

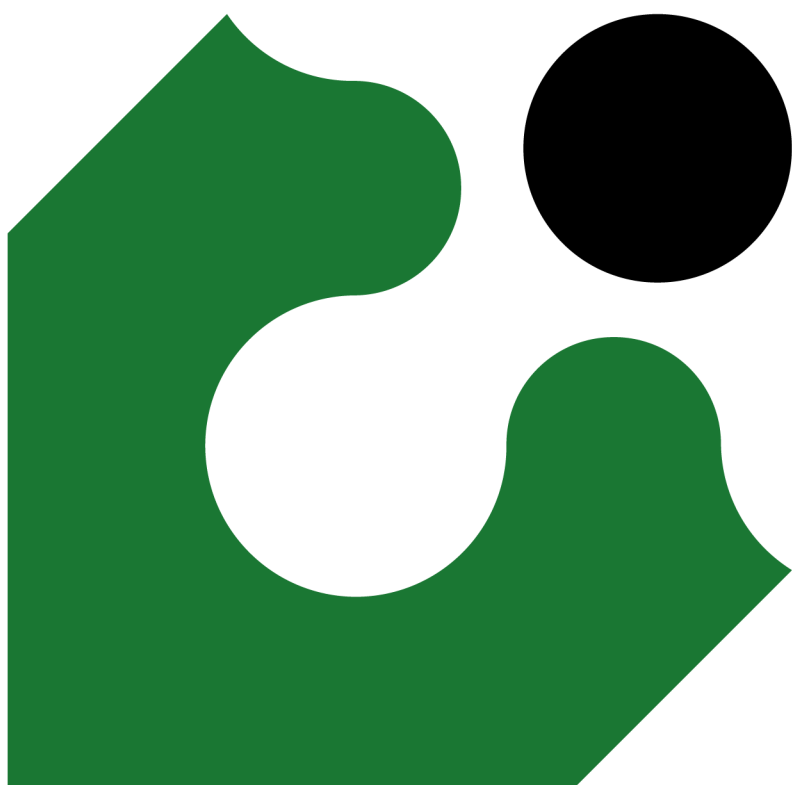


Sviluppo di un Modello Organizzativo per le Prestazioni in ambito Endocrinologico nel Nuovo Contesto Sanitario della Regione Lombardia

Prof. Francesca Pecori Giraldi

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Soggetto erogatore: Università degli Studi di Milano

Codice corso: UNIMI – DSC 2101/BE

L'AUTORE

Prof. Francesca Pecori Giraldi, Professore Associato di Endocrinologia, Università di Milano
francesca.pecorigiraldi@unimi.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof. Federico Lega, Professore Ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario, Università di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Federico Lega, Professore Ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario, Università di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® Polis-Lombardia

Polis-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	5
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	6
ANALISI SWOT	7
STRATEGICITA' DEL TEMA	8
METODOLOGIA ADOTTATA	7
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	12
ANALISI DEI COSTI	15
RISULTATI ATTESI	16
CONCLUSIONI	18
RIFERIMENTI NORMATIVI	19
BIBLIOGRAFIA	20
SITOGRAFIA	21

INTRODUZIONE

Legge Regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) “ traccia un nuovo modello sanitario per la Regione Lombardia, avvicinando territorio e ospedale, e rappresenta un’opportunità particolarmente interessante per offrire ai pazienti con malattie endocrine come pure agli specialisti delle diverse branche cliniche, sia mediche che chirurgiche, un **miglioramento nella gestione delle patologie endocrine**.

L’attuale gestione delle patologie endocrine, infatti, è appannaggio sia dei medici di medicina generale, che degli specialisti ambulatoriali che ospedalieri. I pazienti con problematiche endocrine vengono inviati agli specialisti secondo un criterio di disponibilità della prestazione, più che per le competenze presenti nell’una o altra sede. Al contempo, i medici di medicina generale sono devono decidere da soli se gestire alcune patologie oppure demandarli all’ambito specialistico. Questo assetto si presta a richieste di prestazioni specialistiche ridondanti, principalmente in quanto indirizzate senza chiara appropriatezza di complessità ad una sede ed uno specialista.

Appare quindi di interesse sviluppare un **modello alternativo** per la gestione delle prestazioni in ambito endocrinologico, incentrato sulla **complessità della patologia endocrina**. **Obiettivo** di questo progetto è di delinare una rete di **prestazioni** in ambito endocrinologico all’interno di un distretto, segnatamente nel polo ospedaliero, negli Ospedali di Comunità e nelle Case di Comunità, che risponda alla necessità di una suddivisione delle prestazioni in base alla **complessità** delle patologia.

LE PATOLOGIE ENDOCRINE

Prevalenza delle patologie endocrine

Le patologie endocrine rivestono un **diverso impatto sulla popolazione**. Alcune sono a **larga diffusione**, e.g., il diabete colpisce il 4.7% (I.C 95% 4.5 ;4.8) della popolazione italiana (Referenza: Passi), l’obesità il 10.8% (I.C 95% 10.6 ;11.0) (Referenza: Passi), il gozzo tiroideo il 10% della popolazione (Referenza: ISS), l’ipotiroidismo lo 0.3% della popolazione (Referenza: Attardo 2017), l’osteoporosi il 23% donne sopra i 50 anni ed il 14 % uomini sopra i 60 anni (Referenza: Adami 2003) e le dislipidemie il 21% degli uomini e il 23% delle donne (Referenza: Progetto Cuore).

Altre condizioni sono **meno frequenti**: i tumori tiroidei presentano un’incidenza media in Italia 13.000/anno (Registro Tumori AIRTUM 2020), le lesioni surrenaliche presentano una

prevalenza di 1900/100.000 abitanti sopra i 65 anni (Ebbehoj 2020), gli iperparatiroidismi colpiscono 20/1000 donne sopra i 55 anni (Adami 2002)

Tra le patologie endocrine, infine, vi sono condizioni **estremamente rare**, tra cui la sindrome di Cushing, gli ipopituitarismi e le sindromi adrenogenitali congenite. Queste patologie, seppur a bassa diffusione nella popolazione generale (prevalenza <5/10.000 abitanti), hanno un elevato carico sanitario per il paziente e necessitano spesso di monitoraggio e terapie per tutto l'arco della vita.

Impatto delle patologie endocrine

Le patologie endocrine hanno un impatto rilevante sulla **morbidity della popolazione**, basti citare l'aumentato rischio di eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici ed il rischio di fratture nei pazienti osteoporotici. Queste condizioni aggravano il quadro clinico dell'individuo, aumentando il carico sanitario in senso allargato, dalla spesa sanitaria all'impatto sociale. L'**invecchiamento** della popolazione contribuisce ad amplificare questo effetto, dato l'inevitabile aumento dei pazienti con esiti da patologie endocrine.

Al contempo, vi sono patologie associate alla necessità di **interventi terapeutici costosi**, ad esempio somministrazione di farmaci antineoplastici, farmaci antidiabetici e ipolipemizzanti di ultima generazione, e strutture chirurgiche dedicate, e.g., neurochirurgie per tumori ipofisari, chirurgia robotica per le lesioni surrenaliche, microchirurgia per lesioni paratiroidiee.

Complessità delle patologie endocrine

Per loro natura, alcune di queste patologie sono appannaggio dello **specialista ambulatoriale**, altre richiedono strutture **ospedaliere** dedicate per l'esecuzione di procedure diagnostiche e terapie complesse. In questo contesto possono essere citati le procedure di medicina nucleare per le lesioni tiroidee e la terapia infusione di farmaci antiriassorbitivi per l'osteoporosi.

Al contempo, l'elevata prevalenza di **alterazioni di natura endocrina** in pazienti affetti da altre patologie, primo fra tutti lo scompenso glicemico, che richiede la presenza di endocrinologi presso le **degenze acute**. Nei reparti **riabilitativi**, altresì, l'endocrinologo viene spesso chiamato per gli aggiustamenti delle terapie endocrine in corso in pazienti lungodegenti per altre cause. Infine, nel contesto di ambulatori per pazienti complessi, l'endocrinologo è parte essenziale di **gruppi multidisciplinari**, ad esempio per la gestione dell'ipertiroidismo da farmaci nei pazienti cardiopatici o delle iposodiemie nei pazienti geriatrici.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivo strategico: tracciare un **modello organizzativo distrettuale** basato sulla complessità della patologia per le prestazioni specialistiche in ambito endocrino nel nuovo modello sanitario della Regione Lombardia.

Obiettivo specifico di questo progetto è delineare la **rete di prestazioni** in ambito endocrinologico all'interno di un distretto, segnatamente nel polo ospedaliero, negli Ospedali di Comunità e nelle Case di Comunità, valutando la **complessità** delle patologie trattate nelle diverse sedi al fine di individuare una suddivisione consona delle prestazioni. Si prevede di ottenere indicazioni riguardo al **numero di visite** previste presso le varie strutture del distretto ed al **numero di specialisti** da allocare presso le diverse sedi secondo la complessità della casistica di pazienti endocrini.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Destinatari del progetto sono

- Direzione Generale ASST
- Direzione SocioSanitaria
- Direzione di Distretto
- Direzione Aziende Ospedaliere
- Centrali Operative di Distretto
- Case di Comunità
- Ospedali di Comunità
- Dipartimento Funzionale di Prevenzione in ASST/AO

Beneficiari del progetto sono

- **Dirigenti con responsabilità organizzativa/assistenziale** nell'ambito del Distretto: il modello si propone di riorganizzare le visite in ambito endocrinologico secondo complessità, con possibilità pertanto di razionalizzare le prestazioni, ridurre le liste di attesa e creare maggiore integrazione tra le diverse entità del distretto
- **Medici** che effettuano visite specialistiche in endocrinologia: l'invio di pazienti con determinate complessità agli specialisti più idonei da un lato migliorerà sensibilmente la capacità di gestione in autonomia dei pazienti, dall'altro favorirà lo scambio con specialisti con competenze diverse e/o complementari
- **Pazienti** che afferiscono agli ambulatori di endocrinologia: il beneficio di una migliore gestione clinica avrà immediate e importanti ricadute per i pazienti endocrinologici.

ANALISI SWOT

Strength

- presenza di endocrinologi nei **diversi contesti territoriali** (Case Comunità, Ospedali Comunità, Poli Ospedalieri)
- organizzazione in distretti offre opportunità di **fare rete tra specialisti** che seguono pazienti con patologie endocrine acute e croniche ed a bassa e elevata complessità

Weakness

- **dispersione** dei servizi attuali tra medici medicina generale, ambulatori specialistici sul territorio e ospedalieri
- **complessità** della burocrazia connessa con la prescrizione di terapie/presidi per pazienti endocrini (sia ambulatoriali che ospedalieri, e.g. file F, piani terapeutici)
- difficoltà **abbattimento liste d'attesa** per visite di controllo
- età media avanzata e **invecchiamento** della popolazione condizionante difficoltà a spostarsi, scarsa dimestichezza con telemedicina

Opportunities

- **delegare gestione** pazienti a bassa complessità al MMG/specialista ambulatoriale presso Case di Comunità
- **potenziare presenza specialisti** ad elevata professionalità negli ambulatori distrettuali e Ospedali di Comunità
- **miglioramento della continuità assistenziale** coordinando servizi sanitari con servizi socio-sanitari

Threats

- **difficoltà** a implementare **modifiche all'assetto attuale** della gestione delle visite specialistiche

STRATEGICITA' DEL TEMA

La corretta gestione delle patologie endocrine è **fondamentale** per la promozione della salute dell'individuo considerando l'impatto che esse possono svolgere. Al contempo, lo sviluppo di questo progetto può rappresentare una traccia utile per lo sviluppo di progetti simili per **altre specialità internistiche**.

1. Il ruolo della medicina specialistica endocrinologica

La medicina specialistica in ambito endocrinologico è attualmente **suddivisa** tra prestazioni effettuate in sede ospedaliera e prestazioni ambulatoriali.

Prestazioni in ambito ospedaliero

- **prestazioni diagnostiche** in ambito **DayHospital/MAC** (macroattività ambulatoriale complessa ad alta integrazione di risorse): manovre ad elevata complessità che necessitano presenza di personale infermieristico e medico, e.g. test con infusione al calcio, test di stimolo con fattori ipotalamici
- **prestazioni terapeutiche** in ambito **DayHospital/MAC**: infusione di farmaci antiriassorbitivi e antineoplastici, procedure di alcoolizzazione o termoablazione noduli tiroidei
- **prestazioni ambulatoriali** per patologie **complesse**: servizio di impianto microinfusore insulina in pazienti diabetici, tumori ipofisari
- **prestazioni su pazienti ricoverati** in reparti/PS: scompenso glicemico, ipoglicemie, disturbi elettrolitici, distiroidismi iatrogeni
- **ricovero** pazienti endocrini per **accertamenti**: test all'ipoglicemia insulinica in pazienti con tumore pancreatico
- **ricovero** pazienti endocrini per **cure**: sindrome di Cushing gravi, terapia radiometabolica per ipertiroidismi

Patologie endocrine seguite in ambito territoriale con necessità di coinvolgimento di altri specialisti

- **ipotiroidismo** grave nel paziente anziano: geriatra
- **ipertiroidismo** 1) iatrogeno: cardiologo (da amiodarone), infettivologo (da interferone)
2) oculista per valutazione/terapia (oftalmopatia basedowiana)
- **diabete**: 1) valutazione danno d'organo: cardiologo, oculista, nefrologo, angiologo
2) gestione danno d'organo: dialisi, terapia retinopatia diabetica, ambulatori per piede diabetico
- **osteoporosi**: ortopedico, neurochirurgo, fisiatra (fratture patologiche)
- **patologie genetiche**: genetista
- **tumori tiroidei & neuroendocrini**: oncologo, medico nucleare

Prestazioni in ambito territoriale con necessità di coinvolgimento specialista ospedaliero

- dispensazione farmaci in classe H, file F
- indicazione al microinfusore per diabetici
- terapia infusione per osteoporosi, terapie oncologiche
- malattie rare: inquadramento diagnostico & terapeutico

Da rilevare che diverse patologie endocrine (Tabella 1), rientrano tra le **patologie croniche** per cui è utile **la presa in carico**, pertanto uno specifico coinvolgimento a livello ospedaliero come pure a livello territoriale.

Tabella 1. Patologie Endocrine incluse nella Presa in Carico per Patologie Croniche

	CLASSIFICAZIONE GENERALE DELLE PATOLOGIE CONSIDERATE NELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI (RIF. DGR N. 6164 DEL 30.01.2017)	CODICE DELL'ESENZIONE
04	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	001 001.253.0
21	SINDROME DI CUSHING MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	032 032.255.0
31	DIABETE INSIPIDO	012 012.253.5
35	NANISMO IPOFISARIO	039 039.253.3
38	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	022 022.255.4
44	DIABETE MELLITO TIPO 1	013.250
48	IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA PURA IPERLIPIDEMIA MISTA IPERLIPIDEMIE NON SPECIFICATE	025 025.272.0 025.272.2 025.272.4
50	DIABETE MELLITO TIPO 2	013.250
53	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO IPERPARATIROIDISMO IPOPARATIROIDISMO	026 026.252.0 026.252.1
57/59	NEOPLASIE IN FOLLOW-UP/IN REMISSIONE SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	048
60	IPOTIROIDISMO IPOTIROIDISMO CONGENITO IPOTIROIDISMO ACQUISITO	027 027.243 027.244
62	MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI GOZZO TOSSICO DIFFUSO GOZZO TOSSICO UNINODULARE GOZZO MULTINODULARE TOSSICO GOZZO NODULARE TOSSICO NON SPECIFICATO	035 035.242.0 035.242.1 035.242.2 035.242.3
64	TIROIDITE DI HASHIMOTO TIROIDITE LINFOCITARIA CRONICA	056 056.245.2

Fonte: DGR n.6164 del 30 gennaio 2017, elenco aggiornato 16/2/2018.

2. Suddivisione delle prestazioni presso il polo ospedaliero, gli Ospedali di Comunità e le Case di Comunità

Il Sistema Sanità della Regione Lombardia sta subendo importanti modifiche in seguito alla Legge Regionale 22/2021. In particolare, viene riconosciuta l'importanza del **Distretto**, come articolazione organizzativo-funzionale dell'ASST sul territorio definita dall'art.7 bis della Legge Regionale 33/2009. Il Distretto contribuisce a programmare la **rete di offerta territoriale** ed i **livelli di servizio** da garantire ed alle decisioni in materia di logistica, accesso e offerta del servizio.

Il Distretto provvede all'erogazione dei servizi in maniera diretta o indiretta garantendo l'assistenza primaria attraverso il **coordinamento** tra Medici Medicina Generale, servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere e extraospedaliere.

Lo svolgimento dell'attività specialistica viene quindi articolato all'interno del Distretto :

- nelle **Case di Comunità**, luogo fisico di prossimità alla popolazione di riferimento, con il compito di garantire tra l'altro l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari con integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali;
- negli **Ospedali di Comunità**, struttura multiservizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie a media e bassa intensità;
- nei **Poli Ospedalieri**.

Alla **Centrale Operativa Territoriale** spetterà il ruolo di coordinare delle attività ambulatoriali all'interno del distretto al fine di garantire un'efficiente copertura delle prestazioni specialistiche endocrinologiche.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto intende effettuare una **analisi di contesto** delle prestazioni in ambito endocrinologico su base annua, prendendo ad esempio agli anni 2018 e 2019. Si intende effettuare una **richiesta di accesso dati** al datawarehouse regionale, come disciplinato nella deliberazione del Consiglio Regionale 2 agosto 2018 n° XI/491, in materia di "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 – Secondo provvedimento 2018 ". Verranno raccolte le prestazioni in ambito endocrino e analizzate per sede (ospedale o territorio) al fine di **tracciarne la distribuzione nell'epoca prepandemica**.

Verranno quindi **ipotizzati percorsi diversificati** in base alla complessità della patologia endocrina per i pazienti che necessitano di prestazioni endocrinologiche.

Infine, si prevede infine di **proporre un modello organizzativo** per le prestazioni specialistiche in ambito endocrinologico tra le diverse articolazioni del distretto secondo le modifiche introdotte con la legge regionale 22/2021.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1. Identificazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche endocrine

Verrà redatta una **richiesta di accesso dati** al datawarehouse regionale secondo le modalità descritte nel C.R. 491/2018. L'ente di afferenza dell'autore, l'Università degli Studi di Milano, è **accreditato** presso la Regione Lombardia con Decreto n. 10403 del 30 Luglio 2017 come soggetto ammesso alla collaborazione.

Le principali prestazioni in ambito endocrino sono elencate nella Tabella 2.

Tabella 2. Principali prestazioni in ambito endocrino

codice	Descrizione
	Visite
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - DIABETOLOGICA
89.01.08	VISITA ENDOCRINOLOGICA- DIABETOLOGICA - ANDROLOGICA DI CONTROLLO
	Diagnostica per immagini
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA
92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA
	Chirurgia
06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA
06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI
06.11.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE senza guida ecografica
06.11.2	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE con guida ecografica

La proposta progettuale prevede la raccolta dei dati riguardo alle visite endocrinologiche, diabetologiche e andrologiche, sia prima vista che controllo. Di ciascuna visita (codici 89.7A.8 e 89.01.01) verrà richiesta :

- ASST di esecuzione della prestazione
- SEDE di effettuazione (ospedale/territorio)
- DIAGNOSI di invio
- NUMERO di prestazioni per sede/diagnosi

Per le restanti prestazioni elencate nella Tabella 2 verrà richiesto il censimento qualora risulti di interesse per completare il contesto delle prestazioni in ambito endocrinologico. Le

prestazioni endocrine di esclusivo appannaggio delle degenze ospedaliere (vedi pagina 6) sono espressamente escluse dall'analisi.

2. Analisi delle prestazioni endocrine presso strutture ospedaliere e extraospedaliere

Dall'analisi delle prestazioni in ambito endocrino degli anni 2018 e 2019, suddivise per distretto, sede e diagnosi sarà possibile tracciare la **distribuzione territoriale** dei **carichi** di lavoro nelle diverse sedi del distretto in epoca pre pandemica.

Verrà **quantificato** il numero di prestazioni effettuate per diagnosi di invio, procedendo quindi ad un **accorpamento** delle diagnosi cliniche affini. Le diagnosi verranno in seguito **classificate** per la loro **complessità clinica** e valutata la **distribuzione** delle prestazioni per patologie endocrine a maggiore o minore complessità nelle sedi ospedaliere e extraospedaliere.

3. Suddivisione delle prestazioni in ambito endocrino nelle diverse realtà del Distretto

La Legge Regionale 22/2021 prevede lo svolgimento dell'attività specialistica all'interno del Distretto:

- nelle **Case di Comunità**;
- negli **Ospedali di Comunità**,
- nei **Poli Ospedalieri**.

Nella Città di Milano sono attualmente presenti 3 ASST con territorio: Fatebenefratelli – Sacco, Santi Paolo e Carlo e Niguarda. In queste realtà può essere ipotizzata la creazione del modello organizzativo per le prestazioni in ambito endocrinologico in quanto i 3 Poli Ospedalieri hanno strutture di endocrinologia all'interno delle aree cliniche di medicina.

L'analisi delle prestazioni in ambito endocrino del biennio 2018-2019 fornirà il quadro delle prestazioni in ambito endocrino in base alla complessità. Questi dati verranno utilizzati per sviluppare il modello di **suddivisione** delle prestazioni in ambito endocrino tra le 3 realtà del distretto: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Polo Ospedaliero **in base alla complessità della patologia endocrina** sottostante. Dalla suddivisione delle prestazioni saranno ricavati i dati relativi al fabbisogno di specialisti per la gestione delle patologie a diversa complessità, da allocare nelle diverse sedi del distretto.

4. Implementazione del progetto

Si prevede di introdurre un elemento **ulteriore** alla **codifica** di richiesta di visita specialistica, attualmente prevista secondo criterio diagnostico e di urgenza.

Il medico prescrittore della visita specialistica, sia essa prima visita che visita di controllo, deve fornire anche un inquadramento della patologia per **complessità** che preveda quindi

l'accesso allo **specialista di primo livello**, per patologie a bassa complessità, o allo **specialista di secondo livello**, per patologie a maggiore complessità.

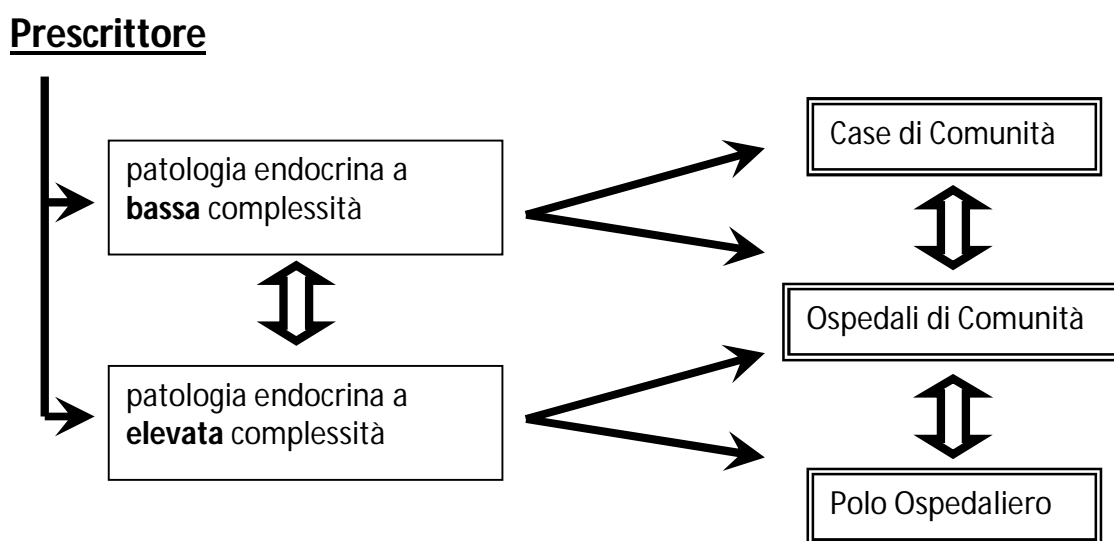
Le visite presso lo specialista di primo livello potranno essere effettuate sia presso le Case di Comunità che gli Ospedali di Comunità mentre le visite specialistiche di secondo livello verranno effettuate presso gli Ospedali di Comunità ed il Polo Ospedaliero.

La **Centrale Operativa Territoriale** spetterà il ruolo di **coordinare** delle attività ambulatoriali all'interno del distretto al fine di garantire un'efficiente copertura delle prestazioni specialistiche endocrinologiche di primo e secondo livello.

Alla Centrale Operativa Territoriale è deputato anche il **monitoraggio** delle visite effettuate secondo il modello proposto, al fine di raccogliere i dati necessari per un'analisi della sua implementazione ed efficacia.

Figura 1

MODELLO per VISITE SPECIALISTICHE in AMBITO ENDOCRINO



ANALISI DEI COSTI

1) fase di raccolta dati/analisi e sviluppo del modello:

1. Personale: questa parte del progetto verrà effettuata con **personale dell'Università degli Studi di Milano**, e.g., Specializzandi in Endocrinologia, Dottorandi, coordinato dall'autore del progetto, affiancato **dal servizio di assistenza AIRA** per l'accesso al database regionale. Non sono previsti costi per queste figure professionali.

2) implementazione del modello:

1. Specialisti in endocrinologia: Il modello verrà tracciato isorisorse, per quanto concerne gli specialisti di endocrinologia operanti nel distretto, sia in sede territoriale che presso il polo ospedaliero. Dall'analisi della suddivisione delle visite secondo complessità, potranno emergere indicazioni riguardo al numero di visite previste presso le varie strutture del distretto.

2. visite endocrinologiche di primo e secondo livello: andrà valutata la possibilità di allocare intervalli di tempo superiori e un maggior riconoscimento economico per visite di secondo livello in quanto il tempo dedicato alla visita di pazienti con patologie complesse è inevitabilmente maggiore.

3. Inserimento della variabile « complessità » nell'impegnativa: il costo di questa operazione andrà valutato presso il controllo gestione della Direzione Generale di ASST

4. Divulgazione della modifica introdotta ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti in endocrinologia: il costo di questa operazione andrà valutato presso il controllo gestione della Direzione Generale del Distretto di ASST.

5. Organizzazione e Monitoraggio: questa parte del progetto verrà effettuata dalla Centrale Operativa Territoriale, il costo andrà valutato presso il controllo gestione della Direzione Generale del Distretto di ASST.

RISULTATI ATTESI

Dallo sviluppo e applicazione del modello di visite specialistiche in ambito endocrinologico secondo complessità della patologia di invio sono attesi risultati qualitativi e quantitativi di tipo clinico e gestionale.

Risultati qualitativi

Dall'organizzazione delle visite endocrinologiche secondo complessità, indirizzati allo **specialista di primo o secondo livello**, risulterà una migliore gestione clinica della patologia. Questo sia per pazienti con patologie comuni a **bassa complessità**, e.g. ipotiroidismo, diabete di tipo 2 non complicato, che per patologie a **elevata complessità**, e.g., tumori tiroidei, osteoporosi complicata, diabete con necessità di microinfusione, che beneficeranno di un rapido invio alla struttura specialistica dedicata.

Al contempo, la creazione di **collegamenti** tra Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Polo Ospedaliero per la gestione dei pazienti, contribuirà ad arricchire il patrimonio scientifico dei medici coinvolti. Nello specifico, la presenza di specialisti in endocrinologia presso le Case di Comunità faciliterà la discussione clinica con i Medici di Medicina Generale presenti nella medesima struttura; allo stesso tempo, la presenza di specialisti con diversi gradi di competenza nelle diverse sedi territoriali consentirà di ridurre il divario e migliorare l'interazione tra specialisti territoriali e ospedalieri.

Risultati quantitativi

La gestione dei pazienti con patologie endocrine del territorio secondo complessità porterà in primis alla **riduzione delle visite di controllo** richieste sulla base della difficoltà di gestione dei pazienti complessi in sedi ambulatoriali distaccate. E' di fatto comune osservare la migrazione di pazienti presso più specialisti della stessa branca per visite di controllo consecutive in attesa di arrivare alla definizione e gestione della patologia endocrina complessa. Attualmente, l'indirizzamento verso l'ambulatorio specialistico con competenze specifiche è frutto di conoscenze personali da parte dello specialista endocrinologico inviante.

Allo stesso tempo, la disponibilità di **competenze specialistiche** di secondo livello sul **territorio** contribuirà a ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico, riducendo i costi di esami diagnostici non necessari o terapie non pienamente indicate.

La strutturazione di **vie preferenziali** per la **gestione di pazienti endocrini complessi**, sulla base della rete di prestazioni endocrinologiche presenti nel distretto, costituisce un impiego più razionale delle risorse.

Risultati in ambito gestionale

- piena valorizzazione delle tre sedi sanitarie del distretto
- abbattimento delle liste di attesa
- riduzione dei costi per esami/terapie inappropriate
- minore dispersione delle competenze
- riduzione del carico sociale derivato dalla reiterazione di visite per pazienti a ridotta autonomia

CONCLUSIONI

L'implementazione di un modello di **visite specialistiche** graduate sulla **complessità** della patologia endocrina consentirà di valorizzare appieno il nuovo modello di organizzazione dell'ASST in distretti. Il paziente verrà indirizzato a specialista operante nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità per patologie a bassa complessità, spesso le più frequenti. Per contro, pazienti con patologie endocrine complesse, sia all'esordio di malattia che complicate durante la storia clinica di malattia, potranno essere inviati direttamente allo specialista di secondo livello operante negli Ospedali di Comunità o in sede ospedaliera.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge Regionale del 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"
(L.R. 33/2009)

Legge Regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale
30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) " (L.R. 22/2021)

Deliberazione Regionale del 2 agosto 2018 n° XI/491, in materia di "Determinazioni in ordine alla
gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 –Secondo provvedimento 2018"

BIBLIOGRAFIA

Attardo T.M. (2017) *Inquadramento ed epidemiologia dell'ipotiroidismo*, Italian Journal of Medicine 5 : 2-10.

Adami S., Giannini S., Giorgino R., Isaia G., Maggi S., Sinigaglia L., Filipponi P., Crepaldi G., Di Munno O. (2003) The effect of age, weight, and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: the ESOP study. *Osteoporosis International* 4:198-207. doi: 10.1007/s00198-002-1352-5.

Adami S., Marocci C., Gatti D. (2002) Epidemiology of primary hyperparathyroidism in Europe. *Journal of Bone and Mineral Research* 17 (Suppl 2):N18-23

Ebbehoj A., Li D., Kaur R.J., Zhang C., Singh S., Li T., Atkinson E., Achenbach S., Khosla S., Arlt W., Young W.F., Rocca W.A., Bancos I. (2020) Epidemiology of adrenal tumours in Olmsted County, Minnesota, USA: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 8:894-902. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30314-4.

Registri Tumori di Popolazione in Italia (2020) *I numeri del Cancro in Italia: la Banca Dati AIRTUM*. 10° edizione, Intermedia Editore, Bologna

SITOGRAFIA

Elenco patologie croniche <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/fe3a13c2-c2f8-48d3-ab0e-7b3c6388589a/patologie+e+esenzioni.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-fe3a13c2-c2f8-48d3-ab0e-7b3c6388589a-m6Z1gID>

Prestazioni per pazienti con patologie croniche :
<https://www.dati.lombardia.it/stories/s/994k-cywv>

Prevalenza patologie

Referenza Passi: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/diabete>

Referenza ISS: <https://www.epicentro.iss.it/gozzo/epidemiologia>

Referenza Progetto Cuore: <https://www.cuore.iss.it/>