

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Le cinque raccomandazioni di SIPMeL

Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio

E-MM Gruppo di studio Endocrinologia e Malattie del Metabolismo

<b>1</b>	<p><b>Non richiedere un pannello esteso di esami tiroidei quando si sospetta un distiroidismo, limitarsi al TSH o al TSH Reflex. Non sottoporre a screening soggetti asintomatici e non richiedere la determinazione dell'FT3 per il monitoraggio della terapia con levotiroxina nei pazienti con ipotiroidismo.</b></p> <p>TSH e TSH riflesso sono in genere sufficienti nella valutazione della funzionalità tiroidea. In fase diagnostica è da preferire il TSH riflesso, in fase di monitoraggio il TSH. Nelle condizioni in cui l'asse ipofisi-tiroide non è intatto o non è in equilibrio stabile, è più appropriata la richiesta di TSH insieme a FT4.</p> <p>La misura della concentrazione dell'FT3 può generare, principalmente per motivi metodologici, difficoltà interpretative. Nei pazienti in terapia con levotiroxina per verificare la corretta posologia del farmaco è sufficiente la determinazione del TSH.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non misurare cortisolo sierico e Corticotropina (ACTH) plasmatica (in orari casuali nel corso della giornata) e 17-chetosteroidi urinari e non eseguire test di tolleranza all'insulina, test alla Loperamide e test al Desametasone (8 mg), quando si sospetta la sindrome di Cushing.</b></p> <p>Per lo screening della sindrome di Cushing si raccomanda di usare uno dei seguenti tre test: Cortisolo Libero Urinario (almeno due raccolte delle 24 ore), Cortisolo Salivare Notturmo (due campioni in due giorni diversi), Cortisolo sierico dopo Test overnight di Soppressione al Desametasone 1mg (oDST) o dopo test di soppressione al Desametasone 2 mg/die per 48 ore.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non richiedere acido vanilmandelico urinario e catecolamine plasmatiche e/o urinarie per la diagnosi di feocromocitoma.</b></p> <p>Per la diagnosi di feocromocitoma richiedere metanefrine plasmatiche libere e, nel caso non siano disponibili, metanefrine urinarie frazionate. Le metanefrine plasmatiche o urinarie presentano un'alta sensibilità, per cui un risultato negativo permette di escludere un feocromocitoma, mentre la stessa conclusione non può essere raggiunta con la determinazione delle catecolamine e dei loro metaboliti (per es. l'acido vanilmandelico urinario).</p>
<b>4</b>	<p><b>Non richiedere insieme anticorpi anti-TPO (tireoperossidasi) e anti-Tg (tireoglobulina) nel sospetto di una tireopatia autoimmune, ma solo anti-TPO.</b></p> <p>Gli anticorpi anti-TPO sono utili in fase di inquadramento riguardo un possibile coinvolgimento autoimmune, non nel monitoraggio, e non devono essere misurati nuovamente nei pazienti nei quali sia già stato riscontrato un risultato positivo.</p> <p>Gli anticorpi anti-Tg sono poco specifici e devono essere richiesti solo nei pazienti in cui il sospetto di ipotiroidismo è elevato e la determinazione degli anticorpi anti-TPO ha dato un risultato negativo.</p> <p>Variazioni dei livelli anticorpali in risposta alla terapia non forniscono indicazioni per la terapia, che deve basarsi sull'andamento del TSH.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non usare la determinazione della 25OH vitamina D come esame di screening per valutare lo status di ipovitaminosi nella popolazione generale.</b></p> <p>Le Linee Guida dell'Endocrine Society raccomandano lo screening negli individui a rischio di deficienza e non per la valutazione della salute della popolazione generale, in quanto non vi sono prove che ne sostengano l'efficacia in termini di outcome rilevanti per la salute. Nonostante l'elevata prevalenza di deficienza/insufficienza riportata dalla letteratura, l'attivazione di programmi di sensibilizzazione e supplementazione in adulti e bambini è ritenuta più efficace dello screening.</p> <p>L'Endocrine Society raccomanda il monitoraggio dei livelli di 25OH-D nei soggetti a rischio di deficienza e nell'approfondimento diagnostico dell'osteoporosi o per la diagnosi funzionale delle miopatie prossimali.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

Il **Gruppo di studio Endocrinologia e Malattie del Metabolismo** della Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio è stato costituito nel 2008. Ne fanno parte professionisti che si occupano di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo in laboratori di dimensioni diverse in tutta l'Italia e si propone di studiare e approfondire gli aspetti di laboratorio teorici e pratici dell'Endocrinologia e delle Malattie del metabolismo. Tutti i componenti del Gruppo hanno inviato al coordinatore del progetto fino ad un massimo di 5 procedure che consideravano a rischio di inappropriatelyzza e hanno assegnato ad ogni procedura un punteggio da 1 a 10, accompagnato da una breve motivazione e dai riferimenti bibliografici ritenuti più significativi. Il coordinatore ha preparato un riepilogo delle proposte inviate, corredato dal punteggio complessivo di ogni procedura. La graduatoria ottenuta è stata inviata ai componenti per una valutazione finale e la lista delle 5 procedure a rischio più alto di inappropriatelyzza in EMM è stata approvata.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al (2012) Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults. <i>Endocr Pract</i> 18:988-1028.</li><li>2. Demers LM, Spencer CA (2003) Laboratory medicine practice guidelines: laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease. <i>Clin Endocrinol (Oxf)</i> 58: 138-140.</li><li>3. Koulouri O, Moran C, Halsall D, et al (2013) Pitfalls in the measurement and interpretation of thyroid function tests. <i>Best Pract Res Clin Endocrinol Metab</i> 27:745-762.</li><li>4. LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force (2015) Screening for thyroid disease: recommendation statement. <i>Ann Intern Med</i> 162: 641-50.</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, et al (2008) The diagnosis of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 93:1526-40.</li><li>2. Guignat L, Bertherat J (2010) The diagnosis of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. <i>Eur J Endocrinol</i> 163:9-13.</li><li>3. D'Aurizio F, Tozzoli R, Dorizzi RM, et al (2015) La diagnostica di laboratorio delle malattie del surrene. Raccomandazioni pratiche per la sindrome di Cushing. <i>Riv Ital Med Lab</i> 11: 132-149.</li><li>4. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, et al (2015) Treatment of Cushing's Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 100: 2807-2831.</li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Eisenhofer G (2014) Pathophysiology and diagnosis of disorders of the adrenal medulla: focus on pheochromocytoma. <i>Compr Physiol</i> 4: 691-713.</li><li>2. Carr JC, Spanheimer PM, Rajput M et al (2013) Discriminating pheochromocytomas from other adrenal lesions: the dilemma of elevated catecholamines. <i>Ann Surg Oncol</i> 20: 3855-3861.</li><li>3. Lenders JW, Pacak K, Walther MM et al (2002) Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? <i>JAMA</i> 287:1427-1434.</li><li>4. Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G et al (2014) Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 99: 1915-42.</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sinclair D (2006) Clinical and laboratory aspects of thyroid autoantibodies. <i>Ann Clin Biochem</i> 13: 173-183.</li><li>2. Dorizzi RM, Giavarina D, Moghetti P, et al (1997) Anti-TPO and anti-thyroglobulin antibodies or anti-TPO antibodies alone? <i>Clin Endocrinol (Oxf)</i> 46: 235-236.</li><li>3. Czarnocka B, Cocks Eschler D, et al. (2014) Thyroid antibodies: thyroid peroxidase and thyroglobulin antibodies. In: Shoenfeld Y, Meroni PL, Gershwin ME, eds <i>Autoantibodies</i>, 3rd ed. Amsterdam Elsevier, 365-373.</li></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA et al (2011) Evaluation, Treatment and Prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i>; 96:1911-30.</li><li>2. Holick MF (2010) The D-lemma: to screen or not to screen for 25OH vitamin D concentrations. <i>Clin Chem</i> 56:729-731</li><li>3. LeBlanc ES, Zakher B, Monica Daeges M, et al (2015) Screening for Vitamin D Deficiency: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force 162:109-122.</li><li>4. LeFevre ML (2015) US Preventive Services Task Force. Screening for vitamin D deficiency in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Ann Intern Med</i> 162:133-140.</li></ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa **Choosing Wisely** già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatelyzza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento **Choosing Wisely International**. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

La Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio (SIPMeL) è una associazione medico/scientifica nazionale di professionisti che lavorano in laboratori clinici. La SIPMeL è stata costituita nel 2014, come riunificazione della SIMeL (Società Italiana di Medicina di Laboratorio), fondata nel 1986 e dell'AIPaCMeM (Associazione Italiana di Patologia Clinica e Medicina Molecolare). La struttura della società, che conta circa 2000 membri, è di tipo federale e comprende tre componenti professionali: medici, laureati specialisti in discipline scientifiche (DSLb) e tecnici di laboratorio biomedico (STLb). È compito della Società mettere a punto e diffondere gli standard professionali dai quali dipende la "buona pratica" di laboratorio. Le attività formative riconoscono crediti formativi ai partecipanti, in accordo con il Programma di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute. Le attività di ricerca scientifica e di formazione sono promosse e mantenute da 22 gruppi di studio.