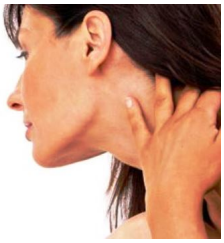

Luglio 2015 – Sono 5 le pratiche mediche identificate da AME, Associazione Medici Endocrinologi, a rischio di inappropriatezza, pratiche impiegate usualmente ma non supportate da prove di efficacia. “Confortati dai risultati di studi e metanalisi, abbiamo selezionato le 5 pratiche cliniche endocrinologiche che non risultano efficaci, afferma Rinaldo Guglielmi, Presidente AME, convinti che “fare di più non significa fare meglio”. Questa convinzione ci ha anche portato ad aderire a Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta. Il primo progetto che ci vede impegnati è quello relativo al fenomeno, sempre più diffuso e sentito, del sovrautilizzo di esami diagnostici e di trattamenti. Il progetto Slow Medicine è stato lanciato nel 2012 con il motto “Fare di più non significa fare meglio”, in analogia all’iniziativa ChoosingWisely già in atto negli Stati Uniti.

Sono tanti gli esami e i trattamenti che continuano a essere prescritti ed effettuati per varie ragioni come l’abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti o per timore di conseguenze medico-legali. Poiché queste pratiche rappresentano un vero e proprio spreco di risorse è necessario agire in varie direzioni per ridurli, con la certezza che il paziente non avrà alcun nocumento. Ci vuole una nuova consapevolezza e un’assunzione di responsabilità da parte dei medici, sottoposti a forti pressioni da parte delle aziende, da colleghi “scrupolosi” che prescrivono molti esami e anche dagli stessi pazienti che sempre di più si rivolgono al “Dottor Google” e ordinano prescrizioni al medico invece di affidarsi alle sue competenze. Occorre anche che i cittadini si rendano conto che per la loro salute non sempre “fare di più significa fare meglio” e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è più competente".

Il gruppo di lavoro “AME per una Medicina Sostenibile” coordinato da Marco Attard, UO Endocrinologia, Ospedale Cervello, Palermo, attraverso un lungo e complesso percorso basato sull’esperienza clinica e sulle evidenze scientifiche, ha identificato le pratiche a rischio di

inappropriatezza. “Ovviamente, asserisce il dr. Attard, l’attuazione di queste pratiche non è preclusa ma deve essere valutata volta per volta sulla base dei segni clinici, della storia del paziente e condividendo la decisione col paziente stesso”.

Il gruppo di lavoro ha pertanto stilato una lista che ha permesso di identificare le 5 pratiche che sarebbe meglio evitare di prescrivere ai propri pazienti:

1.

Richiedere di routine l’ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi di rischio per carcinoma tiroideo; negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento di diagnosi di carcinoma tiroideo non associato ad aumento di mortalità, evidenziando una condizione di *overdiagnosis*. L’esecuzione indiscriminata di ecografie non solo individua un numero elevato di noduli tiroidei privi di “peso patologico”, ma può causare ansia nel paziente e un aumento delle procedure diagnostiche e degli interventi chirurgici, con conseguente aumento dei costi per la collettività e soprattutto con possibili danni per il paziente.

2.

Ripetere l’indagine densitometrica ossea a intervalli minori di due anni; i cambiamenti percentuali nella densità ossea prevedibili entro due anni grazie alle terapie o alla normale perdita di massa ossea nelle donne in menopausa, è inferiore alla precisione di rilevamento della tecnica utilizzata.

3.

Richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto diagnostico di ipogonadismo e di iperandrogenismo; sussistono delle problematiche analitiche per le metodiche attualmente in uso che non rendono utilizzabili i risultati ottenuti. È pertanto preferibile basarsi sul testosterone totale.

4.

Richiedere di routine il dosaggio della FT3 nei pazienti con patologia tiroidea; nella maggior parte dei casi il dosaggio del TSH è sufficiente per conoscere la funzione della tiroide. E’ utile il dosaggio della FT3, oltre alla FT4, solo se si riscontrano valori soppressi di TSH. Nel monitoraggio della terapia sostitutiva dell’ipotiroidismo con levotiroxina il dosaggio della FT3 non è necessario per valutare l’adeguatezza della posologia, salvo casi particolari.

5.

Trattare indiscriminatamente con levotiroxina i pazienti con gozzo nodulare; l'efficacia clinica del trattamento si realizza solo in una minoranza di pazienti e dopo un trattamento molto lungo. La terapia soppressiva con levotiroxina, però, porta ad una condizione di tireotossicosi subclinica che è rischiosa specialmente per le donne in menopausa e per gli anziani (rischio di osteoporosi ed aritmie). La terapia va quindi presa in considerazione solo in casi particolari ed in soggetti giovani.