



Roma, 8-11 novembre 2018

Linee guida: dall'EBM ai Percorsi Assistenziali



ITALIAN CHAPTER



Le evidenze scientifiche sono alla base
delle 5 buone pratiche di AME Slow

Dott ssa Michela Armigliato

Medicina Interna, Ospedale Mater Salutis

Legnago

Aulss 9 Verona



Roma, 8-11 novembre 2018

Too much medicine



ITALIAN CHAPTER

- Il 51% di oltre 3.000 trattamenti di uso corrente non è di dimostrata efficacia. *Clinical Evidence Handbook- BMJ 2012*
- L'80% dei «nuovi» farmaci immessi sul mercato sono copie di quelli già in commercio; solo il 2,5% rappresenta un progresso terapeutico. *Prescrivere 2012*
- Il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile sono inappropriate. *JAMA 2011*
- Il 33% delle TAC non sono clinicamente giustificate e le irradiazioni provocano l'1,5-2% dei tumori. *NEJM 2007*
- Il 20-40% della spesa sanitaria è rappresentata da prestazioni senza benefici per i pazienti. *WHO 2010*





Roma, 8-11 novembre 2018

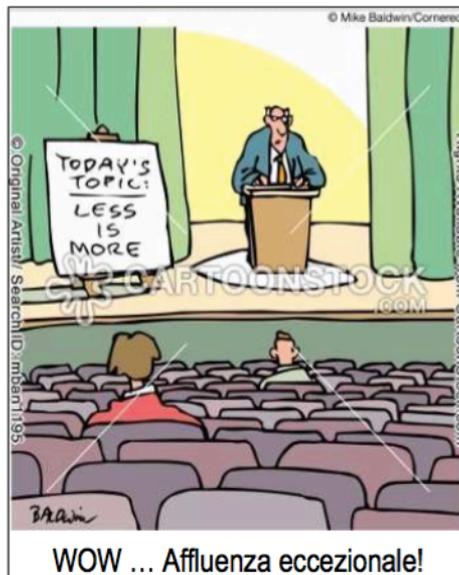


ITALIAN CHAPTER

Less is more

Chi vive in regioni ad alta intensità prescrittiva, sperimenta, per una stessa patologia, livelli di sopravvivenza peggiori di chi vive in regioni a bassa intensità.

Wennberg BMJ 2011



Perché fare di più può essere pericoloso?

- Sovradiagnosi: identificazione di patologie che sarebbero rimaste silenti
- Falsi negativi e falsi positivi che richiedono ulteriori test di approfondimento
- Eventi avversi
- Effetti collaterali dei farmaci
- Esposizione a radiazioni ionizzanti



Roma, 8-11 novembre 2018

Parte il progetto Choosing Wisely - 2012



ITALIAN CHAPTER

 **Choosing
Wisely**[®]

An initiative of the ABIM Foundation



ConsumerReportsHealth

Iniziativa promossa nel 2012 da ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine) con la collaborazione di Consumer Reports.

Il progetto si propone di incoraggiare il dialogo con i pazienti allo scopo di discutere con loro benefici e rischi dei trattamenti proposti e aiutarli a decidere tenendo conto che fare di più non significa sempre fare meglio.





Roma, 8-11 novembre 2018

Le prime “Top 5” lists - 2011

Nel 2011 un gruppo di lavoro composto da medici di famiglia, internisti e pediatri, pubblica una prima lista di 12 procedure la cui esecuzione non porta benefici alla salute dei pazienti ma li espone a potenziali rischi.

... indagini radiologiche per la lombalgia, densitometria ossea per donne di età inferiore a 65 anni, antibiotici per la sinusite, ECG o esami di laboratorio annuali.

L'adozione delle raccomandazioni potrebbe far risparmiare 5 miliardi di \$ all'anno.

SPECIAL ARTICLE

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

The Good Stewardship Working Group

Arch Intern Med 2011



ITALIAN CHAPTER





Roma, 8-11 novembre 2018

2010 nasce SLOW MEDICINE



ITALIAN CHAPTER

“Fare di più non significa fare meglio”



Sandra Venero



Sobria Rispettosa Giusta

Per contrastare l'eccessivo utilizzo di esami diagnostici e di trattamenti che rischiano di essere più dannosi che utili, nel 2012, Slow medicine avvia il progetto "*Fare di più non significa fare meglio*".

Il progetto è analogo a quello lanciato da Choosing Wisely, negli USA.



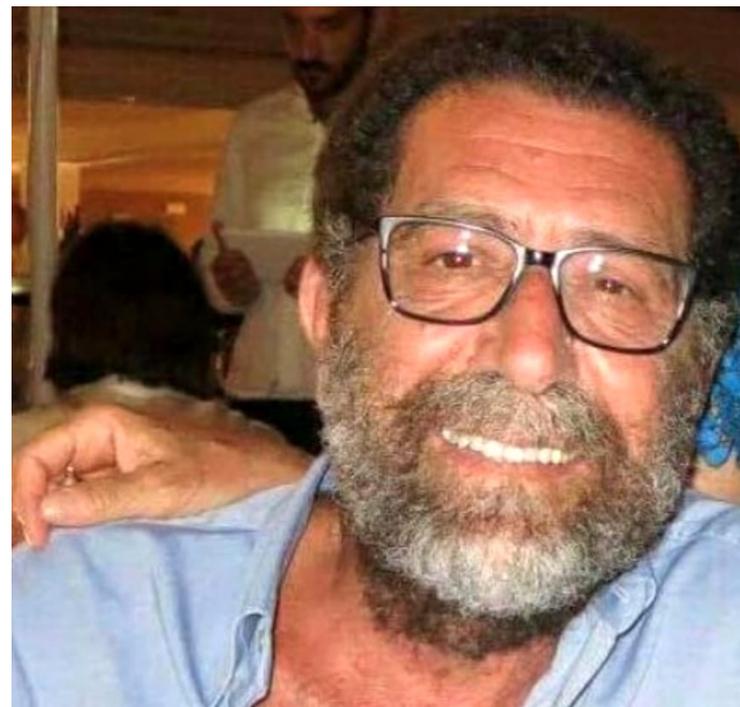
Roma, 8-11 novembre 2018

Caro Marco...2014



ITALIAN CHAPTER

Gruppo AME SLOW





Roma, 8-11 novembre 2018

Tanti progetti



ITALIAN CHAPTER



Sensibilizzazione e coinvolgimento dei Soci, sensibilizzazione e coinvolgimento dei Pazienti, ripensamento dei percorsi diagnostici e terapeutici con la stesura di lista di inappropriately, umanizzazione del rapporto medico-paziente, rivalutazione della medicina clinica e narrativa, tutela della professionalità del Medico.....



Roma, 8-11 novembre 2018

2015



ITALIAN CHAPTER



per una
Medicin@Sostenibile

**Marco Attard,
Michela Armigliato, Vincenzo Giammarco,
Antonella Marcello, Vincenzo Triggiani**



Roma, 8-11 novembre 2018

IL TEAM



ITALIAN CHAPTER



Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Associazione Medici Endocrinologi (AME)



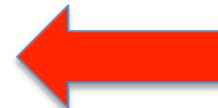
LA LISTA



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

1	Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo L'ecografia tiroidea è un esame fondamentale nella diagnostica delle patologie tiroidee; il suo impiego, tuttavia, deve avvenire in un contesto clinico appropriato. Piccoli noduli tiroidei sono molto frequenti nella popolazione generale e, nella maggior parte dei casi, benigni. Nelle ultime decadi, inoltre, si è registrato un notevole incremento di diagnosi di carcinoma tiroideo (spesso differenziato e di piccole dimensioni), non associato ad aumento della mortalità, evidenziandosi in tal modo una condizione di overdiagnosis. L'esecuzione indiscriminata delle ecografie non solo individua un numero elevato di noduli tiroidei privi di "peso patologico" ma può essere causa di ansia nel paziente e di un aumento delle procedure diagnostiche e degli interventi chirurgici, con conseguenti costi ingiustificati per la collettività, oltre che possibili danni per il paziente.
2	La ripetizione dell'indagine densitometrica ossea è raramente giustificata ad intervalli minori di due anni La densità minerale ossea valutata con tecnica DXA e' da considerarsi la metodica d'elezione nella valutazione della massa ossea; i controlli, corretti solo utilizzando strumenti identici, sono opportuni per monitorare l'efficacia della terapia e nei soggetti che "perdono osso" troppo velocemente (terapia con steroidi). Nelle valutazioni periodiche bisogna considerare che: a) la perdita annua di massa ossea nelle donne in menopausa e' dello 0.5-2%; b) la maggior parte delle terapie incrementa la densità ossea dell'1-6%; c) la variazione minima registrabile dalla tecnica utilizzata (LSC) è del 2-4%. E' quindi giustificata una rivalutazione della DXA solo dopo 16-24 mesi dall'inizio o dal cambiamento di terapia, salvo rare eccezioni.
3	Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto diagnostico di ipogonadismo e di iperandrogenismo Il testosterone è l'androgeno più importante dell'organismo. La misura della sua concentrazione trova indicazione in numerose condizioni cliniche sia nel maschio che nella femmina. Tuttavia sussistono delle problematiche analitiche per le metodiche attualmente in uso nei laboratori tali da rendere non utilizzabili i risultati per il supporto diagnostico per il quale il dosaggio stesso viene richiesto; il metodo di riferimento, dialisi all'equilibrio, non è attuabile su larga scala. E' pertanto preferibile non proporre questo tipo di valutazione ma basarsi sul testosterone totale.
4	Non richiedere di routine il dosaggio della FT3 nei pazienti con patologia tiroidea I dosaggi ormonali sono utile conferma biochimica di una disfunzione tiroidea in presenza di segni e sintomi manifesti ed indispensabile riferimento per i successivi controlli in corso di terapia. E' però abbastanza comune che al Medico si rivolgano soggetti che presentano solo disturbi aspecifici (ansia, depressione, dislipidemia, obesità, turbe del ritmo cardiaco.....) e nei quali la probabilità di patologia è molto bassa. In questi casi è corretto dosare soltanto il TSH e completare la valutazione dosando gli ormoni tiroidei (FT4 ed FT3) solo se si riscontrano valori soppressi di TSH. Nel monitoraggio della terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo con L-tiroxina il dosaggio della FT3 non è utile per valutare l'adeguatezza della posologia.
5	Non trattare con l-tiroxina i pazienti con gozzo nodulare se non in casi selezionati La crescita dei noduli tiroidei, la comparsa di altri noduli e l'aumento di volume della tiroide possono essere parzialmente prevenuti dal trattamento con levotiroxina a scopo TSH-soppressivo. Una riduzione volumetrica clinicamente significativa si realizza però solo con terapie a lungo termine ed in una minoranza di pazienti (con noduli piccoli, di recente diagnosi e citologicamente colloidali). La crescita dei noduli non è infatti influenzata solo dal TSH ma risponde anche ad altri fattori di crescita. La terapia soppressiva con l-tiroxina realizza peraltro una condizione di tireotossicosi subclinica che può risultare rischiosa in specie per le donne in menopausa (osteoporosi) e per gli anziani (peggioramento di cardiopatie pre-esistenti). Tale terapia va quindi presa in considerazione solo in casi selezionati.





LA LISTA



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gharib H, and the AAACE /AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules. AAACE, AME, and ETA medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. J Endocrinol Invest executive summary 2010, 33: 287. 2. Huang TW, et al. Systematic review of clinical practice guidelines in the diagnosis and management of thyroid nodules and cancer. BMC Medicine 2013, 11: 191. 3. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR et Al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2009, 19: 1-48. 4. Brito JP, Morris JC, Montori VM. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours BMJ 2013; 347:f4706. 5. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Apr;140(4):317-22.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2013 ISCD Officials Positions-adult http://www.iscd.org/official positions 2013 2. Watts NB, Bilezikian JP, Camacho PM et al American Association of Clinical Endocrinologist. Medical guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of postmenopausal. Osteoporosis Endocr Pract 2010;16 suppl 3:1 3. http://www.siomms.it/download/LINEE-GUIDA-DIAGNOSI-PREVENZIONE-TERAPIA-OSTEOPOROSI-2012.pdf
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miller KK, Rosner W, Lee H, Hier J, Seshimo G, Schoenfeld D, Neubauer G, Klibanski A. Measurement of free testosterone in normal women and women with androgen deficiency: comparison of methods. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Feb;89(2):525-33. 2. Position Statement dell Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab 2010;95(6):2536-59 3. Fritz KS, McKean AJS, Nelson JS et al. Analog based free testosterone methods linked to total testosterone concentrations, not free testosterone concentrations. Clin Chem 2008, 54 (3): 512-6 4. Caputo M, Monti S. Gonadi femminili: le valutazioni ormonali. In ENDOWIKI, Lo stato dell'arte in Endocrinologia. www.endowiki.it
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests (ACB-BTA-BTF), 2006. http://www.acb.org.uk/ 2. AAACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. Endocr Pract 2002;8:457-69 3. AAACE/AME Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Endocr Pract 2006; 12: 63-102. 4. Demers LM, Spencer CA. Laboratory medicine practice guidelines: laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease. Clin Endocrinol (Oxf) 2003, 58: 138-40.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papini E, Petrucci L, Guglielmi R, et Al. Long-term changes in nodular goiter: a 5-year prospective randomized trial of levothyroxine suppressive therapy for benign cold thyroid nodules. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83:780-83. 2. La Rosa GL, Ippolito AM, Lupo L, Cercabene G, Santonocito MG, Vigneri R, Belfiore A. Cold thyroid nodule reduction with L-thyroxine can be predicted by initial nodule volume and cytological characteristics. Clin Endocrinol Metab. 1996;81:4385-7. 3. Durante C, Costante G, Lucisano G, et Al.. The natural history of benign thyroid nodules. JAMA. 2015 Mar 3;313(9):926-35. 4. Gharib H,.....and the AAACE /AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules. AAACE, AME and ETA medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. J Endocrinol Invest executive summary 2010, 33: 287.



Roma, 8-11 novembre 2018

LA LISTA



ITALIAN CHAPTER



1

Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo

L'ecografia tiroidea è un esame fondamentale nella diagnostica delle patologie tiroidee; il suo impiego, tuttavia, deve avvenire in un contesto clinico appropriato. Piccoli noduli tiroidei sono molto frequenti nella popolazione generale e, nella maggior parte dei casi, benigni. Nelle ultime decadi, inoltre, si è registrato un notevole incremento di diagnosi di carcinoma tiroideo (spesso differenziato e di piccole dimensioni), non associato ad aumento della mortalità, evidenziandosi in tal modo una condizione di overdiagnosis. L'esecuzione indiscriminata delle ecografie non solo individua un numero elevato di noduli tiroidei privi di "peso patologico" ma può essere causa di ansia nel paziente e di un aumento delle procedure diagnostiche e degli interventi chirurgici, con conseguenti costi ingiustificati per la collettività, oltre che possibili danni per il paziente.



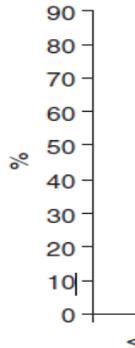
Nodulo e tumore tiroideo: epidemiologia



Table 1 Incidence of thyroid carcinoma in childhood thyroid nodules

Report	Number	%	References
1	69/138	50.0	Hayles <i>et al.</i> (1960)
2	9/44	20.4	Adams (1967)
3	9/38	23.7	Psarras <i>et al.</i> (1972)
4	12/30	40.0	Kirkland <i>et al.</i> (1973)
5	6/36	16.7	Scott & Crawford (1976)
6	10/49	20.4	Valentin <i>et al.</i> (1986)
7	12/58	20.7	Desjardins <i>et al.</i> (1987)
8	11/109	9.2	Belfiore <i>et al.</i> (1989)
9	7/32	21.9	Fowler <i>et al.</i> (1989)
10	10/57	17.5	Raab <i>et al.</i> (1995)
11	41/148	27.7	Attie (1996)
12	17/52	32.7	Lafferty & Batch (1997)
13	26/71	36.6	Millman & Pellitteri (1997)
11	5/24	20.8	Lugo-Vicente <i>et al.</i> (1998)
12	15/93	16.1	Hung (1999)
13	7/60	11.7	Wasikowa <i>et al.</i> (1999)
14	3/31	9.7	Arda <i>et al.</i> (2001)
15	4/18	22.2	Blackburn <i>et al.</i> (2001)
16	37/155	23.9	Niedziela <i>et al.</i> (2004)
Overall	299/1134	26.4	

Figure 2 P thyroids in



Eur J Clin. I
2362.2009.*C*
nodules de

Palpable nodules have been reported to occur in 5.3% of women and 0.8% of men.

Clinically unsuspected nodules have been demonstrated in up to 60% of patients at autopsy.

DTC prevalence: 5-15%
J. Jin, C.R. McHenry / Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 26 (2012) 83–96



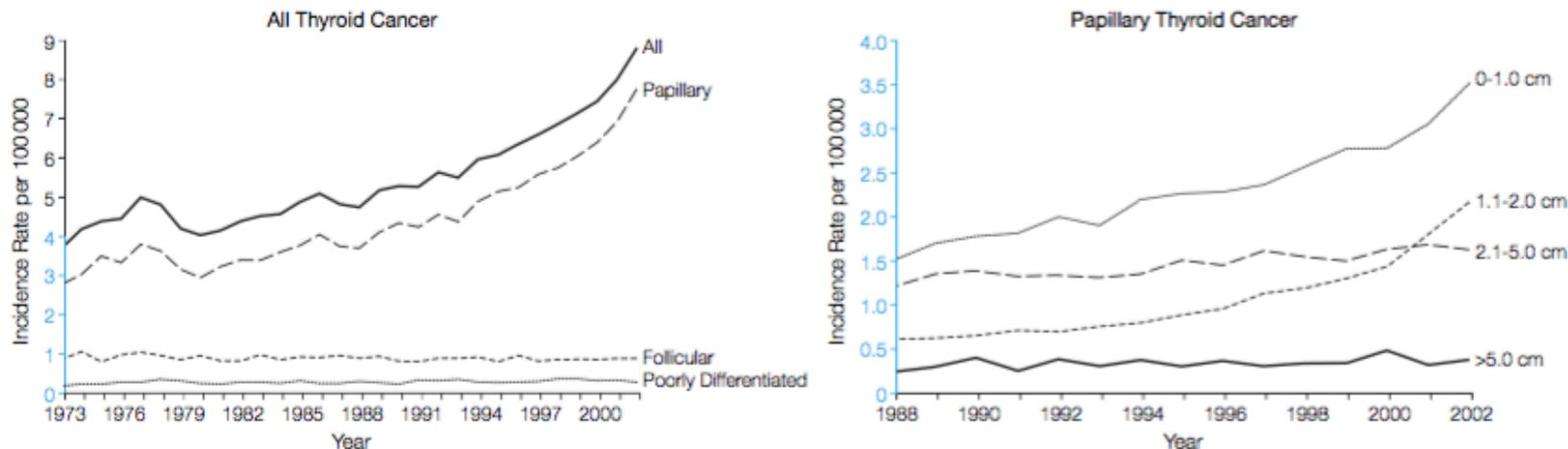
Tumore tiroideo: epidemia di malattia o epidemia di diagnosi?



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

Figure 1. Trends in Incidence of Thyroid Cancer (1973-2002) and Papillary Tumors by Size (1988-2002) in the United States



Davis L. JAMA 2006;295;2164-7



Roma, 8-11 novembre 2018

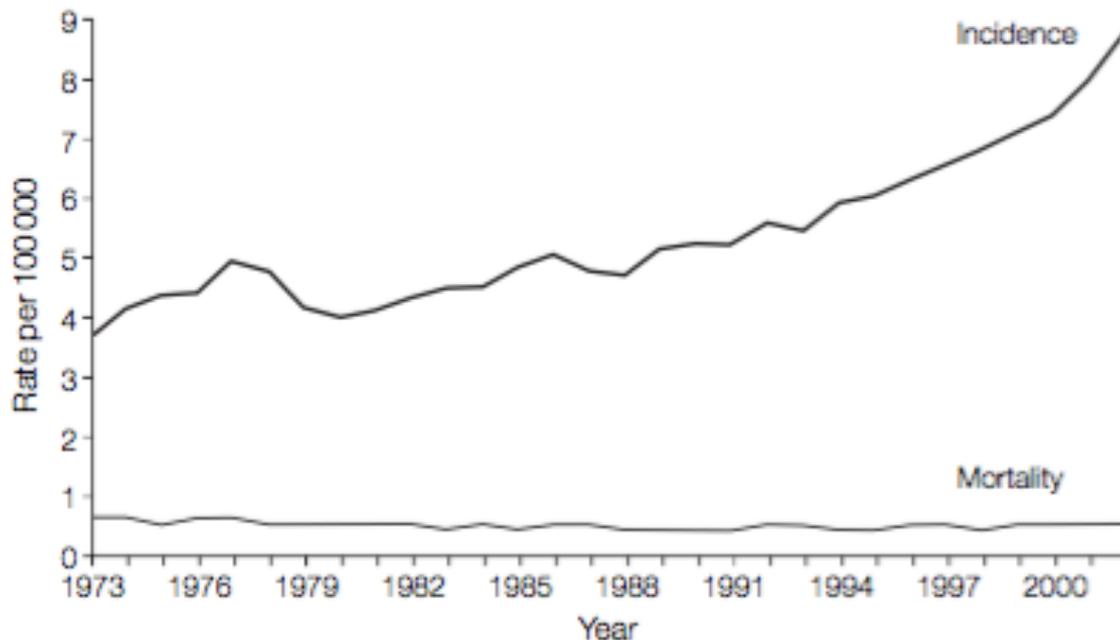
Tumore tiroideo: epidemia di malattia o epidemia di diagnosi?



ITALIAN CHAPTER



Figure 2. Thyroid Cancer Incidence and Mortality, 1973-2002



Davis L. JAMA 2006;295;2164-7



Tumore tiroideo: epidemia di malattia o epidemia di diagnosi?



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

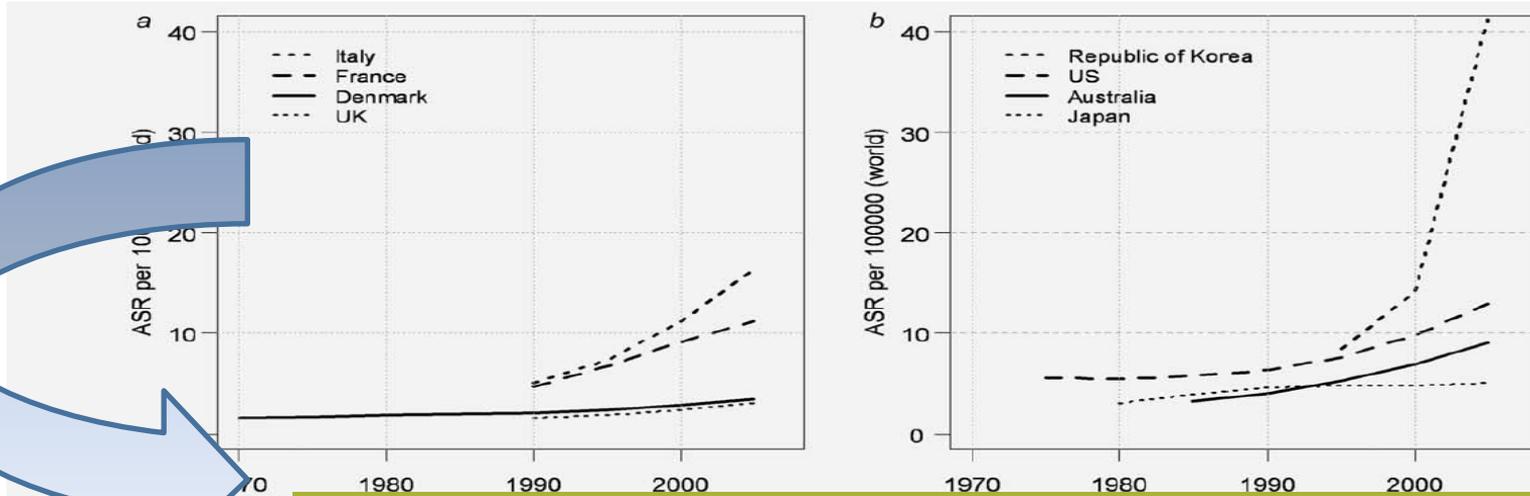


Figure 1. Age-standardized ASR per 100,000

- It seems difficult to conceive any modern lifestyle or environmental risk factor that may have abruptly affected TC incidence in some countries so heavily, and, in the same period, have relatively spared other ones;
- The organization of the health systems and the penetration of new diagnostic and screening practices are key elements that nowadays differ substantially even across the most developed countries.

2014 Nov 12. *Thyroid cancer: an epidemic of disease or an epidemic of diagnosis?* Franceschi S Vaccarella S

Epub



Tumore tiroideo: epidemia di malattia o epidemia di diagnosi?

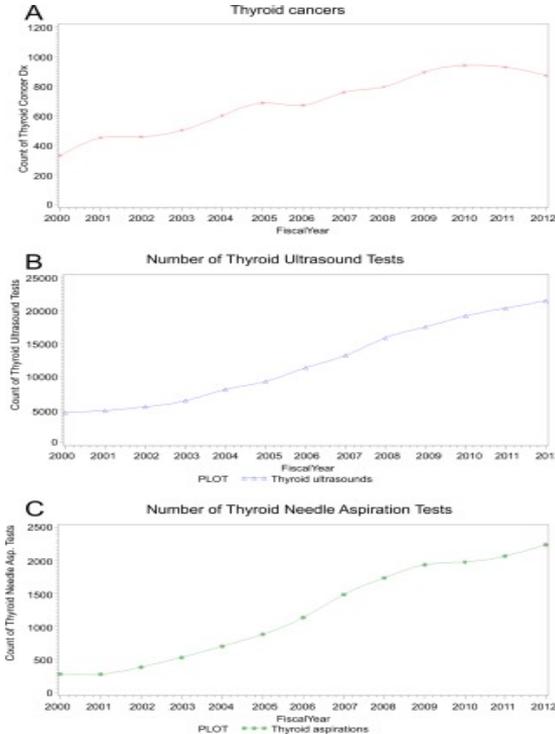


ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

10.889.000 soggetti: 8870 K tiroide
157.000 eco tiroide
15.576 FNA

Percentuale di positività per malignità dal 2002 al 2012
nelle FNA è diminuita dal 95%
al 39%



Zevallos JP Cancer 2015,121:741-6



Roma, 8-11 novembre 2018

ATA Linee guida 2015



ITALIAN CHAPTER



- **Familiarità per K tiroideo e MEN**
- **Esposizioni a radiazioni o trattamenti radianti esterni di capo, collo o intero corpo, specie in età pediatrica o adolescenziale**
- **Età (inferiore ai 20 anni e sopra ai 70 anni)**
- **Sesso maschile**
- **Paese di origine**
- **Partecipazione a missioni militari**
- **Crescita rapida del nodulo**
- **Consistenza dura e fissità del nodulo**
- **Segni compressivi persistenti al collo**
- **Linfoadenopatia cervicale e sopraclaveare**

**Ecografia tiroidea
Quando?**

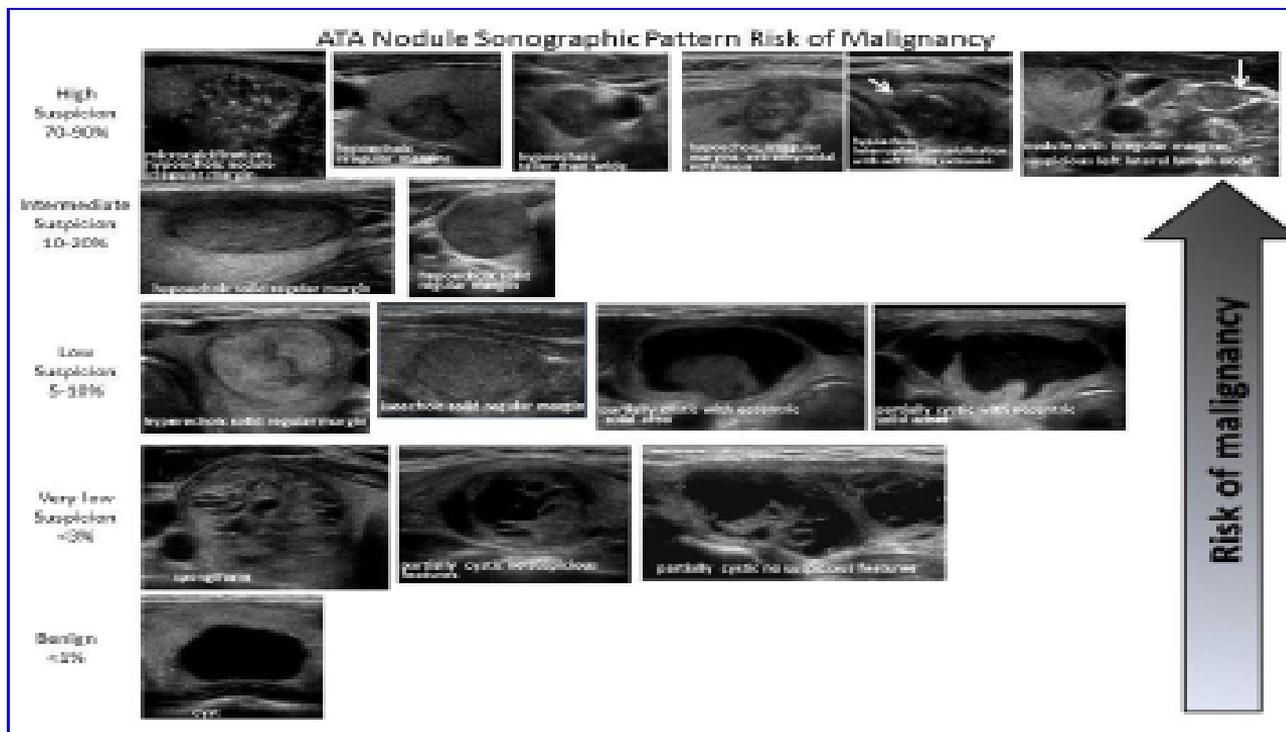


Figure 2. ATA nodule sonographic patterns and risk of malignancy



2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients
with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

Table 6. Sonographic patterns, estimated risk of malignancy and FNA guidance for thyroid nodules.

Sonographic Pattern	US features	Estimated risk of malignancy	Consider biopsy/FNA size cutoff (largest dimension)
High suspicion	Solid hypoechoic nodule or solid hypoechoic component of a partially cystic nodule with one or more of the following features: irregular margins (infiltrative, microlobulated), microcalcifications, taller than wide shape, rim calcifications with small extrusive soft tissue component, evidence of extrathyroidal extension	>70-90%*	Recommend FNA at > 1 cm
Intermediate suspicion	Hypoechoic solid nodule with smooth margins without microcalcifications, extrathyroidal extension, or taller than wide shape	10-20%	Recommend FNA at > 1 cm
Low suspicion	Isoechoic or hyperechoic solid nodule, or partially cystic nodule with eccentric solid areas, without microcalcification, irregular margin or extrathyroidal extension, or taller than wide shape.	5-10%	Recommend FNA at > 1.5 cm
Very low suspicion	Spongiform or partially cystic nodules without any of the sonographic features described in low, intermediate or high suspicion patterns	< 3%	Consider FNA at > 2 cm Observation without FNA is also a reasonable option
Benign	Purely cystic nodules (no solid component)	< 1%	No biopsy**



Roma, 8-11 novembre 2018

2017



ITALIAN CHAPTER



per una
Medicin@Sostenibile

**Marco Caputo,
Michela Armigliato, Dominique Van Dorne, Vincenzo Giammarco,
Antonella Marcello, Simonetta Marucci, Sara Cassibba, Micaela Pellegrino,
Sergio Mariani, Vincenzo Triggiani, Piero Baglioni ...**



Roma, 8-11 novembre 2018

Survey AME 2017



ITALIAN CHAPTER



Survey: le Società Scientifiche che hanno aderito - gennaio 2018



Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica

Raccomandazioni: marzo 2014

Survey: novembre 2017 (Congresso Nazionale) - 165 rispondenti



Associazione Medici Endocrinologi

Raccomandazioni: aprile 2015

Survey: gennaio 2018 (on line) - 519 rispondenti



Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera

Raccomandazioni: ottobre 2016 (6 pratiche)

Survey: settembre 2017 - ottobre 2017 (on line) - 169 rispondenti



Associazione Nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo

Raccomandazioni: marzo 2017

Survey: novembre-dicembre 2017 (on line) - 163 rispondenti



Società Italiana di Genetica Umana

Raccomandazioni: febbraio 2015

Survey: novembre 2017 (Congresso Nazionale) - 84 rispondenti



Roma, 8-11



fare di più
non significa fare meglio
Choosing Wisely Italy



ITALIAN CHAPTER

FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO CHOOSING WISELY ITALY

I° Congresso Nazionale

Dr.ssa Armigliato Michela
AULSS 5 Polesana

22 - 23 marzo 2018

IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
via La Masa 19 - Milano



Roma, 8-11 novembre 2018

Ecografia tiroidea



ITALIAN CHAPTER



1

Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo

L'ecografia tiroidea è un esame fondamentale nella diagnostica delle patologie tiroidee; il suo impiego, tuttavia, deve avvenire in un contesto clinico appropriato. Piccoli noduli tiroidei sono molto frequenti nella popolazione generale e, nella maggior parte dei casi, benigni. Nelle ultime decadi, inoltre, si è registrato un notevole incremento di diagnosi di carcinoma tiroideo (spesso differenziato e di piccole dimensioni), non associato ad aumento della mortalità, evidenziandosi in tal modo una condizione di overdiagnosis. L'esecuzione indiscriminata delle ecografie non solo individua un numero elevato di noduli tiroidei privi di "peso patologico" ma può essere causa di ansia nel paziente e di un aumento delle procedure diagnostiche e degli interventi chirurgici, con conseguenti costi ingiustificati per la collettività, oltre che possibili danni per il paziente.

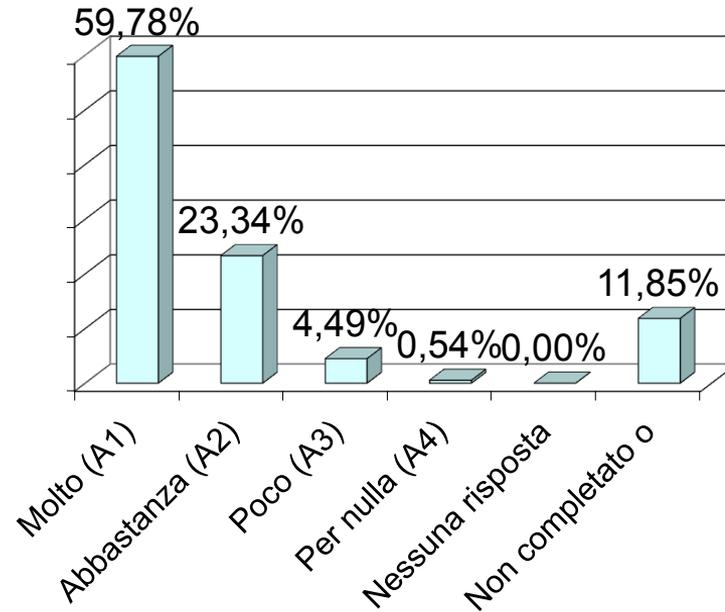


Roma, 8-11 novembre 2018

Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea in soggetti non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo: Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?

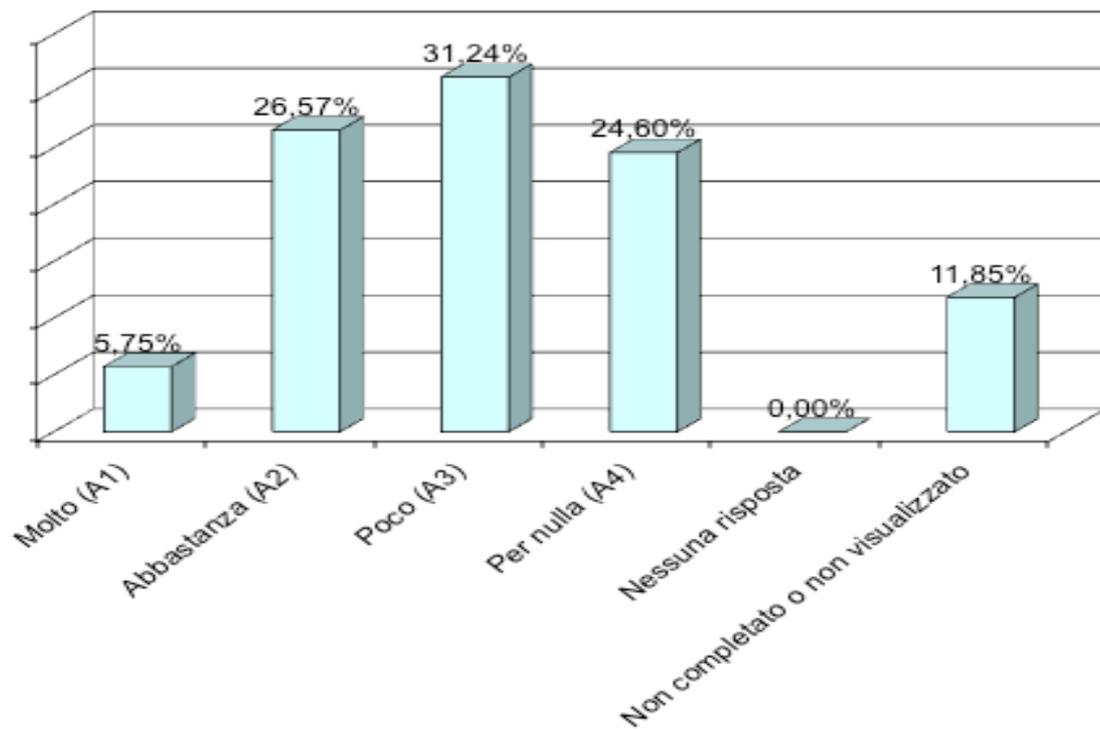


ITALIAN CHAPTER



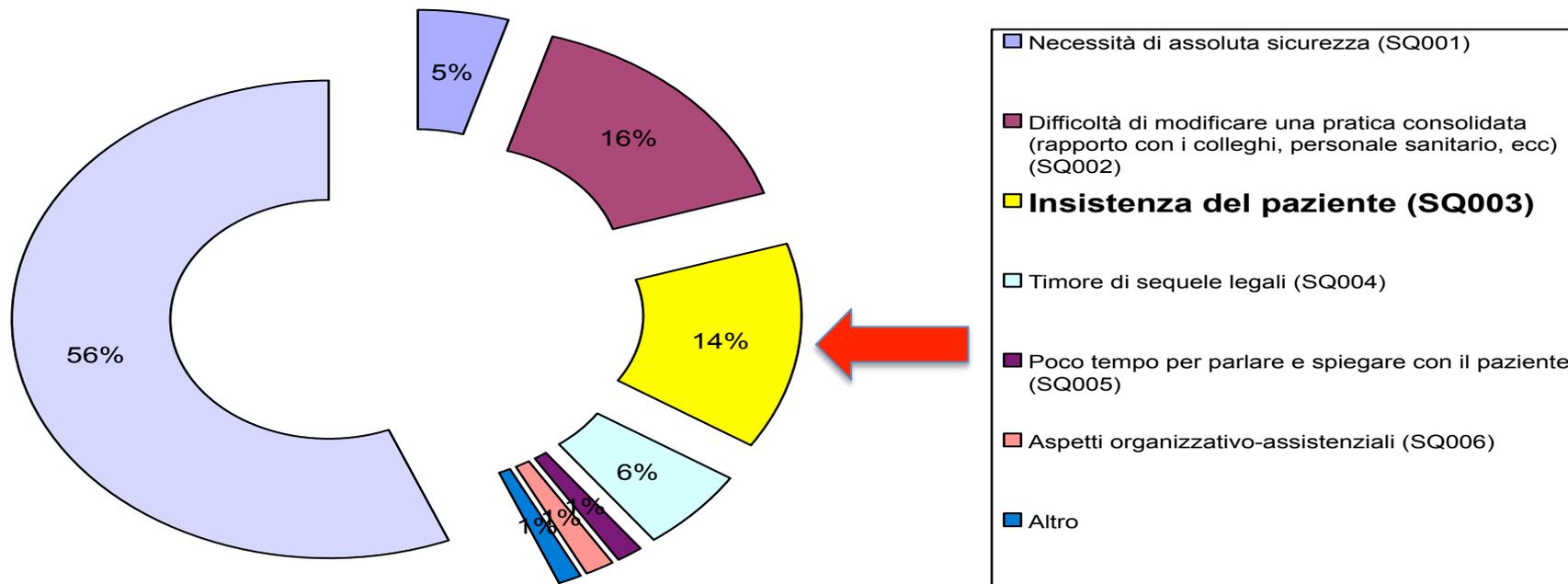


Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea in soggetti non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo: Ritieni che sia difficile da applicare?





Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea in soggetti non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo: Per quali ragioni?





Roma, 8-11 novembre 2018

Paziente informato



ITALIAN CHAPTER





Roma, 8-11 novembre 2018

Paziente = cliente



ITALIAN CHAPTER



**“La scelta”
Giuseppe Remuzzi
Sperling & Kupfer 2015**



Roma, 8-11 novembre 2018

Non è solo colpa del parrucchiere !



ITALIAN CHAPTER

