



---

**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. 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 Evidenze Cliniche**

**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](http://www.ordinemedicifc.it)**

**e mail: [info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it) [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fc@pec.omceo.it)**

---

**2° CONCORSO LETTERARIO dell'OMCeO Forlì-Cesena**

Tutti gli iscritti possono concorrere inviando o consegnando alla nostra Segreteria i loro elaborati, sotto forma di racconto o testo poetico, **entro il 31 maggio 2017.**

Il vincitore sarà proclamato nel corso della Giornata del Medico e dell'Odontoiatra programmata per sabato 16 settembre 2017.

[Leggi il regolamento a questo link](#)

[Scarica la domanda di partecipazione](#)

---

**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. Fabbroni Giovanni  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott.ssa Sapiigni 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. La Torre Natale  
Dott. Micucci Ermanno  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Piastrelloni  
Margherita  
Dott. Roberti di Sarsina Paolo  
Dott. Selli Arrigo

## ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA

L'Enpam ha lanciato un servizio di video-consulenza previdenziale dedicato ai suoi iscritti. La Fondazione mette a disposizione un nuovo strumento audio-video attraverso cui rivolgere direttamente ai funzionari dell'Ente domande specifiche o richieste di chiarimenti. Grazie alla videoconferenza, ogni iscritto avrà la possibilità di trovarsi faccia a faccia con il suo consulente previdenziale semplicemente recandosi nella sede del suo Ordine nella data e all'ora stabilita.

Al momento della prenotazione da fare presso il proprio Ordine, è consigliabile che l'iscritto precisi l'argomento dei chiarimenti richiesti. Questo permetterà ai funzionari dell'Enpam di arrivare in videoconferenza preparati nel miglior modo possibile sulla posizione del medico o dell'odontoiatra che incontreranno.

**IL SERVIZIO È DISPONIBILE SOLO SU PRENOTAZIONE.**

### App dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì- Cesena

E' scaricabile sia su piattaforma Android che IOS la nostra nuova APP. Oltre a replicare gran parte delle informazioni contenute nel sito, consente di raggiungere direttamente i nostri colleghi con un sistema di notifiche PUSH attivabili per argomento nelle impostazioni dell'applicazione.

Un ulteriore potente strumento per arrivare ai nostri iscritti informazioni su eventi, ECM, annunci, avvisi, bandi di concorso, NEWS, Corsi FAD ed ovviamente anche il nostro notiziario e bollettino.

## CONSULCESI POINT Martedì 4 Luglio 2017

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 4 Luglio 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](mailto:info@ordinemedicifc.it)** un appuntamento tramite la segreteria dell'Ordine.

**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 Pavesi Alessandra  
Dott.ssa Stagno Francesca  
Dott. Zoli Matteo

## 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 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**

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 Lugaresi Laura  
Dott.ssa Monterubbianesi  
Maria Cristina  
Dott.ssa Parma Tiziana  
Dott.ssa Sammaciccia  
Angelina  
Dott.ssa Zanetti Daniela

## Corsi e Congressi

OMCeO FC

### **I diritti dei bambini tra Chiesa e Stato Laico**

Forlì, 18 maggio 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[programma](#)

\*\*\*\*\*

OMCeO FC

### **Odontoiatria ed Ortodonzia: discipline alleate per aumentare la qualità, il numero e la redditività dei trattamenti**

Forlì, 25 maggio 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[programma](#)

\*\*\*\*\*

OMCeO FC

### **Fitoterapia e nutraceutica nelle patologie infiammatorie**

Forlì, 8 giugno 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[programma](#)

\*\*\*\*\*

OMCeO FC

### **Tavola rotonda tra giovani professionisti 2a serata: al centro il paziente oncologico**

Forlì, 15 giugno 2017 ore 20.30

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[programma](#)

\*\*\*\*\*

### **Progetto Ematologia-Romagna**

Cesena – 16 settembre 2017

Faenza – 30 settembre 2017

[Programma](#)

**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. Mazzoni Edmondo  
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

## Patrocini Ordine

### **Corso di Chirurgia Oncologica Ginecologica Laparoscopia e Robotica a Confronto, Live Surgery**

Forlì, 18,19 maggio 2017  
Sala Pieratelli Ospedale Morgagni-Pierantoni

\*\*\*\*\*

### **II Corso GIPAD-GIRCG di Patologia dell'Apparato Digerente**

Forlì, 26 maggio 2017  
Sala Pieratelli Ospedale Morgagni-Pierantoni

\*\*\*\*\*

### **Tumori epato-biliari: Update 2017**

Forlì, 31 maggio 2017  
Sala Pieratelli Ospedale Morgagni-Pierantoni

[programma](#)

\*\*\*\*\*

### **La costruzione dell'identità e lo sviluppo affettivo-sessuale nell'età evolutiva**

Forlì, 7 settembre 2017  
Sala Icaro – Viale Roma 1

[programma](#)

---

#### **LDL: colesterolo sempre cattivo?**

(da Doctor33) Si resta sorpresi quando ci si accorge che moltissime persone di età superiore ai 60 anni stanno assumendo statine senza avere alcun precedente patologico che le giustifichi. La semplice lettura di un valore di colesterolo elevato in un soggetto di 65-70 anni e ancora di più negli ultra ottantenni potrebbe essere un'arma a doppio taglio che genera più problemi (e più gravi) di quelli che vorrebbe risolvere.

Un bel lavoro danese pubblicato sullo *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (1) ha definito che **nei soggetti di più di 60 anni di età, l'aumento del colesterolo LDL porta a una riduzione del rischio di morte per qualsiasi causa in modo molto significativo sia nei maschi sia nelle femmine: un rischio quasi dimezzato rispetto invece a chi ha il colesterolo basso.**

Un lavoro cinese pubblicato nel 2015 su *Atherosclerosis* (2) ha addirittura evidenziato che **per ogni 39-40 mg/dl in più (in più!) di LDL, cioè di colesterolo cattivo, in soggetti di più di 80 anni, si ha una riduzione del rischio di morte da tutte le cause (cardiovascolari incluse) del 19%**. Significa che il colesterolo elevato della persona anziana, secondo questa ricerca, ha un impatto protettivo molto favorevole sulle malattie tumorali, su quelle degenerative e anche sulle stesse malattie cardiovascolari. Una review pubblicata sul *British Medical Journal* online (3) nel giugno 2016, ha confermato in modo rigoroso questi sospetti, stimolando una serie di riflessioni sul ruolo dell'LDL e dei valori assoluti di colesterolo nella persona anziana. Quest'ultimo lavoro è stato svolto da universitari e ricercatori di tutto il mondo che hanno posto addirittura seri dubbi sulla "ipotesi colesterolo" finora ritenuta valida. La loro revisione, applicata a circa 70.000 persone, ha confermato il fatto

che, **dopo i 60 anni, la mortalità per tutte le cause, compresa quella per malattie cardiovascolari, non appare significativamente correlata con i livelli di colesterolo e di HDL.**

Si tratta di una vera rivoluzione concettuale. La lettura e la conoscenza anche solo di questi tre lavori, rimarca la necessità di ridefinire con precisione i valori di colesterolo adatti all'anziano. La visione di tanti "capelli grigi" che escono dalle farmacie pieni di prodotti anti-lipidici fa riflettere a fondo. A fronte di dati di mortalità che segnalano problematico, dopo i 60 anni, l'uso di farmaci che invece vanno bene a 40 o 50 deve indurre il medico a una riflessione pacata prima della prescrizione. Un dato è certo: l'organismo umano varia i suoi bisogni in relazione all'età e il medico può e deve tenerne conto.

1) *Bathum L et al, Scand J Prim Health Care. 2013 Sep;31(3):172-80.*

2) *Lv YB et al, Atherosclerosis. 2015 Mar;239(1):137-42.*

3) *Ravanskov U et al, BMJ Open. 2016 Jun 12;6(6):e010401.*

---

### **Mammografia, dopo i 50 basta una volta ogni due anni**

(da Doctor 33) Le donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni che si sottopongono a uno screening mammografico una volta ogni due anni hanno un rischio di tumore allo stadio avanzato simile a coloro che fanno la mammografia tutti gli anni. Le donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni che si sottopongono a uno screening mammografico una volta ogni due anni hanno un rischio di tumore allo stadio avanzato simile a coloro che fanno la mammografia tutti gli anni. E la probabilità di ottenere risultati falsi positivi è più bassa se la frequenza dello screening è minore. Queste le conclusioni di uno studio prospettico condotto da alcuni oncologi, epidemiologi e biostatistici dell'Università della California, a San Francisco, e dell'Università di Washington, a Seattle. Il lavoro deriva dalla collaborazione con il Breast cancer surveillance consortium (Bcsc) ed è stato pubblicato su *Jama Internal medicine*. «Esiste una certa controversia riguardo la frequenza con cui le donne dovrebbero sottoporsi a screening mammografico e non si sa se gli intervalli di tempo tra una mammografia e l'altra possano variare in base a fattori di rischio diversi dall'età» spiega Karla Kerlikowske, primo autore della ricerca. «Così abbiamo confrontato i rischi e i benefici dello screening biennale rispetto a quello annuale tenendo in considerazione, oltre all'età, densità mammaria e presenza di terapia ormonale per la menopausa» continua Kerlikowske. I ricercatori hanno analizzato i dati raccolti tra gennaio 1994 e dicembre 2008 nelle facility di mammografia che aderivano al Bcsc: sono state analizzate più di 931.500 donne, di cui quasi 11.500 con tumore al seno e circa 920.000 senza cancro mammario. Sono stati valutati l'identificazione di un tumore nello stadio avanzato, eventuali risultati falsi positivi e il ricorso alle biopsie. Gli autori hanno calcolato che tra i 50 e i 74 anni, indipendentemente da terapia sostitutiva e densità mammaria, le donne possono sottoporsi a mammografia una volta ogni due anni, piuttosto che una volta l'anno, perché lo screening biennale non aumenta il rischio di malattia allo stadio avanzato e, nello stesso tempo, riduce la possibilità di falsi positivi e il ricorso alla biopsia. Invece, tra i 40 e i 49 anni e in presenza di elevata densità mammaria, le donne che decidono di ricorrere alla mammografia dovrebbero considerare quella annuale, per diminuire il rischio di tumore allo stadio avanzato, ma dovrebbero anche essere informate del fatto che lo screening annuale porta a una probabilità cumulativa più elevata di un risultato falso positivo.

[\(JAMA Intern Med. Published online March 18, 2013\)](#)

---

### **ECCO: L'ereditarietà non svolge un ruolo importante nello sviluppo del cancro coloretale**

(da Univadis.it) Secondo ricercatori brasiliani che hanno presentato uno studio all' ECCO, tenutosi ad Amsterdam, l'ereditarietà non svolge un ruolo importante nello sviluppo del cancro coloretale, tuttavia non può essere ignorata. Il loro studio si basava su dati raccolti in 291 pazienti che si erano recati presso il servizio di oncologia dell'Università statale di Campinas tra il 2006 e il 2011. I dati comprendevano l'età al momento della diagnosi, l'anamnesi familiare oncologica nonché informazioni riguardanti il tumore (come stadio e caratteristiche patologiche). In base alle linee guida della Società brasiliana di genetica clinica (BCGS), i soggetti sono stati classificati in 3 categorie: casi ereditari (mutazioni ereditarie che possono provocare direttamente il cancro), familiari (mutazioni ereditarie che possono predisporre a mutazioni oncogeniche secondarie) e sporadici (correlati a mutazioni non ereditarie). Dopo analisi dei dati, il 14% dei pazienti non poteva essere assegnato a nessuna delle 3 categorie, perché soddisfaceva solo i criteri di Amsterdam per il cancro ereditario ma i parenti non presentavano anamnesi positiva di cancro. Ma il 6,5% dei pazienti soddisfaceva i criteri di cancro coloretale ereditario, mentre il 2,5% i criteri di cancro coloretale familiare. Il resto dei pazienti (77%) era stato assegnato al gruppo con cancro coloretale sporadico.

I ricercatori hanno concluso che "il numero di individui con cancro coloretale correlato a

mutazioni ereditarie indica che l'ereditarietà non svolge un ruolo importante in questo tipo di cancro, tuttavia non può essere ignorata.”

### **Le cinque raccomandazioni dei gastroenterologi Aigo per evitare prestazioni inutili**

(da Doctor33) L'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (Aigo) aderisce al progetto internazionale "Choosing Wisely", presentando le cinque raccomandazioni su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche oggi disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Un esempio? Per cominciare l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, il più importante strumento di screening del tumore del colon-retto: ogni anno in Italia il 30% di questi test è prescritto in maniera inappropriata a pazienti che non ne hanno una reale necessità. Il documento è stato presentato nell'ambito del più importante evento italiano per la gastroenterologia, il convegno annuale della Federazione Italiana delle Società Malattie Apparato Digerente (Fismad), tenutosi a Bologna. «Fare di più non significa per forza fare meglio» sottolinea Gioacchino Leandro, presidente dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (Aigo): «oggi assistiamo alla rincorsa in medicina all'utilizzo dell'ultima tecnologia disponibile, all'impiego dell'esame diagnostico più avanzato. Ciò non si traduce necessariamente in un vantaggio per il paziente, anzi spesso sortisce l'effetto opposto: forte della capacità dello strumento, il clinico tende a ridurre il tempo passato con il paziente. Il documento dell'Aigo si muove nella direzione opposta: vogliamo sviluppare maggiormente il dialogo con il paziente, costruendo un rapporto continuativo con lui e cercando insieme, ascoltandolo, non il più avanzato ritrovato della medicina ma quello più adatto a lui». Ecco le cinque raccomandazioni:

- 1) non eseguire al di fuori della campagna di screening del tumore del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci;
- 2) seguire le raccomandazioni del gastroenterologo per i controlli successivi a una colonscopia di prevenzione: non è necessario eseguirli più frequentemente perché sono definiti da linee guida nazionali e internazionali di riferimento e il medico specialista è la persona più preparata per consigliare il controllo più adeguato;
- 3) non eseguire gastroscopie di controllo in casi di malattia da reflusso gastroesofageo che non siano particolarmente gravi o a rischio di evoluzione neoplastica;
- 4) non ripetere ecografie inutilmente negli angiomi epatici di piccole dimensioni, che sono lesioni benigne e senza rischi di evolversi in patologie più gravi;
- 5) non assumere gastroprotettori, più correttamente chiamati farmaci inibitori della pompa protonica, quando si effettua una terapia con farmaci a base di cortisone e neppure per lungo periodo in presenza di disturbi digestivi modesti.

### **Malattia celiaca: non è utile lo screening nei soggetti asintomatici**

(da fimmg.org) L'US Preventive Services Task Force (USPSTF - gruppo indipendente di esperti che crea raccomandazioni circa l'efficacia di specifici servizi di assistenza preventiva) afferma che l'evidenza attuale è insufficiente per valutare l'equilibrio di costi e benefici dello screening per la celiachia in soggetti asintomatici, come appare su un recente articolo pubblicato su JAMA. La celiachia è causata da una risposta immunitaria in persone geneticamente suscettibili al glutine, complesso proteico presente in grano, segale e orzo. L'ingestione di glutine nelle persone con celiachia provoca danni infiammatori all'intestino tenue e può causare malattie gastrointestinali e non. La prevalenza di celiachia, tra gli adulti USA, varia dallo 0,40% allo 0,95%. Per stabilire una nuova raccomandazione, l'USPSTF recensisce le prove sull'accuratezza dello screening per la celiachia in adulti asintomatici, adolescenti e bambini e i potenziali costi-benefici dello screening vs non screening nella popolazione generale, oltre a benefici e costi di trattamento della malattia celiaca. La conclusione è che l'USPSTF ha trovato prove insufficienti sull'accuratezza dei test di screening per la celiachia in popolazioni asintomatiche e sull'efficacia dello screening per la celiachia in adulti asintomatici, adolescenti e bambini per quanto riguarda morbidità, mortalità o qualità della vita. L'USPSTF ha, invece, trovato prove sufficienti sull'efficacia dello screening mirato a persone ad aumentato rischio di malattia celiaca (ad esempio, con storia familiare positiva). (K. Bibbins-Domingo et al. JAMA, 2017; 317 (12): 1252.)

### **Prevenzione diabetica, documento di consenso sostiene attività fisica**

(da DoctorNews) In Italia, secondo le più recenti stime Istat, è sovrappeso oltre 1 persona su 3 (36%) e obesa 1 su 10 (10%). Dai dati degli Annali 2012 dell'Associazione medici diabetologi (Amd), si ricava che oltre il 66,4% delle persone con diabete di tipo 2 è anche fortemente/prevalentemente sovrappeso o obeso. Le persone affette da "diabetica"

(compresenza di diabete e obesità) sono circa 2 milioni. «In effetti tra sovrappeso e obesità, da un lato, e diabete, dall'altro, esiste una stretta relazione fisiopatologica» spiega Michele Carruba, direttore del Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'Università degli studi di Milano. «Nel giro di anni, l'accumulo di grasso è il primum movens di una condizione di infiammazione cronica, dovuta al rilascio di Tnf-alfa e Interleuchina-6 dagli adipociti viscerali che a loro volta richiamano macrofagi che secernono altre sostanze proinfiammatorie. Il Tnf-alfa, in particolare, porta nel tempo a una riduzione del numero e di attività dei mitocondri a livello sistemico (in quanto downregola l'attività dell'enzima eNos deputato a produrre ossido nitrico e stimolare la mitocondriogenesi). Di conseguenza glucidi e acidi grassi non sono metabolizzati per produrre Atp, e anzi aumentano la massa di adipociti. Il soggetto avendo muscoli in grado di produrre poca energia si stanca facilmente, tendendo ulteriormente alla sedentarietà. La riduzione dei mitocondri, inoltre, induce insulinoresistenza, ipertensione, dislipidemia e, in ultima analisi, aumenta il rischio cardiovascolare». La riduzione del peso a questo punto si profila come una vera e propria terapia. «Al momento» conferma Carruba «gli strumenti più potenti che abbiamo a disposizione per aumentare l'attività dell'eNos, quindi la produzione di ossido nitrico e la mitocondriogenesi, non sono farmaci ma l'esercizio fisico e la dieta ipocalorica». Non a caso alla 1a Diabetes prevention conference a Roma è stato stilato un documento di consenso per la promozione dell'attività motoria e dell'esercizio fisico in diversi contesti (dalla scuola alla famiglia, dal posto di lavoro al mondo sanitario). «A tale proposito» specifica Carruba «spesso si è molto aggressivi su una patologia conclamata. Ma se interveniamo su una popolazione ad alto rischio costituita da soggetti sovrappeso od obesi, possiamo prevenire sindrome metabolica, diabete, ipertensione e patologie cardiovascolari, anche ai fini della sostenibilità economica del Ssn. Basti pensare che l'obesità costa 28 miliardi di euro l'anno di spese dirette per obesità e malattie a esse correlate, tra cui il diabete».

### **Ipotiroidismo subclinico nell'anziano: inutile il trattamento con L-tiroxina**

*Lo studio TRUST, appena pubblicato sul New England Journal of Medicine dimostra che dal punto di vista sintomatico (sintomi da ipotiroidismo, stanchezza e facile affaticabilità) il trattamento con L-tiroxina, in caso di ipotiroidismo subclinico (definito come elevati valori di TSH in presenza di normali livelli di ormoni tiroidei) non determina alcun beneficio. I livelli di TSH con il trattamento si riducono, ma i sintomi non vengono minimamente modificati* [Leggi l'articolo completo al LINK](#)

[http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=49511&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=49511&fr=n)

### **Lo screening con Psa per cancro alla prostata può essere dannoso**

(da Doctor33) Secondo un articolo pubblicato sul New England Journal of Medicine non è chiaro se lo screening per il cancro della prostata effettuato tramite test sul sangue per l'antigene prostatico specifico (Psa) sia o meno utile e opportuno. «È improbabile che il beneficio netto sia più che marginale, mentre i danni sono provati e sostanziali» afferma Paul Pinsky, del National Cancer Institute, National Institutes of Health (Stati Uniti), autore principale della ricerca. I dati di due grandi studi sullo screening con Psa, lo European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (Erspc) e il Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial (Plco), infatti, indicano che sembra ragionevole rinunciare allo screening di massa. Nel 2012, inoltre, la US Preventive Services Task Force (Uspstf) ha sconsigliato la routine dello screening basato sul PSA per gli uomini sani, indipendentemente dall'età, facendo molto discutere gli addetti ai lavori. Sulla base delle prove disponibili, si stima che per 1.000 uomini che si sottopongono allo screening diverse volte e sono seguiti da 10 a 15 anni sia possibile evitare circa una morte per cancro della prostata, ma le raccomandazioni contro lo screening sono basate principalmente sulla conclusione che i danni possono superare i benefici probabili. Come in altri test di screening, infatti, un falso positivo può causare ansia e anche una biopsia non necessaria, ma quello che caratterizza il test con Psa tra tutti i test di screening è la sovrastima di tumori inerti, non letali, combinata con la frequenza e la gravità degli effetti collaterali delle terapie standard utilizzate per il trattamento di tali tumori. Lo screening ha creato una "pseudo-epidemia" di cancro alla prostata, infatti si ha avuto un aumento dell'incidenza del 63% dal 1987, anno della sua introduzione, al 1993 e con una tendenza al proseguimento nella stessa direzione; i tassi sono però calati in conseguenza delle nuove linee guida USPSTF che sconsigliavano di sottoporsi al test. «C'è una necessità critica di strategie per ridurre gli oneri connessi con la diagnosi di malattia inerte, combinando la possibilità di evitare di diagnosticarla in primo luogo e quella di classificarla in maniera precisa come non richiedente alcun ulteriore follow-up o trattamento, pur mantenendo tutti i benefici rispetto alla mortalità per gli uomini con malattia aggressiva. Forse questa è la sfida più grande della ricerca per il futuro» concludono gli autori.

(N Engl J Med. 2017. doi: 10.1056/NEJMs1616281  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355509>)



### **Antibiotici a largo spettro e rischio di obesità**

(da Doctor 33) L'utilizzo frequente di antibiotici a largo spettro nei primi due anni di vita può aumentare il rischio di sviluppo precoce di obesità. A parlarne è uno studio pubblicato sulla rivista *Jama pediatrics* a firma di un gruppo di ricercatori che hanno valutato l'impatto della prescrizione di antibiotici fra 0 e 23 mesi di vita sullo sviluppo di obesità tra 24 e 59 mesi di età. «Precedenti studi hanno suggerito che la microflora intestinale sia associata con l'obesità più tardi nella vita e che l'esposizione agli antibiotici influenzi la diversità microbica e la composizione» spiega Charles Bailey, del Children's Hospital of Philadelphia in Pennsylvania, primo autore della ricerca. «Data la natura modificabile della microflora intestinale, i grandi cambiamenti nella dieta e i contatti con l'ambiente nell'infanzia, il carico nazionale delle malattie, e le ampie opportunità per migliorare l'utilizzo degli antimicrobici, vi è la necessità di determinare l'influenza dell'uso di antibiotici sull'obesità infantile precoce». Utilizzando le cartelle sanitarie elettroniche di una rete di ambulatori di cure primarie che coprivano gli anni fra il 2001 e il 2013, i ricercatori hanno raccolto i dati concernenti quasi 65.000 bambini che avevano avuto visite annuali da 0 a 23 mesi e una o più visite fra i 24 e i 59 mesi. I risultati dell'analisi hanno mostrato che il 69% dei bambini aveva assunto antibiotici prima dei 24 mesi di età, con una media di 2,3 esposizioni per bambino. Il rischio di obesità aumentato era associato con un utilizzo maggiore di antibiotici in generale, e l'effetto era maggiore per gli antibiotici a largo spettro, mentre non sono state trovate associazioni con gli antibiotici a spettro limitato. «Perché l'obesità è una condizione multifattoriale, il ridurre la prevalenza dipende dall'identificare e gestire i molteplici fattori di rischio, il cui effetto singolo può essere piccolo ma modificabile» conclude Bailey. «I nostri risultati suggeriscono che l'uso di antibiotici ad ampio spettro in pazienti prima dei 24 mesi di età possa essere uno di questi fattori. Ciò fornisce supporto aggiuntivo all'adozione di linee guida per il trattamento di condizioni comuni in pediatria che enfatizzano la limitazione nell'uso di antibiotici ai casi in cui l'efficacia sia ben dimostrata, preferendo farmaci a spettro limitato in assenza di indicazioni specifiche per una copertura più ampia».

*(JAMA Pediatr. Published online September 29, 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.1539)*

### **Ministero Salute, troppe analisi per gravidanza e troppi cesarei in Italia**

(da DottNet) Gravidanze troppo medicalizzate, con più di 4 visite in 9 mesi nell'87% dei casi, un numero ancora troppo alto di parti cesarei (35%) e madri sempre più anziane: così è la natalità in Italia secondo il Rapporto annuale sull'evento nascita, realizzato dal Ministero della Salute, con i dati rilevati nel 2014 dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Complessivamente i bambini nati nel 2014 in 513 punti nascita sono stati 502.446 (erano 512.327 nel 2013). Anche se la maggior parte delle nascite (62,5%), avviene in strutture dove si fanno almeno 1000 parti l'anno, rimane un 7,5% di parti in strutture 'a rischio' (cioè dove si eseguono meno di 500). I nati vivi sono stati 500.895, 1.337 quelli nati morti, e 4.492 i nati malformati. I parti prematuri sono stati il 6,7%, e quelli estremamente pre-termine lo 0,9%. L'1,1% dei neonati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,3% tra 1.500 e 2.500 grammi. Il ricorso al taglio cesareo continua ad essere alto: la media nazionale è del 35%, con i picchi maggiori nelle case di cura accreditate (53,6%, contro il 32,6% degli ospedali pubblici) e tra le partorienti italiane (36,8% contro il 28% delle straniere).

Per quanto riguarda la gravidanza, il rapporto rileva un'eccessiva medicalizzazione: nel 73,3% dei casi si eseguono più delle 3 ecografie raccomandate. La media nazionale è di 5,4 ecografie, con il picco di 7 nella Basilicata e il minimo del Piemonte (3,8). Le donne straniere, con scolarità bassa e giovani sono quelle che fanno meno visite e controlli. Tra gli esami di diagnosi prenatale invasivi, la più usata è l'amniocentesi (9,2%), seguita dalla villocentesi (4%). Per quanto riguarda la madre, l'età media delle donne italiane è 33 anni e 30 per le straniere (che complessivamente sono il 20%), il 43,7% ha una scolarità alta, il 56,2% lavora e nel 91% dei casi ha accanto il padre del bambino al momento del parto. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (pma) avviene per 1,71 gravidanza su 100. Il primato di parti con pma spetta alla Lombardia (2.452), seguita da Emilia Romagna (799) e Piemonte (793).

### **Associazione tra vitamina D e patologie della tiroide: ancora nessuna certezza**

(da Doctor 33) Gli studi prodotti finora sul ruolo che la vitamina D gioca nella regolazione tiroidea sono inconsistenti e inconcludenti. Questa la conclusione alla quale è giunto il professor Paolo Emidio Macchia, endocrinologo e docente all'Università di Napoli di Scienze tecniche dietetiche applicate, dopo aver preso in esame con il suo team di ricerca gli studi presenti in letteratura riguardanti l'associazione tra vitamina D e patologie della tiroide e aver recentemente pubblicato un articolo sull'argomento su *Reviews in Endocrine and Metabolic*

*Disorders.* "Revisionando la letteratura disponibile siamo giunti alla conclusione che **non abbiamo ancora dati attendibili per poter utilizzare realmente nella pratica clinica questa vitamina**. Di dati in realtà ne abbiamo parecchi, quindi non è una questione di numeriche, ma di costruzione degli studi che permettono di arrivare ai numeri. Nel campo della funzionalità e patologia tiroidea di certezze non ce ne sono: le popolazioni studiate non sono selezionate e questo vale anche da un punto di vista etnogeografico. Le popolazioni orientali, per esempio, sembrano avere livelli di vitamina D molto differenti dai nostri. E poi abbiamo dati su bambini, adolescenti e adulti nello stesso calderone". I livelli di vitamina D devono essere mantenuti nella norma e oggi questo è facilmente ottenibile attraverso un'integrazione, ma "affermare al momento una qualunque associazione di tipo causa-effetto con una patologia tiroidea per me non ha molto senso - prosegue Macchia. Oggi i dati sono confusi, ma non per questo trovo privo di senso investire in studi su popolazioni europee molto selezionate. Ricordo che se certezze vi sono sul ruolo giocato dalla vitamina D queste si hanno nel suo coinvolgimento a livello immunitario e una delle patologie tiroidee più diffuse è la tiroidite di Hashimoto, che rientra tra le patologie a carattere autoimmune. Ma oggi, ribadisco, non vi sono dati utilizzabili in ambito clinico: **alcuni studi correlano alti livelli di autoanticorpi a bassi livello di vitamina D, altrettanti studi smentiscono qualunque tipo di correlazione**. E prima di valutare l'effetto di una supplementazione valuterei in popolazioni ben selezionate le eventuali carenze. Ad esempio potrebbe essere interessante uno studio nei pazienti con tiroidite di Hashimoto per confrontare i livelli di vitamina D tra i pazienti con ipotiroidismo e quelli in cui l'ipotiroidismo non si è manifestato, stando attento anche alla stagionalità in cui si effettuano le indagini di laboratorio perché ricordo che l'effetto dell'esposizione al sole è una discriminante non indifferente. Sempre nei pazienti con ipotiroidismo da tiroidite di Hashimoto, potrebbe essere interessante valutare l'efficacia della supplementazione con vitamina D nel modulare gli effetti della terapia, e stabilire se la vitamina D possa in qualche modo consentire variazioni nel dosaggio delle dosi farmacologiche di ormoni tiroidei. Un ultimo aspetto per il quale ritengo siano necessari ulteriori studi è la relazione tra tumori della tiroide e concentrazioni sieriche di vitamina D". Ad oggi, infatti, numerosi dati in letteratura suggeriscono la presenza di forti correlazioni tra le concentrazioni di vitamina D e tumori in generale e per quanto riguarda i tumori della tiroide, i dati degli studi in vitro e in modelli animali sono promettenti, ma ancora non ci sono chiare evidenze sul potenziale ruolo di questa vitamina in ambito oncologico.