



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

Consiglio Direttivo:

Presidente:

Dott. Gaudio Michele

Vice Presidente:

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Segretario:

Dott.ssa Zambelli Liliana

Tesoriere:

Dott. Balistreri Fabio

Consiglieri:

Dott. Alberti Andrea
Dott. Castellini Angelo
Dott. De Vito Andrea
Dott. Folli Secondo
Dott. Forgiarini Alberto
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
Dott. Milandri Massimo
Dott. Paganelli Paolo
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Sbrana Massimo
Dott. Simoni Claudio
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione Albo
Odontoiatri:**

Presidente:

Dott. Paganelli Paolo

Segretario:

Dott.ssa Vicchi Melania

Consiglieri:

Dott. Alberti Andrea
Dott. D'Arcangelo
Domenico
Dott.ssa Giulianini
Benedetta

**NOTIZIARIO SPECIALE
APPROPRIATEZZA
OMCeO Forlì-Cesena**

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. e fax 054327157

sito internet: www.ordinemedicifc.it

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

CONSULCESI POINT

Martedì 20 settembre 2016

I Rappresentanti CONSULCESI, nell'ottica di continuare un rapporto diretto con gli iscritti, saranno disponibili per consulenze presso la sede del nostro Ordine, in Viale Italia 153 Scala A, a Forlì,

Martedì 20 settembre 2016 dalle ore 15 alle ore 18.30

Al fine di incontri individuali con gli iscritti, per poter con gli stessi trattare argomenti di: rimborso per i medici specializzati tra gli anni '82 e 2006, approfondimento sul tema dei turni in violazione alla direttiva 88/2003 della Comunità Europea, rimborso indennità di trasferta per gli specialisti ambulatoriali, tutela legale ampia, aspetti assicurativi, RC professionale e nuove soluzioni di copertura sanitaria nell'ambito personale e familiare, **Vi invitiamo a fissare telefonicamente al n. 054327157 o per email info@ordinemedicifc.it** un appuntamento tramite la segreteria dell'Ordine.

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:
Dott. Tolomei
Pierdomenico

Revisori:
Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Zanetti Daniela

Revisore supplente:
Dott. Costantini Matteo

**Commissione
Comunicazione
ed Informazione:**

Coordinatore:
Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Costantini Matteo
Dott. Fabbri Giovanni
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
Dott.ssa Sapigni Licia

**Commissione per
l'aggiornamento
professionale**

Coordinatore
Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico
Maria
Dott. Costantini Matteo
Dott. Galassi Andrea
Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Simoni Claudio
Dott.ssa Sirri Sabrina
Dott.ssa Vaienti
Francesca
Dott. Verdi Carlo
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione per le
MNC**

Coordinatore
Dott. Tolomei
Pierdomenico

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Bravi Matteo
Dott. Micucci Ermanno
Dott. Milandri Massimo
Dott.ssa Piastrelloni
Margherita
Dott. Roberti di Sarsina
Paolo
Dott. Selli Arrigo

PROGETTO UNDER 35 - CONSULCESI

Inoltre proseguendo nella collaborazione di quest'Ordine con la CONSULCESI a fianco dei medici, specie dei più giovani, per accompagnarli, passo dopo passo, nel loro iter professionale, verrà presentata **un'offerta esclusiva** riservata a tutti gli **under 35 dell'OMCeO di Forlì-Cesena**

Martedì 20 settembre 2016 ore 20.30

presso la sala Conferenze dell'OMCEO di Forlì-Cesena
V.le Italia, 153 scala C - Forlì

SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE

In considerazione delle recenti novità in campo fiscale, al fine di fornire un ulteriore ausilio ai propri iscritti, la Consulente Fiscale di questo Ordine nella persona della Rag. Alessandri Giunchi A. Montserrat (iscritta all'Ordine dei Dottori Commercialisti di Forlì-Cesena) si rende disponibile previo appuntamento e pagamento a carico dell'iscritto, presso i locali di questa sede ogni 1° e 3° giovedì del mese, per consulenza fiscale, generale e tributaria allo scopo di chiarire dubbi e incertezze negli adempimenti contabili ed extracontabili.

Per fissare l'appuntamento contattare la Segreteria dell'Ordine allo 054327157.

Costo per singola seduta:

- € 45,00 se non titolari di Partita Iva

- € 38,00 se titolari di Partita Iva + la relativa ritenuta d'acconto di € 7,10 che l'iscritto dovrà versare il mese successivo al pagamento della prestazione.

Istituto presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena lo

SPORTELLO DEL CITTADINO

l'Ordine dei Medici al fianco di cittadini e medici nell'interesse comune
di tutelare la salute diritto costituzionalmente sancito.

[continua](#)

CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE CON ESERCIZI COMMERCIALI

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della Provincia. Dietro presentazione della tessera di iscrizione all'Ordine saranno praticati agevolazioni e sconti come indicato. Per vedere gli esercizi già convenzionati basta andare nel sito internet dell'Ordine sezione CONVENZIONI, oppure [cliccare qui](#)

L'elenco è in costante aggiornamento.

**Commissione
Pubblicità Sanitaria**

Coordinatore
Dott. Milandri Massimo

Dott. Di Lauro Maurizio
Dott. Paganelli Paolo
Dott. Smeraldi Renato

**Commissione Cure
Palliative
e Terapia del Dolore**

Coordinatore
Dott. Maltoni Marco

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Bertellini Celestino
Claudio
Dott. Biasini Augusto
Dott. Castellini Angelo
Dott.ssa Della Vittoria
Agnese
Dott.ssa Iervese Tiziana
Dott. Piraccini Emanuele
Dott.ssa Pittureri Cristina
Dott. Pivi Fabio
Dott. Valletta Enrico
Dott.ssa Venturi
Valentina

**Commissione Giovani
Medici - Osservatorio
problematiche,
opportunità ed
inserimento
professionale**

Coordinatore:
Dott. Gardini Marco

Dott.ssa Bazzocchi
Maria Giulia
Dott.ssa Bolognesi
Diletta
Dott.ssa Casadei Laura
Dott. Farolfi Alberto
Dott. Limarzi Francesco
Dott. Moschini Selene
Dott. Natali Simone
Dott.ssa Pavese
Alessandra
Dott.ssa Stagno
Francesca
Dott.ssa Vaianti
Francesca
Dott. Zoli Matteo

Corsi Fad

Ricordiamo che sono on line i corsi organizzati dal nostro Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena assieme alla società Fipes di Forlimpopoli (www.gruppofipes.it)

Evidence based nutraceuticals: focus sul sistema gastrointestinale

Fattori specifici ed aspecifici dei disturbi dell'umore in adolescenza e nella prima età adulta: una prospettiva life time Incidenza, diagnosi e trattamento del Carcinoma mammario: cosa è cambiato negli ultimi

Il carcinoma dell'orofaringe HPV correlato: diagnosi, prognosi e terapia per medici ed odontoiatri

Tutorial sulla disfagia nel paziente adulto: dalla diagnosi alla terapia

Ogni corso conferisce 4 o 4,5 crediti e, come era già stato annunciato, l'accesso a questi corsi ECM è gratuito per tutti i nostri iscritti. Per l'accesso alla piattaforma FAD è necessario digitare:

<http://fad2.gruppofipes.it/course/category.php?id=6>

e cliccare su uno dei titoli proposti, poi procedere alla registrazione selezionando "crea un account" ed inserire i dati richiesti. Alla voce "altri dati - convenzione/agevolazione usufruita" inserire "nessuna".

Si riceverà una email all'indirizzo indicato contenente il link per attivare le credenziali di accesso, valide anche nei corsi successivi. Si prega di verificare la ricezione dell'email anche nello spam.

Una volta terminata la procedura di registrazione occorrerà inserire la chiave di iscrizione relativa al corso prescelto e si potrà iniziare il corso.

Per le chiavi di registrazione contattare la segreteria dell'Ordine.

Corsi e Congressi

OMCeO FC

L'intermediazione linguistica nei contesti sanitari ad opera di bambini e adolescenti immigrati

Forlì, 15 settembre 2016, ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[programma](#)

OMCeO FC

Adesione e cementazione in Odontoiatria: protocolli e scelte operative

Forlì, 29 settembre 2016, ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

Commissione Ambiente e Salute, Sicurezza ambienti di lavoro e Stili di vita

Coordinatore:

Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico
Dott.ssa Gentilini Patrizia
Dott. Milandri Massimo
Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Ruffilli Corrado
Dott.ssa Saletti Annalena
Dott. Timoncini Giuseppe
Dott. Tolomei Pierdomenico

Commissione AUSL Romagna

Coordinatore:

Dott. Folli Secondo

Dott.ssa Boschi Federica
Dott. Cancellieri Claudio
Dott. Forgiarini Alberto
Dott. Lucchi Leonardo
Dott. Milandri Massimo
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Sbrana Massimo
Dott. Simoni Claudio
Dott. Verdecchia Giorgio Maria
Dott. Vergoni Gilberto

Commissione ENPAM per accertamenti di Invalidità

Presidente:

Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero
Dott. Verità Giancarlo

Osservatorio per la Professione al Femminile e la Medicina di Genere

Coordinatore:

Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott.ssa Fusconi Mila
Dott.ssa Lugaesi Laura
Dott.ssa

OMCeO FC

La previdenza dei medici e degli odontoiatri situazioni e prospettive

Forlì, 8 ottobre 2016, ore 08.30

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

Prenotazioni per postazioni telematiche telefonando al nr. 0543/27157

Patrocini Ordine

FONDAZIONE PER LA QUALITA' DELLA VITA

Evidenze cliniche nell'uso degli oppioidi in terapia del dolore

Forlì, 11 ottobre 2016

Fisiology Center - Via Grigioni, 2

0543 797018

Cesena Cardiologia e Territorio

Bertinoro, 22 ottobre 2016

Centro Residenziale Universitario – Via Frangipane, 4

[programma](#)

Breast Reconstruction Awareness Day

Forlì, 19 ottobre 2016 ore 18

Ospedale G.B.Morgani-L.Pierantoni

U.O. Senologia

Il mieloma multiplo e l'insufficienza renale: cos'è cambiato

Forlì, 26 ottobre 2016

Ospedale G.B.Morgani-L.Pierantoni

[programma](#)

4th International Conference "Translational Research in Oncology"

Meldola, 8 novembre 2016

IRST

Forlì, 9-11 novembre 2016

Globus Hotel

[info](#)

**Congresso Internazionale Alimentazione e Salute:
prevenzione dei disturbi alimentari dalla gravidanza ai primi 3 anni di vita**

Forlì, 2-3 dicembre 2016

Aula Magna 1, Via Filippo Corridoni 20

www.comunicazioneventi.it

Monterubbianesi Maria
Cristina
Dott.ssa Parma Tiziana
Dott.ssa Sammaciccia
Angelina
Dott.ssa Venturi
Valentina
Dott.ssa Zanetti Daniela

**Osservatorio Misto
Ordine dei Medici/
I.N.P.S.**

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Pascucci Gian
Galeazzo
Dott. Ragazzini Marco

Dott. Poggi Enzo
Dott. Severi Daniele
Dott.ssa Zoli Romina

**Gruppo Culturale
OMCeO Forlì-Cesena**

Coordinatore:
Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni Ferdinando
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Milandri Massimo
Dott. Vergoni Gilberto

**Gruppo di Lavoro
Emergenza Territoriale**

Dott.ssa Baldini Michela
Dott. Berti Alessandro
Dott. Farabegoli Enrico
Dott.ssa Giottoli Roberta
Dott.ssa Raggi Angelica
Dott. Spada Marco
Dott. Todeschini Roberto

Dall'ENPAM

Polizza Long Term Care per tutti i medici e i dentisti

Dal 1° agosto 2016 tutti gli iscritti attivi sono protetti dal rischio di non autosufficienza. Se sorge la necessità di un'assistenza di lungo periodo, scatta un assegno di oltre 1000 euro al mese

Una tutela in più, compresa nella Quota A. Dal 1° agosto tutti i medici e gli odontoiatri attivi sono coperti da una polizza per la long term care che in caso di perdita dell'autosufficienza darà diritto a 1.035 euro mensili non tassabili, da aggiungere alle tutele già previste dall'Enpam e a ogni altro eventuale reddito. Inoltre l'assegno si cumula con altre coperture assicurative che i medici potrebbero aver sottoscritto autonomamente.

“Con la polizza per la Ltc abbiamo raggiunto uno degli obiettivi storici della Fondazione Enpam. Prima con l'assistenza tradizionale e poi, dal 2009, con l'ausilio del 5 per mille abbiamo esplorato ogni via possibile per arrivare a una tutela piena in caso di non autosufficienza – dice il presidente di Enpam Alberto Oliveti –. Quando qualche anno fa abbiamo lanciato il progetto Quadrifoglio per dare un welfare a tutto tondo agli iscritti, avevamo individuato proprio nella Ltc la prima componente assistenziale da attuare. Oggi è un grande traguardo tagliato, che aumenta il valore dell'essere parte del nostro Ente di categoria”.

L'adesione alla polizza è automatica e non richiede alcun esborso per medici e odontoiatri. Infatti i costi dell'intera operazione (5,4 milioni di euro l'anno, cioè 2,2 per la tranche agosto- dicembre 2016) sono coperti dai fondi per l'assistenza della Quota A. Soldi che, se non utilizzati, sarebbero andati ad accrescere il patrimonio dell'Enpam ma – per via dei complessi vincoli di bilancio dello Stato – non avrebbero potuto più essere usati per prestazioni a vantaggio degli iscritti.

La rendita per la Long term care si aggiunge a quella già prevista della pensione d'invalidità riservata a medici e odontoiatri colpiti da un'infermità assoluta e permanente. In quest'eventualità la tutela consiste in un'entrata di almeno 15mila euro annui, che l'Enpam assicura anche senza un'anzianità contributiva minima.

I vantaggi della convenzione

Sottoscrivere individualmente una polizza Ltc sarebbe costato al singolo iscritto venti volte di più rispetto a quanto ha pagato l'Enpam. Infatti la Fondazione ha ottenuto condizioni favorevoli ed economie di scala attraverso Emapi, Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani, soggetto senza scopo di lucro di cui è entrata a far parte insieme ad altre otto Casse previdenziali private. A garantire la copertura effettiva è invece il gruppo assicurativo Poste Vita, che si è aggiudicato una gara europea cui hanno partecipato le principali compagnie operanti in Italia.

La Fondazione ha inoltre ottenuto l'inserimento di una clausola nell'accordo per ridurre ulteriormente il costo della polizza nel caso si verificasse un numero di sinistri inferiore a quelli preventivati. Ma non sono solo i termini dell'accordo economico a risultare vantaggiosi rispetto al mercato. In base alla polizza stipulata, il diritto a vedersi riconosciuto il vitalizio per la non autosufficienza per gli iscritti Enpam scatta già nel caso in cui si perda l'autonomia in tre attività ordinarie della vita quotidiana (e non quattro come solitamente richiesto) oppure nel caso di morbo di Alzheimer o di Parkinson.

“Assicurarsi contro il rischio di perdita dell'autosufficienza – ha detto ancora il presidente Oliveti – significa adeguare e aggiornare le nostre tutele. Proprio i medici e i dentisti non potevano farsi trovare impreparati in un settore come quello delle cure di lunga durata, da cui domani provverranno molte delle opportunità professionali riservate alla categoria”.

Chi è coperto

La tutela Ltc scatterà per tutti i futuri iscritti ed è già valida per tutti gli attivi attuali (compresi i pensionati che lavorano) che alla data del 1° agosto 2016 non avevano ancora compiuto i 70 anni di età. Il limite anagrafico vale solo come requisito di ingresso (ma non di permanenza): chi è entrato sotto la copertura continuerà ad essere protetto in futuro anche se, per esempio, il prossimo luglio compirà 71 anni, se nel 2018 ne compirà 72 e così via.

Inoltre chi cesserà di lavorare dopo il 1° agosto 2016 continuerà ad essere tutelato negli anni a venire, anche se pensionato o percettore di un assegno di invalidità. Per chi ha soffiato le 70 candeline prima del 31 luglio di quest'anno, e che quindi non rientra sotto questa nuova polizza Ltc, ci sono comunque altre tutele.

Notiziario Speciale Appropriatelyzza

Come in altre occasioni, anche questo mese concentriamo in una edizione speciale del nostro Notiziario i più recenti aggiornamenti della iniziativa "Choosing Wisely" (scegliere saggiamente), iniziativa varata nel 2012 dall'American board of internal medicine con l'obiettivo di individuare, per ogni branca, un elenco di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose. Le indicazioni contenute in questi articoli possono essere di grande aiuto nella pratica clinica quotidiana. Tutti gli articoli sono tratti da "Doctor33"



Choosing wisely, cinque pratiche inappropriate in chirurgia oncologica

L'ultima della nuove "Top 5 lists" è quella della Society of surgical oncology (Sso). Ecco le principali raccomandazioni dei chirurghi oncologi americani:

1) Non ricorrere di routine alla biopsia del linfonodo sentinella in donne clinicamente (palpatoriamente) negative a linfonodi di età \geq 70 anni con un cancro mammario invasivo positivo ai recettori ormonali. La terapia ormonale è uno standard per tutte le pazienti con malattia positiva ai recettori ormonali, ma l'omissione della biopsia del linfonodo sentinella in donne clinicamente negative a linfonodi di età \geq 70 anni trattate con terapia ormonale non porta ad aumentati tassi di recidiva locoregionale e non determina alcun impatto sulla mortalità da ca mammario. Le donne \geq 70 anni con ca mammario positivo ai recettori ormonali in fase precoce e senza linfonodi ascellari palpabili possono essere trattate in sicurezza senza stadiazione ascellare.

2) Non ricorrere normalmente alla risonanza magnetica (Rm) mammaria per lo screening del tumore del seno in donne a rischio intermedio. Questo tipo di screening dovrebbe essere riservato alle donne ad aumentato rischio, ovvero portatrici di mutazione nota del gene Brca, loro parenti di primo grado, donne con un rischio per l'aspettativa di vita superiore del 20% misurato secondo i metodi di valutazione del rischio basati principalmente sulla storia familiare di ca mammario, soggetti con storia clinica associata a rischio significativo di tumore del seno (comprese quelle che hanno ricevuto una radiazione a mantello prima dei 30 anni di età).

3) Non prescrivere di routine analisi del sangue (per esempio emocromo o testa di funzionalità epatica) fatta eccezione per i livelli di antigene carcinoembrionario (Cea) durante la sorveglianza per cancro coloretale. A causa della mancanza di sensibilità e accuratezza nella detezione di recidive precoci, le attuali prove non supportano la misurazione dell'emocromo o l'esecuzione dei test di funzionalità epatica per la sorveglianza a seguito di un trattamento per cancro coloretale. Nonostante le evidenze non siano univoche, i regimi di sorveglianza che comprendono il test seriale del Cea sono stati associati a una migliore sopravvivenza. A seconda dello stadio della malattia non metastatica, metodi accettati per la sorveglianza del ca coloretale comprendono una combinazione di anamnesi ed esame fisico, Cea, Tc del torace, dell'addome e della pelvi e colonscopia, a intervalli variabili a seconda dello stadio e del rischio della malattia recidivante.

4) Non eseguire di routine una Pet/Tc allo stato iniziale di un cancro localizzato del colon o del retto come parte integrante di una sorveglianza abituale per pazienti trattati in modo curativo per ca coloretale. Una Tc del torace, dell'addome e della pelvi con contrasto orale o endovenoso fornisce un'eccellente stadiazione e l'imaging Pet standard non migliora in modo significativo l'accuratezza diagnostica o gli outcome quale parte iniziale dell'iter o dei test di sorveglianza. L'uso della Pet non elimina la necessità di raccomandare una stadiazione Tc con contrasto orale o endovenoso ma aumenta i costi.

5) Non prescrivere routinariamente studi di imaging per stadiazione pazienti con prima diagnosi di melanoma cutaneo primario localizzato a meno che non vi sia il sospetto di una malattia metastatica in base alla storia clinica e all'esame fisico. Le abituali indagini per il melanoma localizzato - compresi la radiografia del torace, l'Rm cerebrale, l'imaging in sezioni trasversali e la Pet/Tc - non sono sensibili ai limiti inferiori di risoluzione e non migliorano significativamente la stadiazione di questi pazienti. Vi è un basso rischio di metastasi e anche il rischio di rilevare reperti non correlati al melanoma (per esempio falsi positivi o lesioni incidentali). L'imaging dovrebbe quindi essere attuato se vi sono elementi che riguardano la storia clinica e l'esame fisico e questi test dovrebbero essere guidati dai sintomi.

Cinque pratiche da evitare in chirurgia senologica

Molto recente è l'adesione dell'American society of breast surgeons (Asbs) all'iniziativa "Choosing wisely" Ecco le cinque raccomandazioni principali in chirurgia mammaria che giungono dagli Usa:

1) Non richiedere di routine la risonanza magnetica (Rm) della mammella in nuove pazienti con ca mammario. Dopo una nuova diagnosi di cancro al seno, la RM può essere utile in pazienti selezionate per aiutare nelle decisioni di trattamento. Tuttavia vi è mancanza di prove che l'uso di routine della RM diminuisca la recidiva del cancro, la morte per cancro o la necessità di re-intervento dopo una lumpectomia. L'uso di routine della RM è associata a una maggiore necessità di successive procedure di biopsia al seno, ritardi nel tempo al trattamento e maggiori costi delle cure. Tassi aumentati di mastectomia possono verificarsi se la RM rileva tumori aggiuntivi oppure reperti indeterminati causano ansia nella paziente, portandola alla richiesta di mastectomia.

2) Non asportare di routine tutti i linfonodi ascellari in pazienti sottoposte a mastectomia parziale per un cancro al seno. Dopo una nuova diagnosi di ca mammario invasivo, la maggior parte delle pazienti sottoposte a lumpectomia beneficiano di una biopsia di un linfonodo sentinella (SN), procedura che rimuove un piccolo numero di linfonodi sotto il braccio. In passato, le pazienti in cui si riscontrava il cancro in qualsiasi SN erano sottoposte a extra-chirurgia per rimuovere più linfonodi. Prove recenti suggeriscono che non è necessario un ulteriore intervento chirurgico nelle pazienti con cancro trovato in meno di tre SN e se la paziente riceve altri trattamenti raccomandati contro il cancro.

3) Non richiedere normalmente un test specializzato genetico del tumore in tutte le nuove malate di cancro al seno. Ci sono molteplici nuovi test tumorali con firma multigenetica che forniscono per pazienti selezionate informazioni circa il loro rischio di recidiva del tumore a distanza, sulla morte per cancro o sulla probabilità che potranno beneficiare di chemioterapia. Questi test sono utili in pazienti selezionate - comprese quelle con tumori positivi ai recettori ormonali in fase precoce con punteggi bassi al test 21-gene di recidiva - che possono omettere in sicurezza la chemioterapia. Non ci sono prove che questi test debbano essere utilizzati di routine in tutte le pazienti e non dovrebbero essere eseguiti in pazienti che affermano di non cambiare la propria scelta di trattamento in base ai risultati del test.

4) Non ri-operare di routine pazienti con tumore invasivo se il cancro è vicino al bordo del tessuto asportato con la mastectomia parziale. Le pazienti sottoposte a lumpectomia per tumore invasivo mammario traggono beneficio da un re-intervento per asportare più tessuto mammario se la revisione al microscopio del tessuto mammario della lumpectomia indica cellule tumorali al bordo del tessuto. Tuttavia, se le cellule tumorali sono vicino al bordo, ma non al bordo attuale, una ri-operazione non è obbligatoria ma può essere considerata caso per caso.

5) Non eseguire di routine una doppia mastectomia in pazienti che hanno un singolo seno con il cancro. Dopo una nuova diagnosi di cancro al seno in una singola mammella, molte pazienti desiderano la rimozione di entrambe le mammelle, credendo che il loro rischio di cancro sia alto nell'altra mammella e il loro tasso di cura del cancro sarà migliorato con una doppia mastectomia. Tale operazione non dovrebbe essere eseguita di routine in queste pazienti fino a quando non siano state fornite loro adeguate e comprensibili informazioni sul rischio generalmente basso di sviluppare un cancro nella mammella controlaterale e sull'efficacia minima, eventualmente, di una doppia mastectomia nel migliorare la loro aspettativa di vita.

5 pratiche inappropriate nel gestire l'infezione da Hiv

Questa volta è stata la Hiv medicine association (Hivma) a stilare un elenco di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose, ovvero inappropriate. Ecco le 5 raccomandazioni degli infettivologi Usa specializzati nell'assistenza ai pazienti Hiv-infetti:

1] Evitare un conteggio dei Cd4 non necessario. Una conta dei Cd4 non va richiesta congiuntamente a ogni test di carico virale. Quest'ultimo è un indicatore migliore di risposta del paziente alla terapia. Il monitoraggio dei Cd4 non è necessario nei pazienti che hanno una soppressione virale stabile. Per i primi due anni dopo l'inizio del trattamento la conta dei Cd4 deve essere controllata ogni tre-sei mesi. Dopo due anni, se la carica virale non è rilevabile, la conta dei Cd4 dovrebbe essere misurata ogni anno se nell'ambito delle 300-500 cellule/mm³. Se è costantemente al di sopra di 500 cellule/mm³ allora un ulteriore monitoraggio è opzionale.

2] Non ordinare pannelli complessi di linfociti quando si richiede la conta dei Cd4. Ordinare solo

conteggi e percentuali di Cd4 piuttosto che altri pannelli di linfociti. Per esempio, i test dei Cd8, compreso il rapporto Cd4/Cd8, aggiungono costi senza fornire informazioni utili. Più pannelli complessi di linfociti sono inutili e aumentano sempre più i costi.

3] Evitare il test trimestrale di carica virale nei pazienti che hanno soppressione virale stabile, a meno che non vi sia un'indicazione clinica. Il test della carica virale andrebbe effettuato prima di iniziare il trattamento, da due a otto settimane dopo l'inizio o la modificazione della terapia, e poi ogni tre o quattro mesi per confermare la continua soppressione virale. Nei pazienti clinicamente stabili che hanno soppressione virologica duratura per più di due anni, i clinici possono estendere l'intervallo a sei mesi.

4] Non richiedere di routine un test per IgG anti-Cmv (Citomegalovirus) in pazienti Hiv-infetti che hanno un'alta probabilità di essere infettati da Cmv. Il test IgG anti-Cmv è raccomandato solo nei pazienti che sono a più basso rischio di detezione di un'infezione latente da Cmv e non è necessario nei pazienti a più alto rischio di Cmv, compresi gli uomini che hanno rapporti omosessuali e in chi fa uso di sostanze d'abuso per via iniettiva, perché si può presumere siano Cmv-positivi. È raccomandato il test per anticorpi anti-Cmv in popolazioni a basso rischio per favorire il counseling al paziente allo scopo di prevenire l'infezione da Cmv raccomandandogli la pratica del sesso sicuro e l'evitamento di trasfusioni se non con emoderivati Cmv-negativi. I pazienti a più basso rischio di infezione da Cmv, per esempio gli eterosessuali e coloro che non fanno uso di droghe per via iniettiva, dovrebbero essere testati per infezione latente di Cmv con un test per IgG anti-Cmv dopo l'inizio della cura.

5] Non richiedere di routine il test per il deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6Pd) in pazienti che non sono predisposti per etnia. Il test per il deficit del G6Pd è raccomandato al momento dell'entrata in cura o prima di iniziare la terapia con un farmaco ossidante solo in pazienti con infezione da Hiv predisposti a questa malattia genetica che può causare anemia emolitica. Il deficit di G6Pd si verifica più frequentemente nelle popolazioni di origine africana, asiatica e mediterranea ed è quindi più probabile che influenzi pazienti Hiv-infetti provenienti da uno di questi ambiti geografici.

Aumentate da 5 a 10 le pratiche inappropriate in urologia

A un paio d'anni di distanza dalla prima "Top 5 list", l'American urological association (Aua) - così come già avvenuto in altri casi - ha rilasciato una seconda serie di raccomandazioni nell'ambito dell'iniziativa "Choosing wisely". Pertanto l'associazione degli urologi americani ha stilato un nuovo elenco di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose; tale elenco ora è unito al primo in un'unica "Top 10 list". Ecco le 5 raccomandazioni aggiuntive dell'American urological association:

6] Non prescrivere antibiotici a pazienti che fanno uso di cateterismo vescicale permanente o intermittente, a meno che non vi siano segni e sintomi di infezione del tratto urinario. In assenza di tali segni e sintomi (che possono includere febbre, alterazione dello stato mentale o disagio senza alcuna altra causa, dolore al fianco o pelvico o dolorabilità sovrapubica, ematuria, disuria, urgenza o frequenza minzionale e, in pazienti con lesioni del midollo spinale, aumento della spasticità, disreflessia autonoma o senso di disagio) gli antibiotici non sono efficaci e rischiano di indurre resistenza agli antimicrobici. La principale eccezione è costituita da pazienti che necessitano di antimicrobici in fase periprocedurale. Inoltre, il posizionamento iniziale di un catetere sovrapubico richiede una puntura o un'incisione della pelle e quindi, in tal caso, l'uso degli antibiotici dovrebbe essere considerato.

7] Non richiedere una scansione tomografia computerizzata del bacino per uomini asintomatici con cancro alla prostata a basso rischio clinicamente localizzato. È molto improbabile che questa indagine fornisca informazioni utili in uomini con carcinoma prostatico a basso rischio (la cui definizione comunemente accettata è: Gleason score inferiore a 7, Psa inferiore a 20,0 ng/mL e stadio del tumore T2 o inferiore). La risonanza magnetica del bacino può essere utile in alcuni uomini in caso di sorveglianza attiva.

8] Non rimuovere la maglia vaginale sintetica in pazienti asintomatiche. Non vi è alcun evidente beneficio nel rimuovere la maglia in assenza di sintomi. Anzi, la rimozione della maglia in questa circostanza espone il soggetto a potenziali complicanze come lesioni vescicali e al retto, oltre alla formazione di fistole.

9] Offrire lo screening mediante Psa per rilevare il cancro della prostata solo dopo avere affrontato un processo decisionale condiviso. Quest'ultimo (tra medico e paziente e, in alcuni casi, i membri della famiglia) è una strategia eccellente per prendere decisioni sanitarie in cui vi è più di

un'opzione medicalmente percorribile. Dal momento che sia lo screening sia la sua non effettuazione possono essere opzioni ragionevoli a seconda delle situazioni particolari, si consiglia di prendere decisioni condivise.

10] Non porre diagnosi di microematuria esclusivamente sui risultati di un'astina delle urine (analisi macroscopica delle urine). La microematuria è definita solo tramite microscopia delle urine: tre o più globuli rossi per campo ad alta potenza in microscopia di un campione urinario correttamente raccolto. Strisce reattive positive per emoglobina devono essere confermate con la microscopia delle urine, dato che i falsi positivi con le strisce sono comuni. L'esecuzione di un'indagine radiografica e cistoscopica non è necessaria in assenza di microematuria confermata microscopicamente.

Le pratiche da evitare in ginecologia e ostetricia raddoppiano

Anche l'American college of obstetricians and gynecologists (Acog) ha varato, a distanza di tre anni dalla prima, una seconda "Top 5 list", ora unita alla prima in un'unica "Top 10 list". Ecco le cinque raccomandazioni aggiuntive degli ostetrici e ginecologi americani:

1) Evitare il ricorso alla chirurgia laparoscopica robot-assistita per malattia ginecologica benigna; quando è possibile utilizzare un approccio laparoscopico tradizionale o per via vaginale. Le tecniche laparoscopiche robot-assistite e quelle convenzionali sono paragonabili in termini di outcome perioperatori, complicanze intraoperatorie, durata della degenza e tasso di conversione alla chirurgia a cielo aperto. Tuttavia, le prove dimostrano che la chirurgia laparoscopica robot-assistita ha tempi di intervento simili o più lunghi e costi associati maggiori. Pertanto, i limitati dati disponibili non mostrano alcun vantaggio dalla chirurgia robotica per le pazienti con malattia ginecologica benigna.

2) Non eseguire ecografie prenatali per scopi non medici: per esempio, solo per creare video o fotografie ricordo. Le ecografie prenatali sono parte integrante della cura prenatale di una donna. Mentre l'ecografia ostetrica ha un eccellente livello di sicurezza, la Food and drug administration considera lo scatto di immagini ricordo come un uso non approvato di un dispositivo medico. Anche l'American institute of ultrasound in medicine è contrario all'uso non medico degli ultrasuoni per scopi di intrattenimento. Le immagini ricordo ecografiche non sono test medici e non devono sostituirsi a un'ecografia eseguita per scopi clinici.

3) Non trasfondere di routine pazienti ospedalizzate stabili e asintomatiche con un livello di emoglobina superiore a 7-8 grammi. Molteplici fattori devono essere considerati nelle decisioni trasfusionali, tra cui lo stato della paziente e la capacità di trasporto di ossigeno. Non devono essere utilizzate soglie arbitrarie di emoglobina o ematocrito come unico criterio per le trasfusioni di globuli rossi concentrati.

4) Non eseguire un'ecografia pelvica in donne a rischio intermedio per lo screening del cancro ovarico. Anche se il tasso di mortalità associato al cancro ovarico è alto, la malattia si verifica di rado nella popolazione generale, con bassi valori di incidenza. Di conseguenza il valore predittivo positivo di uno screening per il cancro ovarico è basso e la maggior parte delle donne con un risultato positivo al test di screening avrà un risultato falso-positivo. Uno screening annuale con ecografia transvaginale non riduce il numero dei decessi per cancro ovarico.

5) Non consigliare di routine una restrizione dell'attività o il riposo a letto durante la gravidanza per qualsiasi indicazione. Questi provvedimenti sono stati comunemente raccomandati per una varietà di condizioni in gravidanza, tra cui gestazione multipla, restrizione della crescita intrauterina, parto pretermine, rottura prematura delle membrane, sanguinamento vaginale e disturbi ipertensivi in gravidanza. Tuttavia, le informazioni a oggi disponibili non mostrano un miglioramento degli esiti alla nascita con il ricorso al riposo a letto o alla limitazione dell'attività, ma mostrano un aumento della perdita del condizionamento muscolare e della malattia tromboembolica.

5 nuove pratiche da evitare in medicina materno-fetale

Esattamente due anni dopo avere emanato la sua prima "Top 5 list", la statunitense Society for maternal-fetal medicine ha pubblicato - pochi mesi fa - un secondo elenco di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" in quanto inutili, costose e a volte dannose. Queste le 5 raccomandazioni aggiuntive della società Usa di medicina materno-fetale:

1) Non eseguire di routine lo screening della lunghezza cervicale per la valutazione del rischio di nascita pretermine in donne asintomatiche prima di 16 settimane di gestazione oppure oltre le 24 settimane. La capacità predittiva della misura della lunghezza della cervice uterina prima di 16 settimane di gestazione per la valutazione del rischio di nascita pretermine è limitata. Deve essere eseguita, quando indicato, tra le 16 e le 24 settimane di gestazione. Lo screening routinario della lunghezza cervicale per la valutazione del rischio di nascita pretermine in donne asintomatiche oltre le 24 settimane di gestazione non ha dato dimostrazione di essere efficace.

2) Non eseguire test prenatali in donne con diagnosi di diabete gestazionale che sono ben controllate con la sola dieta e senza altre indicazioni per test. Il monitoraggio dei livelli di glucosio e il mantenimento di un adeguato controllo glicemico sono di primaria importanza per ridurre gli esiti avversi del diabete gestazionale, tra i quali la morte in utero. Se le modifiche nutrizionali e il monitoraggio del glucosio da soli controllano lo stato glicemico materno così che la terapia farmacologica non sia richiesta, il rischio di morte in utero dovuta a insufficienza uteroplacentare non è aumentata. Pertanto, l'uso di routine di test prenatali - per esempio il profilo biofisico (Bpp) o il nonstress test (Nst) - in assenza di altri comorbilità non è indicato.

3) Non inserire le donne, neppure quelle ad alto rischio, su un programma di restrizione di attività per prevenire le nascite pretermine. Non ci sono studi che documentano un miglioramento dei risultati nelle donne a rischio di parto pretermine sottoposte a restrizione di attività, compreso il riposo a letto. Ci sono diversi studi che documentano gli effetti indesiderati di una restrizione dell'attività di routine sulla madre e sulla famiglia, inclusi effetti psicosociali negativi.

4) Non richiedere lo screening per aneuploidia nel siero dopo che lo screening per aneuploidia cfDna è già stato eseguito. La biochimica del siero e il Dna libero cellulare (cfDna) sono entrambi test di screening per aneuploidie fetali. Quando sono stati riportati risultati a basso rischio su uno dei due test, ha un limitato valore clinico eseguire anche l'altro screening. Mentre lo screening del siero può identificare alcune aneuploidie non rilevate dal cfDna, la sua resa è troppo bassa per giustificare l'esecuzione se è già stato effettuato lo screening cfDna.

5) Non eseguire studi sierologici materni per citomegalovirus (Cmv) e toxoplasma come parte di indagini di laboratorio prenatali di routine. Lo screening sierologico di routine delle donne in gravidanza per Cmv e toxoplasmosi non è raccomandato a causa dello scarso valore predittivo di questi test e del danno potenziale causato da risultati falsi positivi. Lo screening sierologico durante la gravidanza per entrambe le malattie dovrebbe essere riservato alle situazioni in cui vi è sospetto clinico o ecografico di infezione materna o fetale.