



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena

Consiglio Direttivo:

Presidente:

dott. Aulizio Giancarlo

Vice Presidente:

dott. Gaudio Michele

Segretario:

dott. Ragazzini Alessandro

Tesoriere:

dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Consiglieri:

dott. Balistreri Fabio

dott. Cancellieri Claudio

dott. Dell'Amore Davide

dott. Di Lauro Maurizio

dott. Galassi Andrea

dott.ssa Gunelli Roberta

dott. Lucchi Leonardo

dott. Paganelli Paolo

dott. Ragazzini Marco

dott.ssa Rossi Maria

Antonietta

dott. Sbrana Massimo

dott. Simoni Claudio

Commissione Albo Odontoiatri:

Presidente:

dott. Di Lauro Maurizio

Segretario:

dott. Paganelli Paolo

Consiglieri:

dott. Alberti Andrea

dott. D'Arcangelo Vito

Notiziario

OMCeO Forlì-Cesena

n. 14

Orari Segreteria Ordine

mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00

pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30

sabato chiuso

Contatti

tel. 054327157 fax. 054324940

sito internet: www.ordinemedicifc.it

e mail : info@ordinemedicifc.it segreteria.fc@pec.omceo.it

Convegni e Congressi

Corsi ECM

Tavolo Associazioni ambientaliste Forlivesi - Comune di Forlì

Presentazione del film

« Una Montagna di Balle – docutrashfilm »

Con il patrocinio del Comune di Forlì

Forlì, 26 luglio ore 21.00

Piazzetta della Misura

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:
dott. Tolomei
Pierdomenico

Revisori:

dott. Castellini Angelo
dott.ssa Orlandi Vania

Revisore supplente:

dott. Milandri Massimo

**Commissione
Comunicazione ed
Informazione**

Coordinatore:

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Balistreri Fabio

Dott. Cancellieri Claudio

Dott. Dell' Amore Davide

Dott. Milandri Massimo

Dott. Ragazzini Alessandro

Dott. Simoni Claudio

Dott. Gaudenzi Francesco

**Commissione per
l'Aggiornamento
Professionale**

Coordinatore:

Dott. Cancellieri Claudio

Dott.ssa Frattini Fiammetta

Dott. Galassi Andrea

Dott. Milandri Massimo

Dott.ssa Orlandi Vania

Dott. Paganelli Paolo

**Commissione per la
Pubblicità Sanitaria**

Coordinatore:

Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. D'Arcangelo Vito

Dott. Milandri Massimo

Dott. Smeraldi Renato

Aggiornamento Professionale

Linee guida e conflitto di interessi

Le Linee Guida giocano oggi un ruolo importante nell'indirizzare le pratiche cliniche e nel promuovere iniziative di miglioramento della qualità dell'assistenza. E purtroppo cominciano a essere importanti anche in sede giudiziaria, anche se non sempre riflettono la reale attività dei colleghi sul campo, soprattutto nella Medicina Generale. Quasi tutte le Linee Guida si riconducono alla evidence based medicine; tuttavia l'evidenza è aperta a differenti interpretazioni, la composizione del panel di esperti coinvolti può influenzare le Linee Guida e le raccomandazioni possono risentire della presenza di un conflitto di interessi (di ordine economico o anche di tipo intellettuale)

In un articolo pubblicato su "Annals of Internal Medicine", Gordon Guyatt e collaboratori analizzano questo problema. È ormai divenuto uno standard costante riportare in modo trasparente, all'interno delle Linee Guida, i conflitti di interesse di tipo economico-finanziario degli autori. Tuttavia è tutt'altro che dimostrato che tali dichiarazioni siano sufficienti ad annullare gli effetti di eventuali conflitti. In alcuni casi sono state introdotte altre salvaguardie, quali, per esempio, una limitazione "ragionevole" dei rapporti con le industrie farmaceutiche o l'esclusione dei soggetti con conflitti di interesse più significativi da un ruolo di coordinamento nella estensione delle Linee Guida. Peraltro, l'esclusione totale dalla elaborazione delle Linee Guida di chi ha una qualche forma di conflitto rischierebbe di allontanare i migliori esperti di settore e i leader che hanno per lungo tempo approfondito le tematiche che si intendono affrontare.

Alcuni esempi innovativi circa le modalità da seguire nella pubblicazione delle Linee Guida provengono dall' American College of Chest Physicians che sta elaborando la 9° edizione delle Linee Guida sull'uso dei farmaci anti-trombotici nella prevenzione e terapia della trombosi venosa e arteriosa:

1) gli esperti nominati debbono comunicare tutte le attività professionali, il supporto a piani di ricerca, le consulenze e le relazioni remunerate dalle industrie farmaceutiche

2) durante il lavoro di sviluppo delle Linee Guida gli esperti coinvolti debbono rifiutare ogni attività che comporti rapporti commerciali con le industrie

3) per ogni capitolo è stato designato quale editor (*chapter editor*) un metodologo privo di conflitti economici o intellettuali, responsabile degli indirizzi e della forza delle raccomandazioni

4) gli esperti di area (*deputy editors*) con conflitto di interesse non partecipano alle votazioni sulle decisioni da prendere

5) è introdotto il concetto di conflitto "intellettuale" riferito ad attività che potenzialmente possono portare a un particolare attaccamento a uno specifico punto di vista e condizionare, quindi, il giudizio complessivo

6) costruzione e compilazione di una griglia di interessi riferiti a tutte le raccomandazioni che vengono formulate.

Questo nuovo approccio dovrebbe salvaguardare 2 obiettivi, entrambi ritenuti essenziali:

- acquisire le migliori competenze degli esperti di settore, anche se portatori di conflitto di interesse
- mantenere le raccomandazioni il più possibile libere da influenze non corrette.

La stesura definitiva delle Linee Guida, secondo questa metodologia, deve comunque essere sottoposta a una revisione estesa e indipendente.

(Guyatt G et al. *The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. Ann Intern Med 2010;152:738*).

**Commissione
Regolamento Ordine**

Coordinatore:

Dott. Gaudio Michele

Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. Ragazzini Alessandro

Avv. Farolfi Francesco

Il cioccolato nero ha effetti sulla ipertensione ?

Molti studi hanno documentato l'effetto favorevole del cioccolato nero sull'insulino-sensibilità, sulla funzione endoteliale e sugli eventi cardiovascolari. Sembra anche che l'assunzione con la dieta di cioccolato nero (si parla solo di cioccolato nero, ad alta percentuale di cacao, non di quello al latte) abbia un effetto benefico sull'ipertensione e sulla pre-ipertensione, ma gli studi sono ancora poco numerosi e i risultati non sono univoci. "Hypertension" ha recentemente pubblicato una revisione critica di 13 studi sull'argomento (8 in aperto e 6 in doppio cieco), da cui risulta che il cioccolato nero ha abbassato la pressione in 6 dei 7 studi in aperto, ma solo in uno degli studi in doppio cieco. È quindi un effetto placebo ? Non sembra, perché gli studi in doppio cieco hanno utilizzato metodologie criticabili e comunque sono di difficile attuazione in quanto gli elementi bioattivi del cacao sono riconoscibili al sapore. Inoltre intervengono importanti elementi socioculturali, tra cui la percentuale di cacao, la preparazione stessa del cioccolato: i procedimenti non sono tutti uguali, sono in parte segreti, e possono pesantemente influire sui principi attivi. Nel complesso comunque l'effetto favorevole sull'ipertensione sembra esserci, forse per un'aumentata produzione di NO, ma molti quesiti rimangono da definire: quali sono i dosaggi migliori ? Quali le percentuali di cacao migliori ? A quale tipo di popolazione ci si deve rivolgere ? C'è una marca di cioccolato (o un modo di preparazione) migliore delle altre ? Quali sono gli effetti avversi ? Rispondere a queste domande può portare a piacevoli raccomandazioni, una volta tanto, per milioni di soggetti ipertesi e pre-ipertesi. (*Hypertension* 2010;55:1289-1295)

Iperproliferazione prostatica benigna, meglio la chirurgia

La chirurgia dell'iperproliferazione prostatica benigna (IPB) si rivela più efficace contro l'incontinenza e nell'alleviare i sintomi dell'ostruzione urinaria rispetto al trattamento farmacologico. Questo è quanto emerge dai risultati di uno studio di comunità condotto da Amy Krambeck e collaboratori della Mayo clinic di Rochester, Minnesota (USA). L'indagine, presentata in occasione del meeting annuale dell'American Urological Association, svoltosi a San Francisco a fine Maggio, è stata svolta su 2.184 uomini di età compresa tra 40 e 79 anni affetti da iperproliferazione prostatica, seguiti per 17 anni. I partecipanti hanno compilato annualmente un apposito questionario sui sintomi urinari e sulla gravità dell'incontinenza prima e dopo aver ricevuto i differenti tipi di trattamento. La maggior parte dei pazienti non ha seguito alcuna terapia (72%), alcuni sono stati trattati con gli antagonisti dei recettori alfa-adrenergici (14%), altri con gli inibitori della 5-alfa-reduttasi (9%) mentre l'1% e il 4% sono stati rispettivamente avviati a chirurgia laser e a resezione transuretrale della prostata (Turp). Si è visto che i pazienti sottoposti a Turp hanno beneficiato di una maggiore riduzione dei sintomi e dell'incontinenza rispetto ai soggetti sottoposti a tutti gli altri tipi di trattamento. «Solo il gruppo Turp ha riportato un decremento dell'incontinenza» aggiunge Amy Krambeck. "Si è passati da un tasso di incontinenza pre-Turp pari al 64,5% al 41,9% dopo l'intervento". Il positivo effetto della Turp sull'incontinenza raggiunge la significatività quando viene confrontato con l'incremento del sintomo registrato nei pazienti in trattamento farmacologico e con la mancata riduzione del disturbo osservata dopo vaporizzazione laser.

La massa tumorale non incide sugli esiti della prostatectomia

Un altro studio urologico, eseguito allo Sloan-Kettering Cancer Centre di New York, ha considerato il rapporto tra la dimensione della ghiandola prostatica e il futuro della malattia tumorale. Certamente, un notevole volume prostatico è un elemento di difficoltà per l'intervento di prostatectomia radicale, ma lo studio conclude che non sembra essere associato a una maggiore o minore progressione della malattia a 1 anno. Non si conferma, quindi, un ruolo prognostico significativo per le dimensioni della massa neoplastica, perché i valori funzionali o biochimici legati alla malattia tumorale non cambiano, qualunque sia la grandezza della ghiandola asportata. Lo studio ha preso in considerazione 3.067 soggetti sottoposti a prostatectomia radicale ma non a chemioterapia adiuvante o neoadiuvante nel periodo 1998-2007. Mediante opportune analisi statistiche si è valutata l'eventuale associazione tra il peso del campione esciso, le ricorrenze biochimiche e lo stato dei margini chirurgici. Tra i parametri analizzati vi erano anche la continenza e la potenza, valutati in funzione dell'età, dell'approccio chirurgico e della possibilità di nerve sparing. I risultati dimostrano che a masse di maggiori dimensioni corrispondono una perdita di sangue intra-operatoria più elevata e interventi di più lunga durata. Si riduce significativamente, invece, il rischio di margini chirurgici positivi (14% per masse ≤40g vs 10% per masse >65g). A 1 anno, le ricorrenze biochimiche osservate, 186

su 2.882 pazienti al follow up, non erano associate alla grandezza della prostata. I dati di continenza e di potenza erano, invece, 82% e 51%, rispettivamente, indipendentemente dalla grandezza del campione asportato (*Journal of urology, 2009;182(3):949-55*)

La misurazione domiciliare della pressione genera ansia

La automisurazione della pressione arteriosa è ampiamente utilizzata per la diagnosi ed il follow-up dell'ipertensione. Tuttavia ci sono pochi dati circa i suoi effetti sulla qualità della vita e sull'ansia che potrebbe provocare nei pazienti che si sottopongono a questa pratica, e molti colleghi sanno che l' avere a disposizione un misuratore della PA può provocare anche dei "seri" effetti collaterali su alcuni dei nostri assistiti. A tale proposito è stato condotto uno studio prospettico su 50 pazienti ipertesi francesi, che hanno eseguito tre misurazioni della pressione arteriosa ogni mattina e ogni sera per cinque giorni presso il proprio domicilio. La qualità della vita è stata valutata attraverso un questionario somministrato per telefono. L'incidenza di ansia in questi pazienti è stata del 20%. Come era prevedibile, i pazienti più ansiosi sono risultati quelli residenti in città e quelli con livelli di istruzione elevati. Questi pazienti tendevano ad avere valori di pressione diastolica automisurata più alta rispetto ai soggetti non ansiosi. Per fortuna, nei pazienti che tre mesi dopo si sono sottoposti ad un secondo periodo di automisurazione l'ansia si è ridotta del 40%.

Questi risultati suggeriscono che l'automisurazione della pressione può provocare ansia in alcuni pazienti, ma che tale effetto collaterale può diminuire nel tempo, con l'abitudine a questo tipo di misurazione. (*Hautefeuille A, Jeffredo P, Cadier S, Dessolle L, Le Reste JY. Home blood pressure measurement: source of anxiety? Prospective observational study. Rev Prat 2009;59:3-6.*)

Bassa statura ? Cuore più a rischio !

Una analisi sistematica e meta-analisi di tutte le evidenze scientifiche disponibili sul tema, pubblicata recentemente online su "European Heart Journal" e condotta da ricercatori dell'università di Tampere, Finlandia, ha concluso che le persone di bassa statura sono più a rischio di sviluppare malattie cardiovascolari rispetto a chi è più alto. Tuula Pajananen, una delle autrici, fa notare che negli anni, a partire dal 1951, è stato raccolto un gran numero di studi su questo argomento, che però ha dato risultati diversi e spesso discordanti fra di loro.

Per avere una risposta definitiva, la nuova indagine ha preso in considerazione il materiale contenuto in 52 ricerche precedenti, effettuate su un totale di oltre tre milioni di persone. I risultati confermano che gli adulti di bassa statura (in media 160,5 centimetri), siano essi uomini o donne, corrono un pericolo di una volta e mezzo superiore di sviluppare disturbi a cuore e arterie rispetto alle persone più alte (in media 173,9 centimetri). Presi separatamente, gli uomini più bassi corrono un rischio cardiovascolare del 37% superiore rispetto a quelli con una statura maggiore, mentre fra le donne questa percentuale sale al 55%. Per gli autori dello studio un'altezza 'contenuta', dunque, "può essere considerata come fattore di rischio, dato che viene impiegata anche per calcolare l'indice di massa corporea, ampiamente utilizzato per quantificare il pericolo di disturbi al cuore. Ma non bisogna preoccuparsi se non si è molto alti: la bassa statura è solo un elemento fra i tanti in grado di influenzare il nostro stato di salute e, se su di essa non possiamo intervenire, possiamo farlo invece sul peso e sugli stili di vita".

Il diabete aumenta rischio di tumore per lei ma riduce i pericoli per lui

Uno studio Israeliano, pubblicato in Giugno, ha dimostrato che il Diabete tipo 2 riduce i rischi che gli uomini si ammaliano di cancro alla prostata. Invece, sembra che una diagnosi di diabete raddoppi il rischio di tumore ai genitali femminili o altri tipi di neoplasia nelle donne. L'indagine, eseguita a Tel Aviv, è stata pubblicata su "Cancer Causes & Control" ed è stata condotta su 16.721 diabetici. I ricercatori hanno preso in esame i pazienti monitorando, sin dal 2000, il rischio di ammalarsi di cancro. "Per gli uomini - riconosce Gabriel Chodick, a capo della ricerca - questo studio rappresenta senz'altro una buona notizia". Lo studio, infatti, dimostra che il diabete sembra avere effettivamente un effetto preventivo su alcune patologie come il cancro della prostata, riducendo il rischio di tumori associati con gli ormoni dell'insulina di un buon 47%. Non tutti i mali, dunque, vengono per nuocere. Ma è vero anche il contrario, almeno per le donne. "L'interazione del diabete con gli ormoni femminili - riconosce lo studioso - sembra aumentare il rischio per alcuni organi come l'utero e le ovaie, più ricettivi a certi tipi di cancro".

Rischio gastrointestinale, variabilità tra i Fans

Un nuovo studio ha ribadito che alle dosi comunemente utilizzate nella popolazione generale, i farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans) differiscono tra loro in relazione al rischio di sanguinamento o perforazione del tratto gastrointestinale (Gi) superiore. I pericoli maggiori si associano ai farmaci caratterizzati da una lunga emivita o da formulazioni a lento rilascio e/o capaci di ottenere una profonda e contemporanea inibizione (>80%) di entrambi gli isoenzimi della ciclossigenasi (Cox). Questa ennesima segnalazione è il risultato di una revisione sistematica di studi osservazionali pubblicati tra il 2000 e il 2008 condotta da Elvira Massó Gonzales e Luis García Rodríguez del Centro spagnolo di ricerca farmacoepidemiologica di Madrid, in collaborazione con Paola Patrignani e Stefania Tacconelli, del Centro studi dell'invecchiamento dell'università G. D'Annunzio di Chieti.

Il rischio relativo (Rr) di sanguinamento e perforazione del tratto Gi superiore è risultato pari a 4,50 per i Fans tradizionali e a 1,88 per i coxib. Valori di Rr più bassi rispetto al dato globale per i Fans sono stati registrati con ibuprofene (2,69), rofecoxib (2,12), aceclofenac (1,44) e celecoxib (1,42) mentre valori più alti sono stati osservati in seguito all'impiego di ketorolac (14,54) e piroxicam (9,94). La stima di Rr è stata effettuata anche per naproxene (5,63), ketoprofene (5,57), indometacina (5,40), meloxicam (4,15) e diclofenac (3,98). Si è inoltre verificato se il grado di inibizione in vitro delle Cox su un campione di sangue intero, espresso in concentrazioni medie circolanti, consentisse di predire l'Rr di sanguinamento e perforazione del tratto Gi superiore. È emerso che il grado di inibizione della Cox1 nel sangue intero non è correlata in modo significativo con l'Rr di perforazione/sanguinamento associato ai singoli Fans, mentre i rischi maggiori si hanno con la doppia inibizione Cox1-Cox2. ([Arthritis Rheum, 2010; 62\(6\):1592-1601](#))

Diabete 2, prevenzione con metformina e rosiglitazone

Un recente lavoro pubblicato su "Lancet" ha dimostrato che una terapia di combinazione basata su rosiglitazone e metformina a basse dosi si è dimostrata altamente efficace nel prevenire l'insorgenza di diabete mellito di tipo 2 in soggetti con ridotta tolleranza al glucosio (IGT), con scarsa evidenza degli eventi avversi clinicamente rilevanti di questi due farmaci. È il risultato di una sperimentazione canadese volta a verificare la sicurezza e l'efficacia di una strategia che intende affrontare alla radice il problema sanitario dell'evoluzione epidemica del diabete. Nel trial Canoe (Canadian normoglycemia outcomes evaluation), controllato randomizzato e in doppio cieco, 207 pazienti con ridotta tolleranza al glucosio sono stati assegnati a ricevere l'associazione rosiglitazone (2 mg) e metformina (500 mg) due volte al giorno o un placebo, per un periodo mediano di 3,9 anni. L'outcome primario era rappresentato dal tempo trascorso prima dello sviluppo di diabete, misurato con un test di tolleranza al glucosio orale o due valori di glucosio plasmatici a digiuno pari o superiori a 7,0 mmol/L. 103 pazienti sono stati assegnati al gruppo attivo, 104 a quello placebo. I casi di diabete incidente sono stati significativamente minori nei soggetti trattati (14%) rispetto ai controlli (39%). La riduzione del rischio relativo è stata del 66% e quella del rischio assoluto del 26%, portando a un numero di pazienti da trattare (Nnt) uguale a quattro. L'80% dei pazienti del gruppo rosiglitazone/metformina è poi tornato alla normale tolleranza al glucosio rispetto al 53% del gruppo placebo, mentre la sensibilità all'insulina è diminuita entro la fine dello studio nel gruppo placebo ed è rimasta invece invariata nei pazienti trattati con l'associazione. ([Lancet, 2010 Jun 3. \[Epub ahead of print\]](#))

Nuove acquisizioni sulle ferite cutanee

Due studi recenti ribaltano le tradizionali conoscenze in tema di ferite. Un lavoro eseguito alla Università della California di San Diego, pubblicato su "Nature Medicine" a fine 2009 ha dimostrato che non sempre è la cosa migliore disinfettare perfettamente ogni graffio. Sembra che l'eccessiva pulizia della pelle non favorisca il processo di cicatrizzazione. Lo studio riabilita infatti i batteri che popolano la superficie della pelle, necessari - secondo i ricercatori coordinati da Richard Gallo - per mantenere l'equilibrio indispensabile alla salute dell'epidermide. I microbi permetterebbero di prevenire l'infiammazione eccessiva dopo una ferita. In particolare, gli stafilococchi frenerebbero l'iperattività della risposta immunitaria che porta all'infiammazione di graffi e escoriazioni. I ricercatori, confermando i dati di altri studi, invitano anche i genitori a lasciare sporcare i loro bambini, senza preoccuparsi troppo: il loro studio rafforza la tesi che l'esposizione ai microbi durante la prima infanzia aumenta la resistenza dell'organismo alle allergie

E quando abbiamo dei punti di sutura, non è vero che per 48 ore dobbiamo mantenere la ferita pulita ed asciutta. Uno studio pubblicato sul "British Medical Journal" ha infatti dimostrato che potremmo tranquillamente fare la doccia e bagnare le suture il primo giorno, se le ferite sono di lieve entità. La ricerca è del 2006, eseguita in Australia. A due gruppi di pazienti appena suturati (a nessuno dei quali era stato prescritto un antibiotico, il che conferma la entità lieve del danno cutaneo), sono stati dati consigli differenti: a metà di loro si è raccomandata astensione dal lavare la ferita per le canoniche 24 ore, all'altra metà si è detto di evitare acqua e esposizione a fattori esterni per sole 12 ore. Ebbene, i tassi di infezione sono stati rispettivamente del 8,9 % e del 8,4 %, dimostrando che è possibile scoprire e bagnare le suture di lievi ferite cutanee anche il primo giorno della riparazione della ferita.