

## TERAPIA PER IPERTIROIDISMO CON 131IODIO - NOTA INFORMATIVA

Gentile Signore, Gentile Signora,

la terapia con radioiodio ( $^{131}\text{I}$ ), decisa in accordo con il suo medico specialista endocrinologo, rappresenta per Lei, in questo momento, la modalità di trattamento più adeguata per curare la sua forma di ipertiroidismo (eccessiva produzione di ormoni tiroidei).

### **INTRODUZIONE: cos'è la terapia con radioiodio**

Tale terapia viene utilizzata fin dagli anni '50 per il trattamento dell'ipertiroidismo e numerosi studi condotti per decenni, su migliaia di pazienti, hanno dimostrato la sua assoluta sicurezza. In particolare, nei pazienti trattati, non è stato evidenziato un aumento di incidenza di tumori correlabile alla terapia con radioiodio, così come, durante la gravidanza di donne trattate con radioiodio, non si sono verificati aumenti della probabilità di aborto o di malformazioni del nascituro. Tale terapia **può essere somministrata anche nei pazienti allergici allo iodio**, senza alcun rischio di effetti collaterali. Lo iodio presente in forma radioattivo ( $^{131}\text{I}$ ) non raggiunge infatti concentrazioni farmacologiche tali da poter indurre reazioni allergiche.

### **IL RAZIONALE: come funziona la terapia con radioiodio**

Il radioiodio, dopo essere stato ingerito, viene accumulato per la maggior parte all'interno della sua ghiandola tiroidea, mentre la quota rimanente viene eliminata con le urine nel giro di pochi giorni. Le radiazioni, emesse dal radioiodio concentrato all'interno delle porzioni di ghiandola iperfunzionante, distruggono un numero variabile di cellule tiroidee. In questo modo la piena e completa guarigione dall'ipertiroidismo si raggiunge generalmente in circa 2-3 mesi dall'assunzione del radioiodio. Tuttavia, in alcune forme di ipertiroidismo particolarmente resistenti, si potrebbe rendere necessaria la ripetizione della terapia con radioiodio a distanza di alcuni mesi dalla precedente. Poiché è difficile calcolare con esattezza la dose di radiazioni adeguata a distruggere la giusta quota di tessuto tiroideo iperfunzionante, in alcuni casi il trattamento potrebbe comportare una significativa riduzione della funzionalità della sua tiroide, con conseguente condizione di ipotiroidismo (insufficiente produzione di ormoni tiroidei). L'ipotiroidismo, che potrebbe insorgere a distanza di alcuni mesi-anni dal trattamento con radioiodio, determinerebbe la necessità di assumere una compressa di ormone tiroideo (levotiroxina) ogni giorno e per tutta la vita, al fine di sostituire la funzione della ghiandola "spenta".

## LA PREPARAZIONE: cosa fare in previsione della terapia con radioiodio

Alcuni giorni prima della somministrazione del radioiodio, il suo medico endocrinologo di riferimento le chiederà, nel caso, di sospendere l'assunzione di alcuni farmaci in grado di tenere controllato il suo ipertiroidismo. In particolare: **Tapazole** (metimazolo 5 mg): deve essere sospeso fino a 7 giorni prima dell'assunzione del radioiodio; **Propylcil** (Propiltiouracile 50 mg) deve essere sospeso fino a 14 giorni prima dell'assunzione del radioiodio.

Le modalità e le tempistiche con cui effettuare tale sospensione le saranno comunicate dal suo medico endocrinologo. **NON SOSPENDA MAI L'ASSUNZIONE DEI FARMACI DI SUA INIZIATIVA E SENZA AVER CONSULTATO PRIMA IL SUO MEDICO.**

Per le donne in età fertile, pochi giorni prima del trattamento, dovranno effettuare un test di gravidanza, il cui risultato dovrà essere esibito al Medico Nucleare il giorno previsto per la terapia. In caso di positività di tale test, dovrà prontamente contattare il personale medico della Medicina Nucleare al seguente numero: 0523-303521.

## IL GIORNO DELLA TERAPIA

Il giorno in cui assumerà la capsula di radioiodio, lei:

- dovrà presentarsi allo sportello CUP posto al Piano 1 dell'edificio polichirurgico per la procedura di accettazione. Qui la nostra segretaria le darà le prime indicazioni per recarsi presso il reparto di Medicina Nucleare. Una volta giunto/a in reparto il nostro personale la farà accomodare in sala di attesa
- dovrà presentarsi **a digiuno da cibi solidi da 4 ore.**
- dopo l'assunzione della capsula di radioiodio, potrà ritornare a casa, avendo cura di **mantenere il digiuno per i cibi solidi per ulteriori 2 ore.**

In alcuni casi la terapia con radioiodio potrebbe provocare un transitorio peggioramento dell'ipertiroidismo, con comparsa in particolare di palpitazioni (tachicardia). Se fastidiosa, le consigliamo di rivolgersi al suo medico endocrinologo di riferimento che, nel caso e se indicato, le potrà prescrivere una terapia farmacologica in grado di controllare questi sintomi in maniera efficace.

Ulteriori effetti collaterali sono rappresentati da: comparsa di dolore/tumefazione del collo, un temporaneo cambiamento del tono di voce, una leggera difficoltà di respirare. Tali disturbi scompaiono in genere spontaneamente (nel giro di 3-4 giorni), non comportano conseguenze e possono essere attenuati con terapia antinfiammatoria.

In alcuni pazienti affetti da esoftalmo si potrebbe osservare un peggioramento dell'oftalmopatia dopo trattamento con radioiodio. In questi casi si consiglia l'esecuzione di una visita oculistica preliminare alla terapia, sulla base della quale le potrà essere prescritta una terapia cortisonica. Il cortisone infatti impedisce tale peggioramento e fa sì che la presenza di esoftalmo non costituisca una controindicazione al trattamento con radioiodio.

### **I GIORNI SUCCESSIVI ALLA TERAPIA: cosa fare dopo il trattamento**

Per **7 giorni** dopo la somministrazione del radioiodio è suo obbligo e responsabilità rispettare, le seguenti norme di comportamento, in maniera che i suoi familiari e gli altri individui della popolazione non vengano sottoposti ad una esposizione alle radiazioni superiore ai limiti fissati dalla legislazione vigente (Allegato XXV parte II, comma 8 e dell'allegato XIV, paragrafo 3.8, lettera d, e dell'articolo 158 del D. Lgs 101/20).

Durante tale periodo, Lei:

- non dovrà sedersi o rimanere vicino ad altre persone, mantenendosi ad una distanza da loro maggiore di 1 metro. Nel caso si trattasse con loro a lungo (*per più di un'ora*), la distanza consigliata è quella di almeno 2 metri.
- dovrà evitare contatti stretti e prolungati con bambini di età inferiore ai due anni e con donne in stato di gravidanza, mantenendosi ad una distanza da loro di almeno 2 metri.
- dovrà riservare una simile attenzione anche ad individui di età compresa tra 2 e 18 anni, mantenendosi ad una distanza da loro di almeno 2 metri.
- dovrà utilizzare, se possibile, un bagno personale, azionando lo scarico del wc un paio di volte dopo aver urinato (o essere andato/a di corpo) e lavandosi accuratamente le mani prima di uscire, al fine di evitare eventuali contaminazioni dell'ambiente. Ai pazienti di sesso maschile si consiglia di urinare in posizione seduta.
- dovrà evitare la frequentazione di luoghi molto affollati, ove si soggiorna per lungo tempo ed a stretto contatto con gli altri, come cinema o teatri.
- dovrà limitare l'impiego di mezzi di trasporto pubblici per viaggi della durata di più di due ore, cercando se possibile un posto isolato e comunque non vicino a bambini o donne giovani (o in stato di gravidanza). Nel caso dovesse utilizzare taxi o automezzi privati, dovrà scegliere il posto a maggiore distanza dal conducente.
- In caso di ricovero ospedaliero imprevisto nei giorni successivi alla somministrazione del radioiodio, dovrà informare il personale medico relativamente al suo recente trattamento con radioiodio.
- una minima parte di iodio radioattivo verrà eliminata anche con il sudore o la saliva. Una volta lavate, posate, stoviglie, asciugamani, lenzuola, ecc. potranno essere usate anche da altre persone in totale sicurezza.

Se le persone con cui Lei viene a contatto hanno un'età superiore a 60 anni, il rischio dovuto all'esposizione alle radiazioni ionizzanti è molto più basso, ed è meno importante seguire le istruzioni sopra riportate.


**Dopo la somministrazione del radioiodio e prima di iniziare una gravidanza è preferibile far trascorrere un adeguato intervallo di tempo (4-6 mesi) in maniera da raggiungere anche un completo equilibrio ormonale tiroideo.**

La ripresa della normale attività lavorativa dopo il trattamento con radioiodio dipende dal tipo e dalle condizioni di lavoro.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Nucleare

\_\_\_\_\_

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale	PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI	ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 1/3
	<b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI          TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b>	

### Allegato 1


COGNOME Del/della paziente		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
UNITÀ OPERATIVA		OSPEDALE	
DIAGNOSI o indirizzo diagnostico			
TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO (atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo)			

Si procede al suddetto trattamento sanitario per consenso presunto/stato di necessità (L. 219/2017, art. 1, comma 7 e art 54 c.p.), in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

### INFORMAZIONI FORNITE DURANTE IL COLLOQUIO

Su richiesta del paziente il colloquio avvenuto alla presenza di: (è possibile barrare più voci) <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> il tutore/ il curatore (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> la persona di fiducia (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> altri (specificare) _____
In assenza di rinuncia parziale sono state fornite le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosi od orientamento diagnostico</li> <li>- Indicazione ed aspettative migliorative/risultati attesi del trattamento</li> <li>- Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo</li> <li>- Vantaggi e limiti prevedibili</li> <li>- Rischi e/o complicanze prevedibili (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie del caso specifico)</li> <li>- Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (comprese le loro aspettative migliorative / rischi / complicanze)</li> <li>- Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento</li> <li>- Accertamenti, visite e terapie eventualmente necessarie nel percorso che precede e segue il trattamento</li> <li>- Altro (specificare) _____</li> </ul>

Inoltre con i limiti della volontà del paziente ad una informazione anche solo parziale (segnare obbligatoriamente l'opzione attuata)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></p>	<p>ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 2/3</p>
---	--	---

### Allegato 1

a supporto delle suddette informazioni è stato illustrato e consegnato materiale informativo specifico, nonché è stata trattenuta copia controfirmata dal/la paziente e/o dalla persona di fiducia o dal rappresentante legale: amministratore di sostegno (eventuale co-firmatario), tutore, curatore

in assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio facendo firmare per presa visione il/la paziente, e/o persona di fiducia, o il rappresentante legale: amministratore di sostegno, tutore, curatore

E' stato fornito il seguente recapito telefonico da poter contattare per chiarimenti: \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>DATA _____</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

### ESPRESSIONE DEL CONSENSO/DISSENSO

Avendo ben compreso le informazioni ricevute, confermando di aver potuto richiedere ulteriori spiegazioni,

**ACCONSENSO** all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>Data _____</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

Pur avendo ben compreso le informazioni ricevute e dando atto di aver potuto richiedere ogni spiegazione a riguardo, consapevole delle possibili conseguenze negative correlate ad una esecuzione solo parziale del trattamento o alla sua mancata esecuzione o al rinvio dello stesso o ad una


**ACCONSENSO** solo ai seguenti atti diagnostico-terapeutici:

(specificare) \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>Data _____</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

**NON ACCONSENTO** all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

<p style="text-align: center;">FIRMA</p>	<p>Data _____</p>
--	-------------------

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></p>	<p>ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 3/3</p>
---	--	---

**Allegato 1**

<input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
--	---------------------------

**REVOCO** il consenso in precedenza prestato all'esecuzione del trattamento sanitario proposto

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia	<p style="text-align: center;">Data</p> TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
---	---

L'Azienda USL di Piacenza (titolare) tratta i dati personali raccolti nel presente modulo per adempiere agli obblighi legali previsti dalla legge 219/2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"). I dati personali potranno essere comunicati a soggetti autorizzati coinvolti nel percorso di cura del paziente e nei casi specificatamente previsti dalla legge o qualora l'interessato lo autorizzi, a soggetti pubblici e privati che agiscono in qualità di titolari autonomi. Questo modulo sarà conservato unitamente alla documentazione sanitaria del paziente e per la medesima durata. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali incluse le modalità di esercizio dei diritti, sono consultabili nella sezione privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza