

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Endocrinologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Epidemiologia e malattie, analisi dei costi del SSN
- Analizzare le principali criticità inerenti alla terapia farmacologica e proporre linee guida per regolare l'assunzione di farmaci (*branded* e generici)
- Sviluppare percorsi di I e II livello tra la medicina generale e specialistica
- Disfunzioni endocrinologiche e sessualità



- Contesto epidemiologico delle patologie endocrinologiche
 - Focus su patologie tiroidee
- Consumo di Iodio in Europa ed Italia
- Terapia farmacologica delle patologie tiroidee (*switch branded-generico*)
- Gestione integrata di I e II livello nel paziente con disfunzioni tiroidee
 - Ipertiroidismo
 - Ipotiroidismo
- *Patient flow* nel paziente con disfunzioni tiroidee
 - Valutazione del TSH e FT4
 - Tireoglobulina (Tg)
 - Caratteristiche di qualità del laboratorio
 - Raccomandazioni per esami di laboratorio
- Sessualità nell'anziano
- Sintesi dei lavori

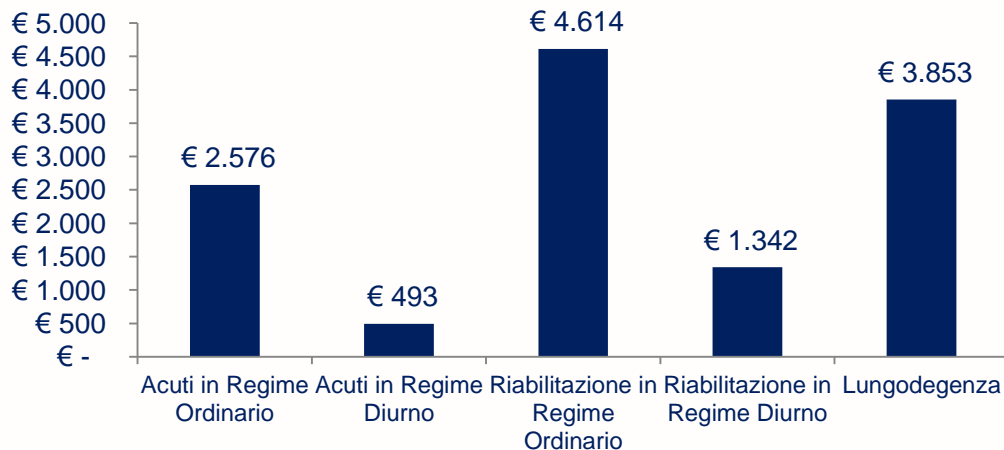
Tasso mortalità malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo in Italia



Le patologie delle ghiandole endocrine risultano avere un **tasso di mortalità in crescita** di anno in anno.

Per quanto concerne i costi ospedalieri, la **riabilitazione** in regime ordinario assorbe **maggiori risorse**, mentre l'**acuzie in regime diurno** registra i **costi inferiori**

Remunerazione media dei DRG per regime di ricovero Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici



Cod.	Prestazione specialistica	Tariffa
90.41.1	Tireotropina	€ 5,46
92.01.3	Scintigrafia Tiroidea	€ 33,36
88.74.1	Ecografia Tiroidea	€ 42,41
06.01	Aspirazione nella regione Tiroidea	€ 73,80
	Ecocolordoppler tiroidea	€ 50,15

L'Ecografia Tiroidea è stata dedotta dal nomenclatore "Ecografia dell'Addome Superiore"

Cretinismo: 5,7 Mio

Danni cerebrali: 26 Mio

Gozzo: 741 Mio

Popolazione a rischio: 2.225 Mio

	DRG		Costo DRG regime ordinario in €	Costo DRG regime diurno in €
289	C	Interventi sulle paratiroidi	2.691,8	1.369,5
290	C	Interventi sulla tiroide	3.200,4	1.653,2
291	C	Interventi sul dotto tireoglosso	2.291,0	1.348,1

- Il **20%** ca. della popolazione italiana è affetta da **disordini tiroidei**
 - Tra questi, il **gozzo endemico** da solo colpisce oltre **6 milioni** di persone (**10%** della popolazione italiana)
- Sono stimati oltre **60 ricoveri** ogni **100 mila** abitanti, per un impatto economico di oltre **€130 Mio** l'anno. Nella sola **popolazione giovanile** il gozzo interessa almeno il **20%** delle persone.
- **1 neonato** su **3mila** nasce con una forma di malattia tiroidea, le **femmine** molto più rispetto ai **maschi**: una **donna** ha il **20%** di possibilità di sviluppare problemi alla **tiroide** nel corso della sua vita
- Gli **interventi** chirurgici sulle **tiroidi** sono stati, nel **2014**, pari a **oltre 40 mila**
- Il costo dei **DRG 289, 290 e 291** in regime ordinario, relativi agli interventi su tiroidi e paratiroidi è rispettivamente di **€ 2.692, € 3.200 e € 2.291**
 - Da soli questi tre **DRG** hanno prodotto costi pari a oltre **€ 130 Mio** nel **2014**

Circa la **metà** dei soggetti **>60** ad un esame ecografico del collo presenta **uno o più noduli** della tiroide, di questi circa il **5-8%** è una **neoplasia maligna**.

Ipotiroidismo

- Frequente nella popolazione anziana, con maggior prevalenza nel sesso femminile come nelle altre fasce d'età. La prevalenza dell'ipotiroidismo è riportata in aumento con l'avanzare dell'età fino a raggiungere l'**8-10%** nelle donne **over 60**. Negli **over 70** si arriva al **16% nei maschi** e al **21% nelle femmine**. Tra le **Tireopatie Autoimmunitarie** che provocano **Ipotiroidismo** (quelle che colpiscono più frequentemente gli anziani) la più diffusa è la **Tireopatia di Hashimoto** con un'incidenza tra il **5** e il **10%** nelle donne e tra l' **1** e il **5%** negli uomini.

Iperitiroidismo

- Diversi studi descrittivi hanno valutato la Prevalenza di tale patologia tra gli anziani portando a percentuali comprese tra lo **0,5** e il **6%**. Tra le varie forme possibili, quella più comune in età geriatrica è risultata essere il **Gozzo Nodulare Tossico** e meno frequentemente il **Morbo di Graves** rispetto alla popolazione giovanile.

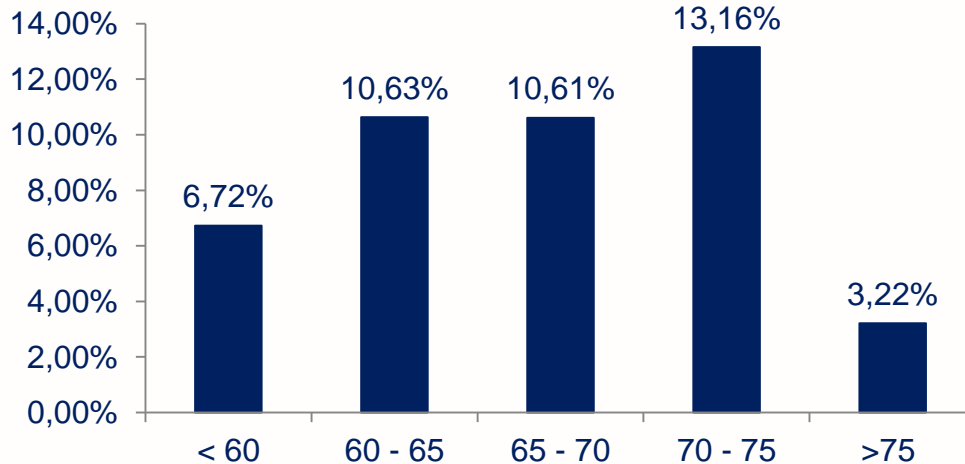
Disfunzioni Tiroidee

Si	No
9,93%	90,07%
Tra i Si:	
Maschi	Femmine
10,65%	89,35%
Distinguendo per sesso, risponde Si il:	
Maschi	Femmine
1,66%	11,90%

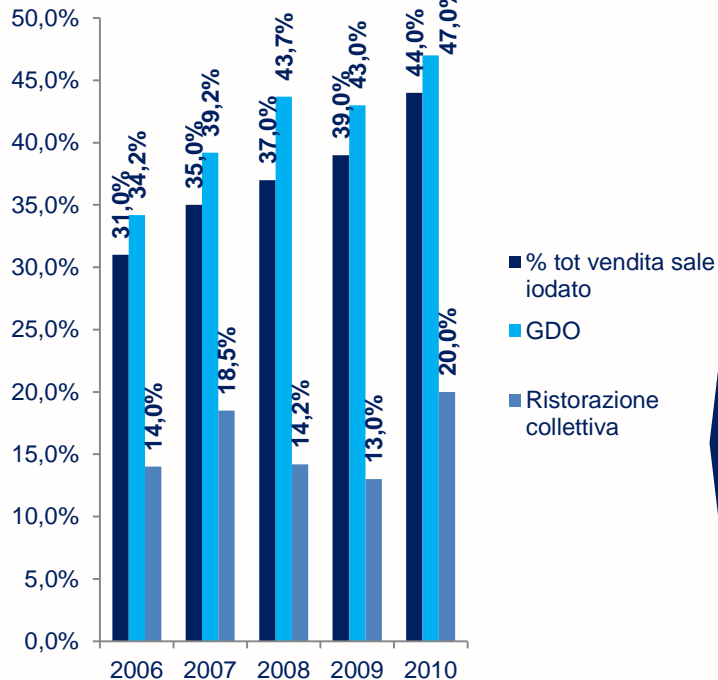
Nei Registri della Salute ca.
il 10% dei rispondenti
evidenzia disfunzioni tiroidee

Il picco di prevalenza si
registra oltre i 70 anni d'età

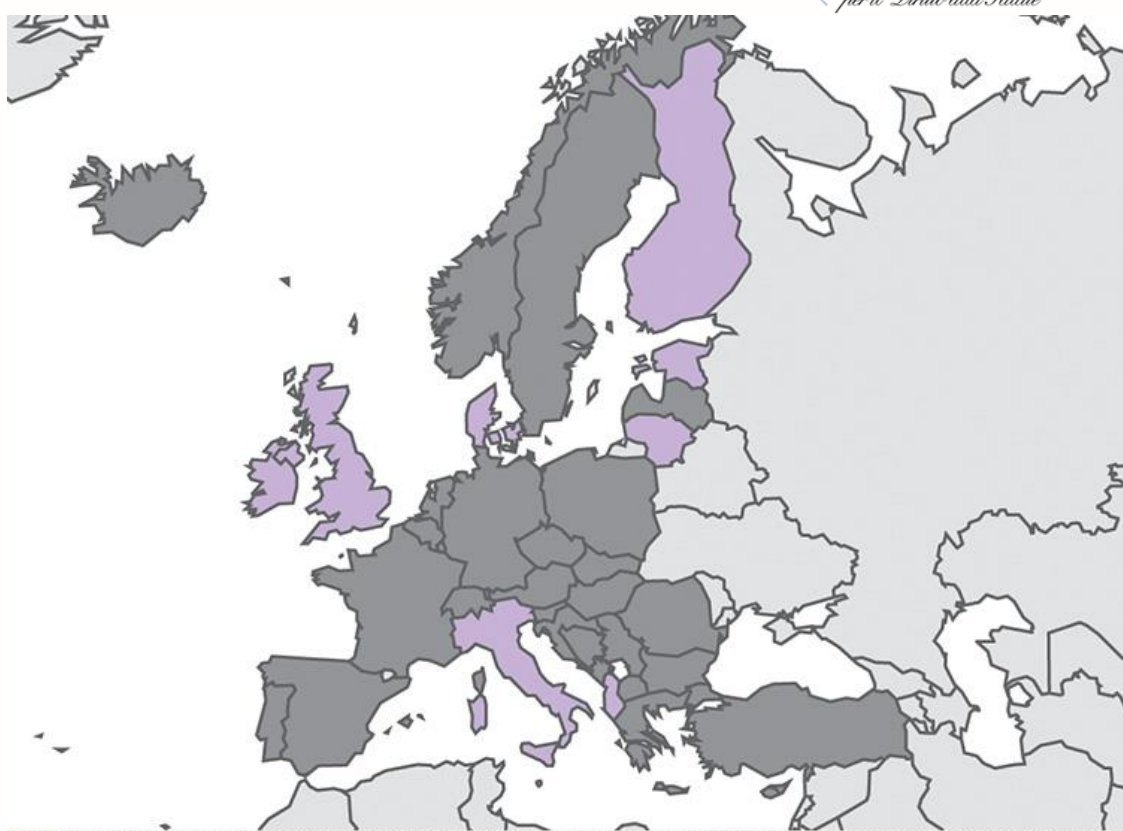
Prevalenza Disfunzioni Tiroidee per classi d'età



Trend temporale dei dati di vendita del sale iodato in Italia. 2006-2010



Sebbene in aumento, la vendita di sale iodato risulta lontana dal 90% di target WHO



- Moderate iodine deficiency (UIC 20-49 µg/L)
- Mild iodine deficiency (UIC 50-99 µg/L)
- Adequate iodine nutrition (UIC 100-299 µg/L)
- Excess iodine intake (UIC ≥300 µg/L)
- No data

- A livello mondiale:
 - *International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD)*
 - **Associazione internazionale** di studiosi che promuove l'adozione di programmi di **iodoprofilassi** in tutto il mondo
- In Italia:
 - **Comitato nazionale per la prevenzione del gozzo**
 - Promuove la conoscenza e lo svolgimento di studi epidemiologici di questa malattia
 - Campagna di educazione alimentare “Sale nell'alimentazione per la profilassi della carenza iodica e la prevenzione dell'ipertensione”
 - **Legge n. 55 del 21 marzo 2005** “Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica”
 - Previsione di una serie di misure destinate a promuovere il consumo di sale arricchito di iodio su tutto il territorio nazionale
 - **Intesa Stato-Regioni del 26 febbraio 2009**
 - Istituzione dell'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della iodoprofilassi in Italia (OSNAMI) presso l'ISS
 - Nella **PA di Bolzano** la iodoprofilassi viene attuata con successo da oltre **20 anni** e l'incidenza di ipotiroidismo congenito è risultata negli ultimi anni di **1:4000 nati vivi**
 - Inoltre le compagnie di sale, d'accordo con il Governo centrale, specificano nell'etichetta la presenza di iodio nel sale o meno
 - Questo rende i consumatori consapevoli di ciò che stanno assumendo

- Il **costo-beneficio** è inteso come il costo monetario di un intervento, comparato alla valutazione economica degli **outcome** prodotti
 - In quest'ambito l'**OMS** ha stimato come i **programmi di iodizzazione** salina hanno **elevati livelli** costo-beneficio
- Se il **costo** della fortificazione di iodio nelle acque fosse pari a **\$0,10 per persona/anno**, il beneficio sarebbe di **40:1**
 - Se invece il costo fosse pari a **\$0,01 per persona/anno**, allora il beneficio salirebbe a **400:1**

- Con l'avvento dei farmaci generici anche per le patologie tiroidee, il paziente è economicamente avvantaggiato all'acquisto della molecola generica in luogo di quella scaduta di brevetto. Questo avviene anche con la Levotiroxina Sodica
- La **Levotiroxina Sodica** è risultata, nel **2014**, all'**11mo posto** come principio attivo consumato in regime di assistenza convenzionata SSN, con **19,1 DDD/1.000 ab die**
- **Problema economico:** i farmaci equivalenti costano meno non per il SSN, ma per le tasche del cittadino (che paga la differenza con la molecola genericata)
- **Problema di informazione:** Quanti medici hanno spiegato al paziente le differenze reali tra *branded* e generico, anche in termini di potenziali reazioni avverse?
- **Il fatto:**
 - ASL di Bergamo, caso di **ADR** a seguito di *switch* da *branded* a generico
- **La soluzione:**
 - L'**AIFA** ha raccomandato che la **prima prescrizione** può avvenire con un **farmaco equivalente**, per le successive prescrizioni si raccomanda invece la **NON** sostituibilità del farmaco
 - La **ri-calibrazione** individuale a seguito di sostituzione del farmaco può essere difficile ed indurre rischi per la stessa salute del paziente
- Come scongiurare altre situazioni di questo genere?

Distribuzione delle ADR per classe sistemico-organica nel 2013-2014 (numero assoluto di segnalazioni e incidenza percentuale)

Reazioni avverse per classi sistemico-organica	2013		2014	
	N.	%	N.	%
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	11.809	19%	14.131	18%
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	8.505	14%	13.964	18%
Patologie gastrointestinali	8.578	14%	9.656	12%
Patologie del sistema nervoso	5.960	10%	7.413	9%
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	4.441	7%	5.127	6%
Disturbi psichiatrici	2.746	4%	4.551	6%
Patologie del sistema emolinfopoietico	2.688	4%	3.092	4%
Patologie vascolari	2.489	4%	2.841	4%
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	1.806	3%	2.495	3%
Patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.077	3%	2.443	3%
Esami diagnostici	2.100	3%	2.342	3%
Patologie cardiache	1.467	2%	1.776	2%
Infezioni ed infestazioni	929	2%	1.771	2%
Traumatismo, avvelenamento e complicazioni da procedura	1.089	2%	1.624	2%
Patologie dell'occhio	1.095	2%	1.319	2%
Patologie renali e urinarie	1.044	2%	1.127	1%
Disturbi del sistema immunitario	919	1%	1.080	1%
Patologie dell'orecchio e del labirinto	873	1%	904	1%
Patologie epatobiliari	468	1%	562	1%
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	379	1%	461	1%
Tumori benigni, maligni e non specificati (cisti e polipi compresi)	159	0%	219	0%
Patologie endocrine	132	0%	130	0%
Procedure mediche e chirurgiche	60	0%	60	0%
Condizioni di gravidanza, puerperio e perinatali	30	0%	36	0%
Patologie congenite, familiari e genetiche	26	0%	33	0%
Circostanze sociali	14	0%	16	0%
Totale	61.883	100%	79.173	100%

Ipotiroidismo

- Eutirox 100 mcg: 1 scatola (50 cp):
2,61€
- Tiche 100 mcg: 1 scatola (30 cp):
7,85€
- Tirosint 100 mcg: 1 scatola (50 cp):
2,65€

Iper-tiroidismo

- Tapazole: 1 scatola (100 cp): 5,28€
- Propycil: 1 scatola (50 cp): 1,00€
- TSH, FT3, FT4: 32,22 euro
(x2vv/anno: 64,44€)
- TSH, FT3, FT4, AbTPO, AbTg:
50,15€ – costo massimale del
ticket (2 vv/anno: 100,30€)
- TSH, FT3, FT4, TRAb: 50.15 euro
– costo massimale del *ticket* (2
vv/anno: 100,30€)

- Organizzazione del lavoro in Team monoprofessionale (AFT) o multidisciplinare (UCCP)
- Adozione di modelli gestionali di medicina d’iniziativa CCM, ECCM, CReG
- Gestione del percorso con il supporto di personale di studio formato
- Utilizzo della diagnostica di I livello anche in telemedicina ECG, ECG Holter, MAP, Ecografia tiroidea
- Sistema informativo in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche. Uso di estrattori informatici in grado di rendere fruibili i dati aggregati per la valutazione del percorso clinico e gestionale della patologia cronica su una piattaforma che può essere anche in *cloud* e che possa fungere da *repository* anche della diagnostica effettuata in telemedicina.
- **Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:**

Ipotiroidismo

- Individuare i soggetti adulti che presentano segni e/o sintomi suggestivi di ipotiroidismo
- Raccogliere i dati anamnestici (anamnesi familiare e personale) e i dati obiettivi relativi al sospetto di ipotiroidismo e alle patologie associate che possano avere una relazione con l'eventuale disfunzione tiroidea. In particolare verificare la presenza non solo di tireopatia ma anche di malattie autoimmuni nei parenti.
- Considerare e ricercare la presenza di affezioni in cui la presenza di ipotiroidismo possa peggiorarne il quadro clinico (in specie cardiopatie)
- Ricercare la positività anamnestica di malattie/traumi dell'area ipotalamo-ipofisaria
- Eseguire attenta anamnesi farmacologica: diversi farmaci possono indurre ipotiroidismo
- Eseguire esame obiettivo volto a rilevare il peso corporeo e le sue recenti variazioni, la pressione arteriosa, la frequenza e il ritmo cardiaco, gli eventuali segni di scompenso cardiaco, la morfologia tiroidea. Ricercare la presenza di sintomatologia suggestiva di ipofunzione o lesione ipofisaria (alterazione del campo visivo, ipogonadismo, segni di ipopituitarismo, eventuale dato anamnestico di iperprolattinemia)
- Ricercare e confermare la diagnosi di ipotiroidismo attraverso l'esecuzione di dosaggio TSH reflex

Iperitiroidismo

- Individuare i soggetti adulti che presentano segni e/o sintomi suggestivi di ipertiroidismo
- Raccogliere i dati anamnestici (anamnesi familiare e personale) e i dati obiettivi relativi al sospetto di ipertiroidismo e alle patologie associate che possano avere una relazione con l'eventuale disfunzione tiroidea. In particolare verificare la presenza non solo di tireopatia ma anche di malattie autoimmuni nei parenti.
- Considerare e ricercare la presenza di affezioni in cui la presenza di ipertiroidismo possa peggiorarne il quadro clinico (in specie cardiopatie).
- Eseguire attenta anamnesi farmacologica: diversi farmaci possono indurre ipertiroidismo. Deve essere inoltre indagata l'eventuale assunzione di farmaci tireomimetici (ormoni tiroidei o loro analoghi, es. TRIAC) o iodio a dosi farmacologiche a scopo dimagrante.
- Eseguire esame obiettivo volto a rilevare il peso corporeo e le sue recenti variazioni, la pressione arteriosa, la frequenza e il ritmo cardiaco, la morfologia tiroidea e la presenza di eventuali soffi cardiaci e segni di scompenso cardiaco, oftalmopatia Basedowiana (esoftalmo, infiammazione corneale/congiuntivale, alterata motilità oculare, diplopia).
- Escludere la tiroidite subacuta in base alla sintomatologia dolorosa cervicale localizzata al giugulo spontanea e/o provocata, accompagnata da febbre, disfagia e aumento degli indici infiammatori che andranno richiesti con urgenza.
- Operatività in base alla valutazione della probabilità di ipertiroidismo

- Se c'è alta probabilità di ipertiroidismo in base alla clinica è indicato richiedere direttamente dosaggio di FT4,FT3,TSH, anti TPO, TRAB per poter fornire già al primo contatto specialistico endocrinologico ,che andrà richiesto con classe di priorità B, tutti i dati necessari per una migliore definizione della causa di ipertiroidismo e utili per le specifiche decisioni terapeutiche. In questo caso la richiesta di ecografia tiroidea, sarebbe utile in prima battuta,compatibilmente con le lunghe liste di attesa (classe B)
- Se non c'è alta probabilità di ipertiroidismo si raccomanda l'esecuzione di TSH reflex
 - Escludere la presenza di gravidanza in atto nelle pazienti in età fertile con sospetto ipertiroidismo. Data la complessità e peculiarità dell'ipertiroidismo in gravidanza va consigliata sempre una consulenza specialistica

Ipotiroidismo

- **Confermare** la diagnosi di ipotiroidismo primario in base al rilievo di TSH aumentato e procedere alla distinzione fra ipotiroidismo conclamato o subclinico
- **Impostare** terapia sostitutiva con L-Tiroxina se TSH > 10 microU/ml.; nei pazienti di età superiore a 70 anni trattare se i valori ormonali tiroidei bassi, chiari segni di ipotiroidismo o alto rischio vascolare.
- **Escludere** la presenza di gravidanza in atto nelle pazienti in età fertile con sospetto di ipotiroidismo. Data la peculiarità dell'ipotiroidismo in gravidanza va consigliata sempre una consulenza specialistica.
- Se rilevati valori di TSH aumentati ma < 10 microU/ml ed FT4 normali (ipotiroidismo subclinico) **riconfermare** il dosaggio di TSH e quindi inviare alla consulenza specialistica per definire se opportuno porre in trattamento sostitutivo, essendo il trattamento con L-tiroxina non raccomandato di routine, ma solo in determinate situazioni (in specie: presenza di gozzo nodulare o diffuso, donne che cercano una gravidanza; pazienti diabetici con ipotiroidismo subclinico con valori di TSH 4-10 microU/l;)
- **Valutare** solo follow-up nei pazienti grandi anziani(> 80-85 anni) con TSH < 10 microU/l

Iperitiroidismo

- **Confermare** la diagnosi di ipertiroidismo in base al rilievo di TSH ridotto e stabilire se conclamato (in caso di valori elevati di ormoni tiroidei) o subclinico (in caso di valori normali degli ormoni tiroidei)
- **Richiedere** consulenza endocrinologica in caso di ipertiroidismo evidenziato dagli esami laboratoristici con priorità B o U in base alle condizioni cliniche del paziente.
- **Impostare** terapia con betabloccanti in caso di tachicardia, se non controindicata da altra patologia quale asma o gravi arteriopatie
- Richiedere esami ematochimici pre-trattamento farmacologico con tionamidi : emocromo, funzionalità epatica, bilirubina e fosfatasi alcalina
- **Considerare** i rari casi in cui si riscontrano livelli aumentati di FT4 e/o FT3 in presenza di TSH normali o aumentati: inviare a consulenza specialistica per definire se si tratta di ipertiroidismo secondario da adenoma ipofisario TSH-secrente oppure di patologia da resistenza recettoriale a livello ipotalamo-ipofisario agli ormoni.
- **Richiedere** ecografia tiroidea (se non già richiesta prima) per differenziare ipertiroidismo con gozzo diffuso o nodulare oppure presenza di nodo singolo autonomo (Plummer), elementi utili per lo specialista per definire l'approccio terapeutico più idoneo.
- **Sospendere**, in presenza di ipertiroidismo correlato all'uso di ormoni tiroidei (al di fuori del trattamento per ipotiroidismo o per carcinoma tiroideo) o di farmaci tireomimetici (TRIAC) o sostanze iodate, l'uso di tali sostanze e rivalutare il paziente successivamente nel tempo.
- **Porre attenzione** a non iniziare trattamento specifico nei casi di ipertiroidismo subclinico da tiroidite, essendo in questi casi l'ipertiroidismo in genere lieve e transitorio, ed essendo in questi casi il trattamento standard dell'ipertiroidismo inefficace o controindicato secondo le linee guida più accreditate

Ipotiroidismo

- E' necessario ad ogni visita:
Controllare valori di pressione arteriosa e compenso cardiocircolatorio fino al raggiungimento dell'eutiroidismo.
- **Educazione terapeutica** del paziente (valutare e sostenere la *compliance* del paziente)

Iperitiroidismo

- E' necessario ad ogni visita:
- **Controllare** i valori di pressione arteriosa e compenso cardiocircolatorio fino al raggiungimento dell'eutiroidismo.
- **Educazione terapeutica** del paziente (valutare e sostenere la *compliance* del paziente). Rendere edotto il paziente dei possibili, anche se rari, casi di effetti collaterali potenzialmente gravi quali l'agranulocitosi e le epatiti fulminanti: specificarne bene i sintomi di allarme.
- **Contrastare** le abitudini non salutari di vita che possono interferire con la patologia (il tabacco può causare o peggiorare l'oftalmopatia; non usare prodotti con iodio)

Ipotiroidismo

- E' necessario periodicamente:
 - a) Nei pazienti posti in trattamento medico eseguire: valutazione del peso corporeo dosaggio di TSH ,FT4 a 6 – 8 settimane dall'inizio terapia dosaggio di TSH ,FT4 a 6 mesi e comunque fino alla stabilizzazione in eutiroidismo dosaggio di TSH annuale nei pazienti stabilizzati in trattamento sostitutivo.
 - b) Considerare la presenza di trattamenti farmacologici potenzialmente interferenti con i livelli degli ormoni tiroidei (ormoni sessuali, IPP, carbonato di calcio, fenobarbital, ecc) oppure di patologie interferenti qualora vi sia persistenza di TSH alto nonostante la terapia.
 - c) Nei pazienti con ipotiroidismo subclinico non in terapia che hanno positività degli anticorpi antiperoxidasi programmare controllo annuale di TSH.
 - d) Nei pazienti con ipotiroidismo subclinico non in terapia che hanno negatività degli anticorpi antiperoxidasi programmare un controllo ogni 3 anni.
 - e) Programmare per tutti i pazienti in trattamento con amiodarone o litio controllo della funzione tiroidea all'inizio del trattamento e ogni 6-12 mesi durante il trattamento. Per l'amiodarone programmare fino ad un anno dopo la cessazione del trattamento.

Iperitiroidismo

- E' necessario periodicamente:
 - a) Nei pazienti posti in trattamento con metimazolo per os occorre valutare la funzionalità tiroidea ogni 4- 6 settimane con dosaggio di FT4 (parametro di scelta per guidare la terapia) ed FT3 fino ad arrivare all'eutiroidismo con la minima dose del farmaco. La caduta dei livelli di FT4 deve far prontamente ridurre la posologia del metimazolo.
 - b) Non occorre monitorare altri parametri clinici nel corso della terapia. Solo in caso di sospetto stato flogistico/settico è indicato valutare i livelli di leucociti neutrofili.
 - c) Alla sospensione della terapia tireostatica (che avverrà dopo 12-18 mesi, ma anche 24 mesi di terapia continuativa con funzionalità in norma, TRAB negativi) programmare controlli funzione tiroide ad intervalli di 1- 3 mesi per i primi 6-12 mesi dopo la sospensione, per l'alto rischio di recidive.
 - d) Programmare comunque un dosaggio di TSH 1 volta/anno almeno nei primi anni post-terapia.
 - e) Programmare in tutti i pazienti in trattamento con amiodarone o litio un controllo della funzione tiroidea non solo prima dell'inizio, ma anche ogni 6-12 mesi durante il trattamento; nello specifico per l'amiodarone fino ad un anno dopo la cessazione del trattamento.
 - f) Programmare nei pazienti con ipertiroidismo subclinico non trattato un follow-up a lungo termine con controlli di FT4 e TSH ogni 6-12 mesi.
 - g) Nei pazienti con ipertiroidismo sottoposti a I131 programmare follow-up con TSH, FT4,FT3 ogni 1-2 mesi fino a stabilizzazione; a seguire 1 volta/anno.
 - h) Nei pazienti con ipertiroidismo sottoposti a intervento chirurgico eseguire TSH, FT4 1 mese dopo l'intervento

Situazioni di Invio allo Specialista da parte del MMG

Ipotiroidismo

- Ipotiroidismo in gravidanza
- Ipotiroidismo primario già posto in trattamento sostitutivo dal MMG affinché lo specialista valuti la possibile esistenza o rischio di sviluppare una patologia poliendocrina autoimmune
- In presenza di ipotiroidismo subclinico segnalando l'eventuale presenza di condizioni di rischio in cui il riconoscimento e il trattamento precoci della malattia hanno un valore peculiare: cardiopatia ipocinetica, elevato rischio cardiovascolare, gozzo nodulare in crescita volumetrica.
- In caso di ipotiroidismo indotto da farmaci per definire il rapporto rischio/beneficio della continuazione del farmaco in questione: tale rapporto andrà stabilito con lo specialista endocrinologo di concerto con lo specialista internista che ha prescritto il farmaco (cardiologo, neurologo)

Iperitiroidismo

- Iperitiroidismo in gravidanza
- Iperitiroidismo conclamato
- Iperitiroidismo subclinico in concomitanza con fattori di rischio quali età avanzata, cardiopatia aritmogena, osteoporosi; in assenza di fattori di rischio il trattamento va individualizzato caso per caso.
- In caso di iperitiroidismo indotto da farmaci per definire il rapporto rischio/beneficio della continuazione del farmaco in questione: tale rapporto andrà stabilito con lo specialista endocrinologo di concerto con lo specialista internista che ha prescritto il farmaco (cardiologo, neurologo)

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza utilizzando la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato

Se TSH normale:

- stop, o approfondimenti solo se persiste un fondato sospetto clinico

Se TSH tra 4 e 10:

- eseguire FT4, se normale: ipotiroidismo “subclinico”, se diminuito: ipotiroidismo clinico lieve, se aumentato: vedi situazioni discordanti

Se TSH >10:

- eseguire FT4, se normale: ipotiroidismo “subclinico” o vedi situazioni discordanti, se diminuito: ipotiroidismo conclamato, se aumentato: vedi situazioni discordanti

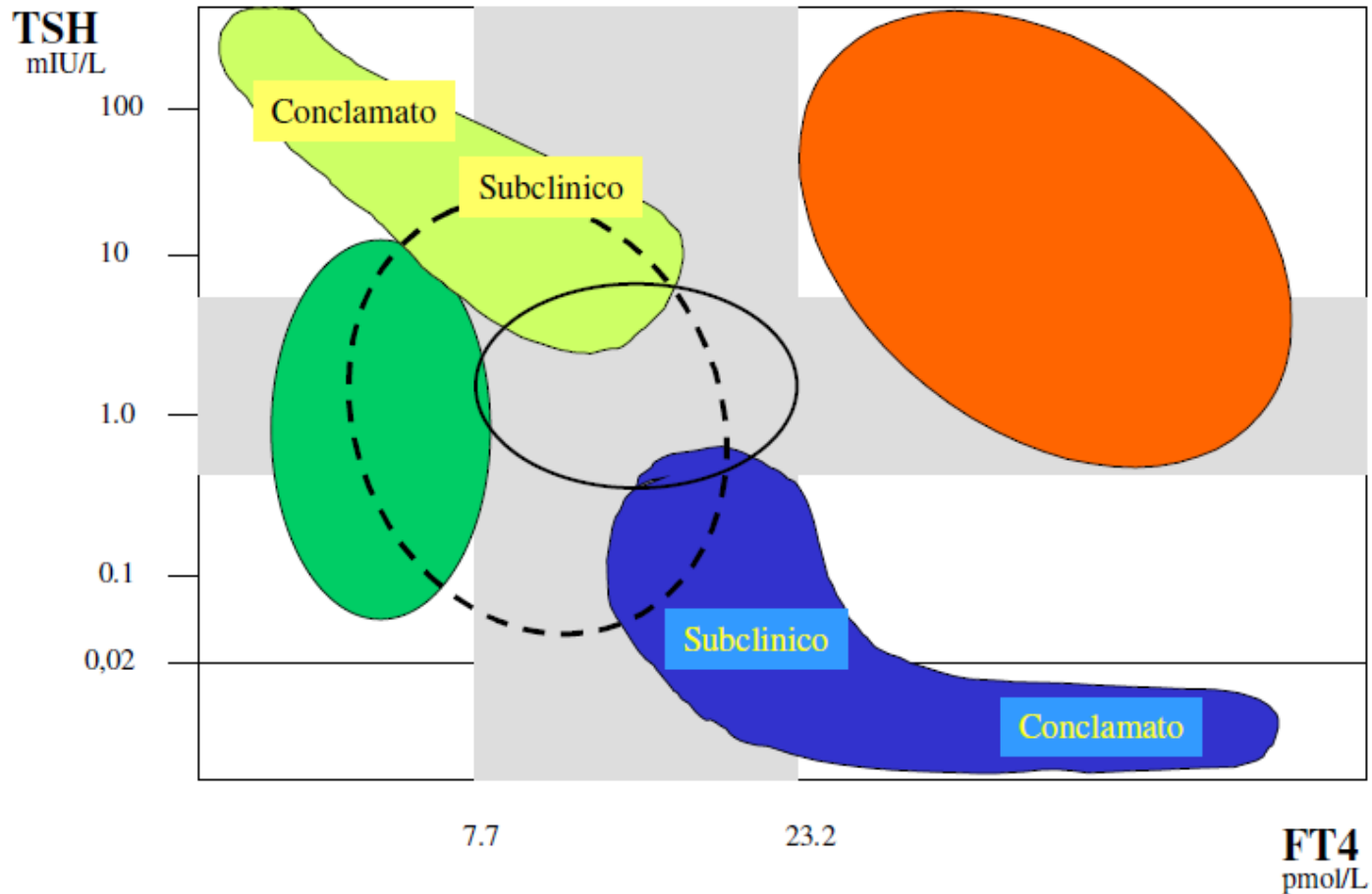
Se TSH <0,02 eseguire FT4, se aumentato:

- ipertiroidismo conclamato, se normale: FT3 (per diagnosi di tireotossicosi da T3), se diminuito: ipotiroidismo centrale o situazione discordante

Se TSH tra 0.02 e 0.2 eseguire FT4, se aumentato:

- ipertiroidismo “subclinico”, se diminuito possibile ipotiroidismo centrale

- La ricerca degli anticorpi **anti-TPO** è raccomandata in caso di **TSH alterato** o in presenza di un quadro ecografico compatibile con tiroidite autoimmune anche se il TSH è nei limiti di norma (questo test non è automaticamente implementato nell’algoritmo dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio).
- Gli anticorpi anti-tireoglobulina vanno richiesti solo nel caso in cui gli **anticorpi anti-TPO** siano **negativi**, ma vi sia un **sospetto di tireopatia autoimmune**.
- La determinazione degli **anticorpi** anti-recettore del TSH (**anti-R-TSH**) va sempre fatta:
 - a) nel **morbo di Graves**, ed in particolare nelle donne che desiderano avere o iniziano una gravidanza (anche se in terapia sostitutiva adeguata) dopo essere state operate o trattate con 131I.
 - b) nei pazienti con **ipotiroidismo primitivo grave** (con TSH >10), ed in particolare nelle donne che desiderino avere o iniziano una gravidanza (anche se sono già in terapia sostitutiva adeguata).



- Eutiroidismo
- ipotir. primitivo
- ipertiroidismo
- ipotir. centrale
- tumore secernente o resistenza a TSH
- malattia non tiroidea

- Proteina di deposito sintetizzata dal tireocita.
- La Tg è presente in circolo nel soggetto normale ed aumenta in tutte le patologie tiroidee benigne nodulari e iperfunzionanti, in caso di traumi, manovre chirurgiche, agoaspirato, infiammazione, stimoli secretivi (da parte del TSH, bhCG, Anticorpi anti-recettore).
- Si raccomanda pertanto di non richiedere il test al di fuori del monitoraggio di neoplasia (carcinoma papillifero o follicolare) già operata.
- Quando si richiede il dosaggio della Tg si raccomanda di richiedere contestualmente gli Ab anti-Tg perchè, se presenti, interferiscono nel dosaggio.

- E' raccomandata l'esecuzione dell'**accertamento** di patologie tiroidee presso laboratori clinici che garantiscano le seguenti prestazioni (specifiche di qualità):
 - **Sistema qualità** ed in particolare controllo interno e verifica esterna della qualità dei risultati.
 - Impiego di un **metodo per il TSH** con sensibilità a 0,02 mIU/L
 - **FT4** con scostamento max 2,4%, imprecisione max CV 4,8%
 - **FT3** con scostamento max 2%, imprecisione max CV 4%
 - **TSH** con scostamento max 5,2%, imprecisione max CV 10.3%
 - **Accertamento** di base sulla **funzione tiroidea** (individui asintomatici - screening)
 - Esame da richiedere: **s-TSH**
- **Note:**
 - è utile raccomandare al laboratorio lo **stoccaggio** di una quantità di **siero** per una **eventuale determinazione di altri esami** qualora necessario, senza dovere ripetere il prelievo
 - Il dosaggio del solo **ormone tireotropo**, con metodiche ad elevata sensibilità (s-TSH), rappresenta l'**esame di prima scelta** per potere individuare sia un **ipotiroidismo** che una **tireotossicosi**, anche in quadri "subclinici": in entrambe le condizioni si rivela dotato di maggiore sensibilità rispetto alla determinazione delle frazioni libere degli ormoni tiroidei
 - Gli unici falsi negativi o falsi positivi si riscontrano nei pazienti affetti da ipotiroidismo secondario o da patologie non tiroidee intercorrenti di un certo impegno, soprattutto negli anziani.

Sospetta tireotossicosi

Esame da richiedere: TSH

Note : Stoccaggio del siero per fT3 fT4 da eseguire solo in caso di riscontro di TSH soppresso per valutazione del livello di produzione ormonale

Iperplasia tiroidea – gozzo

Esami da richiedere: - subito: s-TSH ecografia
se l'eco mostra noduli > 1 cm o con caratteri ecografici sospetti : FNA
Note: Anticorpi anti-Tg o anti-TPO da eseguire in pazienti con gozzo a superficie irregolare o TSH elevato

Monitoraggio della iperplasia tiroidea (gozzo) semplice o nodulare

Esami da richiedere: TSH , ecografia a cadenza circa annuale-biennale (aggiungere fT3 o fT4 se il paziente è in trattamento soppressivo)

Note: solo la comparsa di nuove lesioni nodulari dovrà essere rivalutata con l'esame citologico; il dosaggio della calcitonina deve essere aggiunto nel caso della comparsa di nuovi noduli in pazienti con età > 50 aa. o a rischio per carcinoma midollare della tiroide.

La ripetizione routinaria dell'FNA su lesioni non sospette non è indicata. In caso di sospetto clinico per neoplasia, l'FNA deve essere richiesta in qualsiasi momento della storia del nodulo tiroideo.

Nodulo tiroideo

Esami da richiedere:
in tutti i casi TSH - ecografia
nei noduli tiroidei palpabili e di dimensioni > 10 mm con caratteri ecografici sospetti: FNA
se il TSH è soppresso TRAB
nei pazienti con età > 50 aa. calcitonina
In caso di sospetto clinico l'esame citologico su agoaspirazione dovrebbe essere eseguito il più rapidamente possibile

Ipertiroidismo in trattamento recente (fino a 2 mesi) con anti-tiroidei

Da richiedere: fT3 fT4

Obiettivo: riportare fT3 ed fT4 a valori normali

Il TSH nelle prime fasi (primi 2-3 mesi) della terapia è normalmente soppresso e non deve quindi essere richiesto

Ipertiroidismo in trattamento protratto (oltre i 3 mesi)

Da richiedere: TSH, fT4

Obiettivo: mantenere TSH ed fT4 a valori normali

In caso di TSH elevato anche in presenza di fT4 normale si deve sospettare un sovradosaggio della terapia antitiroidea

L'abitudine di eseguire regolari controlli della conta leucocitaria è inutile ai fini del riconoscimento della agranulocitosi da antitiroidei. Più consigliabile l'esecuzione immediata dell'esame in caso di sintomi quali iperpiressia, stomatite o segni cutanei di intolleranza.

Dolore in sede tiroidea

Esami da richiedere:

- TSH, VES, PCR, Ab anti TPO - ecografia
- FNA in caso di aumento delle dimensioni dei noduli tiroidei

Ipertiroidismo in trattamento protratto (oltre i 3 mesi)

Da richiedere: TSH, fT4

Obiettivo: mantenere TSH ed fT4 a valori normali

In caso di TSH elevato anche in presenza di fT4 normale si deve sospettare un sovradosaggio della terapia antitiroidea

L'abitudine di eseguire regolari controlli della conta leucocitaria è inutile ai fini del riconoscimento della agranulocitosi da antitiroidei. Più consigliabile l'esecuzione immediata dell'esame in caso di sintomi quali iperpiressia, stomatite o segni cutanei di intolleranza.

- Esistono diverse definizioni di **Disfunzione Erettile**, quella che qui si propone è la seguente:
 - “Incapacità dell’uomo di ottenere e/o mantenere una sufficiente erezione del pene sia per la propria soddisfazione che per quella del/della *partner*”
- La DE può incidere sull’**autostima**, nei rapporti affettivi e sociali e, in generale, può portare ad un declino del senso generale di benessere del paziente
- Per molti anni si è verificata una certa riluttanza sia nei pazienti che negli operatori sanitari a parlare della DE, tenendo quindi questo problema nascosto.

- La corretta attività sessuale è collegata al corretto funzionamento della tiroide
- Uno studio ha valutato la prevalenza di disfunzioni sessuali in soggetti con ipotiroidismo e ipertiroidismo, e la loro conseguente risoluzione a seguito di normalizzazione dei livelli ormonali tiroidei
- Lo studio, che ha reclutato 48 uomini di età adulta (34 con ipertiroidismo e 14 con ipotiroidismo)

	Ipertiroidismo	Ipotiroidismo
Desiderio sessuale ipoattivo	17,6%	64,3%
Disfunzione erettile	2,9%	64,3%
Eiaculazione precoce	50%	64,3%
Eiaculazione ritardata	14,7%	7,1%

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Dipartimento Endocrinologia

Sintesi dei lavori

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- ENDOCRINOLOGIA: Medicina del Benessere declinata come Medicina di Genere.
- PREVENZIONE: uno Stile di Vita che dovrebbe iniziare sin dalla primissima infanzia
- TIPOLOGIA ASSISTENZIALE SPECIALISTICA: R.O., D.H., D.S., Ambulatorio.
- GESTIONE INTEGRATA DI I E II LIVELLO: MMG e SPECIALISTICA.
- RIMBORSABILITA' FARMACI ORMONALI vs Federalismo Sanitario
- DIAGNOSTICA di laboratorio e *imaging*: appropriatezza, accuratezza e *timing* ripetibilità per il monitoraggio della terapia
- FARMACI GENERICI: equivalenza e titolazione
- PATOLOGIE e DISFUNZIONI ENDOCRINE PREVALENTI nella popolazione Senior
 1. Tireopatie
 2. Incidentaloma (riscontro accidentale di noduli a livello di ghiandole endocrine)
 3. Carenza ormonale post – menopausale
 4. Ipogonadismo maschile
 5. Osteoporosi
 6. Obesità e dismetabolismi
 7. Sessualità

- Inadeguata sinergia tra la Specialistica Endocrinologica e la Medicina Generale come *partnership* per il benessere del cittadino.
- Equità e qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi alla salute endocrinologica nelle realtà regionali.
- Procedure e protocolli diagnostico terapeutici non uniformi nel territorio nazionale e non rispondenti alle diverse realtà territoriali.
- Liste di attesa nel SSN per l'endocrinologia, conseguente indirizzo del paziente in ambiente non endocrinologico e non appropriatezza nella prescrizione di analisi, esami diagnostici e terapie.
- Utilizzazione appropriata dello Specialista endocrinologo nel II livello assistenziale:
 1. identificazione delle patologie di competenza endocrinologica come primo *step* di un network assistenziale;
 2. identificazione corretta del momento di consulenza specialistica nel percorso diagnostico terapeutico;
- Appropriatezza delle indagini di laboratorio in relazione alla patologia endocrina.
- Standardizzazione della refertazione ecografica in particolare tiroidea.
- Farmaci generici: non intercambiabilità per assicurare l'efficacia della continuità terapeutica.
- Non adeguata attenzione alla prevenzione endocrinologica (sale iodato, Vit. D, stili di vita)
- Endocrinopatie indotte da farmaci (es. Litio, Amiodarone, etc.): inadeguata informazione.

- Definizione di Modelli di percorso assistenziale endocrinologico a partire dal MMG, all'Ambulatorio Specialistico, D.H. ed eventuale accesso al R.O..
- Campagne di comunicazione ed informazione rivolte alla popolazione per una migliore conoscenza delle possibilità preventive e terapeutiche.
- Formazione specifica (ECM) del MMG per la gestione integrata del paziente endocrinologico.
- Definizione ed utilizzo di standard di Volumi Assistenziali minimi per le UO di endocrinologia
- Applicazione e vigilanza sugli standard del laboratorio di diagnostica extra ospedaliero per una verifica dell'accreditamento.
- Sensibilizzazione delle Società Scientifiche per una standardizzazione della refertazione ecografica.
- Identificazione della prescrizione del farmaco endocrinologico come "non sostituibile" per assicurare l'efficacia della continuità terapeutica.
- Ripensamento culturale:
 1. per la terapia ormonale sostitutiva nel trattamento della menopausa
 2. per la terapia ormonale sostituiva nell'ipogonadismo maschile ad esordio tardivo
 3. per il riconoscimento e la eventuale terapia delle disfunzioni sessuali del Senior