Appropriatezza in endocrinologia: cosa "non fare" nella diagnostica tiroidea di primo approccio.

Mario C. A. Palermo
SC di Endocrinologia, Malattie della Nutrizione e Ricambio. Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Sassari, Italia.
Autore Corrispondente
Mario C.A. Palermo, cell. +39 338 2502029, mail: mario.palermo@aouss.it

Introduzione

Premesso che ogni modello organizzativo di Sanità ha i suoi vantaggi e svantaggi, è certamente di grande importanza individuare il più appropriato e coerente ad uno specifico territorio ed ambiente socioeconomico.

Gli indicatori da prendere in considerazione quando si voglia fare una valutazione della adeguatezza del modello adottato sono molti, ma qualsiasi Direttore Generale di Azienda Sanitaria Pubblica, al momento dell'insediamento, promette una particolare attenzione (i più temerari parlano di risoluzione) al problema delle liste di attesa che incidono, non solo sulla quotidianità dei pazienti, ma hanno importanti risvolti sull'immagine e sulla percezione della bontà del servizio offerto [1-2].

La difficoltà della gestione delle liste di attesa risiede nella molteplicità dei fattori che contribuiscono a crearle. Se è vero che non si può prescindere da un adeguato numero di operatori sanitari e mezzi tecnologici a disposizione, è anche vero che probabilmente questi non ne sono gli attori principali [3]. È sempre più evidente, oltre ad una adeguata strategia organizzativa, che la componente "umana" del medico, intesa come competenza, applicazione, coinvolgimento e consapevolezza determina il risultato [4]. Recenti disposizioni di legge sulla responsabilità professionale del medico tentano di superare l'ostacolo della "medicina difensiva", causa della prescrizione di esami clinici, laboratoristici e strumentali non necessari e che ha ipertrofizzato in passato la spesa corrente in sanità ed allungato le liste di attesa [5].

E' ora arrivato il momento di chiamare i medici ad un atteggiamento collaborativo e a un grande sforzo di mutamento del comportamento professionale. La responsabilità del coinvolgimento dei professionisti in questa consapevolezza quotidiana va assunta a tutti i livelli organizzativi e deve coinvolgere, oltre i decisori politici ed i grandi gestori della sanità (Assessorato, Direzione Generale, etc.), anche le Società Scientifiche e gli Ordini Professionali [6]. Necessita un lavoro profondo e serio di riorganizzazione, approfittando anche delle opportunità concesse dal PNrr [7].

Su questa base, risulta di importanza fondamentale una Sanità integrata realizzata da chi lavora sul territorio con i centri ospedalieri ed universitari di riferimento, necessariamente di pari dignità nell'organizzazione, dove le parole chiave devono essere: collaborazione fra professionisti ed appropriatezza.

Noi endocrinologi siamo tenuti a dare il nostro contributo. Fra le patologie che più spesso affrontiamo nella quotidianità del nostro lavoro, quella tiroidea pesa per una percentuale altissima. L'affrontarla con appropriatezza ed in maniera collaborativa porterà, per il paziente, ad un risparmio in termini di tempo, spesa e disagio, mentre l'organizzazione sanitaria avrà un ritorno in efficienza e qualità, cioè quanto necessario per "chiudere il cerchio": abbattimento delle liste di attesa a fronte di risparmio economico e migliore qualità.

È di grande importanza che il MMG o altro medico non specialista che venga in contatto con un paziente con possibile tireopatia sappia liberarsi dall'attrazione della diagnosi "tecnologica",

infallibile, veloce e senza rischi per sé e per il paziente, ma piuttosto sia consapevole del cosa "***non fare***" per agire in sintonia con le linee guida e con il buon senso, il tutto prestando sempre attenzione all'interesse, anche economico e di dispendio di tempo del paziente [8].

Primo *step*: Il paziente soffre di una patologia tiroidea?

La risposta a questa domanda è fornita da: anamnesi, esame obiettivo, dosaggio del solo TSH (reflex?) e degli anticorpi antiperossidasi (AbTPO).

Cosa non fare:

a) richiedere un profilo ormonale completo di FT4 e FT3;
b) richiedere il dosaggio di tutti gli anticorpi anti-tiroide misurabili [AbTg(anti-tireoglobulina), bM (anti-microsoma tiroideo), TRAb (anti-recettore del TSH)];
c) richiedere l'ecografia tiroidea od altri esami strumentali di *imaging.*

Perchè: è ormai acquisito come il TSH sia il valore di laboratorio guida per la diagnosi, ancor più ove sia possibile eseguirlo con la metodica "reflex". Si accetta, quindi, il rischio di non diagnosticare quella bassissima percentuale di pazienti affetti da patologie ipofisarie o recettoriali o enzimatiche periferiche a fronte del vantaggio di un rapido orientamento diagnostico. Misurare soltanto il TSH (reflex) e gli AbTPO porterà ad un risparmio economico per il paziente e per la struttura, ma anche ad informazioni sufficienti per il prosieguo o meno dell'indagine diagnostica. L'ecografia, a questo punto dell'iter diagnostico preliminare, risulta essere solo una informazione aggiuntiva che allunga il tempo di diagnosi perché, se necessario, andrà eseguita in maniera più mirata successivamente.

Secondo *step*: sulla base dei risultati dell'esame obiettivo, anamnesi e degli esami richiesti, inviare il paziente dallo specialista?

Cosa fare:

a) normale TSH. AbTPO assenti e normale esame obiettivo tiroideo: stop agli accertamenti
b) normale TSH, AbTPO presenti, indipendentemente da esame obiettivo tiroideo: inviare in ambiente specialistico endocrinologico
c) alterato TSH indipendentemente da AbTPO ed esame obiettivo tiroideo: inviare in ambiente specialistico endocrinologico
d) normale TSH, AbTPO assenti ed esame obiettivo tiroideo alterato: inviare in ambiente specialistico endocrinologico

Cosa non fare:
non è opportuno che il medico non specialista chieda alla prima visita l'ecografia od altri esami strumentali od ulteriori esami di laboratorio.,

Perché: la richiesta dell'esame ecografico ed il completamento dell'indagine biochimica da parte del medico di MMG od altro specialista non endocrinologo presuppone un ulteriore allungamento dei tempi e aumento della spesa conseguenti alla prescrizione, all'appuntamento per l'esecuzione degli esami (liste di attesa che si allungano), il controllo del risultato dell'esame da parte del medico richiedente (tempi che si allungano) e tutto ciò a fronte della successiva e necessaria richiesta di visita specialistica (tempi di attesa che si allungano ulteriormente) che dovrà in ogni caso completare l'indagine.

Terzo *step*: Chi completerà l'indagine diagnostica e farà diagnosi e follow-up?

Il completamento dell'indagine diagnostica ed eventualmente la prescrizione terapeutica avverranno a cura dello specialista, ma andrà ricercata ed incoraggiata la collaborazione con i medici del territorio che seguiranno nel tempo i pazienti con le eccezioni, naturalmente, di specifiche patologie che necessitino un approccio specialistico o multi-specialistico

Cosa non fare:

a) la struttura specialistica non dovrà sobbarcarsi l'onere del follow-up di pazienti con patologie tiroidee croniche a bassa morbilità. (per non saturare gli *slots* a disposizione per nuove visite)
b) Il MMG non dovrà demandare ai centri specialistici la gestione di pazienti clinicamente "guariti" come, per esempio, gli operati di tiroidectomia totale od i tumorali in follow-up a lungo termine. Non dovrà richiedere esami superflui e troppo ravvicinati (per esempio la ripetizione del profilo anticorpale nei pazienti affetti da tiroidite cronica), ma dovrà prendere in carica il paziente per i controlli a distanza.
c) Non si deve estendere ai familiari dei pazienti lo screening delle patologie tiroidee nodulari, immunitarie od infiammatorie croniche, salvo quelle di sicura natura genetica (come il carcinoma midollare, di pertinenza, per altro, dei centri specialistici).

***Perché*:** Molte patologie tiroidee hanno bassa morbilità, ma sono ad alta incidenza; inoltre sono a carattere cronico (tiroidite cronica linfocitaria, gozzo (multi)nodulare etc.). Altri pazienti possono considerarsi esenti da malattia dopo adeguato trattamento (tiroidectomia totale chirurgica od ablazione radiometabolica) o dopo follow-up di adeguata durata che li definisce "liberi da malattia" (tumori differenziati tiroidei). Il follow-up di questi pazienti comporta solo un periodico controllo del profilo ormonale (solo TSH e FT4 e, nel caso di pazienti guariti da tumore, anche AbTg e Tireoglobulina circolante). È quindi di pertinenza del medico territoriale il controllo di questi semplici parametri. Variazioni terapeutiche potranno facilmente essere eseguite, salvo rimandare il paziente dallo specialista in casi particolari.

Conclusione

Il MMG od altro specialista non endocrinologo è l'attore principale del primo approccio al paziente con sospetta patologia tiroidea. Esegue quanto è sufficiente per confermare il sospetto diagnostico, ma è consapevole che tutti i pazienti tireopatici dovranno incontrare lo specialista endocrinologo nel loro percorso di inquadramento diagnostico definitivo e per la definizione del follow-up in stretta collaborazione fra lo stesso MMG e lo specialista. Dovranno essere privilegiati quei centri specialistici dove già nell'ambulatorio endocrinologico si possano eseguire esami di II livello come l'ecografia o, meglio ancora, in quelli dove sia operativo un percorso diagnostico che comprenda la possibilità di esecuzione, magari in una unica seduta, anche dell'agoaspirato per l'esame citologico, quando indicato. Successivamente sono, inoltre, raccomandabili contatti formalizzati per percorsi integrati con strutture chirurgiche con esperienza certificata in endocrino-chirurgia a cui affidare i pazienti che dovessero necessitare di risoluzione chirurgica, o, in casi specifici, individuare centri di medicina nucleare anch'essi orientati alle patologie tiroidee.

Per concludere, il "***non fare***" non implica un voler agire "in difesa" ed in maniera non determinante per il raggiungimento della diagnosi, ma, al contrario, significa essere consapevole di essere parte importante ed integrata di un percorso che riconosce diversi attori e diversi momenti di intervento in cui tutti hanno un ruolo preciso e determinato. Il fine ultimo è arrivare alla diagnosi nel tempo più breve, con la spesa minore e con il minor disagio personale per il malato tenendo chiaramente a mente che, quasi sempre, fare troppo o fare il superfluo è un agire controproducente.

Conflitto di interesse L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse.
Consenso informato Lo studio presentato in questo articolo non ha richiesto sperimentazione umana.
Studi sugli animali L'Autore di questo articolo non ha eseguito studi sugli animali.
Competing Interests The author declares no competing interests.

Letture Consigliate

1. Palermo MCA (2017) Appropriatezza e comunicazione: il percorso consapevole in endocrinologia. Sassari Medica 26:(2): 11- 13
2. https://pne.agenas.it/
3. AA.VV. (2022) Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane, Egea, Milano pp.1-105
4. Calciolari S, Prenestini A, Lega F, Grilli R (2012). Possono i "valori" fare la differenza? Evidenze sull'influenza della cultura organizzativa sul governo clinico, Mecosan 21 (82):9-24
5. Legge 8 Marzo 2017, 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (17 G00041) GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017).
6. Linee guida AACE/ACE/AME sul nodulo della tiroide. Associazione Medici Endocrinologi. (2016). https://www.associazionemediciendocrinologi.it/
7. https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp
8. https://www.societaitalianadiendocrinologia.it