



**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
BUONE PRATICHE 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

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

**ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA
Giovedì 11 maggio 2017**

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.

**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 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

CONSULCESI POINT

Martedì 28 marzo 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 28 marzo 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.

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.

Istituito 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](#)

**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. Zoli Matteo

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.

Corsi e Congressi

OMCeO FC

Emocromo e Vitamine: aggiornamenti dal Laboratorio

Forlì, 23 marzo 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

Progetto Ematologia-Romagna

Ravenna – 25 marzo 2017

Rimini – 08 aprile 2017

Cesena – 16 settembre 2017

Faenza – 30 settembre 2017

[Programma](#)

OMCeO FC

Il protocollo diagnostico e le opzioni terapeutiche per le coppie infertili

Forlì, 30 marzo 2017 ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

[Programma](#)

OMCeO FC

Le banche dati ed i sistemi di supporto decisionali Evidence Based disponibili nella Biblioteca Medica Virtuale sul portale FNOMCeO: guida all'utilizzo per la formazione continua, l'aggiornamento sistematico e per l'appropriatezza nella pratica clinica

Forlì, 8 aprile 2017 ore 8.30

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

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

OMCeO FC

**Il dipartimento osteoarticolare della Romagna
La riorganizzazione della funzione di Ortopedia
nella nuova proposta di riordino ospedaliero aziendale**

Forlì, 13 aprile 2017 ore 20.00
Sala Conferenze
Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano
[programma](#)

Patrocini Ordine

Conferenza Pubblica

La chimica in agricoltura: siamo vincitori o vittime?

Forlì, 23 marzo 2017
Salone Comunale

XV Corso nazionale di ultrasonologia vascolare, diagnosi e terapia

Bertinoro, 5-8 aprile 2017
Centro Residenziale Universitario
[Informazioni](#)

Diabetes Marathon

Cesena, Rimini, Forlì 7-9 aprile 2017
<http://www.diabetesmarathon.it>

Il climaterio. Aspetti clinici e terapeutici

Forlì 8 aprile 2017
Sala Pieratelli Ospedale Morgagni-Pierantoni
[programma](#)

**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

**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

Uso sicuro dei medicinali e prevenzione degli errori terapeutici: dall'EMA una nuova pagina web e una guida per le buone pratiche

L'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha pubblicato una guida per le buone pratiche sugli [errori terapeutici](#) per migliorarne la segnalazione, la valutazione e la prevenzione da parte delle autorità regolatorie e delle aziende farmaceutiche in tutta l'Unione Europea (UE) e, parallelamente, ha lanciato una pagina web al LINK <http://www.ema.europa.eu/ema/> contenente le raccomandazioni da seguire per evitare questo tipo di errori nell'uso di specifici farmaci. Questa pagina conterrà informazioni chiare e comprensibili per pazienti e operatori sanitari utili per favorire un utilizzo sicuro dei farmaci.

Un errore terapeutico è un errore non intenzionale commesso nell'utilizzo di un farmaco che può causare danno al paziente e che si può verificare per molte ragioni al momento della prescrizione, dispensazione, conservazione, preparazione o somministrazione di un medicinale. Nell'Unione Europea, le autorità nazionali competenti e l'EMA svolgono un ruolo chiave nell'identificare e ridurre il rischio di errori terapeutici sia prima che dopo l'autorizzazione di un medicinale: l'etichettatura e il foglio illustrativo sono progettati anche per evitare questo tipo di errori. Tuttavia, in alcuni casi, sono necessarie ulteriori misure per garantire che il farmaco venga usato correttamente, come, per esempio, l'introduzione di programmi di formazione per operatori sanitari e pazienti. L'Agenzia Europea comunicherà, in maniera sistematica, ogni misura supplementare decisa a livello europeo per evitare gli errori terapeutici. La nuova pagina web sarà un punto di riferimento per i pazienti e gli operatori sanitari in cui trovare consigli validi su come prevenire questi errori al fine di garantire l'uso sicuro dei farmaci. La segnalazione degli errori terapeutici è fondamentale per la loro prevenzione: nell'ambito del monitoraggio standard della sicurezza di un medicinale, le autorità regolatorie esaminano costantemente le segnalazioni di errori terapeutici. Le aziende farmaceutiche e le autorità competenti nazionali degli Stati membri dell'UE sono obbligate per legge a inserire nel sistema EudraVigilance tutte le sospette reazioni avverse gravi dovute a errori terapeutici.

La guida per le buone pratiche sugli errori terapeutici integra le buone pratiche di *farmacovigilanza* (GVP) e altre linee guida già esistenti pubblicate da EMA e si compone di due parti: la prima dettaglia il modo in cui dovrebbero essere registrate, codificate, riportate e valutate le sospette reazioni avverse causate da errori terapeutici, con l'obiettivo di migliorarne la segnalazione e imparare dagli errori terapeutici a beneficio della salute pubblica. La seconda parte definisce i principi chiave della pianificazione della gestione del rischio in relazione agli errori terapeutici e descrive le principali cause e i tipi di errori, proponendo possibili opzioni per la minimizzazione del rischio durante tutta la vita di un farmaco.

Dai medici inglesi la lista di farmaci e terapie inutili

(da DottNet) Dalle iniezioni anti-epiletiche nei bambini, ai raggi X per il mal di schiena, sono dozzine i farmaci e le terapie inutili che continuano a essere prescritti di routine, facendo spendere risorse ingenti al servizio sanitario. Nel caso di quello inglese, la spesa arriva a 2 miliardi di sterline l'anno, avverte l'Accademia dei colleghi medici reali inglesi, che ha compilato un elenco delle terapie inutili e invita i medici a cambiare le loro prescrizioni di conseguenza, come segnala il quotidiano inglese "The Independent".

Tra i trattamenti con pochi o nulli benefici nella lista degli ordini dei medici inglesi, ci sono i raggi X per il mal di schiena, non necessari a meno che non vi siano altre complicazioni, le trasfusioni di sangue, a cui ricorrere solo per i casi di grave anemia o forti emorragie, e l'ingessatura per le piccole fratture, come quella del piede, che può guarire velocemente anche con tutori ortopedici, o steccature rimovibili per la frattura del polso nei bambini. Anche i test del calcio, usati nel caso di calcoli renali, malattie ossee e problemi legati ai nervi, in realtà sono inutili a meno che non si sia gravemente malati, mentre per trattare l'epilessia bei bambini, è meglio ricorrere ai farmaci da sciogliere in bocca invece delle iniezioni. L'aspirina poi non andrebbe presa dopo un aborto spontaneo, per ridurre il rischio di ulteriori aborti, nè durante la gravidanza per ridurre i coaguli nel sangue, mentre gli screening di routine per la demenza, ricordano, non esistono.

Choosing Wisely: non mancano resistenze nell'attuare le raccomandazioni

Secondo un sondaggio nazionale pubblicato sul Journal of General Internal Medicine, molti dei generalisti statunitensi sono dell'opinione che i consigli della campagna "Choosing Wisely" siano facili da seguire, sebbene non manchino resistenze da parte di medici e pazienti quando si tratta di attuare raccomandazioni che suggeriscono di evitare analisi o trattamenti per condizioni sintomatiche. Choosing Wisely, lanciata nel 2012 dal Board of Internal Medicine per individuare le pratiche da evitare in sede di diagnosi e cura, offre oltre 450 raccomandazioni stilate da più di 70 società scientifiche che individuano procedure, test o farmaci da evitare. «Finora, tuttavia, mancavano dati sul gradimento della campagna da parte dei generalisti e sulla facilità o meno di implementazione dei suggerimenti nella pratica clinica» esordisce Brian Zikmund-Fisher, professore associato di comportamento sanitario all'Università del Michigan, che assieme ai colleghi ha intervistato circa 2.000 medici statunitensi su 12 raccomandazioni scoprendo che non tutti erano a conoscenza dei consigli, ma che molti ne condividevano l'utilità. Oltre l'80% dei medici ha riferito che non sarebbe stato difficile per i pazienti accettare quattro delle raccomandazioni per evitare l'eccesso di esami per il cancro del colon o cardiopatie. Viceversa, tre raccomandazioni sono state valutate difficili da seguire e accettare sia per i pazienti sia per i medici, tra cui evitare l'imaging nella sospetta embolia polmonare, evitare l'uso di farmaci per raggiungere livelli di emoglobina glicata inferiori al 7,5% negli adulti di 65 anni o più ed evitare lo screening con la mineralometria ossea nelle persone più giovani senza fattori di rischio. «I tassi di risposta non ottimali degli intervistati fanno riflettere su quanto sia difficile condurre indagini a livello nazionale, specie senza grandi incentivi finanziari» sottolineano gli autori, non nascondendo la preoccupazione sulla resistenza dei pazienti, ma anche di molti medici di medicina generale, alla messa in pratica di alcune raccomandazioni. «Servono interventi mirati per aiutare a superare la riluttanza di medico e ammalati ad adottare alcune delle raccomandazioni proposte da Choosing Wisely» conclude Zikmund-Fisher. (J Gen Intern Med. 2016. doi:10.1007/s11606-016-3853-5).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27599491>

Il 30% delle gastroscopie è inutile

(da DottNet) Troppi esami e molte volte non necessari. A lanciare l'allarme sono i gastroenterologi: il 25-30% delle gastroscopie e delle colonscopie che si fanno in Italia sono infatti inutili, ed il risultato sono 30 milioni di euro bruciati per 500 mila procedure evitabili. La ragione, spiega la Società di gastroenterologia ed endoscopia digestiva (Sige), è che gli esami vengono spesso prescritti senza una corretta indicazione ed espongono anche a rischi il paziente. La Sige lancia dunque un appello affinché venga ristabilita una corretta appropriatezza prescrittiva degli esami endoscopici, in particolare di esofagogastroduodenoscopia (Egds) e colonscopie, strumenti diagnostici certamente preziosi ma richiesti in numeri esorbitanti e spesso al di fuori delle indicazioni. Colpa della medicina difensiva ma anche di una mancata conoscenza delle corrette pratiche. Ogni anno vengono effettuate in Italia oltre 1,7 milioni di Egds e di colonscopie, in pratica quasi 29 procedure ogni 1.000 abitanti, quasi tutte per motivi diagnostici (solo l'11,2 per cento rappresenta una procedura terapeutica). Un numero "enorme di esami che si traduce in una spesa notevole - sottolinea Gerardo Nardone, gastroenterologo dell'Università Federico II di Napoli - calcolando una media di 60 euro ad esame endoscopico si arriva infatti alla ragguardevole cifra di 102,7 milioni di euro. Di questa spesa ingente si stima che almeno 30 milioni di euro vadano bruciati per esami inutili. Le cause di questo spreco vanno ricercate in una inadeguata conoscenza delle indicazioni da parte della classe medica, ma spesso anche nella possibilità da parte dei pazienti di prenotare direttamente gli esami attraverso CUP, farmacie, e altri canali senza effettuare prima una visita specialistica".

Insomma, una sorta di 'fai da te' che può risultare inappropriato. Due convinzioni assai diffuse, ma purtroppo in gran parte infondate, sottolinea il presidente Sige Antonio Craxi, "sono quella che la migliore prevenzione delle malattie si faccia eseguendo periodicamente esami di laboratorio o strumentali in assenza di qualunque sintomatologia o rischio specifico di malattia, e la seconda che ogni diagnosi debba essere supportata da esami approfonditi, anche quando la condizione è ovvia o la conferma del tutto inutile nel decidere la cura. Ambedue queste convinzioni generano richieste di esami inappropriati". Chi deve invece assolutamente sottoporsi ad esame endoscopico, affermano gli esperti, sono i pazienti che presentino sintomi d'allarme, ovvero dimagrimento, anemia, sanguinamento gastro-intestinale. In questi casi va eseguito urgentemente un esame endoscopico, gastroscopia o colonscopia in base ai sintomi.

Gli esami vanno fatti anche per il monitoraggio delle lesioni pre-cancerose e per la prevenzione del cancro del colon (in quest'ultimo caso se la prima colonscopia è negativa, l'esame può essere ripetuto anche dopo 7-10 anni). Oggi, però, solo il 20% degli esami endoscopici viene richiesto dal gastroenterologo; l'80% proviene dal medico di famiglia, da altri specialisti o dagli stessi pazienti. La Sige scende quindi in campo a fianco dei medici di base per fare formazione e mettere un freno allo spreco: per questo, la Società promuove iniziative ad hoc come i campus

di aggiornamento allo scopo di aumentare l'appropriatezza delle richieste di esami. E gli argomenti dei campus, sottolinea, nascono proprio da specifiche richieste emerse da una indagine che ha coinvolto la maggior parte dei medici di famiglia italiani.

Choosing wisely, le prime 5 pratiche da evitare in odontoiatria

(da Dotcor33) È recente l'adesione anche dell'American dental association (Ada) a "Choosing wisely" (scegliendo saggiamente) - iniziativa varata nel 2012 dalla Fondazione Abim (American board of internal medicine) con lo scopo di individuare in ogni specialità medico-chirurgica una serie di "5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero rimettere in discussione" perché considerate dalle stesse società scientifiche inutili se non deleterie, sotto il profilo sia clinico sia economico-sanitario. Quanto segue sono i consigli che gli odontoiatri d'Oltreoceano hanno ritenuto fondamentale inserire nella propria "Top 5 list":

1) Non raccomandare un dentifricio senza fluoro per neonati e bambini. Il beneficio di un dentifricio contenente fluoro deriva dal suo effetto topico sullo smalto dentale grazie all'interruzione della sua demineralizzazione causata da acidi batterici e il potenziamento della rimineralizzazione della superficie dello smalto. Il beneficio anticarie inizia con l'eruzione del primo dente primario. Lo spazzolamento con un dentifricio senza fluoro non fornisce alcun beneficio anticarie. L'uso delle quantità raccomandate di dentifricio al fluoro minimizza i rischi di fluorosi, una decolorazione biancastra dello smalto.

2) Evitare il trattamento restaurativo come prima linea di trattamento in una carie incipiente occlusale (non cavitata) senza prima considerare l'uso del sigillante. Prove di alta qualità mostrano che i sigillanti sono sicuri ed efficaci nell'arrestare la progressione della carie nella fase iniziale (incipiente) non cavitata occlusale. I sigillanti offrono un trattamento dentale conservativo rispetto ai restauri che possono richiedere la rimozione di qualche struttura del dente sano, in tal modo indebolendo il dente e aumentando il rischio che lo stesso possa alla fine necessitare di un trattamento più esteso. Applicando i sigillanti non appena viene rilevata una carie allo stadio iniziale è possibile migliorare gli esiti riducendo il bisogno successivo di una cura restaurativa più ampia.

3) Evitare una stabilizzazione protettiva, una sedazione o un'anestesia generale in pazienti in età pediatrica senza avere considerato tutte le opzioni con il tutore legale. Alcuni bambini non rispondono alle tecniche comunicative di guida comportamentale per odontoiatria pediatrica e richiedono un trattamento per una malattia dentale. Le tecniche avanzate di guida al comportamento in caso di sedazione, stabilizzazione protettiva e anestesia generale offrono rischi e benefici, spesso al di là della conoscenza di salute dei genitori e di altre figure di supporto. La migliore pratica di consenso informato richiede una approfondita e comprensibile spiegazione di queste tecniche e delle alternative tra le quali il differimento del trattamento con i suoi rischi inerenti.

4) Evitare di utilizzare routinariamente procedure chirurgiche irreversibili come bretelle odontoiatriche, equilibratura occlusale e restauri come trattamento di prima scelta nella gestione dei disturbi dell'articolazione temporomandibolare. Vi è mancanza di prove che i disturbi articolari temporomandibolari (Tmd) (definiti come disturbi muscolo-scheletrici, non come lesione di un'occlusione traumatica) siano sempre progressive mentre esistono evidenze che, in molti casi, i pazienti con Tmd abbiano remissioni spontanee senza trattamento. Perciò la gestione è generalmente conservativa e comprende strategie reversibili come l'educazione del paziente, farmaci, terapia fisica e/o l'uso di dispositivi occlusali che non alterano la forma o la posizione dei denti o l'allineamento delle arcate dentali.

5) Non sostituire restauri solo perché sono vecchi. I restauri dentali (otturazioni) falliscono a causa di eccessiva usura, frattura del materiale o del dente, perdita di ritenzione o decadimento recidivante. Quanto maggiore è la dimensione del restauro e/o più elevato è il numero di superfici otturate tanto aumenta la probabilità di fallimento. I materiali di restauro hanno tassi di sopravvivenza diversi e falliscono per motivi diversi, ma l'età non deve essere utilizzata come criterio di fallimento.

Nella lombalgia aspecifica l'imaging è superfluo, ma non prescriverlo è spesso difficile

(da Dotcor33) La campagna Choosing Wisely (ossia "scegliere saggiamente"), elenca ben sette raccomandazioni che sconsigliano l'uso dell'imaging nei pazienti con lombalgia aspecifica. Ma ciò non vuol sempre dire che le intenzioni corrispondano alla realtà, almeno secondo uno studio appena pubblicato su *Jama Internal Medicine* coordinato da Erika Sears del Centro Veterans Affairs for Clinical Management Research di Ann Arbor, Michigan. «L'eccessivo utilizzo di esami diagnostici e trattamenti sta diventando un fenomeno sempre più diffuso e rilevante, ma nonostante i medici conoscano le linee guida che suggeriscono di non prescrivere certi esami in date situazioni, non sempre si sentono di applicarle integralmente» scrivono gli autori, che hanno analizzato i questionari compilati da 579 medici e infermieri durante un sondaggio online realizzato tra ottobre e dicembre 2014. L'intervista proponeva un'ipotetica donna di 45 anni con lombalgia aspecifica in assenza di segni o sintomi di allarme che chiedeva al medico di prescrivere una tomografia computerizzata (Ct) o una risonanza magnetica (Mri), chiedendo quali fattori potrebbero influenzare la decisione. Solo il 3,3 per cento dei medici ha risposto che il paziente avrebbe tratto beneficio dall'imaging, mentre il 77 per cento era convinto che questi esami avrebbero portato ad altri accertamenti o procedure inutili. Eppure, il 57,8 per cento dei medici si preoccupava che la paziente avrebbe reagito male alla mancata prescrizione, e il 25,8 per cento riteneva di non avere abbastanza tempo durante la visita per spiegare alla paziente i rischi e i benefici dell'imaging. Inoltre, poco più di un quarto dei medici sottolineava la possibilità che la mancata prescrizione potesse portare a una denuncia per malpractice. «Da questi risultati emerge che per ridurre il numero di esami a basso valore diagnostico prescritti nella lombalgia aspecifica serve rassicurare i medici e informare meglio i pazienti» conclude Sears.

(*Jama Intern Med. Published online October 17, 2016. doi:10.1001/jamainternmed.2016.6364*
<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2569281>)

Sicurezza anziani, la principale minaccia sono gli eventi avversi dei farmaci

(da Doctor33) Da uno studio neozelandese appena pubblicato su *Annals of Family Medicine* emerge che nelle cure primarie la più grande minaccia per la sicurezza dei pazienti più anziani è il rischio dovuto al trattamento stesso, e non all'errore del medico. «Migliorare la sicurezza degli anziani fragili è tra le più grandi sfide dei moderni sistemi di assistenza sanitaria» esordisce la prima autrice dell'articolo Katharine Ann Wallis, del Department of General Practice & Primary Health Care all'Università di Auckland, spiegando che gli eventi avversi da farmaci causano in questa sottopopolazione molti ricoveri ospedalieri evitabili con costi sanitari elevati. «L'invecchiamento della popolazione e la particolare vulnerabilità delle persone anziane rendono ancora più urgente affrontare in modo efficace il tema della sicurezza dei pazienti, e nonostante molti di essi vengano assistiti nell'ambito delle cure primarie, si sa relativamente poco circa la sicurezza ambulatoriale» scrivono i ricercatori, che hanno analizzato i sinistri assicurativi raccolti tra il 2005 e il 2009 sui danni subiti dai pazienti curati sul territorio. Lo studio era focalizzato sui soggetti di 65 anni e più trattati nell'ambito delle cure primarie, ossia negli ambulatori dei medici di famiglia ma anche in riabilitazione o nelle cliniche dentali e nelle case di riposo. Escluse le denunce di danni in seguito a cure prestate negli ospedali, nelle cliniche private o in caso di maternità. E i risultati mostrano che la più grande minaccia alla sicurezza degli anziani non sono gli errori medici, ma gli eventi avversi da farmaci, antibiotici in testa. «In particolare, abbiamo scoperto che il 34% delle lesioni segnalate e il 91% di quelle da farmaci è stato causato da reazioni allergiche e idiosincrasiche in assenza di colpa medica» riprende Wallis. E conclude: «Per migliorare la sicurezza dei pazienti dobbiamo ridurre i rischi connessi alle prescrizioni dei farmaci, specie se inappropriate, che in gran parte riguardano gli antibiotici».

(*Ann Fam Med. 2015. doi: 10.1370/afm.1810* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371269>)

Le 5 pratiche più rilevanti da evitare in psichiatria

(da Dotcor33) Sono sempre state solo 5 le raccomandazioni presenti nella lista redatta dall'American psychiatric association (Apsa) nell'ambito dell'iniziativa Choosing Wisely ("Scegliendo saggiamente").

Ecco le 5 principali pratiche inappropriate secondo gli psichiatri statunitensi:

1) non prescrivere farmaci antipsicotici (Fa) ai pazienti per qualsiasi indicazione senza un'adeguata valutazione iniziale e un adeguato monitoraggio costante. Una valutazione iniziale approfondita è necessaria per assicurare che l'uso di Fa sia clinicamente necessario mentre il monitoraggio continuo serve per identificare eventuali effetti collaterali (metabolici, neuromuscolari e cardiovascolari [Cv]). In particolare, una "valutazione iniziale appropriata" comprende un accurato esame di possibili cause sottostanti ai sintomi, una valutazione della condizione medica generale e una raccolta anamnestica familiare, specie in riferimento a

disturbi metabolici e Cv. Un "adeguato monitoraggio continuo", invece, comprende sia la rivalutazione e la documentazione della dose, dell'efficacia e degli effetti avversi dei Fa, sia una valutazione mirata di disturbi del movimento o sintomi neurologici sia l'effettuazione periodica delle misure ambulatoriali e di laboratorio convenzionali;

2) non prescrivere abitualmente due o più Fa in contemporanea. Le prove di efficacia e sicurezza d'uso di più Fa sono carenti mentre è certo l'aumentato rischio di interazioni tra farmaci, ridotta aderenza al trattamento ed errori medici. In genere l'uso concomitante di 2 o più Fa dovrebbe essere evitato, tranne in caso di fallimento di 3 tentativi di monoterapia che comprendano una prova fallita con clozapina, se possibile. Quando è aggiunto un secondo Fa va previsto un piano di riduzione trasversale della dose tendendo verso la ionoterapia;

3) non impiegare di routine Fa come prima scelta per trattare sintomi comportamentali e psicologici di demenza. Questi ultimi, definiti come sintomi e comportamenti non cognitivi, comprendono agitazione, aggressività, ansia, irritabilità, depressione e apatia. Le evidenze dimostrano che i rischi dei Fa (come effetti cerebrovascolari, mortalità, parkinsonismo, sedazione, aumentato peso corporeo) tendono a superare i loro potenziali benefici in questa popolazione. I clinici dovrebbero in genere limitare l'uso di Fa ai casi in cui le misure non farmacologiche hanno fallito e i sintomi dei pazienti possono creare un pericolo a loro stessi o ad altri;

4) non prescrivere d'abitudine Fa come intervento di prima linea per trattare l'insonnia nell'adulto. Vi sono prove inadeguate - basate su pochi studi dai risultati discordanti - a supporto dell'efficacia dei Fa nel trattamento dell'insonnia primaria o dovuta a un'altra condizione psichiatrica o medica;

5) non prescrivere abitualmente Fa per trattare i sintomi comportamentali ed emozionali nei disturbi mentali dell'infanzia in assenza di indicazioni approvate o supportate da prove. Esistono indicazioni cliniche sia off label sia on label (ci si riferisce all'Fda, ndr) per l'uso di Fa in età infantile e adolescenziale compresi disturbi psichiatrici, disturbo bipolare e grave irritabilità nel bambino con disturbo dello spettro autistico. I pazienti in età pediatrica dovrebbero ricevere la prescrizione di Fa solo dopo un'accurata valutazione diagnostica, attenta a condizioni di comorbidità, e una rivalutazione dei trattamenti pregressi. Si dovrebbero inoltre compiere sforzi per combinare sia interventi farmacologici evidence-based sia psicosociali. Infine, una base solida di prove per l'uso di Fa atipici in bambini in età scolare o più giovani è limitata e pertanto è necessaria ulteriore cautela prescrittiva in questa popolazione.

I farmaci da non prescrivere nell'anziano fragile sia prima che dopo una prima frattura

(da Doctor33) Indagare la prevalenza di prescrizione di farmaci associati ad aumento del rischio di una seconda frattura in una coorte di pazienti sopravvissuti a una prima frattura da fragilità e valutare se l'evento fratturativo modifica il comportamento prescrittivo dei medici in relazione ai farmaci potenzialmente a rischio: questi gli obiettivi di uno studio da poco pubblicato su "JAMA Internal Medicine". «I sopravvissuti a una prima frattura da fragilità sono ad alto rischio di andare incontro a una seconda, che più di frequente si verifica nei 6 mesi successivi alla prima» ricorda Gregorio Guabello, dell'Ambulatorio di Patologia Osteo-Metabolica, UO Reumatologia, Istituto Ortopedico Galeazzi IRCCS, Milano. Di qui, prosegue, l'importanza di identificare i potenziali fattori di rischio sui quali intervenire dopo la prima frattura: tra questi è di particolare interesse la prescrizione di farmaci associati a aumento del rischio di frattura, in quanto oggetto di possibile intervento di prevenzione. I farmaci associati a rischio di frattura (Leipzig RM, et al. J Am Geriatr Soc, 1999; Takkouche B, et al. Drug Saf, 2007) sono stati suddivisi in 3 gruppi:

1) determinanti un aumento del rischio di caduta: benzodiazepine, barbiturici, sedativi/ipnotici, oppiacei antidepressivi (SSRI, triciclici), antiparkinsoniani, antipertensivi ad azione centrale, antianginosi (nitrati e non), diuretici tiazidici;

2) determinanti una perdita di massa ossea: glucocorticoidi, inibitori di pompa protonica, antistaminici H2, glitazoni, antiepilettici;

3) con meccanismo non chiaro: neurolettici atipici, antipsicotici di prima generazione, diuretici dell'ansa. Sono stati valutati anche i farmaci che, al contrario, determinano una riduzione del rischio di frattura (bisfosfonati orali).

Lo studio. «La coorte» riferisce Guabello «era costituita da 168.133 pazienti andati incontro a frattura da fragilità prossimale di femore, prossimale di omero o distale di radio: le donne costituivano l'84,2% della popolazione, la cui età media era di 80 anni». Il tasso di ospedalizzazione al momento della frattura era complessivamente del 53,2% (100% per frattura

di femore, 8,2% per frattura di polso, 15% per frattura di omero) e la durata media della degenza era simile per tutti i tipi di frattura (circa 28,1 giorni). «La maggior parte dei pazienti (76%) assumeva almeno un farmaco associato a rischio di frattura nei 120 giorni antecedenti la frattura, mentre solo il 7% di questi pazienti cessava l'assunzione del farmaco dopo la frattura ("users" che diventano "non users")» sottolinea Guabello. «Altrettanti pazienti che non assumevano farmaci a rischio prima della frattura, ne iniziavano l'assunzione dopo la frattura ("new starters"), con la conseguenza che l'esposizione a un farmaco associato a rischio di frattura non cambiava nei 120 giorni dopo l'evento fratturativo». La modalità di prescrizione farmacologica prima e dopo la frattura era omogenea in tutti e tre i gruppi di farmaci associati a rischio di frattura, rileva lo specialista. In particolare «lo studio ha documentato che meno del 25% dei pazienti aveva ricevuto prima della frattura una prescrizione di farmaci con dimostrata capacità di aumentare la massa ossea e ridurre il rischio di frattura (bisfosfonati) e che questa percentuale non aumentava dopo la frattura».

I messaggi. Secondo Guabello, i messaggi che si possono trarre da questo studio per la pratica clinica sono: 1) valutare sempre con attenzione la polifarmacoterapia dei pazienti anziani a rischio di frattura o che hanno già in anamnesi una frattura da fragilità: se ci sono infatti farmaci che difficilmente possono essere sospesi, in quanto appropriati per il trattamento cronico di una specifica patologia (come gli antiepilettici), per altri il rischio supera il potenziale beneficio e possono essere interrotti (per esempio un inibitore di pompa se prescritto senza una reale indicazione); 2) svolgere con costanza attività di prevenzione primaria e secondaria delle fratture in una popolazione, come quella geriatrica, caratterizzata spesso da comorbidità, polifarmacoterapia e problemi psicosociali, che la rendono particolarmente "fragile" sul piano clinico.

(Munson JC, Bynum JP, Bell JE, et al.

Scopenso cardiaco, il peggioramento può essere legato a politerapia

(da Doctor33) Un documento dell'American Heart Association (Aha) appena pubblicato su *Circulation* sottolinea l'importanza della comunicazione tra medico e paziente con scompenso cardiaco sulle terapie assunte. «È fondamentale che il paziente comunichi al suo medico l'elenco dettagliato di tutti i farmaci che assume, siano essi prescrittibili, da banco o anche fitoterapici» afferma Robert Page II, professore di farmacologia clinica all'Università del Colorado a Denver e primo autore del documento, ricordando che un paziente scompensato assume mediamente sette farmaci al giorno, più di un terzo assume integratori a base di erbe, due terzi assumono vitamine e sette su otto prodotti da banco. E come ricordano gli autori, maggiore è il numero di farmaci assunti, più alto è il rischio di interazione farmacologica che aumenta del 38% quando la politerapia quotidiana è costituita da 4 farmaci e dell'82% quando i farmaci della politerapia sono 7 o più. «La combinazione di molteplici prescrizioni è giustificata spesso dalla presenza di altre malattie oltre lo scompenso, e rende i pazienti particolarmente vulnerabili a interazioni farmaco-farmaco con conseguenze anche gravi che vanno dal ricovero in ospedale fino all'esito fatale» aggiunge Page che è anche presidente del gruppo di esperti che ha redatto il documento Aha. Parte da questi presupposti la creazione di una guida completa alle interazioni tra farmaci prescrittibili, da banco e "alternativi" che potrebbero peggiorare l'insufficienza cardiaca e della pubblicazione di una serie di raccomandazioni volte a ridurre la politerapia. «Molti prodotti a base di erbe possono influenzare il metabolismo cardiaco in modi potenzialmente nocivi mentre i farmaci da banco utilizzati comunemente per combattere dolori e bruciori di stomaco possono portare a ritenzione di liquidi peggiorando lo scompenso» spiegano gli autori che poi concludono: «I prodotti da banco o i fitoterapici non possono essere considerati sempre sicuri solo perché possono essere acquistati senza prescrizione medica».

(*Circulation* 2016. doi: 10.1161/CIR.0000000000000426
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27400984>)