esami strumentali. L'esame obiettivo permette di ridurre le batterie di esami strumentali a tappeto, le visite specialistiche inutili e le prescrizioni costose. L'esame obiettivo ha un suo costo, legato al tempo speso dal medico, ma costituisce in ogni caso un risparmio per il Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Il rapporto medico-paziente. Il rituale della visita ha una valenza simbolica che contribuisce ad instaurare un rapporto di fiducia e complicità tra medico e paziente. Due persone si incontrano in un posto speciale (l'ambulatorio), una delle due indossa una divisa d'ordinanza (il camice bianco, il fonendoscopio), l'altro si rilassa scambiando quattro chiacchiere, esponendo i propri sintomi, sbottonandosi la camicia, etc. Vari studi

¹ Peixoto AJ. *Birth, death, and resurrection of the physical examination: clinical and academic perspectives on bedside diagnosis.* *Yale J Biol Med.* Jul-Aug;74(4):221-8, 2001.

² Simel DL, Rennie D. *The Clinical Examination An Agenda to Make It More Rational.* *JAMA,* 277(7):572-574, 1997.

dimostrano che il rituale è associato a cambiamenti neurobiologici positivi nel paziente³.

Il superpotere. In alcuni casi, diciamo subito, non c'è bisogno di effettuare un esame obiettivo accurato.

È utopistico, ad esempio, pensare di effettuarlo su tutti i pazienti sani. Per di più, in alcune patologie è di scarsa utilità: *in un paziente con diatesi allergica che si presenta nel mese di maggio al tuo studio con un broncospasmo, è sufficiente effettuare una valutazione cardio-respiratoria, e non hai bisogno, ad esempio, di guardargli lo scroto o di esaminargli i denti alla ricerca di lesioni dello smalto!*

In alcune occasioni l'esame obiettivo andrebbe invece effettuato con tutti i crismi: quando la patologia è dubbia o indefinibile, o quando il tuo stesso orientamento diagnostico non ti convince, oppure quando ti imbatti in segni o sintomi incongrui che confutano il quadro che avevi ipotizzato. In queste situazioni incerte, l'esame obiettivo diventa un superpotere in grado di confermare la tua diagnosi, o, meglio ancora, di rivelarne di nuove o inaspettate.

Se è così utile... perché nessuno lo effettua?

Nonostante i punti di forza sopra descritti, l'esame obiettivo è una spada arrugginita dal disuso e riposta nel fodero del medico contemporaneo. Alcuni motivi incontestabili ne limitano l'applicazione:

Non abbiamo tempo. Vi sono testi esaurienti e minuziosi, ricchi di ottimi consigli, che descrivono accuratamente le modalità standard dell'esame

³ Vergheze A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. *The bedside evaluation: ritual and reason.* *Ann Intern Med.* Oct 18;155(8):550-3, 2011.

obiettivo⁴. Però mancano di una dote: il pragmatismo. Chiunque di noi, leggendo le Sacre Scritture, non può che pensare: se faccio un esame obiettivo del genere, mi ci vuole un'ora a paziente! Un esame obiettivo secondo i dettami della letteratura è IMPOSSIBILE per un medico convenzionato (e non solo per lui!).

Non lo sappiamo più fare. Diciamocelo chiaramente: abbiamo scarsa dimestichezza con un esame obiettivo sistematico. Anche nei casi nei quali ci sforziamo di visionare tutti gli apparati, ripensandoci dopo a casa ci rendiamo conto che abbiamo dimenticato qualche particolare: *“oddio, non gli ho sentito i polsi femorali, non ho valutato i nervi cranici!”* L'incompletezza lascia in noi un senso di frustrazione.

Visitiamo solo pochi organi perché siamo “carichi di teoria”. Le volte che ci cimentiamo con l'esame obiettivo (*mai troppe! noi medici passiamo più tempo davanti al computer che al cospetto del paziente*⁵), ci limitiamo ai pochi organi o distretti che hanno attirato la nostra attenzione sulla base dell'anamnesi o di una prima occhiata. Utilizziamo cioè l'esame obiettivo con un approccio mentale “carico di teoria”. Sin dal primo contatto col malato pensiamo automaticamente ad una diagnosi precisa, formulata mediante l'intuito o criteri statistici (*se stamattina ho visto dieci diarree da Rotavirus di fila, davanti all'undicesimo paziente con diarrea cosa mi verrà mai da pensare?*)⁶. Con l'esame

⁴ Bickley LS, Szilagyi PG. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Bellet PS. *Physical Examination, in Baker RC, Pediatric Primary Care -Well-Child Care, Lippincott Williams and Wilkins, Core Handbook Series in Pediatrics, 2001.*

⁵ Verghese A, Horwitz RI. *In praise of the physical examination. BMJ. Dec 16;339:b5448, 2009.*

⁶ Van Fraassen. *The Scientific Image*, Oxford University Press, 1980.

obiettivo non facciamo che ricercare i segni che ci aiutino a confermare la nostra ipotesi iniziale. La maggior parte degli errori avvengono in questa fase. Siamo così sicuri della nostra diagnosi, che difficilmente la mettiamo in dubbio. Senza farlo apposta vediamo ciò che vogliamo vedere ed ignoriamo i dati che potrebbero confutare la nostra ipotesi⁷. Esaminiamo solo alcuni apparati, rischiando di tralasciare proprio quello che, col senno di poi, ci avrebbe consentito di effettuare la diagnosi giusta. Dobbiamo inoltre ammettere che ogni diagnosi è influenzata dal bagaglio di esperienze personali e dalla specificità culturale del medico⁸. Andiamo alla ricerca dei segni che conosciamo meglio, indirizzandoci verso le patologie con le quali abbiamo maggior dimestichezza. Ogni medico ha la sua malattia preferita! *Il neurologo effettuerà una valutazione dei riflessi osteo-tendinei più efficace rispetto all'otorino, mentre, in presenza di una gonalgia, l'ortopedico penserà ad un menisco ed il reumatologo ad una patologia autoimmune.*

Troppo faticoso! L'esame obiettivo richiede troppa concentrazione. Ti lascia svuotato di energie mentali, a discapito dei pazienti che verranno dopo e che aspettano in fila là fuori, in sala d'attesa.

È inutile! Noi stessi abbiamo scarsa considerazione per l'esame obiettivo ("*serve a poco o niente!*") e consideriamo l'anamnesi più adatta ai fini diagnostici⁹. A peggiorare il

⁷ Parafrasando Whitehead, A.N. *Science and the Modern World. Lowell Lectures. Free Press. p. 135, (1997) [1920].*

⁸ Bieganski. da: *The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubinski (1820-1889) to Ludwik Fleck (1896-1961), compiled by Ilana Löwy, Kluwer Ac. Publ., Dordrecht/Boston/London, 1990.*

⁹ Rich EC, Crowson TW, Harris IB. *The diagnostic value of the medical history. Perceptions of internal medicine physicians. Arch Intern Med. Nov;147(11):1957-60, 1987.*

quadro, vari studi di Medicina Basata sull'Evidenza sottolineano che alcuni segni sono inutili ed andare alla loro ricerca è una perdita di tempo¹⁰. Noi, nel nostro piccolo, non siamo di questa opinione. Secondo noi l'anamnesi è più soggettiva rispetto all'esame obiettivo, soprattutto nei casi in cui il rapporto medico/paziente non è diretto, ma mediato dai parenti (bambini, malati impossibilitati a collaborare). Inoltre l'intervista e la raccolta anamnestica possono essere influenzate sia dal desiderio del malato di compiacere il curante (*il dottore potrebbe avere ragione, anche la zia me l'aveva detto, adesso rispondo di sì alle sue domande, così facciamo prima*), sia dal background culturale del medico (*in presenza di una gonalgia, il reumatologo di prima porrà domande anamnestiche differenti rispetto all'ortopedico di prima!*), sia dall'ipotesi diagnostica iniziale (*guardo una macchia: se penso ad una tinea, chiedo se il paziente ha un gatto; se penso ad un'eczema, chiedo se c'è una diatesi atopica in famiglia*). L'esame obiettivo consente di eliminare una buona parte dei preconcetti diagnostici dalla mente di noi medici.

Con tutti gli esami che posso prescrivere, mi metto pure a visitare!?

La disponibilità di sofisticati mezzi strumentali altera la nostra percezione della malattia. Capita a tutti noi di richiedere un prelievo "a casaccio" alla ricerca di diagnosi che non siamo riusciti a formulare, magari per mancanza di tempo o di concentrazione. *E' più facile chiedere un emocromo che andare ad osservare il letto ungueale o la congiuntiva alla ricerca di un'anemia.*

C'è un altro punto importante a sfavore dell'esame obiettivo: il malato non vuole essere visitato, vuole gli

¹⁰ Vergheze A, Horwitz RI. In praise of the physical examination. *BMJ*. Dec 16;339:b5448, 2009.

esami, così come pretende l'antibiotico se ha 37,5 °C da due giorni. *Un esempio: la mamma ti dice che il figlio è pallido. Tu esami le congiuntive e il letto ungueale del piccolo e concludi che non c'è anemia. La mamma, nonostante le tue obiezioni, ti richiede lo stesso un prelievo per "il ferro".*

Basta parlare! Ecco la nostra proposta di esame obiettivo, IN PRATICA

In copertina trovi una "SuperSinossi" per non dimenticare (quasi) nulla. La legenda della SuperSinossi è all'ultima pagina dell'opuscolo.

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, l'esame obiettivo ha molti vantaggi, ma il suo uso è limitato da altrettanti indubitabili aspetti negativi. Il nostro protocollo è una variazione di testi classici¹¹ che si propone di minimizzare il più possibile gli svantaggi. Secondo noi è necessario effettuare un esame obiettivo che sia:

1. il più completo e
 2. il meno "carico di teoria", ma
 3. nello stesso tempo anche il più rapido possibile (forse questo è il tema da noi più sentito...).
- Dovrebbe inoltre essere

¹¹ Oltre ai testi già citati, abbiamo consultato: Morgan WL, Engel GL. *The clinical approach to the patient*. Philadelphia: WB Saunders, 1969. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Eds. *Textbook of adolescent medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 1992. Albright EK. *Pediatric History and Physical Examination, Current Clinical Strategies Publishing*, 1999. Gundy JH. *The pediatric physical examination*. In: Hoekelman RA, ed. *Primary pediatric care*, 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1997.

4. non troppo impegnativo per la mente sovraccarica del medico ed
5. effettuabile indipendentemente dalla collaborazione del paziente. Pensiamo in particolare ai bambini, spesso riottosi ed irritabili, o ai pazienti con stati di coscienza alterati.

In poche parole, un protocollo ragionevole dovrebbe **garantire in tempi brevi un'analisi di organi ed apparati che sia la più completa ed oggettiva possibile.** I punti da tenere presente quando visiti un malato sono (secondo noi) i seguenti:

A) L'ARMA MIGLIORE SONO I TUOI SENSI

I segni possono essere percepiti:

1. direttamente mediante i cinque sensi fisiologici, oppure
2. indirettamente, tramite prolungamenti artificiali che amplifichino i sensi naturali¹². Ci riferiamo a mezzi semplici, quali il fonendoscopio, l'otoscopio, la bilancia pesapersone, etc.

I cinque sensi naturali rappresentano il mezzo privilegiato per interagire con il mondo esterno e quindi sono i più utili ed affidabili per formulare una diagnosi. Prestare attenzione a ciò che può rivelarci ciascuno di essi è il primo passo metodologico verso una raccolta di dati completa e rapida.

Quando effettui una visita, i tuoi sensi entrano in gioco nel seguente ordine cronologico: udito, olfatto, vista (ispezione), tatto (per semplicità includiamo nel tatto anche pressione, pallestesia caldo, freddo, dolore) ed auscultazione (udito aiutato dal fonendoscopio).

¹² Carnap R. *Chapter 23: Theories and nonobservable, Philosophical Foundations Of Physics*, 1966.

La Tabella qui sotto riassume le caratteristiche cliniche più importanti che i nostri sensi possono percepire durante l'esame obiettivo:

I sensi sono coinvolti nel seguente ordine cronologico:	Elementi GENERALI da valutare per ogni senso:	Elementi SPECIFICI da valutare per ogni senso:
UDITO (suoni direttamente percepiti dal nostro orecchio, udibili da lontano)		<i>Pianto, brontolii. Tosse, stridore, dispnea. Linguaggio. Eruttazioni, flatulenze.</i>
OLFATTO		<i>Trascuratezza. Sudore, flatulenza, diarrea, urine. Odori corporei inusuali da: abiti, liquidi organici fisiologici, essudati, trasudati.</i>
VISTA (l'organo di senso principale in Homo sapiens)	Forma	<i>Sede, grandezza, simmetria. Tumefazioni, retrazioni. Malformazioni, dimorfismi. Dilatazione vasi.</i>
	Colore e differenze di luminosità (lesioni cutanee e mucosali)	<i>Lesioni dermatologiche primarie. Cicatrici, fossette, verruche. Pigmentazioni, rash. Ittero, cianosi, pallore, emorragie, perdite. Idratazione, edema. Distribuzione dei peli.</i>
	Mobilità	<i>Tono, forza, attività. Ampiezza dei movimenti. Movimenti involontari.</i>
TATTO Cioè la PALPAZIONE, da effettuare nel seguente ordine: 1) organi	Forma	<i>Localizzazione, grandezza, simmetria, tumefazioni</i>
	Consistenza	<i>Morbidezza, lesioni. Idratazione, edema, crepitii.</i>
	Motilità	<i>Capacità di movimento.</i>
	Dolore	<i>Includiamo qui: temperatura, riempimento capillare.</i>
	Riflessi (mediante percussione e	<i>Tocco leggero; dolore e temperatura; senso di posizione e vibrazione. Stereognosia; localizzazione</i>

2) linfonodi 3) lesioni cutanee	martelletto)	<i>tattile; discriminazione tra due punti. Riflessi profondi, superficiali e specifici neonatali.</i>
	Manovre particolari	<i>Mingazzini, etc.</i>
	PULSAZIONI	<i>Ampiezza, tensione, consistenza, forza.</i>
AUSCULTAZIONE (suoni non direttamente percepiti dal nostro orecchio, udibili solo mediante lo stetoscopio)	Forma	<i>Frequenze, intensità. Rumori patologici.</i>
	Variazioni nel tempo	

I più importanti sensi naturali impiegati dal medico durante la visita sono due: la vista (la sensazione più sviluppata in Homo sapiens) ed il tatto. Ti basta valutare (per ogni distretto, organo o lesione) soltanto poche caratteristiche generali. Le due Figurine qui sotto illustrano queste caratteristiche con un simbolo grafico.

VISTA (ISPEZIONE)



forma



colore



simmetria



movimenti

TATTO (PALPAZIONE)



forma



consistenza



simmetria



movimenti



dolore

Un esempio: quando visiti le mani di un paziente guarda, rapidamente e a volo d'uccello, la loro forma (comprese le eventuali tumefazioni), il colore della cute, la simmetria dei due arti, i movimenti delle dita e del polso. Se qualche zona attira la tua attenzione, puoi palparla velocemente valutandone al tatto la forma, la consistenza, la simmetria della singola lesione (o di lesioni multiple), la mobilità e la dolorabilità.

Questo schema semplice consente di effettuare una diagnosi veloce nella maggior parte dei casi.

La sequenza è valida per ogni distretto, apparato, organo o lesione che stai esaminando.

B) ESAMINA TUTTI GLI ORGANI ED APPARATI

È una pratica noiosa ma necessaria, almeno nei casi in cui tu abbia un dubbio diagnostico. Se esegui un protocollo standard ed effettui sempre le stesse procedure, è più difficile che tu possa “dimenticare” qualcosa. Una perlustrazione sistematica del corpo (anche se non sei troppo concentrato) ti permette di “imbatterti” in numerose patologie che altrimenti passerebbero inosservate, oppure di “trovare per caso” un dato che ti orienti verso una diagnosi che non avevi proprio preso in considerazione.

Di fronte alla paralisi del dubbio diagnostico devi mantenere la bussola ben orientata e consolarti in qualcosa di familiare, ripetendo le operazioni che costituiscono il tuo conosciuto.

Il nostro protocollo si basa su una tecnica ripetitiva. Se applichi la procedura a scatola chiusa ricordandoti di effettuare sempre gli stessi passaggi, dopo un po' l'esecuzione dell'esame obiettivo diventerà automatica.

La Tabella nella pagina seguente propone una sequenza veloce e funzionale che tenga conto anche dei tempi

(spesso biblici) di vestizione. Procedi sempre con lo stesso ordine nell'esame di ogni distretto: *ad esempio, visita l'addome sempre in senso antiorario, dal basso verso l'alto, da destra verso sinistra.* Se non sei d'accordo, modifica l'ordine dei passaggi a tuo piacimento: l'importante è che tu lo esegua sempre con le stesse modalità.

Legenda: "Cover test" indica le valutazioni da effettuare non con i cinque sensi naturali, ma con uno strumento adatto.

Distretti (da esaminare nel seguente ordine):	Peculiarità di ogni distretto da prendere in considerazione:	Postura nella quale visitare il bambino:
ASPETTO GENERALE, FACCIA, TESTA	Malessere generale, stress Espressione facciale. Stato di allerta, coscienza. Movimenti facciali, nervi cranici. Fontanelle, suture. Punti sinusali. Capelli.	<i>Bambino piccolo: in braccio al genitore. Bambino più grande: in piedi.</i>
COLLO NUCA	Tiroide. Posizione della trachea. Vasi (giugulare, carotide). Torcicollo. Fistole eventuali. Mastoide.	
OCCHI	Pliche epicantiche. Sopracciglia. Motilità oculare, Cover test , riflessi pupillari. Acuità visiva. Daltonismo. Fundus, riflesso rosso.	
MISURAZIONI ANTROPOMETRICHE	Peso, altezza o lunghezza, circonferenza cranica. Pressione arteriosa. Temperatura corporea. Posizione del corpo (seduto in avanti: epiglottite, pericardite). Maltrattamenti, pulizia, abbandono, abusi. Malnutrizione	<i>Spogliato (meglio esporre solo le parti che necessitano di essere visitate in quel momento).</i>

<p>COMPORAMENTO</p> <p>SVILUPPO NEUROLOGICO</p>	<p>Interazione con l'ambiente (parenti ed esaminatore), attività. Tolleranza alla separazione, consolabilità (per i bambini).</p> <p>Tappe dello sviluppo psicomotorio. Percezione sensoriale. Comportamento. Risposta alla disciplina. Funzioni cognitive, rendimento lavorativo o scolastico. Stato emozionale. Linguaggio (articolazione, sintassi, fluenza). Contenuto dei pensieri.</p>	
<p>SCHIENA,</p> <p>TORACE POSTERIORE</p>	<p>Scoliometria. Mingazzini.</p> <p>Auscultazione toracica. Frequenza respiratoria.</p>	
<p>TORACE ANTERIORE</p>	<p>Auscultazione toracica. Frequenza cardiaca. Auscultazione cardiaca. Effetti del cambio di posizione sui rumori cardiaci o polmonari. Ossa della cassa toracica. Mammelle: stadio di maturazione sessuale. Perdite dal capezzolo. Ginecomastia.</p>	
<p>ARTI SUPERIORI</p>	<p>Ossa, articolazioni, legamenti, borse, tendini. Noduli articolari. Manovra di Barlow. Lampada di Wood. Ossimetria. Refill capillare. Solco scimmiesco, dermatoglifi. Ricorda: unghie, lunule.</p>	
<p>ARTI INFERIORI,</p>	<p>Ossa, articolazioni, legamenti, borse, tendini. Noduli articolari. Edema.</p>	

DEAMBULAZIONE	Dolore sciatico. Podoscopia. Manovra di Gowers. Postura, simmetria dei movimenti. Prove e segni cerebellari. Segni meningei.	
ADDOME	Milza, stomaco, fegato. Vescica, utero, reni. Quadranti addominali. Ombelico. Distensione addominale. Movimenti visibili. Rumori. Vene dilatate, soffi. Erniazioni. Fluido peritoneale.	<i>Sul lettino.</i>
PUBE, PERINEO	Genitali esterni. Stadio di maturazione sessuale. Distrofia radice cosce. Erniazioni. Edema sovrappubico. Fossetta coccigea. Esplorazione rettale. Tono e riflesso anali.	<i>Nei bambini grandi e negli adolescenti: l'ano ed i genitali andrebbero esaminati per ultimi.</i>
ORECCHIE	otoscopia pneumatica. Mastoide. Se necessario: Boel test, test uditivi.	<i>Bambino piccolo: (esaminare per ultimi orecchie e rinofaringe) in braccio al genitore; grande: in piedi.</i>
NASO	Membrane mucose. pervietà, deviazione del setto, perforazioni. Turbinati, seni, corpi estranei. Rinorrea.	
OROFARINGE	Labbra. con abbassalingua: Gengive. Denti: carie, colorazioni, placca, malocclusione, igiene, tempi di eruzione. Mucosa buccale, lingua. Palato duro e molle. Tonsille, pilastri. Faringe, scolo retronasale.	<i>Nei bambini più grandi, l'ultima zona da visitare è il pube, non l'orofaringe.</i>

C) COLLEZIONA TUTTI I SEGNI NEI QUALI TI IMBATTI

Se perlustri il corpo sistematicamente, è possibile che tu ti imbatta in qualche dato significativo anche se non sei molto concentrato. *I segni escono da soli durante l'esame obiettivo: aspetta, non c'è bisogno di cercarli, sono loro a venire da te.* Alcuni sostengono che il medico guardi con la mente, non con gli occhi¹³: secondo noi, il medico guarda prima di tutto con gli occhi...

Memorizza tutti i segni patologici che incontri, anche se sembrano di scarsa importanza o non correlati. Annota, annota senza pietà! Bisogna accumulare più informazioni possibili. Poiché i dati collezionati in letteratura sono tanto numerosi da superare di gran lunga la tua capacità di memorizzarli, è necessario procedere con un metodo che spinga verso il tuo "noto" anche quello che in partenza ti è "ignoto". La raccolta dei segni ti dà tranquillità, soprattutto nei casi in cui non riesci a raccapezzarti, o la diagnosi è insidiosa, oppure se sei distratto o stanco. Nello scoraggiante mare magnum delle oltre 12.000 patologie esistenti, i cui orizzonti sono così vasti da farti venir voglia di annegare lì dove sei, puoi star certo che tutte le diagnosi, anche le più impossibili, devono necessariamente passare attraverso il collo di bottiglia di un segno (o un sintomo) conosciuti! In conclusione, colleziona tutti i segni che puoi. Saranno utili nella fase successiva di analisi.

¹³ *Bieganski, Op. cit.*

D) ANALIZZA I SEGNI CHE HAI TROVATO

I colori, i suoni, le pressioni che colpiscono i tuoi recettori (occhi, orecchie, mani) durante la visita sono messi assieme in “complessi di sensazioni”¹⁴ e raggiungono la tua coscienza come un’immagine intera. Non vedi i colori e le forme di una lesione, ma la percepisci immediatamente nel suo insieme. A questo punto devi procedere dalla naturale e spontanea percezione iniziale dei “complessi di sensazioni”, all’esame dei singoli elementi di base che li costituiscono. Non è facile: la scomposizione è una fase di studio che necessita di un notevole sforzo mentale.

Siamo tutti capaci di effettuare la sintesi iniziale (“*che bravo questo medico, ha fatto una diagnosi a colpo d’occhio!*”), poiché è una caratteristica insita nel nostro senso comune e nel nostro “giudizio clinico”, ma pochi di noi amano avventurarsi nell’analisi. L’analisi è impegnativa, faticosa e dispendiosa anche in termini di tempo e meno gratificante del colpo d’occhio. A rendere il quadro più difficile, va tenuto presente che a volte i dati grezzi raccolti con l’esame obiettivo ci offrono una serie di informazioni all’apparenza caotiche. Eppure il semplice accumulo di informazioni fornisce di per sé un progresso nel cammino diagnostico.

Una collezione di dati ti consente, nei casi particolarmente ostici, di consultare in un secondo momento i tuoi libri o i database reperibili sul Web. Anche se il quadro ti è sconosciuto, non è infrequente che qualcuno abbia descritto una patologia compatibile con i segni che hai trovato. Va sottolineato che questa

¹⁴ Mach E. *Contributions to the analysis of sensations*, The Open court Publishing Co, Chicago, 1897, translated by Williams CM from: *Beitrage zur analyse der Empfindungen*, Jena, G. Fisher, 1886.

fase di studio non sottrae tempo alle visite, poiché può essere effettuata anche dopo la chiusura del tuo ambulatorio. Sottrae tempo alla tua vita privata, ma questa è un'altra storia...

Per giudicare un evento conviene avere a disposizione più dati possibili. La fase cruciale è quella della raccolta dei dati, nella quale non devi trascurare nulla. Non avrai mai in mano tutti gli elementi che ti forniscano una visione completa, ma almeno avrai una possibilità in più di cogliere un elemento che faciliti la diagnosi.

E) NON ESSERE “CARICO DI TEORIA”

Il background di ciascun medico influenza l'esecuzione dell'esame obiettivo e gli fa perdere l'oggettività necessaria per formulare una diagnosi. *Ad esempio io, che ho un training in gastroenterologia, quando palpo un addome vado subito alla ricerca di eventuali masse fecali in fossa ilaca sinistra; un infettivologo invece andrà immediatamente a valutare la presenza di epato- o splenomegalia.*

Puoi però mettere in atto alcune contromisure:

- 1) Effettua l'esame obiettivo secondo un protocollo rigido che metta un freno alle tue “derive” mentali.
- 2) Non fidarti MAI della tua prima diagnosi: pensa sempre ad almeno un'opzione alternativa a quella che hai ipotizzato in un primo momento sulla base del tuo intuito, o del senso comune, o della statistica, o del “carico di teoria” implicito nella tua esperienza personale.

F) GLI STUDI SCIENTIFICI TI POSSONO AIUTARE

L'esame obiettivo dovrebbe tener conto dei dettami della Medicina Basata sull'Evidenza, secondo cui la formulazione di diagnosi è un processo che include la

raccolta di informazioni e la generazione di ipotesi¹⁵. I segni osservabili durante l'esame obiettivo andrebbero considerati alla stregua dei singoli test diagnostici: come gli esami di laboratorio, anche i reperti andrebbero valutati in base alla loro riproducibilità, variazione intra- e inter-osservatore, accuratezza, sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo¹⁶. Come abbiamo detto, gli studi mettono in rilievo il valore limitato di molti segni¹⁷: essi andrebbero pertanto esclusi dall'esame obiettivo (*sto pensando, ad esempio, all'ossimetria nella diagnosi di polmonite*). Le nostre Tabelle e la SuperSinossi tengono conto di queste considerazioni ed escludono i segni superflui.

Riassunto generale

Per effettuare un esame obiettivo efficace e rapido, i punti da tenere a mente sono due:

1. Segui un ordine preciso. Per questo scopo, abbiamo approntato la SuperSinossi che trovi in copertina.
2. Valuta per ogni singolo distretto, o organo, o lesione che stai esaminando, i pochi elementi riportati nelle due Figurine.

Abbiamo raccolto nel nostro piccolo una statistica personale riguardo la durata dell'esame obiettivo. Quello

¹⁵ Hatala R, Smieja M, Kane SL, Cook DJ, Meade MO, Nishikawa J. *An evidence-based approach to the clinical examination. J Gen Intern Med. Mar;12(3):182-7, 1997.*

¹⁶ Sackett DL. *The rational clinical examination. A primer on the precision and accuracy of the clinical examination. JAMA. May 20;267(19):2638-44, 1992.*

¹⁷ Simel DL, Drummond R. *The Rational Clinical Examination - Evidence-based Clinical Diagnosis, McGraw Hill, 2009.*

che trovate sui libri necessita di circa 50 minuti, il nostro di circa 20 minuti. Vi garantiamo una certa scientificità, anche se il campione non è statisticamente rilevante secondo tutti i crismi. Perdonateci...

Commento personalissimo: ho un poster della SuperSinossi proprio sul lettino dove effettuo l'esame obiettivo ed ogni tanto gli dò un'occhiata per orientarmi. Ripeto come un mantra la Figurina "forma-colore-simmetria-movimenti" quando esamo il faringe, o l'addome, o i piedi, e mi sento più sicuro. Non mi sforzo molto, non ho bisogno di essere super-concentrato come quando leggo la Monadologia di Leibnitz o la Gazzetta dello Sport: mi basta sbirciare il poster senza che il paziente mi veda e tutto va magicamente al suo posto. Non diagnosticherò tutte le patologie, la mia ignoranza a volte prevale sul metodo, ma non potrò rimproverarmi di essere stato indolente o di non aver dato al malato l'impressione di essermi prodigato al massimo.

Chiosa finale

Siamo medici come te. Non abbiamo la pretesa di insegnarti qualcosa. Se il nostro protocollo non ti piace, puoi gettarlo, perfezionarlo o farne uno ex novo.

Però un punto è irrinunciabile (secondo noi) e rappresenta il nostro messaggio chiave: nei casi di diagnosi incerta, è necessario effettuare un esame obiettivo **completo, metodico, standardizzato, oggettivo ed impersonale, condotto senza preconcetti**. Detta così è roboante, ma in realtà, come abbiamo visto, bastano solo dei piccoli accorgimenti.