

# Ottimizzare le risorse del SSN: gestione ambulatoriale versus ricovero ospedaliero

Presciuttini B<sup>1</sup>, Pulcina A<sup>1</sup>, Vassallo A<sup>2</sup>, Valsecchi F<sup>2</sup>, Ferrari F<sup>2</sup>, Acanfora M<sup>2</sup>, Benazzi D<sup>3</sup>, Pagani M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **Endocrinologia e Medicina interna, ASST Mantova;** [barbara.presciuttini@asst-mantova.it](mailto:barbara.presciuttini@asst-mantova.it)

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>3</sup> Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza, ASST Mantova



**Introduzione:** le risorse del SSN non sono infinite, pertanto i medici devono pensare anche ad un loro corretto utilizzo.

**Presentazione del Caso:** Un uomo di 40 anni fu inviato dal medico curante (MMG) al Pronto Soccorso (PS) per instabilità posturale, diplopia e ingravescente mialgia da alcuni mesi. Era debole e rallentato nei movimenti e nell'eloquio; aveva edema perioculare, la frequenza cardiaca era 60 b/min, la pressione arteriosa 110/70 mmHg; non aveva epatosplenomegalia nè segni di lato.

In PS gli esami ematochimici in urgenza mostravano alterazione della creatininemia (1.44 mg/dl [0.70-1.20]), elevata concentrazione della creatinina-chinasi (4588 UI/l [25-200]), ALT alterata (103 U/l [5-45]). Durante la notte fu trattato con idratazione e.v. Al mattino fu dosato **TSH** che risultò molto alto (**172 µU/ml** [0.4-4.0]); FT4 era molto basso (0.04 ng/dl [0.90-1.70]).

Il collega del PS richiese il ricovero in Medicina interna, ma il medico di guardia era Endocrinologo e decise di iniziare la terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo con levotiroxina 50 µg/die, dimettere il paziente e seguirlo in regime ambulatoriale. Quattro giorni dopo TSH era 175 µU/ml e FT4 era 0.15 ng/dl; la posologia di levotiroxina fu aumentata a 75 µg/die. Cinque giorni dopo FT4 era 0.30 ng/dl e il paziente si sentiva già meglio. L'endocrinologa lo visitò dopo 5, 10 e 20 giorni dalla dimissione dal PS e poté così aumentare rapidamente la posologia di levotiroxina sorvegliando l'eventuale insorgenza di effetti collaterali, in particolare tachicardia o tachiaritmia. Tre settimane dopo, il paziente stava bene, TSH era 64 µU/ml, FT4 era 0.73 ng/dl e la posologia di levotiroxina fu aumentata a 100 µg/die.

Il paziente fu visitato anche da un collega Neurologo come richiesto dal MMG: venne confermata l'assenza di segni neurologici patologici. La ricerca di anticorpi anti-tireoperossidasi risultò positiva (264 U/ml). L'esame ecografico mostrò una ghiandola tiroidea di ridotte dimensioni senza noduli.

**Discussione e Take home messages:** La diagnosi era 'severo Ipotiroidismo secondario a Tiroidite cronica di Hashimoto, con miocitolisi e iniziale insufficienza renale acuta'. Sebbene il quadro clinico fosse severo, il paziente fu correttamente trattato e seguito in regime ambulatoriale; nel primo periodo dalla diagnosi, seppur gli accessi all'ambulatorio di Endocrinologia furono frequenti, il non aver ricorso ad un ricovero ospedaliero fu sicuramente vantaggioso per il SSN (ed anche più confortevole per il paziente).

