

## IL FUTURO DELL'ENDOCRINOLOGIA E NON SOLO ... DOPO IL COVID

**Coordinatore**

Vincenzo Toscano

**Editors**

Marco Caputo & Renato Cozzi

### Premessa

L'assistenza endocrinologica in Italia si è fino ad oggi articolata in attività di ricovero ordinario, per una quota modesta, di *day-hospital/day service* (non in tutte le regioni italiane) per una quota più consistente e infine di attività ambulatoriale per una porzione molto più ampia. Quest'ultima è stata in gran parte confinata alle strutture ospedaliere di diverso livello e in ambulatori territoriali, questi generalmente con scarse disponibilità diagnostiche per quel che riguarda la patologia più complessa e, spesso, anche con limitazioni prescrittive. Il tutto articolato in entità separate e poco o nulla coordinate fra di loro. In tutte queste realtà le liste di attesa sono sempre state fra le più intasate dell'area medica, senza alcun filtro di accesso alle diverse strutture (specialistica del territorio e ospedali di I e II livello).

L'epidemia di COVID-19, che ha portato alla chiusura degli ambulatori di endocrinologia delle strutture ospedaliere, ha evidenziato, ammesso che ce ne fosse bisogno, tutta la debolezza di questo sistema organizzativo, inducendo a ripensarlo e riproporlo in maniera molto più coordinata. Questo potrebbe valere anche per molte altre discipline dell'area medica.

La patologia endocrino-metabolica ha un andamento cronico e ad essa fa capo anche un'ampia quota delle malattie rare e di quelle definite "croniche invalidanti". Di conseguenza, la maggior parte della patologia endocrino-metabolica obbliga a una presa in carico ai fini della diagnosi e poi a un *follow-up*, in molti casi a vita, con controlli in alcuni casi più dilazionati nel tempo e in altri più ravvicinati. L'organizzazione a "silos" separati comporta anche, come conseguenza, una diversa abilità diagnostica degli endocrinologi, più o meno avanzata rispetto alla localizzazione lavorativa. Quest'ultimo aspetto, non certo trascurabile, comporta spesso ritardi diagnostici, ridondanza di esami strumentali e di laboratorio e, soprattutto, un ritardo nell'inizio della terapia più idonea.

Anche se l'informatizzazione è entrata in questa organizzazione, pur con grosse differenze fra le varie Regioni italiane, non sono stati presi in considerazione l'avanzamento tecnologico più recente e le alte potenzialità della Sanità digitale e della Telemedicina. Sappiamo bene che sono state sviluppate tecnologie che permettono collegamenti di migliaia di persone, nel pieno rispetto della *privacy* dei canali di comunicazione. L'organizzazione sanitaria in questo ambito è rimasta al palo, ingessata da tutta una serie di lacci e laccioli, che ne hanno impedito l'adeguamento tecnologico.

### Come possiamo ipotizzare il nuovo sistema?

Con questa emergenza l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale ha subito uno *stress test*, che ne ha dimostrato tutta la debolezza, per cui dobbiamo assolutamente rinnovarla e/o integrarla. L'integrazione va fatta soprattutto utilizzando le nuove tecnologie che permettono una precisa connessione fra diverse realtà.

Dobbiamo pensare a una riforma della struttura e a una riforma della distribuzione dei medici specialisti e degli altri operatori sanitari, soprattutto gli infermieri il cui ruolo deve essere molto valorizzato.

La riforma della struttura deve prevedere una organizzazione per macro-area, che deve completamente stravolgere il concetto di "silos", e sostituirlo con una visione a "spicchio" o a "triangolo assistenziale" o a "piramide assistenziale", in cui il vertice è rappresentato dall'Ospedale di II livello che sottende Ospedali di I livello e infine il territorio, che include la specialistica endocrinologica ambulatoriale, i medici di Medicina Generale (MMG), le Case della Salute e le Residenze Sanitarie Assistite (RSA). Per intenderci, dobbiamo articolare la piramide in fasce assistenziali con compiti precisi.

Tutte le fasce assistenziali dovrebbero essere collegate fra di loro da una rete informatica, con possibilità di connessione come fossero un unico grande ambiente. In ogni fascia assistenziale lavorano *team* con competenze trasversali di endocrinologia, che potranno essere multipli secondo l'estensione della macro-area. Ovviamente, man mano che si sale nella piramide, i *team* assistenziali saranno in numero ridotto. In ogni fascia assistenziale dovrà essere prevista un'organizzazione sempre più avanzata dei Servizi, con possibilità diagnostiche e tecnologiche progressivamente più elevate.



Questi *team* assistenziali, che possiamo definire orizzontali, sono costituiti da specialisti che provengono da *team*, che possiamo definire verticali, che si occupano delle patologie delle diverse ghiandole endocrine. In questo modo in ogni *team* orizzontale sarà presente un componente del *team* verticale con la maggiore competenza nell'ambito delle diverse ghiandole endocrine. Ciascun *team*, sia orizzontale che verticale, sarà guidato da un responsabile (alta professionalità). I componenti dei *team* verticali ruoteranno periodicamente, in modo che tutti gli specialisti della macro-area possano gestire le varie patologie, dalle più semplici a quelle più complesse. Gli endocrinologi più giovani o gli specialisti in formazione dovrebbero ruotare fra i diversi *team* verticali, in modo da acquisire le competenze necessarie per la diagnosi e il trattamento di tutta la patologia endocrina e in modo che ogni 5 anni completino il passaggio nei diversi *team*, per andare a costituire il ricambio generazionale nei *team* verticali.

Sarà fondamentale il ruolo del/i *team* sul territorio, che avranno il compito di specialisti di consulenza/filtro per i MMG, le RSA e le Case della salute, anche attraverso un semplice tele-consulto, dando una risposta diagnostico-terapeutica ai casi più semplici e procedendo ai rinnovi di prescrizioni o piani terapeutici per i pazienti cronici. I casi più complessi saranno avviati alle diverse fasce assistenziali di ordine superiore in rapporto alla complessità della patologia. Tutti i componenti dei *team* specialistici, indipendentemente dalla fascia assistenziale dove si trovano a svolgere la loro attività, dovranno contribuire alle attività di continuità assistenziale o ai turni notturni nell'ambito dell'area medica degli Ospedali presenti nella macro-area. In questo modo tutti manterrebbero un livello di impatto con patologie più o meno complesse e avrebbero la capacità di sospettarle e diagnosticarle con rapidità e competenza.

I pazienti con patologie croniche stabili dal punto di vista medico e terapeutico sarebbero affidati al MMG per il *follow-up* e al personale infermieristico per il rinnovo delle esenzioni o dei piani terapeutici con possibilità di accesso anche per via telematica.

Tutti gli specialisti della piramide assistenziale dipendono da un unico Primario, che coordina i responsabili dei *team*, anche più di uno per ghiandola in rapporto all'impatto della patologia, ognuno con un suo responsabile (alta professionalità). Dovrà essere considerato anche un *team* che si occupi delle consulenze per le altre discipline nell'ambito della piramide assistenziale, evitando lo spostamento dei pazienti o il moltiplicarsi degli appuntamenti e dell'occupazione degli *slot* ambulatoriali disponibili, sempre con la possibilità di istradare i casi più complessi alle fasce più alte della piramide, considerando anche la possibilità del tele-consulto, in presenza dello specialista che ha richiesto la consulenza.

Questo tipo di organizzazione permetterebbe innanzi tutto un livello di offerta assistenziale molto alto, non creerebbe disparità di preparazione fra i diversi componenti del triangolo/piramide specialistico e al tempo stesso dovrebbe abbattere le liste di attesa e la ripetizione di indagini strumentali e di analisi cliniche. L'accesso all'Ospedale avverrebbe dopo un filtro e sarebbe riservato solo alla patologia acuta. Il numero degli specialisti potrebbe essere perfettamente programmato, evitando sovra- o sotto-stime, e soprattutto tutti sarebbero impegnati nel contesto della disciplina a cui hanno dedicato anni di formazione con impegno di denaro pubblico.