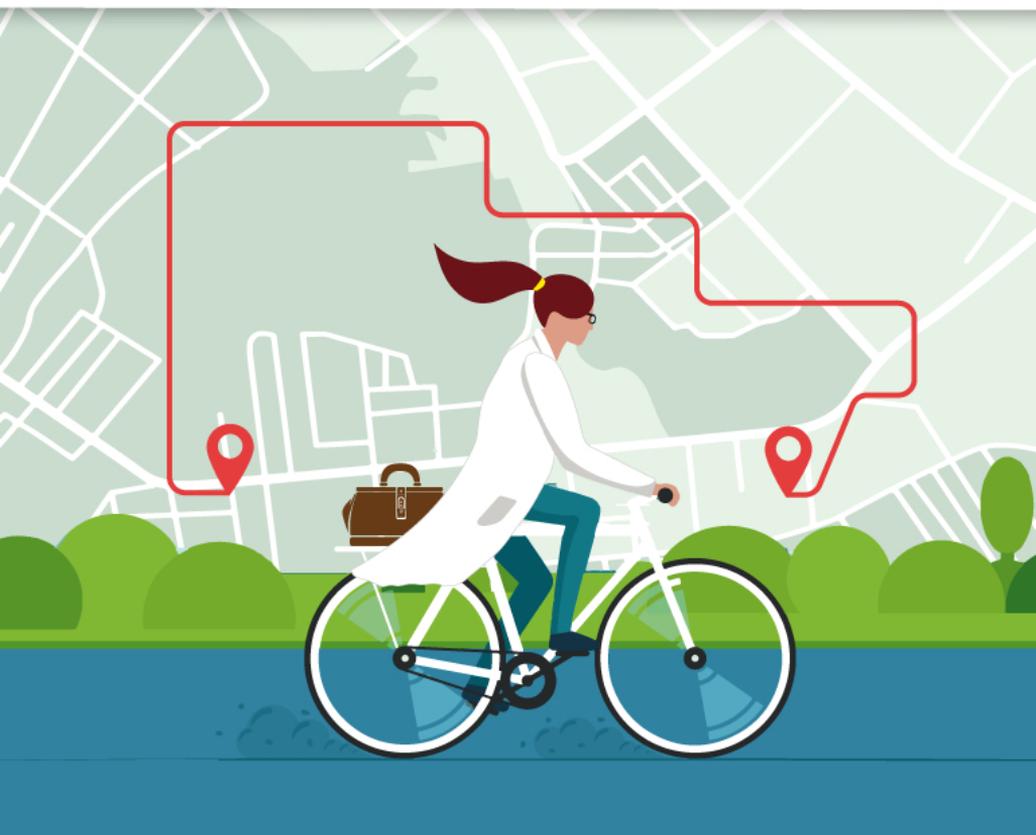


Viviana **Forte** • Cristina **Vito**

Medicina Generale e Cure Primarie

Guida teorico-pratica per MMG



IN OMAGGIO

Estensioni **online**



Viviana Forte • Cristina Vito

Medicina Generale e Cure Primarie

Guida teorico-pratica per MMG



Viviana Forte, Cristina Vito
Medicina Generale e Cure Primarie. Guida teorico-pratica per MMG
Copyright © 2022, EdiSES Edizioni S.r.l. – Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
2026 2025 2024 2023 2022

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale, del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.

L'Editore

L'Editore ha effettuato quanto in suo potere per richiedere il permesso di riproduzione del materiale di cui non è titolare del copyright e resta comunque a disposizione di tutti gli eventuali aventi diritto.

www.edisesuniversita.it
assistenza.edises.it

ISBN 978 88 3623 050 1

I curatori, l'editore e tutti coloro in qualche modo coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera hanno posto il massimo impegno per garantire che le informazioni ivi contenute siano corrette, compatibilmente con le conoscenze disponibili al momento della stampa; essi, tuttavia, non possono essere ritenuti responsabili dei risultati dell'utilizzo di tali informazioni e restano a disposizione per integrare la citazione delle fonti, qualora incompleta o imprecisa.

Realizzare un libro è un'operazione complessa e, nonostante la cura e l'attenzione poste dagli autori e da tutti gli addetti coinvolti nella lavorazione dei testi, l'esperienza ci insegna che è praticamente impossibile pubblicare un volume privo di imprecisioni. Saremo grati ai lettori che vorranno inviarci le loro segnalazioni e/o suggerimenti migliorativi sulla piattaforma assistenza.edises.it

Sommario

Tomo 1

Prefazione

di *Massimo Tombesi*

Introduzione

Autrici e autori

ICPC-2 Classificazione Internazionale delle Cure Primarie

Indice per aree formative del CFSMG

Valori di riferimento degli esami di laboratorio

Parametri vitali e indicatori utili in MG

Abbreviazioni presenti nel manuale

Icone presenti nel manuale

PARTE **PRIMA**

Le Cure Primarie e la Medicina Generale

Capitolo 1

Le fondamenta del SSN: le Cure Primarie e la Medicina Generale

Capitolo 2

Deontologia, norme e contratti

Capitolo 3

Formazione, valutazione, audit e ricerca

Capitolo 4

Lo studio di Medicina Generale e la sua gestione pratica

Capitolo 5

Relazione e comunicazione nella consultazione in Medicina Generale

Capitolo 6

La certificazione

Capitolo 7

La prescrizione

Capitolo 8

Le esenzioni

PARTE **SECONDA**

Promozione e prevenzione della salute in Medicina Generale

Capitolo 9

La promozione della salute

Capitolo 10

La prevenzione delle malattie

Capitolo 11

Le vaccinazioni

Capitolo 12

Salute e famiglie

Capitolo 13

Salute e/è ambiente

Capitolo 14

Salute nella persona anziana

Capitolo 15

Salute e contesti a rischio di esclusione sociale

Tomo 2

PARTE **TERZA**

La clinica in Medicina Generale

Capitolo 16

Salute cardiovascolare

Capitolo 17

Salute pneumologica

Capitolo 18

Salute metabolica

Capitolo 19

Salute endocrinologica

Capitolo 20

Salute e nutrizione

Capitolo 21

Salute gastroenterologica

Capitolo 22

Salute immuno-allergologica

Capitolo 23

Salute muscolo-scheletrica

Capitolo 24

Salute neurologica

Capitolo 25

Salute mentale

Capitolo 26

Malattie infettive

Capitolo 27

Salute ematologica

Capitolo 28

Salute nefro-urologica

Tomo 3

PARTE TERZA

La clinica in Medicina Generale

Capitolo 29

Salute ginecologica

Capitolo 30

Salute senologica

Capitolo 31

Salute sessuale

Capitolo 32

Salute riproduttiva e contraccettiva, gravidanza e puerperio

Capitolo 33

Salute di bambino/a e adolescente

Capitolo 34

Salute dermatologica

Capitolo 35

Salute dell'occhio

Capitolo 36

Salute di orecchio, naso e gola

Capitolo 37

Malattie oncologiche

Capitolo 38

Cure palliative primarie

Capitolo 39

Medicina antalgica

Capitolo 40

Medicina penitenziaria

Capitolo 41

Medicine non convenzionali

Capitolo 42

Chirurgia minore ambulatoriale e prestazioni tecniche

Capitolo 43

Emergenze e urgenze in Medicina Generale

Prefazione

Ha ancora senso scrivere libri di medicina? La rapida evoluzione delle conoscenze mediche fa ritenere solitamente che un libro possa essere – al massimo – la fedele fotografia dello stato dell’arte nel momento in cui viene scritto, poi il tempo che intercorre tra la stesura, l’editing, la stampa e la distribuzione, lo rende spietatamente già in parte obsoleto nel momento in cui lo si acquista, e ancor più quando sarà letto o consultato. Ma questo vale essenzialmente per libri specialistici di clinica, peraltro continuamente prodotti e aggiornati, perché c’è sempre bisogno di testi di riferimento complessivo, soprattutto per gli studenti, nonostante i limiti del mezzo.

Il manuale di *Medicina Generale e Cure Primarie* curato da Viviana Forte e Cristina Vito (che sono anche autrici o co-autrici di molti capitoli) dimostra che scrivere un testo di medicina può avere molto senso, se copre lacune nella trattatistica (in questo caso sulla formazione del/della medico/a di medicina generale) e se ha una forte impronta metodologica. Il lavoro stupisce, in prima battuta, per la sua mole ed ampiezza: con oltre 2.000 pagine, presenta una trattazione che abbraccia tutti gli argomenti pertinenti alle Cure Primarie, come si evidenzia scorrendo il sommario dell’opera. Di certo non ci sono eguali nei pochi testi finora prodotti dalla Medicina Generale italiana, peraltro tutti oramai datati, ma la qualità dei contenuti non è da meno.

Il settore delle Cure Primarie in Italia sta andando verso una trasformazione organizzativa (inevitabile sul versante professionale, ma dai contorni ed esiti molto incerti su quello istituzionale) oltre che ad un quasi totale ricambio generazionale. Oramai la Medicina Generale si avvia ad essere in mano a giovani professionisti/e. Per quanto preparati/e, mancano ancora dell’esperienza che si matura solo col tempo; il settore si caratterizza quindi per una somma di incertezze: oggettive, per l’evoluzione delle trasformazioni in corso, e soggettive, sul piano clinico e professionale, per la consapevolezza, immediatamente percepita quando si intraprende l’attività, della enorme complessità del ruolo da svolgere e della vastità delle competenze e conoscenze necessarie per assumerne le responsabilità.

L’Università non ha mai preparato, almeno in Italia, i laureati in medicina ad affrontare le peculiari complessità organizzative e professionali della medicina del territorio: al massimo, ben che vada, solo quelle cliniche del singolo paziente che si presenta come “caso clinico”, cioè qualcosa che di fatto nella medicina del territorio, “fuori dalle mura”, descrive una minima parte dell’attività professionale, che si gioca, anche sul piano strettamente medico-clinico, molto più sui due versanti (agli opposti estremi) della prevenzione e della cronicità, pur senza dimenticare la componente, rilevante anche in termini quantitativi, dell’acuzie a basso rischio. Non sono pochi, infatti, coloro che appena iniziano l’attività si sentono (e sono) quasi sopraffatti dall’impegno, tanto più che oggi è frequente trovarsi, in tempi brevissimi, con un carico di assistiti in crescita fino al massimale consentito, data la carenza di medici/che, insufficienti per rimpiazzare i pensionati. E così si scopre, a proprie spese, che l’attività professionale deve poggiare su una chiara consapevolezza di ruolo, su competenze cliniche molto vaste, e su una solidissima impalcatura organizzativa, indi-

spensabile per fronteggiare persino la semplice routine quotidiana. Servono la conoscenza di una quantità spropositata di normative, procedure burocratiche e certificative in perenne evoluzione (vedi Covid-19 e vaccinazioni); efficienti canali comunicativi con gli assistiti; la capacità di costruire processi di cura clinicamente appropriati, ma anche condivisi con i pazienti e, non ultimo, molteplici abilità pratiche, non più limitate alla semplice semeiotica clinica, per fornire prestazioni che possono e dovrebbero essere disponibili nello studio medico.

Sono queste le competenze che, almeno in teoria, dovrebbe dare la Formazione Specifica per la Medicina Generale, che tuttavia non incontra affatto un giudizio positivo da parte di medici e mediche, perché, salve le solite lodevoli eccezioni, molto probabilmente è inadeguata. Colpa della frammentazione e spesso del disinteresse regionale, dell'estrema variabilità qualitativa dei corsi stessi, oltre che, almeno in parte, della qualità dei tutor (non solo medici/che di medicina generale, ma anche ospedalieri), sostanzialmente privi di riconoscimento, competenze didattiche, coordinamento e spesso persino di programmi. Ma non è certo insignificante la scarsità di testi per la formazione specifica: come si può immaginare un corso di specializzazione senza disponibilità di libri su cui studiare? Ce ne sono alcuni anche pregevoli – è giusto ricordarlo – per lo più diretti alla formazione dei docenti, come supporto alla didattica, ma non ne conosco nessuno di questo livello, completezza, estensione e qualità complessiva.

Le curatrici di questo volume, che hanno progettato meticolosamente (si noti la strutturazione dei rimandi interni) e coordinato il lavoro di 95 colleghi e colleghe, quasi tutti medici/che di medicina generale e giovani, esplicitano nell'introduzione le loro intenzioni: una è quella di fornire una "mappa" della Medicina Generale ai colleghi e colleghe in formazione (o a quelli che desiderano iniziarla), o che già lavorano nella Medicina Generale, nella Continuità Assistenziale o sono occasionalmente impegnati nelle sostituzioni temporanee dei/delle medici/che di medicina generale. Decideranno ovviamente loro se e come servirsene, ma posso assicurare che la mappa è molto accurata e completa, con una ricchezza di informazioni, dettagliate e non facili da trovare tutte insieme.

Mentre i libri prodotti da medici/che di medicina generale in passato (e non solo in Italia) sono sempre stati il frutto di esperienze mature e talvolta di originali riflessioni, questo si colloca al punto di partenza di una nuova generazione, quasi a dire "eccoci, siamo pronti/e ad assumerci le nostre responsabilità". Perciò credo che risponda anche ad un bisogno di rassicurazione: le complessità e le incertezze a cui accennavo si possono affrontare meglio avendo un riferimento che le analizzi, le espliciti e le renda oggettivamente, sottraendole così alle componenti emotive e ansiogene legate alle responsabilità decisionali, e orientando alle possibili soluzioni. In fondo è il senso di ogni manuale.

Nella prima parte si trattano l'organizzazione del lavoro nello studio medico, la deontologia, le normative sulle certificazioni, sulle prescrizioni, la consultazione, il processo di cura e molto altro, con la doverosa attenzione a regole e normative di legge, nonché molti riferimenti a lavori prodotti in precedenza dalla Medicina Generale italiana e internazionale. Spero che i/le medici/che se ne servano sin dagli inizi della professione, perché lo stile, i comportamenti e l'organizzazione che ci si danno favoriscano il controllo del proprio lavoro: quando gli assistiti sono abituati in un modo, i cambiamenti sono assai più difficili da gestire.

La prima e la seconda parte (su prevenzione, promozione della salute, famiglia, ambiente, anziani) sarebbero eccellenti anche per un corso universitario, utili anche a chi intraprenderà altri percorsi post-laurea. L'ampia parte clinica finale include ambiti in cui

per tradizione nella Medicina Generale prevale la delega allo specialista (ginecologia, oculistica...). Qui lo stile scelto è quello del vademecum, estremamente schematico: tabelle, elenchi per punti, *flow-chart*, pensati per una rapida consultazione al bisogno, più che per una lettura, a differenza delle prime due parti.

È un libro di riferimento per la professione; merita fortuna, e dimostra che la Medicina Generale in Italia è vitale e all'altezza delle sfide.

Massimo Tombesi

Introduzione

La Medicina Generale che vogliamo: scrivere per immaginarla

Credo che un libro, se merita di esistere, possa essere presentato in base a tre semplici criteri: non c'è libro "degnò" di essere scritto se non: 1) quando si pensa che nei libri sullo stesso argomento o su un argomento affine vi sia una sorta di errore globale (funzione polemica del libro); 2) quando si pensa che qualcosa di essenziale sull'argomento sia stato dimenticato (funzione innovativa del libro); 3) quando si ritiene di poter creare un nuovo concetto (funzione creatrice). Certo si tratta di un minimo quantitativo: un errore, una dimenticanza, un concetto. Poco importa che il libro sia su qualcuno o su qualcosa.

(Gilles Deleuze, *Lettere e altri testi*. Giometti & Antonello, 2021)

■ Come nasce questo manuale?

L'idea nasce da un incontro casuale: alcune pause caffè, tra un seminario e l'altro del corso di formazione in medicina generale.

Spunta insomma da quel tempo – apparentemente ozioso ed inoperoso – a cui nessuno dà particolare importanza: di fronte alle macchinette automatiche, là dove “i medici corsisti” si raccontano episodi, preoccupazioni, difficoltà, dubbi, scoperte, storie di persone assistite, di desideri e aspettative...

Le nostre prime riflessioni nacquero proprio da quel sorseggio di storie di formazione e di sostituzioni, che emergevano però purtroppo in una cornice di assenza: di senso, di motivazione, di orientamento. Ed emergevano varie domande, segnate spesso da frustrazione e incerte aspettative: a quale medicina generale si formano i/le futuri medici e mediche? E quindi, quale medicina generale praticeranno? E quali ricerche condurranno? E con quali metodi e orientamenti? Con quali premesse, e con quale grado di consapevolezza rispetto ad esse?

Ci rendiamo conto ora, a cose fatte, che in fondo abbiamo voluto scrivere questo manuale soprattutto per contrastare l'adattamento ad una narrazione sciatta e anacronistica della figura del/della MMG, ovvero per mostrare che esiste una quota di Medici e Mediche di Medicina Generale che ha alt(r) e aspettative per la professione, alt(r) e esigenze formative, assistenziali, sociali e di ricerca.

Infatti, come già ampiamente riconosciuto altrove nel mondo, la medicina generale è una disciplina che esercita un sapere specifico delimitabile (per quanto transdisciplinare e contesto-dipendente), apprendibile, indagabile e sempre aperto a nuove, possibili evoluzioni. Un sapere che non è, come spesso erroneamente ancora si ritiene, una risultante dalla mera sommatoria delle competenze “di base” di ogni branca specialistica, ma che – al contrario – necessita di un coacervo di competenze altamente specifiche e caratteristiche che, a nostro parere, richiedono di essere dapprima svelate, per poter poi colmare quel vuoto conoscitivo e formativo che ne è causa (e conseguenza).

Abbiamo quindi voluto assumere *il futuro come un fatto culturale*, immaginando che una nuova cultura della medicina generale – quella che desideriamo apprendere e praticare per la salute collettiva e pubblica della popolazione – avesse bisogno di *una mappa* (intesa come tecnologia di conoscenza ed orientamento): *un manuale*, che speriamo possa essere da guida nell'esplorare criticamente i determinanti del *continuum* salute-malattia, con un occhio sempre attento alle persone che incontriamo e incontreremo nelle comunità e nei territori. Per questo abbiamo cercato di scriverlo pensando alle colleghe e ai colleghi che vogliono formarsi ad una medicina generale orientata ad un *ethos* sociale e pubblico, eticamente posizionata, profondamente umana, clinicamente preparata, scientificamente rigorosa.

Con l'augurio per tutti e tutte noi di poter vivere una quotidianità di buone pratiche e buone cure: quella che si realizza nella *giustizia dell'agire*, sostenuto dalla *chiarezza del pensare* e dalla *purezza del sentire*¹.

III Come è stato scritto?

Il nostro primo modo di esserci è l'azione e si agisce non solo con i gesti, ma anche con le parole. Con le parole si fanno e si disfano mondi, perciò un modo essenziale della cura è la cura delle parole che usiamo.

Luigina Mortari

Questo manuale sceglie un approccio centrato sulla lettura dei processi di salute della popolazione e visualizza il ruolo di cura del/della MMG dentro di essi. Processi che avvengono dentro sistemi complessi, dove *un insieme di elementi agiscono, in modo tale da non risultare del tutto prevedibili, ma strettamente interconnessi*, cosicché ogni azione da parte di uno di essi modifica il contesto e di conseguenza le azioni di tutti gli altri². Abbiamo scelto di suddividere il testo in 3 parti presentate e considerate in sequenza:

- Parte 1 - *Le Cure Primarie e la Medicina Generale* → in cui è descritto l'*inquadramento di sistema*, ovvero i principi delle politiche sanitarie del nostro SSN, quelle che guidano il modello dei servizi nelle cure primarie e di medicina generale, ispirano la formazione degli operatori e la loro attività di ricerca, organizzano le regole d'accesso alle prestazioni per la popolazione, stabiliscono gli strumenti pratici (necessari e accessori) e incorniciano l'incontro di cura
- Parte 2 - *Promozione e prevenzione della salute in Medicina Generale* → dedicata all'*inquadramento di popolazione*, in cui si analizza l'influenza dei sistemi complessi – contesti sociali e ambientali – sulle dinamiche di salute-malattia e si illustrano le principali pratiche di promozione e prevenzione
- Parte 3 - *La clinica in Medicina Generale* → in cui è descritto l'*inquadramento clinico*: disamina delle principali problematiche di presentazione e di gestione in MG

L'incontro di cura e i ruoli Una persona che va all'incontro con un/una medico/a è mossa dalla necessità, esigenza peraltro tipicamente umana, di dare un senso alla sofferenza che vive, per poterla gestire, affrontare, superare. Quel che incontra è – tipicamente – una relazione istituita, già strutturata in forme di potere asimmetrico che tendono a sminuire/

¹ Mortari, L. *La politica della cura. Prendere a cuore la vita*. Raffaello Cortina Editore, 2021.

² Bert, G., Quadri S. *Parole di medici, parole di pazienti: counselling e narrativa in medicina*. Il pensiero scientifico, 2002.

ridurre la sua persona, attore/trice della relazione, in vari modi e la ricostruiscono come “paziente”: una figura, cioè, perlopiù passiva, subalterna alle decisioni/concessioni della figura medica di cui è oggetto di studio³. Le modalità dell’incontro relazionale in medicina generale, proprio perché avvengono in contesti di quotidianità e prossimità alla vita delle persone, possono – e noi crediamo che debbano – svincolarsi da dispositivi della tradizione paternalista e agire – a partire dai termini della relazione – un incontro che riconosca la soggettività dell’esperienza di cura. Per questo non troverete mai qui la parola “*paziente*”, che è sostituita da termini quali “*persona*”, “*individuo*”, “*soggetto*”; allo stesso modo abbiamo preferito non ridurre la persona alla sua malattia e/o classe patologica: quindi non troverete espressioni come “il diabetico” o “l’iperteso” ma – volendo enfatizzare la sua soggettività – abbiamo preferito definirla come “persona con diabete o persona con ipertensione arteriosa”.

Sessismo Linguaggio e realtà sono in relazione, si intrecciano e si sovrappongono con inscindibile continuità: ciò che non viene nominato quindi è come se non esistesse e rischia di rimanere invisibile. Per esempio, anche quando le donne vengono declinate al maschile per un ruolo che rivestono, si agisce una forma di cancellazione. E la cancellazione culturale ha profondamente a che fare con le discriminazioni sociali e con la violenza di genere. Per questo, nel manuale, abbiamo voluto sempre declinare i termini identificativi della persona al maschile e al femminile (es. neonato/a, bambino/a), ma soprattutto per la definizione delle figure professionali e di ruolo: nel nostro caso specifico, “medico/a”. La parola “medica”, infatti, esiste ed applica normalmente le regole della grammatica italiana⁴.

La possibile sensazione di fatica, l’inciampo nella lettura e il pensiero “*ma al femminile suona strano*”, dovrebbe rivelare al/alla lettore/trice proprio che il problema non è nella grammatica ma nella cultura: infatti – se ci si pensa – la questione non riguarda parole come cuoca, maestra, parrucchiera, infermiera, ma altre come assessora, deputata, sindaca, avvocatessa, medica etc. L’obiezione linguistica viene sollevata solo di fronte ai ruoli di vertice nelle professioni, in magistratura, nel mondo politico. E questo vorrà ben dire qualcosa⁵.

Queste nostre scelte non vogliono rappresentare quindi un mero esercizio di stile, né una presa di posizione alla moda: al contrario, vogliono promuovere una cultura che vuole evidenziare le disuguaglianze di potere nelle relazioni sociali per contrastarle alla radice.

La rete di collaborazioni Quando siamo partite non avremmo mai immaginato un lavoro simile: così complesso, articolato, interconnesso, esteso e dilemmatico.

Non abbiamo potuto fare a meno (e abbiamo scelto con piacere) di contattare perciò un’ampia platea di persone con cui collaborare, nella quasi totalità MMG e perlopiù giovani, che hanno da subito manifestato grande interesse per questa impresa e si sono dedicati ad essa con competenza e generosità.

³ Abbracciavento, G., et al. *Medici senza camice*. Sensibili alle foglie, 2013.

⁴ accademiadellacrusca.it → Donne al lavoro, femminile dei nomi di professione

⁵ ingenero.it → Vocabolario. Femminile? Il problema non sta nella lingua

Il processo, nel tempo, può essere così descritto:

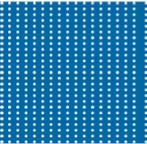


I nostri riferimenti L'ideazione del manuale, la strutturazione dell'indice generale e dei capitoli, le modalità di organizzazione dei contenuti, dei *layout* e il coinvolgimento di colleghi/e sono avvenuti attraverso molteplici passaggi a ritmo sostenuto, con diverse soste per riflessioni libere e/o guidate, ripensamenti decisivi e sistematizzazioni. Siamo partite dallo studiare e costruire tabelle comparative tra i manuali di medicina generale esistenti – vedi tabella – (es. organizzazione della disciplina, principi e competenze di base, clinica espressa per sintomi/segni, per apparati, per casi clinici, per servizio di cura, centrati sulla persona, sulla malattia, sulle figure di cura, argomentazione ospedaliera specialistica, tecniche, terapie, *layout*, bibliografie, conflitti d'interesse espliciti, professione degli autori/delle autrici/ etc.) e reperibili (limitatamente alla lingua italiana e alla lingua inglese).

Manuali comparati	
<i>Medicina Generale</i> V. Caimi, M. Tombesi	Italia 2002
<i>Color Atlas and Synopsis of Family Medicine</i> R.P. Usatine, M.A. Smith, E.J. Mayeaux, H. Chumley	Canada 2018
<i>Family Emergent/Urgent and Ambulatory Care: The Pocket NP</i> S. Sanning Shea, K. Sue Hoyt	USA 2016
<i>Murtagh's General Practice</i> J. Murtagh, J. Rosenblatt, J. Coleman, C. Murtagh	Australia 2017 e 2019
<i>Oxford Handbook of General Practice</i> C. Simon, H. Everitt, F. van Dorp, M. Burkes	UK 2014
<i>Pocket Primary Care</i> M.M. Kiefer, C.R. Chong	USA 2014
<i>Swanson's Family Medicine Review</i> A.F. Tallia, J.E. Scherger, N. Dickey	USA 2018
<i>Family Medicine. Principles and Practice</i> P.M. Paulman, R.B. Taylor, A.A. Paulman, L.S. Nasir	USA 2017

Quest'analisi critica ci ha preso oltre un anno; solo successivamente abbiamo scritto dei capitoli di prova, da mostrare a colleghi/e fidati con cui confrontarci; a questo punto abbiamo redatto delle regole di scrittura (da noi chiamate *'curvilinee guida per la co-scrittura'*), abbiamo predisposto le cartelle con documenti di scrittura condivisi e modificabili in cloud e abbiamo lanciato una call-proposta di co-scrittura di gruppo tra giovani colleghi/e di tutta Italia. Stabiliti i gruppi di co-scrittura abbiamo coordinato diverse tele riunioni per organizzare insieme modi e tempi, scambiarci idee/difficoltà/dubbi/approfondimenti; quindi abbiamo rielaborato le tabelle comparative tra più manuali, relative però ora ad ogni singolo capitolo (in particolare per parte 3 – Clinica in MG – questo lavoro è stato molto corposo): questo ci ha consentito di selezionare i dettagli più significativi per ogni argomento e di favorire un dibattito (talvolta acceso e sfiancante) tra tutti noi. Una piccola comunità scientifica, che, alla fine, complessivamente, ha visto coinvolte virtualmente 97 persone da tutta Italia... e tutto a partire da quel lontano caffè alla macchinetta, tra noi due, in un fatiscente padiglione nell'ex manicomio del Santa Maria della Pietà.

Viviana Forte e Cristina Vito



Capitolo 4

Lo studio di Medicina Generale e la sua gestione pratica

Gianluca Marini, Nicola Pecora, Cristina Vito

Sommario

- 4.1** Normative ed obblighi di legge nello studio di MG
Cristina Vito
- 4.2** L'organizzazione dello studio medico di MG
Cristina Vito
- 4.3** Forme associative in MG
Cristina Vito
- 4.4** Lo staff dello studio medico di MG
Cristina Vito
- 4.5** La borsa del/della MMG e lo strumentario ambulatoriale
Gianluca Marini, Cristina Vito
- 4.6** Sistemi gestionali, utilizzo e registrazione della cartella clinica elettronica
Cristina Vito
- 4.7** La privacy nello studio di MG
Cristina Vito
- 4.8** Iscrizione e scelta del/della MMG. Revoca e ricasazione della scelta
Cristina Vito
- 4.9** Lettera di invio allo/alla specialista (o altri operatori di cura)
Cristina Vito
- 4.10** Gestione del conflitto d'interessi medici-industria: l'informatore/trice dell'industria farmaceutica
Nicola Pecora

Coordinatrice: Cristina Vito

Internal-review: Viviana Forte, Cristina Vito

Peer-review: Tommaso Barnini, Alice Fabbri (par. 4.10), Alessandro Mereu (par. 4.2, 4.5), Giancarlo Toma (par. 4.7)

4.1 Normative ed obblighi di legge nello studio di MG

4.1.1 Normative e aspetti pratici/tecnici

Definizioni: studio medico e ambulatorio Dal punto di vista amministrativo e giuridico esiste una distinzione tra studio medico e ambulatorio:

- **Studio medico** = ambiente in cui il/la medico/a svolge la propria attività di professionista abilitato/a; è caratterizzato dalla prevalenza dell'apporto professionale ed intellettuale di quest'ultimo/a rispetto alla disponibilità di beni, strumenti e accessori. → Lo studio medico non necessita di una particolare autorizzazione a meno che non si eseguano prestazioni di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza della persona, inclusi gli studi odontoiatrici e gli studi dedicati ad attività diagnostiche svolte in favore di terzi. La definizione dei requisiti e degli standard per distinguere gli studi soggetti ad autorizzazione e quelli non soggetti è una competenza attribuita alle Regioni
- **Ambulatorio** = ambiente in cui esiste una complessa organizzazione di lavoro, beni e servizi, assimilabile al *concetto di impresa*, per cui l'apporto del professionista è soltanto uno degli elementi che ne fanno parte. Concetto analogo a quello di *struttura sanitaria* = organizzazione complessa nella quale i fattori produttivi sono organizzati sul modello dell'impresa. → L'ambulatorio/la struttura sanitaria, per la propria complessità organizzativa, necessita di una apposita autorizzazione.

! Lo studio medico di MG, anche quando è articolato all'interno di una medicina di gruppo, di norma non necessita di alcuna autorizzazione laddove rispetti i criteri sopra elencati; deve, invece, in ogni caso rispondere ai requisiti definiti all'interno dell'ACN per la MG. Esistono, inoltre, ulteriori obblighi di legge di cui tenere conto, di seguito discussi.

Requisiti e apertura dello studio medico (ACN 2009, Art. 36) Lo studio del/della MMG¹ è considerato presidio del SSN e concorre, quale bene strumentale e professionale del/della medico/a, al perseguimento degli obiettivi di salute del SSN nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate (e non convenzionate) retribuite. Ogni MMG deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del/della MMG, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i seguenti requisiti:

- Deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della MG, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aereazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate
- Deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione con altre strutture, laddove sia ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione
- Deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno 2 fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a: 5h/settimana (≤ 500 assistiti), 10h/settimana (500-1000 assistiti), 15h/settimana (1000-1500 assistiti). L'orario di studio è definito dal/dalla medico/a anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e all'esigenza di assicurare un servizio medico corretto, efficace e comunque tale da garantire

¹ Qui inteso nel ruolo di Medico/a di assistenza primaria (MAP).

il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'ASL può richiedere la revisione dell'orario al/alla MMG

- I/Le medici/che che aderiscono a forme associative della MG sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione → **Forme associative in MG** (☒ par. 4.3)
- L'orario con il nominativo del/della MMG deve essere comunicato alla ASL ed esposto all'ingresso dello studio; eventuali variazioni devono essere comunicate entro 30 giorni dalla avvenuta variazione
- Le visite nello studio medico, tranne i casi di urgenza, avvengono di norma attraverso un sistema di prenotazione
- Le modalità di contattabilità del/della MMG al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi integrativi regionali (AIR)
- Nell'ambito degli AIR possono essere previste anche delle modalità di erogazione di prestazioni medico-specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra MMG, operanti in forma associata, ASL e altre aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale.

■ 4.1.2 Sicurezza nello studio di MG

■ **Prevenzione e sicurezza sul luogo di lavoro** Il testo unico in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro² definisce le misure di tutela e gli obblighi dei lavoratori e dei datori di lavoro. Ogni MMG pertanto, laddove abbia del personale dipendente (es. collaboratore/trice di studio, infermiere/a) si troverà ad essere, oltre che lavoratore, datore di lavoro.

Obblighi di sicurezza nello studio di MG (D. Lgs. 81/2008)

MMG in qualità di datori di lavoro	MMG in qualità di dipendenti
1) Compilare il <i>documento di valutazione dei rischi</i> ³ <ol style="list-style-type: none"> Nominare il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), che lo può aiutare nella redazione del documento di valutazione dei rischi Se dal documento di valutazione dei rischi si evince che il lavoratore è esposto a rischi per cui è obbligatoria l'idoneità alla mansione, il/la MMG è obbligato a nominare un Medico Competente ed inviare i lavoratori esposti al rischio alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico Redigere il <i>documento di valutazione dello stress lavoro correlato</i>, parte integrante del documento di valutazione dei rischi, mentre i dipendenti devono seguire un <i>corso di formazione relativo allo stress lavoro-correlato</i> 2) Designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio. Lo stesso datore di lavoro ed il personale incaricato è tenuto a seguire un corso antincendio di 8 ore 3) Qualora i dipendenti siano più di uno deve individuare il Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza, tenuto a verificare, per conto dei lavoratori, l'applicazione delle misure di sicurezza e di protezione della salute. Il dipendente designato a questo incarico deve seguire un apposito corso di formazione di 32 ore 4) Adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento del proprio personale dipendente, di conseguenza i costi dei corsi che i dipendenti devono seguire per obbligo legislativo sono a carico del datore di lavoro (vedi colonna accanto)	I dipendenti (sia del/della MMG che MMG stesso) devono seguire i seguenti <i>corsi di formazione</i> ⁴ : <ol style="list-style-type: none"> 1) Corso base sulla sicurezza (8h) 2) Corso antincendio (8h per il medio rischio che molti studi presentano) 3) Corso di primo soccorso⁵ (12h con prova pratica finale su manichino - aggiornamento obbligatorio di 4h ogni 3 anni) 4) Corso per la valutazione dello stress lavoro correlato (4h) 5) Corso per il rischio da videoterminale (4h) 6) Corso BLS-D per acquisire le tecniche di primo soccorso e di uso del defibrillatore (8h con prova pratica su manichino) 7) Corso per la funzione di Responsabile dei lavoratori per la sicurezza (32h) - aggiornamento obbligatorio di 8h ogni 5 aa)

² D.Lgs. 81/2008.

³ I titolari di studio medico con fino a 10 lavoratori (G.U. n° 285 del 6 Dicembre 2012) hanno la possibilità di elaborare il documento di valutazione dei rischi secondo un modello standardizzato.

⁴ Con relativo attestato da archiviare negli atti di apertura dello studio.

⁵ Ai sensi del D.M. 388/2003.

4.1.3 Procedure di raccolta e conferimento dei rifiuti sanitari

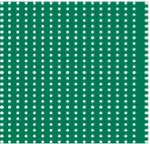
I rifiuti dello studio di MG La legge in materia di smaltimento dei rifiuti⁶, cui si rimanda per approfondimento, categorizza in maniera dettagliata i rifiuti prodotti negli studi di MG (❗ anche quando questi derivino da una prestazione domiciliare) in diverse tipologie prevedendo per ciascuna di esse il corretto iter di raccolta-conferimento-smaltimento. In ogni Regione inoltre possono esistere normative specifiche, a livello Comunale esistono specifiche modalità di conferimento e a livello locale possono esistere degli accordi di smaltimento per i rifiuti sanitari con le ASL → pertanto ogni MMG dovrà tener conto di questi aspetti così come delle norme sul tributo per i rifiuti urbani. ❗ Raccogliere e conferire correttamente i rifiuti sanitari è un obbligo di legge per ogni MMG, inoltre errori o leggerezze in questo ambito hanno un impatto ambientale rilevante, pertanto è essenziale che ogni MMG promuova una cultura ecologica e sappia ridurre e gestire correttamente tutti i rifiuti prodotti nella sua attività, che il personale di studio ed eventuali sostituti/e siano formati in merito. → **Salute e/è ambiente** (📖 cap. 13)

Rifiuti nello studio di MG		
	Sanitari	Non sanitari
Pericolosi	<p>Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo Comprendono: rifiuti contaminati o venuti a contatto con sangue e altri liquidi biologici → es. taglienti (aghi, siringhe, lame, vetri, lancette pungidito, venflon, testine, rasoi e bisturi monouso), cannule, drenaggi, cateteri, guanti, garze, materiale da medicazione; tessuti biologici, organi e parti anatomiche non riconoscibili. → Richiedono particolari sistemi di raccolta e smaltimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deposito temporaneo (max 5 giorni dalla chiusura del contenitore⁷) • <i>Contaminanti</i> → Imballaggio a perdere, anche flessibile, recante la scritta “Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo” e il simbolo del rischio biologico • <i>Taglienti</i> → Imballaggio rigido a perdere, resistente alla puntura, recante la scritta “Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti” <p>❗ <i>Tipologie di contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • In cartone → rifiuti non taglienti e non liquidi • In plastica rigida → rifiuti taglienti o oggetti appuntiti (halibox) • Taniche → rifiuti liquidi 	<p>Rifiuti speciali pericolosi non sanitari, ma non assimilabili ai rifiuti urbani Es. toner, cartucce per stampanti laser, cartucce per stampanti a getto d’inchiostro, nastri per stampanti ad impatto esausti, rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche obsolete o RAEE (Rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche) come computer, stampanti, fotocopiatrici, centralini telefonici, monitor, video → Non sono assimilabili ai rifiuti urbani e pertanto devono essere gestiti in modo separato secondo le normative vigenti nel proprio Comune</p>
	<p>Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo Es. medicinali citotossici e citostatici, sostanze chimiche di scarto pericolose e sostanze pericolose → Richiedono particolari sistemi di gestione, in relazione al rifiuto stesso, secondo le normative vigenti nel proprio Comune</p>	

SEGRE ➡

⁶ D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 e D.Lgs 116/2020.

⁷ Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore, tale termine è esteso a 30 giorni per quantitativi inferiori a 200 litri.



Capitolo 10

La prevenzione delle malattie

Viviana Forte, Gianluca Marini

Sommario

10.1 Generalità sulla prevenzione

Gianluca Marini

10.2 Interventi di prevenzione in MG

Viviana Forte

10.3 Strumenti e materiali di ausilio per fare prevenzione in MG

Viviana Forte

10.4 Gestione dell'incertezza in ambito preventivo

Viviana Forte

10.5 Principi dello screening

Gianluca Marini

10.6 La farmacoprevenzione

Gianluca Marini

10.7 Stili di vita e cambiamento

Gianluca Marini

10.8 Prevenire la sovradiagnosi e il sovratrattamento

Viviana Forte

Coordinatrice: Viviana Forte

Internal-review: Viviana Forte, Cristina Vito, Gianluca Marini

10.1 Generalità sulla prevenzione

10.1.1 Concetti fondamentali

Definizione di prevenzione La prevenzione è definita come “l’insieme delle azioni che prevengono l’insorgenza di malattia. Tali azioni hanno l’obiettivo di eradicare, eliminare o minimizzare l’impatto della malattia e della disabilità oppure, se ciò non è possibile, ritardare la progressione della malattia e della disabilità”¹. Mentre in sanità pubblica il soggetto a cui sono rivolte tali azioni è la popolazione, la MG lavora sulla persona. Tuttavia, queste due dimensioni della prevenzione non sono separate in quanto la MG ha una grande responsabilità nei confronti della salute della popolazione e il lavoro del/della MMG è sempre orientato alla comunità. Risulta quindi fondamentale la collaborazione e l’integrazione con le strategie di sanità pubblica, sia a livello nazionale che locale.

Strategie e interventi preventivi Esistono due tipi di strategie preventive: *dell’alto rischio e di popolazione*. La prima presuppone l’individuazione di soggetti che necessitano di interventi preventivi sulla base del rischio individuale e comprende tutte le attività proprie della prevenzione clinica: screening e diagnosi precoce, vaccinazioni, farmacoprevenzione e attività di *counseling*. La seconda si prefigge di modificare la distribuzione dei fattori di rischio (FdR) nella popolazione attraverso interventi di massa prevalentemente di tipo politico e sociale.

! La MG ha un ruolo di primo piano nella strategia dell’alto rischio poiché, escludendo gli screening oncologici e le vaccinazioni in carico alla sanità pubblica, la maggior parte delle attività preventive sono di sua competenza. Alcune di queste sono in sovrapposizione con altri specialisti, ma il/la MMG dovrebbe implementarle sempre con un approccio peculiare orientato alla persona e ai suoi problemi. Le diverse azioni con cui può essere gestita la prevenzione in MG sono raggruppate in due grandi aree di intervento, di *opportunità* e *d’iniziativa*, delle quali la prima è la modalità più diffusa e, per alcuni aspetti, più semplice in quanto richiede un’organizzazione minima. Sarebbe tuttavia auspicabile un maggior impegno nel trovare e organizzare le risorse per entrambe. → **Interventi di prevenzione in medicina generale** (📖 par. 10.2).

Programmazione e priorità Ci sono diversi elementi che possono orientare e supportare il/la MMG nell’attività di prevenzione. La possibilità di accedere a dati epidemiologici aggiornati sulle patologie di maggiore impatto nel proprio territorio risulta un elemento fondamentale per la programmazione del lavoro perché può aiutare a stabilire le priorità negli interventi. Oltre a questo, è altresì importante *conoscere la popolazione dei propri assistiti* e le sue caratteristiche: la distribuzione di età e sesso, i gruppi sociali, le etnie, le patologie prevalenti, i problemi di carattere sociale (disoccupazione, condizioni di emarginazione o altro) e i livelli di alfabetizzazione sanitaria. Infine potrebbe essere utile costruire un registro per patologie sulla base di indicatori costantemente aggiornati al fine di avere una panoramica in tempo reale del proprio lavoro di prevenzione, ponendo attenzione al fatto che strumenti di questo tipo, se utilizzati in modo acritico, possono deviare verso un approccio selettivo e troppo sbilanciato sul versante biomedico.

¹ TdA. Testo originale: “Actions that prevent disease occurrence. Actions aimed at eradicating, eliminating, or minimizing the impact of disease and disability, or if none of these is feasible, retarding the progress of disease and disability”. Porta, M., ed. *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, 2008.

Principali interventi preventivi in Medicina Generale

Identificazione di persone a rischio per malattie ereditarie	Valutazione del rischio di demenza
Indagini preconcezionali	Valutazioni del rischio suicidiario
Consulenza su indagini preventive in gravidanza	Prevenzione della violenza domestica
Prescrizione di attività fisica	Consulenza su screening oncologici di popolazione
Consulenza nutrizionale	Screening opportunistici
Vaccinazioni e altre attività di profilassi delle malattie infettive	Prevenzione dei tumori cutanei
Consulenza su norme igieniche e comportamenti a rischio	Valutazione del rischio cardiovascolare
Prevenzione delle dipendenze patologiche e dei danni correlati	Farmacoprevenzione
Prevenzione delle cadute negli anziani	Prevenzione della sovradiagnosi e del sovratattamento

■ **I livelli della prevenzione: primaria, secondaria e terziaria** Sulla base della storia naturale della malattia si distinguono tradizionalmente tre livelli di prevenzione, primario, secondario e terziario, ai quali corrispondono generalmente obiettivi e strategie differenti:

- *Prevenzione primaria* → riduzione dell'esposizione a FdR in individui/popolazioni in salute al fine di evitare l'insorgenza di malattie
- *Prevenzione secondaria* → riduzione dell'esposizione a FdR e interventi di screening o diagnosi precoce in individui/popolazioni apparentemente in salute (malattia allo stadio preclinico) al fine di evitare la manifestazione della malattia e/o delle sue recidive
- *Prevenzione terziaria* → riduzione dell'esposizione a FdR in individui/popolazioni con malattia cronica al fine di evitare o ritardare la disabilità associata alla progressione della malattia e alle sue complicanze a lungo termine

! → Per ogni livello l'obiettivo è la riduzione di quei FdR associati alla progressione di una qualsiasi malattia prevenibile attraverso le sue fasi principali: assenza di malattia, stadio preclinico, malattia conclamata, progressione e complicanze. Le strategie utilizzate possono essere rivolte a popolazioni e individui e comprendere incontri di educazione sanitaria, interventi di diagnosi precoce e prescrizione di terapie preventive di tipo farmacologico, fisico o altro.

■ **Altri livelli di prevenzione** Oltre a questi appena descritti, possono essere aggiunti altri due livelli di prevenzione *meno tradizionali* sebbene essi possano avere un ruolo molto importante nell'ambito delle strategie preventive:

- *Prevenzione primordiale* → protezione dell'esposizione a FdR in popolazioni non ancora esposte
- *Prevenzione quaternaria* → l'insieme delle "azioni intraprese per identificare il paziente a rischio di ipermedicalizzazione, proteggerlo da nuove invasioni mediche e suggerirgli interventi eticamente accettabili"²

² TdA da Bentzen, N., ed. *WONCA dictionary of general/family practice*. Wonca International Classification Committee, 2004.

La prevenzione primordiale comprende interventi di varia natura (es. politici, sociali educativi, sanitari) su popolazioni sane in cui non è ancora avvenuta l'esposizione a FdR per una qualsiasi malattia prevenibile (es. la prevenzione del tabagismo in bambini/e, adolescenti e giovani per contrastare l'insorgenza di malattie CV). → **Prevenzione quaternaria** (☒ par. 10.8.1)

Livelli di prevenzione					
	Primordiale	Primaria ^A	Secondaria ^A	Terziaria ^A	Quaternaria
<i>Stato di salute*</i>	Popolazione sana	Persona/ popolazione sana	Persona/popolazione sana o malata	Persona/popolazione malata	Persona/popolazione sana
<i>Percezione</i>	Benessere	Benessere	Benessere	Malessere	Malessere
<i>Soggetto/i dell'intervento</i>	Popolazione non ancora esposta a FdR per malattia	Persone o popolazioni sane, esposte a FdR per malattia	Persone o popola- zioni sane o apparentemente sane (stadio preclinico) esposte a FdR per manifesta- zione della malattia (o delle sue recidive)	Popolazioni o persone malate, esposte a FdR per progressione della malattia	Persone o popola- zioni esposte a FdR per sovradiagnosi, sovratrattamento e danno da medicaliz- zazione
<i>Azione</i>	Progettare interventi di vario tipo su popolazione (es. politici, sociali, educativi, sanitari)	Fare educazio- ne sanitaria Proporre cambiamento dello stile di vita Prescrivere terapie preventive	Fare educazione sanitaria Proporre cambia- mento dello stile di vita Collaborare agli screening di popolazione Proporre interventi di screening (opportunistici o in programmi di popolazione) e di diagnosi precoce Prescrivere terapie preventive	Fare educazione sanitaria Proporre cambia- mento dello stile di vita Attuare interventi di riabilitazione Prescrivere terapie preventive	Fare educazione sanitaria Proporre deprescri- zione, se indicato Attuare interventi diagnostici e terapeutici appropriati per la persona valutando accuratamente rischio/beneficio in prospettiva prognostica Attuare interventi di demedicalizzazione
<i>Obiettivo/i</i>	Proteggere la popolazione dall'esposizione a FdR	Tutelare lo stato di salute attuale e impedire l'insorgenza della malattia limitando l'esposizione a FdR	Ostacolare la manifestazione della malattia identifcan- dola allo stadio preclinico Ostacolare la manifestazione delle recidive di malattia limitando l'esposi- zione a FdR	Rallentare la progressione della malattia e delle sue complicanze limitando l'esposi- zione a FdR	Contrastare la sovradiagnosi, il sovratrattamento e il danno da medicalizzazione

Capitolo 18

Salute metabolica

Paola Ciliberti, Diana Corradini, Manuela Oddo, Federica Tancredi

Sommario

Problematiche generiche di presentazione in MG

18.1 Visita alla persona con diabete in MG

Diana Corradini

18.2 Esami di laboratorio inerenti il metabolismo in MG

Diana Corradini

Problematiche di salute e gestione in MG

18.3 Stati disglicemici

Manuela Oddo

18.4 Diabete mellito

Diana Corradini

18.5 Sindrome metabolica

Federica Tancredi

18.6 Gotta

Manuela Oddo

Argomenti inerenti la salute metabolica presenti altrove nel manuale

Interventi di prevenzione in MG (☞☞ par. 10.2)

Stili di vita e cambiamento (☞☞ par. 10.7)

Promozione della salute e nutrizione (☞☞ par. 20.6)

Prevenzione della salute, nutrizione e metabolismo (☞☞ par. 20.7)

Promozione e prevenzione cardiovascolare (☞☞ par. 16.10)

Le diete (☞☞ par. 20.10)

Le vaccinazioni per persone con patologie a rischio (☞☞ par. 11.3)

Nefropatia diabetica (☞☞ par. 28.14.2)

Retinopatia diabetica (☞☞ par. 35.18)

Disfunzioni sessuali (☞☞ par. 31.10)

Emergenze endocrinologiche (☞☞ par. 43.24)

Coordinatrice: Viviana Forte

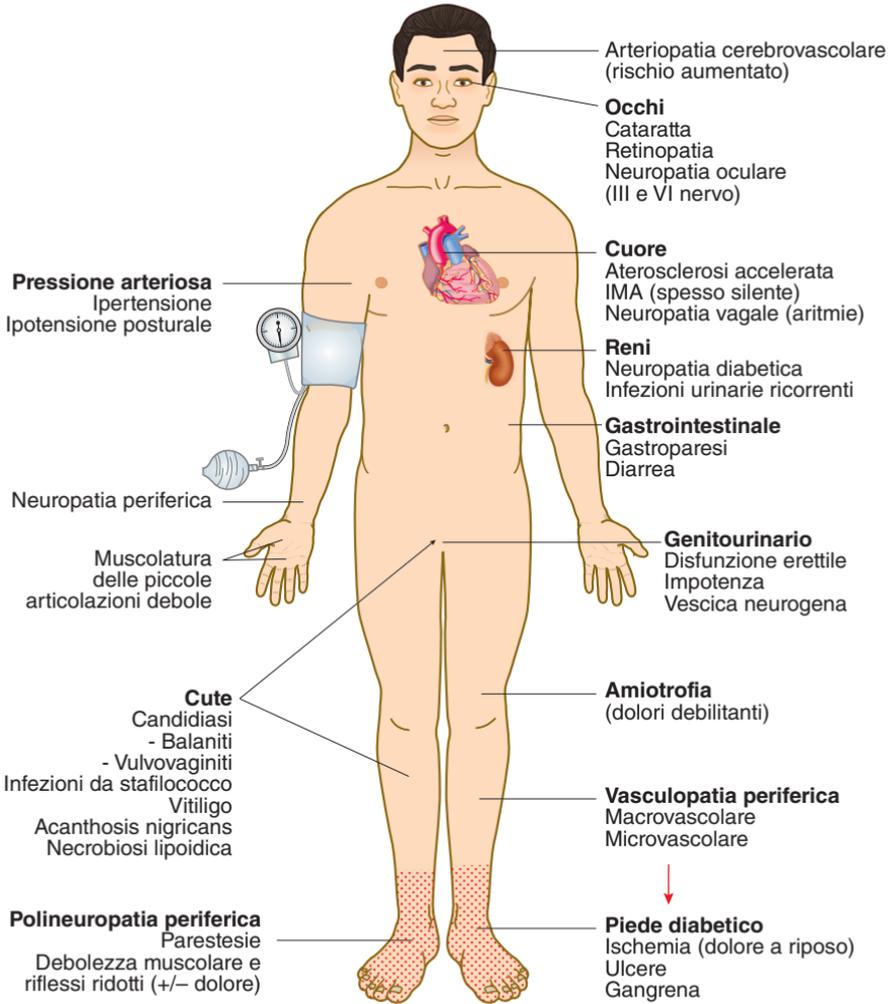
Internal-review: Viviana Forte, Cristina Vito

■ PROBLEMATICHE GENERICHE DI PRESENTAZIONE IN MG

■ 18.1 Visita alla persona con diabete in MG

Anamnesi e registrazione sul sistema gestionale in ogni persona con diagnosi di DM*	
Anamnesi familiare	Anamnesi fisiologica
<ul style="list-style-type: none"> • DM (I grado: genitori, sorelle, fratelli) • IA • Dislipidemia • Malattie CV • Altre malattie endocrine • Presenza di DM in almeno tre generazioni di soggetti nel pedigree familiare (ereditarietà autosomica dominante) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attività fisica praticata • Attività lavorativa (con particolare riferimento a soggetti turnisti e a stress lavorativo) • Stile di vita e fattori culturali, psicosociali, educativi ed economici che possono influenzare la gestione del DM • Tabacco • Alcolici, sostanze stupefacenti • Assessment nutrizionale, anamnesi ponderale, crescita e sviluppo in bambini e adolescenti • Contracezione adottata • Anamnesi riproduzione • Anamnesi sessuale
Anamnesi patologica remota	Anamnesi patologica prossima
<p>Storia e tp di altre patologie (incluse endocrine e i disturbi del comportamento alimentare)</p> <p>Annotare FdR CV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumo • Obesità • IA • Dislipidemia • Valori precedenti di glicemia e HbA1c • Frequenza, gravità e cause di complicanze acute, come chetoacidosi e ipoglicemia <p>→ Valutare in dettaglio i precedenti programmi terapeutici, la dieta prescritta, il grado di educazione all'autogestione del DM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Età di insorgenza • Sintomi in relazione alla diagnosi DM • Tp attuale: farmaci, piano alimentare, autocontrollo • Infezioni precedenti o attuali, a carico di cute, piedi, denti o apparato genito-urinario • Sintomi o trattamenti in atto delle complicanze del DM: <ul style="list-style-type: none"> - Occhi - Reni - Nervi periferici - Apparato genito-urinario - Problematiche sessuali - Funzione gastrointestinale (inclusa la malattia celiaca nel DM1) - Malattie CV - Piedi • Utilizzo di farmaci che possano interferire con i livelli glicemici • Valutazione dei disturbi dell'umore
* Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018	

Visita alla persona con diabete in MG

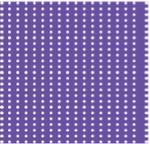


18.2 Esami di laboratorio inerenti il metabolismo in MG

Esami di laboratorio inerenti il metabolismo		
	Quando	Perché
Glicemia a digiuno da almeno 8 ore 60 e 110 mg/dl (alcune LG 100 mg/dl come max)	<i>Il livello</i> <ul style="list-style-type: none"> • Screening e diagnosi di DM1 • Diagnosi di IFG • >45 aa d'età o FdR DM • Se sussistono sintomi che suggeriscono iperglicemia o ipoglicemia con HGT test • Durante la gravidanza 	Se ↑ sospetto/diagnosi di DM o insulino-resistenza
Emoglobina glicata (HbA1c) VdR 20-42 mmol/mol (4-6%)	<i>Il livello</i> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi di DM • Monitoraggio glicemico su lungo periodo 	Valutazione efficace delle tp → HbA1c misura l'andamento della glicemia nei 2-3 mesi precedenti l'esecuzione dell'esame
Glicosuria	<i>Il livello</i> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione compenso metabolico • Infezioni delle vie urinarie ricorrenti (se glicosuria → rischio ↑) 	Se ↑ indica DM scompensato (↑ in corso di tp ipoglicemizzanti con glifozine)
Test da carico orale di glucosio 0'-60'-120' <i>(OGTT con 75 g di glucosio)</i>	<i>Il livello</i> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi di IGT e DM • Indicato in caso di IFG Eseguito solo se glicemia basale <126 mg/dl	Se ↑ diagnosi di DM e IGT → IGT: 140-199 mg/dl → DM: >200 mg/dl
Insulinemia	<i>Il livello</i> Individua presenza di insulino-resistenza	↑ nell'insulino-resistenza
C-Peptide	<i>Il livello</i> Valuta la riserva insulinica nelle persone con DM	↓ nel DM1
Glucagone	<i>Il livello</i> <ul style="list-style-type: none"> • Indicato in caso di sospetto di neoplasie glucagone-secerenti • Iter diagnostico in caso di ipoglicemie • In corso di chetoacidosi 	↑ neoplasie glucagone-secerenti
Chetonemia	<i>Il livello</i> Valutazione metabolica durante la chetoacidosi	↑ in corso di chetoacidosi

SEGUE ➔

¹ Su plasma venoso, l'uso del glucometro è sconsigliato per stabilire la diagnosi di certezza.



Capitolo 19

Salute endocrinologica

Diana Corradini, Manuela Oddo, Federica Tancredi

Sommario

Problematiche generiche di presentazione in MG

19.1 Visita alla persona con problematiche endocrinologiche in MG

Federica Tancredi

19.2 Esami di laboratorio inerenti l'endocrinologia in MG

Federica Tancredi

19.3 Esami strumentali inerenti l'endocrinologia in MG

Federica Tancredi

Problematiche di salute e gestione in MG

19.4 Approccio iniziale ai noduli tiroidei e al gozzo e *follow-up* in MG

Federica Tancredi

19.5 Iper-tiroidismo, tireotossicosi, ipotiroidismo

Diana Corradini

19.6 Osteoporosi

Manuela Oddo

19.7 Ipercalcemia e ipocalcemia

Diana Corradini

19.8 Problematiche surrenaliche

Manuela Oddo

19.9 Problematiche ipofisarie

Manuela Oddo

19.10 Irsutismo

Manuela Oddo

Coordinatrice: Viviana Forte

Internal-review: Viviana Forte, Cristina Vito

■ PROBLEMATICHE GENERICHE DI PRESENTAZIONE IN MG

■ 19.1 Visita alla persona con problematiche endocrinologiche in MG

Inquadramento La diagnosi delle patologie endocrine è spesso tardiva e può risultare di notevole difficoltà in MG. In primo luogo perché le ghiandole endocrine esplorabili fisicamente in maniera completa sono poche (es. tiroide, testicoli, mammella) e i sintomi associati all'endocrinopatia sono spesso aspecifici e quindi non facilmente inquadrabili. Sovente, quindi, il sospetto diagnostico di endocrinopatia è successivo al riscontro di alterazioni laboratoristiche in persone assolutamente asintomatiche; altre volte il difetto di secrezione ormonale non è riscontrabile in condizioni basali, ma soltanto in situazioni di stress o di aumentato fabbisogno.

■ Segni e sintomi di endocrinopatie

- Alterazioni psichiche: depressione, ansia, psicosi
- Sintomi generali: stanchezza, sonnolenza, debolezza
- Disfunzioni sessuali: amenorrea, perdita della libido, scomparsa dei peli pubici, irsutismo
- Alterazioni glicemiche: poliuria/polidipsia, fluttuazioni della glicemia, ipoglicemia
- Alterazioni del peso: ↑ o ↓
- Alterazioni CV: aritmie, palpitazioni, PA
- Alterazioni scheletriche: osteoporosi
- Alterazioni muscolari
- Alterazioni cutanee: pigmentazioni, vitiligine
- Disturbi gastrointestinali: stipsi, diarrea, nausea

Pertanto l'approccio di ogni MMG alla persona con sospetta endocrinopatia dovrà prevedere:

- *Anamnesi* fisiologica, patologica, familiare e farmacologica più accurata possibile
- *EO* completo volto ad indagare la presenza di segni e sintomi compatibili con ↑ o ↓ azione ormonale negli organi bersaglio
- Dosaggi ormonali di I livello ed eventuale prescrizione di visita specialistica endocrinologica per la valutazione ed esecuzione di test dinamici o di II livello

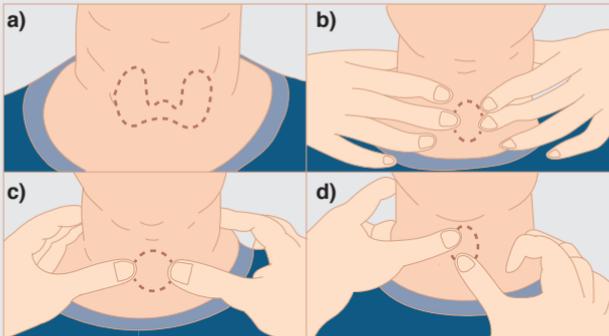
Visita alla persona per valutazione endocrinopatia

Anamnesi	EO generale
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fisiologica</i>: con particolare attenzione ai cambiamenti dello stile di vita, del peso corporeo, nelle funzioni sessuali e viscerali, oltre ai sintomi precedentemente elencati • <i>Patologica</i>: epoca, modalità di insorgenza e decorso delle manifestazioni morbose passate o in atto. Importante indagare infezioni o traumi fisici/psichici, a cui possono far seguito alcune sindromi endocrine come il morbo di Basedow • <i>Familiare</i>: indagare la presenza in famiglia di disfunzioni endocrine • <i>Farmacologica</i>: alcuni farmaci, anche comunemente utilizzati, possono scatenare endocrinopatie (amiodarone, carbamazepina, corticosteroidi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopolmonare: FC, PA, eventuali soffi cardiaci o rumori polmonari • Addominale: valutare se epatosplenomegalie, disposizione viscerale del grasso, striae rubrae • Neurologico e osteo-muscolare • Misurazione altezza, peso e circonferenza vita (↑ FdR CV) • Valutare caratteri sessuali secondari in età pre-puberale e se presenza di ginecomastia o galattorrea • Esame di cute e mucose • Palpazione ghiandole sospette, ove possibile (es. tiroide, mammella, testicolo, fegato)

EO Tiroide

L'esame palpatorio della tiroide si esegue o ponendosi alle spalle della persona, utilizzando le dita di entrambe le mani con il collo in iper-estensione e invitando il soggetto a deglutire, o ponendosi di fronte alla persona e palpando la ghiandola con entrambi i pollici posti sui due lobi tiroidei (palpazione bimanuale).

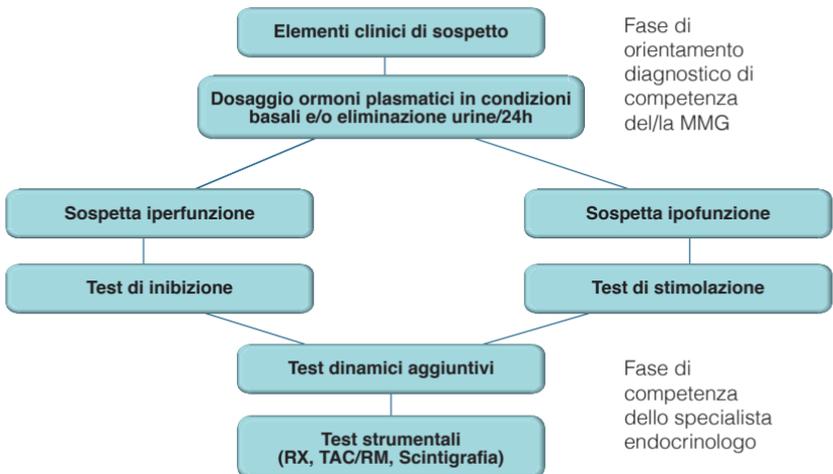
Rilevare: dimensioni, consistenza, dolorabilità e presenza di eventuali adenopatie laterocervicali, sottomandibolari, paratiroidi e sovraclavari.



19.2 Esami di laboratorio inerenti l'endocrinologia in MG

Sospetto clinico Gli esami laboratoristici sono essenziali nel processo diagnostico e terapeutico delle endocrinopatie. Ogni MMG può valutare la funzionalità delle ghiandole interessate attraverso il dosaggio ematico e/o urinario degli ormoni in condizioni basali; spesso le disfunzioni endocrine emergono proprio da queste indagini di laboratorio in persone altrimenti del tutto asintomatiche.

Approccio diagnostico alle endocrinopatie: competenze di ogni MMG e MS



Viviana Forte • Cristina Vito

Medicina Generale e Cure Primarie

Guida teorico-pratica per MMG

La trattazione abbraccia tutti gli argomenti pertinenti alle Cure Primarie, fornendo una **“mappa della Medicina Generale** ai/alle giovani medici/che in formazione, o che già lavorano nella Medicina Generale, nella Continuità Assistenziale o sono impegnati nelle sostituzioni temporanee.

Suddiviso in **tre tomi**, interamente **a colori**, ricco di tabelle, **illustrazioni**, schemi, rimandi interni e riferimenti bibliografici, il manuale si articola in tre parti.

- Nella prima parte, **Le Cure Primarie e la Medicina Generale**, si descrive l'*inquadramento di sistema*, illustrando i principi delle politiche sanitarie del nostro SSN e dei servizi nelle Cure Primarie e di Medicina Generale; principi che ispirano la formazione degli operatori e la loro attività di ricerca, organizzano le regole d'accesso alle prestazioni per la popolazione, stabiliscono gli strumenti pratici (necessari e accessori) e incorniciano l'incontro di cura.
- Nella seconda parte, **Promozione e prevenzione della salute in Medicina Generale**, si descrive l'*inquadramento di popolazione*, analizzando l'influenza dei sistemi complessi – contesti sociali e ambientali – sulle dinamiche di salute-malattia e passando in rassegna le principali pratiche di promozione e prevenzione.
- Nella terza parte, **La clinica in Medicina Generale**, si descrive l'*inquadramento clinico*, attraverso un'analisi puntuale e aggiornata delle principali problematiche di presentazione delle patologie e di gestione delle consulenze e delle terapie specifiche, farmacologiche e non: nelle cure domiciliari, nelle cronicità, in situazioni d'emergenza, dall'età pediatrica a quella anziana, comprese le cure palliative primarie.

Il testo viene incontro alle esigenze pratiche di ogni medico/a, dà un'informazione immediatamente fruibile, ma anche sistematica, definendo i confini disciplinari e proponendo la giusta profondità della conoscenza necessaria all'azione concreta.



IN OMAGGIO

Estensioni online

Le **risorse di studio** gratuite sono accessibili per 18 mesi dalla propria area riservata, previa registrazione al sito **edises.it**.



€ 00,00

