



## 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. Castellani  
Umberto  
Dott. Castellini  
Angelo  
Dott. Costantini  
Matteo  
Dott. De Vito  
Andrea  
Dott. Forgiarini  
Alberto  
Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott. Lucchi  
Leonardo  
Dott. Paganelli  
Paolo  
Dott.ssa Pasini  
Veronica  
Dott. Ragazzini  
Marco  
Dott. Simoni  
Claudio  
Dott. Vergoni  
Gilberto

#### Commissione

#### Albo Odontoiatri:

#### Presidente:

Dott. Paganelli  
Paolo

#### Segretario:

## NOTIZIARIO SPECIALE

### Appropriatezza clinica

### 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)**

## PROCEDURA OBBLIGATORIA PER LA PARTECIPAZIONE A “LE SERATE DELL’ORDINE”

Dal 15 marzo, a seguito delle nuove disposizioni trasmesse dall’Ausl Romagna, Provider per quest’Ordine per il rilascio dei crediti ECM, **per la partecipazione e il riconoscimento dei crediti ECM de “Le Serate dell’Ordine” sarà OBBLIGATORIO:**

- **effettuare l’iscrizione online**, seguendo le istruzioni sotto indicate;
- **compilare** dal giorno successivo all’evento, il Questionario di Gradimento On Line.

[CONTINUA](#)

## SERVIZIO DI RASSEGNA STAMPA

Sul sito internet dell’Ordine è possibile consultare la rassegna stampa giornaliera dei quotidiani locali che scrivono sul mondo della medicina.

Dott. D'Arcangelo  
Domenico

**Consiglieri:**

Dott. Alberti  
Andrea  
Dott.ssa Giulianini  
Benedetta  
Dott.ssa Vicchi  
Melania

**Collegio  
dei Revisori dei  
Conti:**

**Presidente:**

Dott. Fabbroni  
Giovanni

**Revisori:**

Dott. Gardini  
Marco  
Dott.ssa  
Possanzini Paola

**Revisore  
supplente:**

Dott.ssa Zanetti  
Daniela

**Commissione  
ENPAM per  
accertamenti di  
Invalidità**

**Presidente:**

Dott. Tonini  
Maurizio

Dott. Nigro  
Giampiero  
Dott. Verità  
Giancarlo

**Commissione  
Giovani Medici**

Coordinatore:  
Dott. Gardini  
Marco

Dott. Biserni  
Giovanni Battista  
Dott.ssa Casadei  
Laura  
Dott. Farolfi  
Alberto  
Dott. Gobbi  
Riccardo  
Dott. Limarzi  
Francesco  
Dott.ssa Moschini  
Selene

Per consultare la rassegna stampa [cliccare qui](#)

---

**BIBLIOTECA DELL'ORDINE:  
CONSEGNATE UNA COPIA DELLE VOSTRE PUBBLICAZIONI**

Il Gruppo Culturale dell'Ordine dei Medici, nel suo intento istituzionale di promuovere la dimensione culturale della nostra professione, invita i colleghi che hanno già pubblicato libri di farne pervenire almeno una copia alla segreteria dell'Ordine per poter attivare una sorta di biblioteca interna ad uso e consumo di ognuno di noi.

*Dott. Michele Gaudio, Presidente OMCeO FC*

*Dott. Omero Giorgi, Coordinatore Gruppo Culturale OMCeO FC*

---

**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.

---

**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, per consulenza fiscale, generale e tributaria allo scopo di chiarire dubbi e incertezze negli adempimenti contabili ed extracontabili.

Per fissare l'appuntamento contattare lo Studio Giunchi allo 0543.32769

Dott. Natali Simone  
Dott.ssa Pavesi Alessandra  
Dott.ssa Turci Ylenia

Costo per singola seduta:  
€. 50,00 (comprensivo di cassa prev.za e iva) se non titolari di Partita IVA  
€. 42,12 se titolari di Partita IVA (50,00 – ritenuta d’acconto di €.7,88 che l’iscritto dovrà versare il mese successivo al pagamento della prestazione).

**Commissione  
Aggiornamento  
Professionale**

Coordinatore:  
Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico Maria

Dott. Costantini Matteo

Dott. Gardini Marco

Dott.ssa Gunelli Roberta

Dott.ssa Pieri Federica

Dott. Simoni Claudio

Dott.ssa Sirri Sabrina

Dott.ssa Vaienti Francesca

Dott. Verdi Carlo

Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione  
Comunicazione  
ed Informazione**

Coordinatore:  
Dott. Pascucci Gian Galeazzo

Dott. Costantini Matteo

Dott. Fabbroni Giovanni

Dott. Lucchi Leonardo

**Commissione  
Ambiente e  
Salute**

Coordinatore:  
Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico

Dott.ssa Gentilini Patrizia

Dott. Milandri Massimo

Dott. Pascucci Gian Galeazzo

Dott. Ragazzini

## 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, Congressi, Eventi

*OMCeO FC*

### **Analgesi oppioidi: uso, abuso, dipendenza**

Forlì, 20 settembre 2018

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

**REGISTRAZIONE ONLINE OBBLIGATORIA**

[\(CLICCARE QUI\)](#)

[programma](#)

\*\*\*\*\*

*OMCeO FC*

### **U.O. Complessa di Ortopedia e Traumatologia di Forlì: principali ambiti chirurgici**

Forlì, 4 ottobre 2018

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

**REGISTRAZIONE ONLINE OBBLIGATORIA**

[\(CLICCARE QUI\)](#)

[programma](#)

## Patrocini Ordine

### **The new frontiers in Gastric Cancer diagnosis and treatment**

Forlì, 13 e 14 settembre 2018

[programma](#)

\*\*\*\*\*

Marco  
Dott. Ruffilli  
Corrado  
Dott. Timoncini  
Giuseppe  
Dott. Tolomei  
Pierdomenico

**Commissione  
Cure Palliative e  
Terapia del  
Dolore**

Coordinatore:  
Dott. Maltoni  
Marco Cesare

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

**Commissione per  
le Medicine Non  
Convenzionali**

Coordinatore:  
Dott. Tolomei  
Pierdomenico

Dott. Balistreri  
Fabio  
Dott. Bravi Matteo  
Dott. La Torre  
Natale  
Dott. Milandri  
massimo  
Dott.ssa  
Piastrrelloni  
Margherita  
Dott. Roberti Di  
Sarsina Paolo  
Dott. Selli Arrigo

**Commissione  
Pubblicità  
Sanitaria**

Coordinatore:  
Dott. Paganelli  
Paolo

## 1st International Translational Course in Rare Cancers (ITCRC)

Meldola, 21 e 22 settembre 2018

[continua](#)

\*\*\*\*\*

## Endometriosi: conoscerla per affrontarla. Facciamo il punto sulle novità

Forlì, 22 settembre 2018

[programma](#)

\*\*\*\*\*

## Acqua da respirare. Naso e dintorni

Castrocaro Terme, 29 settembre 2018

[programma](#)

\*\*\*\*\*

## I lunedì oftalmologi di Area Vasta Romagna

Riccione, Cesena, Ravenna

[continua](#)

\*\*\*\*\*

## Nascere. Storia della medicina, antropologia e medicina a confronto

Forlì, 10 novembre 2018

Palazzo Romagnoli

[bozza programma](#)

## ENPAM

### Specializzazioni, perché converrebbe passare all'Enpam

Una pensione più alta del 45 per cento oppure 7mila euro di contributi in meno da pagare. Se un medico appena diplomato in una Scuola di specializzazione avesse versato tutti i contributi previdenziali alla Quota B dell'Enpam invece che alla Gestione separata dell'Inps, questi sarebbero stati i vantaggi.

I dati provengono da una simulazione realizzata dall'attuario della Fondazione. Partendo dalla busta paga di uno specializzando in Radiologia, sono state verificate due distinte ipotesi in cui il giovane medico avesse versato i contributi dei quattro anni di corso (dal 2014 al 2017) alla Quota B.

Nella prima ipotesi sono stati presi in considerazione i contributi effettivamente pagati all'Inps, valorizzandoli come se fossero stati versati alla Quota B di Enpam. È stato simulato un pensionamento a 68 anni con le attuali regole: con il sistema contributivo indiretto Enpam il medico otterrebbe una pensione di 1.625 euro, contro i circa 1.120 euro promessi dall'Inps in base agli ultimi coefficienti di trasformazione.

La seconda ipotesi studiata ha immaginato che agli specializzandi fosse concessa dal legislatore, oltre al passaggio al fondo di Quota B di Enpam, anche l'applicazione delle stesse aliquote degli altri iscritti. In questa situazione lo stesso specializzando avrebbe risparmiato dal 2014 al 2017 circa 7mila euro di contributi. E al momento di andare in pensione a 68 anni, l'assegno sarebbe stato comunque comparabile: circa 1.040 euro contro i soliti 1.120 euro di Inps.

**Appropriatezza Clinica**

Dott. Di Lauro  
Maurizio  
Dott. Milandri  
Massimo  
Dott.ssa Zanetti  
Daniela

*Come abbiamo fatto in altre occasioni, anche alla fine dell'estate vogliamo pubblicare una edizione speciale del nostro Notiziario i più recenti articoli in tema di appropriatezza clinica, fondati tutti sulle evidenze cliniche, e sulla iniziativa "Choosing Wisely", che ha avuto un interessante sviluppo anche nel nostro paese.*

**Gruppo di lavoro  
Biologia ad  
indirizzo  
biomedico**

**Choosing Wisely Italy, 5 procedure da evitare nel gestire Parkinson e disordini del movimento**

Coordinatore:  
Dott.ssa Zambelli  
Liliana

(da Doctor33) Nata dalla fusione delle due maggiori associazioni scientifiche che in Italia raccolgono gli operatori sanitari interessati alla malattia di Parkinson (Pd) e ai disturbi del movimento, l'Accademia LIMPE-DISMOV (Accademia per lo Studio della Malattia di Parkinson e i Disordini del Movimento) rappresenta un punto di riferimento scientifico nazionale per promuovere e divulgare le conoscenze in questo ambito nell'interesse di operatori sanitari e pazienti, oltre a svolgere molteplici attività come promuovere e sostenere la ricerca sia clinica che sperimentale favorendo studi multicentrici e multidisciplinari. L'Accademia LIMPE-DISMOV fa parte delle 43 associazioni che, a tutt'oggi, hanno aderito al progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy", varato nel 2012 da "Slow Medicine", associazione per una medicina più sobria, rispettosa, giusta. Il 'format', ormai molto noto, prevede la stesura da parte di ogni associazione di un elenco di 5 "Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare". Ispirate alle "Top 5 list" di "Choosing Wisely USA" (Scegliendo con saggezza) - mirate a identificare prassi consolidate ma inutili e costose, delle quali parlare con i pazienti - le raccomandazioni italiane si differenziano in quanto basate solo sulla realtà clinico-sanitaria nazionale e soltanto sull'appropriatezza clinica, pur mantenendo il valore di un valido strumento per ridurre gli sprechi. Ecco dunque gli "inviti a NON FARE" espressi dall'Accademia LIMPE-DISMOV.

Dott. Balistreri  
Fabio  
Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott. Milandri  
Massimo  
Dott.ssa Possanzini  
Paola  
Dott. Vergoni  
Gilberto

1) Non usare la Spect (Tomografia a emissione di fotone singolo) cerebrale con i traccianti per i Dat (trasportatori dopaminergici) per la prognosi e per accertare la progressione del Pd. La Spect cerebrale con marcatore del Dat si è dimostrata valida nella diagnosi differenziale tra Pd e selezionate condizioni patologiche (tremore essenziale, tremore distonico e parkinsonismo psicogeno). Tuttavia diversi studi hanno evidenziato che non vi sono prove sufficienti a favore dell'uso di questa tecnica medico-nucleare come indicatore prognostico o come misura di progressione di malattia nel Pd.

**Osservatorio Pari  
Opportunità e  
Medicina di  
Genere**

Coordinatore:  
Dott.ssa Zambelli  
Liliana

2) Non usare farmaci neurolettici diversi da clozapina e quetiapina per trattare la psicosi nel Pd. Diversi studi hanno dimostrato che tali farmaci, quando usati per trattare la psicosi nel Pd, a differenza di altri antipsicotici non peggiorano i sintomi motori. In pazienti con psicosi e Pd dovrebbe pertanto essere preso in considerazione come prima scelta nel trattamento della psicosi il trattamento con clozapina a basso dosaggio accompagnato da monitoraggio della conta dei neutrofilii. In caso non sia possibile effettuare regolari analisi settimanali del sangue, in questa tipologia di pazienti dovrebbe essere presa in considerazione, come antipsicotico alternativo, la quetiapina a basso dosaggio.

Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott.ssa Pasini  
Veronica  
Dott.ssa Possanzini  
Paola  
Dott.ssa Sammaciccia  
Angelina  
Dott.ssa Valbonesi  
Sara  
Dott.ssa Verdecchia  
Cristina  
Dott.ssa Zanetti  
Daniela

3) Non ritardare la prescrizione di Levodopa (L-dopa), se indicato dalle condizioni cliniche, nei pazienti affetti da Pd di recente diagnosi. La prescrizione di L-dopa come trattamento farmacologico nel Pd è spesso ritardata a favore di altre categorie di farmaci (quali gli agonisti della dopamina) a causa di preoccupazioni riguardanti il rischio di complicanze motorie farmaco-indotte o alla tossicità della L-dopa. Del resto, se l'aumento di complicanze motorie con la terapia con L-dopa rispetto alla terapia con agonisti della dopamina è tuttora oggetto di dibattito, diversi studi dimostrano che l'uso degli agonisti dopaminergici aumenta l'incidenza di altri importanti effetti collaterali (quali i disturbi del controllo degli impulsi) e comporta un più scarso controllo dei sintomi motori. I pazienti con Pd allo stadio iniziale possono dunque essere considerati per il trattamento con L-dopa se le condizioni cliniche lo richiedono e, per ridurre il rischio di complicanze motorie, in fase precoce non è indicato il trattamento combinato di L-dopa ed entacapone.

**Gruppo  
Culturale**

Coordinatore:  
Dott. Giorgi  
Omero

4) Non usare la scintigrafia miocardica con metaiodobenzilguanidina (Mibg) per eseguire diagnosi di Pd. Questa metodica, che permette di valutare le terminazioni nervose simpatiche cardiache, originariamente applicata allo studio di patologie cardiache è risultata essere alterata in pazienti con Pd. Tuttavia diversi studi hanno dimostrato che la sensibilità della scintigrafia miocardica con Mibg radiomarcata è comparabile a quella della diagnosi clinica. Pertanto, tale tecnica di imaging può essere considerata solo per supportare la diagnosi clinica ma non per sostituirsi a essa, specie in caso di incertezza diagnostica e in fase iniziale di malattia. Inoltre, particolare attenzione va posta ai trattamenti farmacologici in corso nei pazienti, con particolare riferimento agli antidepressivi triciclici che possono interferire farmacologicamente con la Mibg e, quindi, alterare l'imaging e il referto della scintigrafia.

Dott. Borroni  
Ferdinando  
Dott.ssa Gunelli  
Roberta  
Dott. Mazzoni  
Edmondo  
Dott. Milandri

5) Non usare farmaci anticolinergici nella terapia dei sintomi motori dei parkinsonismi farmaco-indotti. Sebbene tali farmaci siano stati molto usati in passato nel controllo dei sintomi parkinsoniani nel Pd e nei parkinsonismi (compresi quelli farmaco-indotti), le evidenze attuali dimostrano che gli anticolinergici hanno un beneficio limitato sul tremore e causano un aumento della frequenza di eventi avversi di tipo cognitivo e neuropsichiatrico. Pertanto, dal momento che gli anticolinergici non devono essere somministrati a pazienti con comorbilità come deterioramento cognitivo o malattie psichiatriche clinicamente significative, l'uso di tali farmaci è altamente sconsigliato nella terapia dei sintomi motori

### **Choosing Wisely Italy, cinque pratiche a rischio di inapproprietezza in termini medico-legali**

(da Doctor33) Gli aspetti medicolegali permeano quotidianamente la pratica clinica di tutti i professionisti della sanità, in particolare quando le persone assistite entrano in contatto con i servizi erogati dalle Aziende sanitarie. Ciò avviene per esempio nel caso di accertamenti per invalidità civile, per consulenze relative alla responsabilità sanitaria o per le richieste di consenso informato a trattamenti sanitari ecc. In genere, però, non è nota la prospettiva di queste tematiche da parte degli specialisti del settore che se ne occupano quotidianamente. Anche per questo motivo appare rilevante l'adesione della Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale - COMLAS al progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy", varato nel 2012 da "Slow Medicine", associazione per una medicina più sobria, rispettosa, giusta. Come altre 42 associazioni anche COMLAS ha stilato un elenco di 5 "Pratiche a rischio d'inapproprietezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare".

Si tratta di raccomandazioni ispirate alle "Top 5 list" statunitensi di "Choosing Wisely" (Scegliendo con saggezza), mirate a identificare prassi consolidate ma inutili e costose, delle quali parlare con i pazienti. Le liste italiane, però, si distinguono in quanto basate sulla realtà clinico-sanitaria nazionale e soltanto sull'approprietezza clinica, pur essendo un valido strumento per ridurre gli sprechi.

Ecco dunque i cinque 'inviti a NON FARE' dal punto di vista medicolegale rivolti a medici e medici legali da parte della società scientifica COMLAS:

1) Non promuovere la cultura del "consenso informato" come mero strumento burocratico e di autotutela del professionista. L'atto medico-chirurgico è subordinato al consenso della persona cui l'atto è destinato. L'informazione preventiva all'acquisizione del consenso deve essere resa in modo chiaro e comprensibile ed è un dovere del medico adoperarsi per verificare che la persona abbia acquisito consapevolezza. Sottoporre al paziente modulistica di CI in carenza di una adeguata preventiva informazione non è utile alla relazione medico-paziente né alla difesa del professionista in caso di contestazioni sul punto.

2) Non prescrivere accertamenti clinici e strumentali finalizzati alla valutazione della disabilità già clinicamente accertata. Evitare simili prescrizioni significa non duplicare accertamenti non necessari esercitando una medicina legale più rispettosa e giusta nei confronti delle persone con disabilità, evitare disagi inutili a loro e alle loro famiglie, non contribuire ad allungare le già congestionate liste d'attesa con prestazioni inappropriate e utilizzare in maniera corretta le limitate risorse pubbliche, anche attraverso un unico accertamento medico-legale per semplificare i percorsi di presa in carico delle persone con disabilità.

3) Non favorire il ricorso a pratiche di medicina difensiva. La disciplina medico-legale si impegna nella formazione accademica, nell'attività aziendale/ospedaliera, nell'esercizio libero-professionale e nelle consulenze per l'Autorità giudiziaria per supportare la cultura dell'approprietezza clinica e dell'evidenza scientifica come criterio di riferimento della condotta professionale, contrastando in ogni ambito le cosiddette prescrizioni "a scopo medico-legale".

4) Non redigere consulenze e perizie non aderenti ai criteri medico-legali e incompleti nell'analisi tecnico-scientifica dei problemi clinici. La medicina legale s'impegna a perseguire, in ogni ambito d'indagine e in particolar modo in ambito di responsabilità professionale sanitaria, un metodo di alto livello qualitativo, affidabile, rifuggendo da valutazioni personali o basate solo sull'esperienza. S'impegna anche a erigere uno sbarramento alle conoscenze scientifiche non affidabili a favore di evidenze certe, oggettive e oggettivabili, ripetibili, verificabili e che abbiano il consenso della comunità scientifica nazionale e internazionale.

5) Non redigere pareri di parte in tema di responsabilità professionale sanitaria tali da indurre false aspettative nella parte assistita. La medicina legale persegue un uguale e rigoroso impegno etico-scientifico in qualsiasi ambito sia espletata una consulenza medico-legale, rifuggendo da strumentalizzazioni e distorsioni del dato clinico e tecnico-scientifico, nella consapevolezza che consulenze non aderenti alla realtà non solo sono strumenti non utili nella dialettica processuale ma possono innescare non auspicabili meccanismi risarcitori da parte del committente, favorendo - in ultima analisi - ancora di più il ricorso alla medicina difensiva da parte degli operatori sanitari.

Si ricorda che le top 5 sono state redatte nel 2015 e contenevano già i principi costituzionali ribaditi dalla recente Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (DAT)". La novità legislativa sta nell'aver definitivamente tutelato il diritto all'autodeterminazione del paziente anche quando questo esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza. (A.Z.).

Sito COMLAS <http://www.comlas.org/>

Sito di Choosing Wisely Italy <https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/>

**Spesso benigni i noduli tiroidei nei pazienti di età pari o superiore a 70 anni, chirurgia da evitare**

(da Doctor33) I risultati del primo studio su larga scala mirato a offrire una guida sulla valutazione dei noduli tiroidei in pazienti > 70 anni supportano una gestione conservativa, evidenziando che - nei soggetti più anziani - la maggior parte dei noduli tiroidei di dimensioni  $\geq 1$  cm è di natura benigna, come suggerito dall'esito di ecografia o aspirazione con ago sottile (FNA). In ogni caso, anche quei pochi noduli che si rivelano essere carcinomi tiroidei ad alto rischio è molto probabile che siano identificati mediante imaging e citologia prima dell'intervento.

Lo studio, condotto da un gruppo di ricercatori guidato da Zhihong Wang, del Primo Ospedale dell'Università Medica della Cina, a Shenyang, ha coinvolto 1129 pazienti di età  $\geq 70$  anni con 2527 noduli di dimensioni  $\geq 1$  cm trattati al Brigham and Women's Thyroid Hospital Nodule Clinic di Boston, tra il 1995 e il 2015. I noduli sono stati confermati come benigni nel 67,3% dei pazienti mediante FNA ecoguidata, utilizzata in sicurezza in tutti i pazienti. Inoltre, tra i 208 pazienti che sono stati inviati a chirurgia diagnostica dopo FNA a causa di una citologia indeterminata, il 44,7% (n = 93) dei noduli si sono rivelati benigni, mentre il 55,3% (n = 115) erano maligni. Solo 17 pazienti (1,5%) sono stati identificati mediante FNA come affetti da un cancro tiroideo a rischio significativo, in quanto definito come anaplastico, midollare o carcinoma scarsamente differenziato o per la presenza di metastasi a distanza. Di rilievo il fatto che, delle 10 morti per cancro tiroideo riportate nello studio (0,9%), tutte hanno coinvolto pazienti ai quali era stata confermata la diagnosi di carcinoma tiroideo ad alto rischio mediante imaging o citologia prima dell'intervento. Per questo motivo gli autori si dicono convinti che la valutazione iniziale del nodulo tiroideo è importante per rilevare le forme di cancro clinicamente significative, ribadendo che queste hanno interessato relativamente pochi pazienti mentre la maggior parte dei soggetti in questa fascia d'età aveva una malattia benigna o a basso rischio.

A un follow-up mediano di 4 anni, su 1112 pazienti rimanenti si sono registrate 160 morti (14,4%). Nessuno di questi decessi era associato a cancro della tiroide. Peraltro la presenza di una patologia maligna non tiroidea o di malattia coronarica al momento della valutazione del nodulo si è associata in modo significativo a un aumentato rischio di mortalità rispetto a quelli senza tali diagnosi (HR = 2,32, P <0,01). Secondo Wang e colleghi, poi, i rischi di mortalità associati a comorbidità sottolineano ulteriormente la necessità di una gestione conservativa dei noduli tiroidei, quando possibile, per prevenire l'esacerbazione delle altre condizioni. Fanno anzi notare che le comorbidità sono state tra le ragioni-chiave per cui alcuni partecipanti che avevano noduli sospetti non sono stati inviati direttamente alla chirurgia diagnostica. Nello specifico, per 14 soggetti la chirurgia è stata differita a causa di altre neoplasie attive, gravi condizioni mediche o età avanzata. Riguardo ai pazienti con citologia maligna, 10 con cancro tiroideo avanzato non sono stati sottoposti a intervento chirurgico a causa dell'estensione della malattia. Nel contempo 30 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia della tiroide, nonostante una citologia benigna all'FNA, con indicazioni che includevano iperparatiroidismo (n = 5), sintomi compressivi (n = 10), nodulo > 4 cm senza sintomi (n = 11) e nodulo con dimensione in aumento (n = 3).

Dato che il cancro della tiroide generalmente è un tumore a basso rischio con progressione lenta, la longevità del paziente in una popolazione più anziana dovrebbe essere una considerazione-chiave per il management clinico, secondo gli autori. «Nei pazienti più giovani l'intervento è spesso giustificato dalla possibilità ipotetica della progressione del cancro o di una malattia metastatica, in particolare quando il rischio di un intervento chirurgico è basso» spiegano. «Tuttavia i pazienti più anziani hanno meno anni di vita avanti a loro e frequentemente presentano comorbidità che aumentano i rischi della chirurgia». Questi risultati supportano le linee guida dell'American Thyroid Association (ATA) (Haugen BR, et al. Thyroid, 2016) che suggeriscono come una strategia conservativa possa essere ragionevole nei pazienti più anziani a causa della maggiore probabilità in questa popolazione di un nodulo benigno o di un cancro tiroideo relativamente indolente. Nel complesso questo studio rafforza la necessità di evitare il danno legato all'intervento, soprattutto quando il rischio da intervento può essere maggiore rispetto a qualunque potenziale vantaggio.

(Thyroid, 2018 Apr;28(4):465-471. doi: 10.1089/thy.2017.0655.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29608439>

### **Choosing Wisely Italy, le 5 pratiche a rischio di inapproprietezza in cardiologia riabilitativa**

(da Doctor33) Al marzo del 2018 sono 44 le associazioni e società scientifiche italiane che hanno aderito al progetto "Fare di più non significa fare meglio", varato nel 2012 in Italia da "Slow Medicine", associazione per una medicina più sobria, rispettosa, giusta. Tra queste anche il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa-Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology (GICR-IACPR) la cui mission è promuovere l'eccellenza in ricerca, formazione, organizzazione e proposizione della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare. Disciplina, quest'ultima, che si pone come obiettivi a medio e lungo termine la riduzione del rischio di successivi eventi cardiovascolari, la dilazione nel tempo della progressione del processo aterosclerotico, della cardiopatia sottostante e del deterioramento clinico. L'associazione ha stilato, come tutti gli altri aderenti, un elenco di cinque "Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare" ispirate alle "Top 5 list" di "Choosing wisely" (Scegliere saggiamente), campagna varata nel 2011 dall'American Board for Internal Medicine (ABIM) Foundation con l'obiettivo di identificare, nelle diverse specialità mediche, prassi consolidate ma inutili e costose, delle quali

parlare con i pazienti. Le liste di "Slow Medicine" (il cui progetto nel frattempo è entrato a far parte del movimento internazionale "Choosing Wisely" assumendo la denominazione "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy") si sono però sempre distinte da quelle statunitensi per il fatto di basarsi sulla realtà clinico-sanitaria nazionale e solo sull'appropriatezza clinica, pur rappresentando un valido strumento per ridurre gli sprechi. Ecco dunque le cinque raccomandazioni del GICR-IACPR.

- 1) Non richiedere di routine una radiografia del torace nei pazienti cardio-operati all'ingresso in cardiologia riabilitativa. Il paziente cardio-operato esegue sempre una radiografia del torace prima della dimissione dalla cardiocirurgia. Un controllo radiologico dovrebbe essere eseguito solo in presenza di variazioni dello stato clinico. Il follow-up di un versamento pleurico oltre che clinicamente dovrebbe preferibilmente essere eseguito con l'ecografia.
- 2) Non richiedere tomografia computerizzata (TC) coronarica per ricerca di calcificazioni coronariche (coronary calcium scoring) nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Il "coronary calcium score" non aumenta la predittività di eventi nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.
- 3) Non richiedere un ECG-Holter nei soggetti con sincope, presincope o sintomatologia vertiginosa in cui sia stata identificata una causa non aritmica. L'Ecg-Holter è indicato quando vi è un'elevata probabilità pre-test di identificare una causa aritmica, per la presenza degli elementi clinici sospetti per sincope cardiogena. Se le sincopi sono molto frequenti, quotidiane o settimanali, possono essere utilizzati, rispettivamente, l'Ecg-Holter o il loop recorder esterno (monitor cardiaco non impiantabile). Quando le sincopi sono poco frequenti, cioè a cadenza mensile o superiore, può essere utile il loop recorder sottocutaneo (monitor cardiaco impiantabile).
- 4) Non associare di routine un inibitore di pompa protonica (Ppi) alla terapia con un singolo farmaco antiaggregante, in assenza di fattori di rischio di sanguinamento. Gli antiaggreganti (acido acetilsalicilico [Asa], tienopiridine) aumentano il rischio di sanguinamento gastrointestinale (Gi), in particolare se usati in combinazione. L'uso di un singolo antiaggregante incrementa il rischio di sanguinamento nei pazienti a maggior rischio (pregresso sanguinamento Gi, pregressa ulcera peptica, età avanzata, uso di farmaci antinfiammatori non steroidei [Fans] o di terapia steroidea o anticoagulante orale). Nei pazienti in terapia con un singolo antiaggregante e a basso rischio di sanguinamento l'uso di Ppi non appare indicato.
- 5) Non fare profilassi dell'endocardite infettiva nelle valvulopatie di grado lieve-moderato. Nonostante la frequenza di batteriemia associata a procedure odontoiatriche, il rischio di sviluppare un'endocardite infettiva (Ei) è estremamente basso sia nella popolazione generale sia nei cardiopatici. Le evidenze non giustificano l'uso estensivo della profilassi raccomandata nelle precedenti linee guida. La profilassi deve essere limitata ai pazienti a maggior rischio: pazienti a prognosi peggiore in caso di Ei e pazienti con più alto rischio d'incidenza di Ei.

---

### **Choosing Wisely Italy, 5 pratiche a rischio di inappropriatezza in chirurgia vascolare**

(da Doctor33) È un'associazione non politicizzata, non sindacalizzata, senza fini di lucro, che ha lo scopo di favorire il progresso della scienza chirurgica vascolare e di facilitare lo scambio delle idee tra i chirurghi vascolari coordinandone il lavoro e tutelandone il prestigio e gli interessi legittimi presso le Autorità competenti. Così da statuto è definito il Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare che, per conseguire tali scopi, promuove: indagini nazionali e sistemi per il controllo di qualità nell'ambito della Chirurgia vascolare; l'adesione a linee guida nazionali e internazionali; azioni, presso i Centri ospedalieri, a favore dei pazienti con malattie vascolari per l'ottimizzazione della cura, della gestione delle risorse e della formazione del personale sanitario; la programmazione sul territorio, presso le istituzioni sanitarie, delle Strutture ospedaliere di Chirurgia vascolare pubbliche e private accreditate, con riferimento alla "rete" dei servizi specialistici. Come altre 43 associazioni e Società scientifiche italiane, anche il Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare ha aderito al progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy", varato nel 2012 da "Slow Medicine", associazione per una medicina più sobria, rispettosa, giusta. L'iniziativa prevede l'identificazione e la stesura da parte di ogni aderente di un elenco di 5 "Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare". Queste raccomandazioni italiane sono in parte ispirate alle "Top 5 list" di "Choosing Wisely USA" (Scegliendo con saggezza) - mirate a identificare prassi consolidate ma inutili e costose, delle quali parlare con i pazienti - ma se ne differenziano in quanto sono basate solo sulla realtà clinico-sanitaria nazionale e soltanto sull'appropriatezza clinica, pur mantenendo il valore di un valido strumento per ridurre gli sprechi.

*Ecco di seguito i cinque principali "inviti a NON FARE" espressi dal Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare:*

- 1) Non richiedere ecocolordoppler come esame di primo livello per arteriopatia arti inferiori, in pazienti asintomatici o con claudicatio intermittens di grado lieve/moderata e sostituirlo con la misurazione dell'Ankle brachial index (Abi). L'ecocolordoppler spesso viene richiesto in caso di parestesie con polsi periferici presenti e validi. La misurazione dell'Abi è sufficiente per diagnosticare un'arteriopatia e impostare un trattamento o, se la sintomatologia è severa, per indirizzare il paziente al chirurgo vascolare. Tale modifica ridurrebbe di almeno il 25% le richieste di ecocolordoppler.
- 2) Non eseguire test di imaging (ecocolordoppler - angioTc polmonare) come test diagnostico iniziale

in pazienti con bassa probabilità di tromboembolismo venoso (Tev), secondo Scala di Wells o Scala di Ginevra. Eseguire invece una misurazione del D-dimero che ha un'alta sensibilità come test diagnostico iniziale. Tev ed embolie polmonari (Ep) sono eventi rari in assenza di elevati valori di D-dimero e di fattori di rischio specifici. Il Tev degli arti inferiori è una patologia frequente che si sospetta, di solito, quando è presente edema rilevante a un arto, quasi sempre quello inferiore. L'edema può essere determinato anche da patologie osteoarticolari, cardiologiche o linfatiche. Molti degli ecocolordoppler richiesti risultano essere negativi e potrebbero essere evitati con un test poco costoso e di facile utilizzo come la misurazione del D-dimero. Quando il valore del D-dimero risulta nei limiti della norma in assenza di fattori di rischio, si possono escludere fenomeni trombotici in atto.

3) Non richiedere ecocolordoppler dei tronchi sovraortici per vertigini, acufeni, cefalea, cervicalgia se non in presenza di segni neurologici. I sintomi dell'insufficienza cerebro-vascolare acuta vengono frequentemente confusi con quelli determinati da altre patologie. Si osserva, inoltre, un uso improprio della dizione Attacco ischemico transitorio (Tia). Esso consiste nell'improvvisa comparsa di sintomatologia focale neurologica di durata inferiore alle 24 ore, da insufficiente apporto di sangue. In assenza di segni focali, anche solo anamnestici, accade che i pazienti siano inviati a eseguire l'ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, esponendoli al rischio di attribuire un ruolo causale per sintomatologia non focale a condizioni di ateromatosi emodinamicamente ininfluenti.

4) Non eseguire un trattamento chirurgico aperto o endovascolare in lesioni steno/occlusive delle arterie degli arti inferiori, a meno che non si sia in presenza di claudicatio limitante la vita di relazione del soggetto o in caso di ischemia critica/piede diabetico. Nelle arterie periferiche degli arti inferiori un trattamento preventivo può essere del tutto inappropriato, dato che non esistono evidenze che si possa limitare l'evoluzione della malattia. Vi è un discreto tasso di recidive, spesso con peggioramento rispetto alla situazione di partenza.

5) Non eseguire stenting di stenosi di arteria renale se non in presenza di ipertensione arteriosa resistente alla terapia o di deterioramento della funzione renale. Lo stenting dell'arteria renale richiede ottima esperienza da parte dell'operatore in quanto può determinare rottura, dissecazione o trombosi dell'arteria stessa. Inoltre, studi recenti dimostrano che non si evidenziano benefici dallo stenting rispetto al miglior trattamento medico disponibile - Best Medical Treatment (BMT). (A.Z.)

*Sito del Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare <http://www.collprimvasc.org/>  
Sito di Choosing Wisely Italy <https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/>*

### **Choosing Wisely Italy, 5 pratiche a rischio di inappropriata in andrologia**

(da Doctor33) La Società italiana di Andrologia e Medicina della sessualità (Siams) ha recentemente aderito - come altre 43 associazioni e Società scientifiche italiane - al progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy", varato nel 2012 da "Slow Medicine", associazione per una medicina più sobria, rispettosa, giusta. Questa iniziativa prevede l'elaborazione da parte di ogni organizzazione partecipante di un elenco di 5 "Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare". Le raccomandazioni italiane sono in parte ispirate alle "Top 5 list" di "Choosing Wisely USA" (Scegliendo con saggezza) - volte a identificare prassi consolidate ma inutili e costose, delle quali parlare con i pazienti - ma se ne discostano in quanto sono basate esclusivamente sulla realtà clinico-sanitaria nazionale e soltanto sull'appropriatezza clinica (senza cioè porre l'accento sulla riduzione dei costi), pur rappresentando comunque un valido strumento per ridurre gli sprechi. Ecco di seguito i 5 principali "inviti a NON FARE" espressi dalla Siams che precisa come le informazioni sotto riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico nel singolo specifico caso.

1) Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto clinico di ipogonadismo maschile. Le metodiche immunometriche oggi disponibili tendono a sottostimare i livelli di testosterone e pertanto non sono affidabili per la determinazione del testosterone libero. Metodiche più accurate - quali la dialisi all'equilibrio e la spettrometria di massa - sono complesse, costose e disponibili in pochi laboratori. Nei soggetti sintomatici con testosterone totale nella norma o in quelli in cui si sospetti una modificazione dei livelli di sex hormone binding globulin (Shbg) tale da sovra o sottostimare i valori di testosterone totale possono essere utilizzati degli algoritmi (come l'equazione di Vermeulen) che prendono in considerazione la concentrazione di testosterone totale, Shbg e albumina per il calcolo del testosterone libero.

2) Non utilizzare terapia con nutraceutici in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali. Il ricorso a terapia antiossidante e/o all'impiego di nutraceutici per il trattamento empirico dell'infertilità maschile è frequente nella pratica clinica andrologica. Non vi sono evidenze di efficacia nell'infertilità secondaria ad altre patologie, mentre esistono evidenze deboli nell'infertilità idiopatica. Pertanto, l'impiego della terapia antiossidante e/o di nutraceutici deve essere rivolto ai soli casi di infertilità idiopatica. Non è stata documentata la superiorità di uno specifico antiossidante e/o nutraceutico rispetto a un altro; non appare del tutto chiaro il concetto relativo al dosaggio ottimale di ogni singolo antiossidante e/o nutraceutico.

3) Non prescrivere inibitori della fosfodiesterasi 5 (Pde5i) nella disfunzione erettile senza adeguato iter diagnostico. Prescrivere un Pde5i senza prima effettuare un adeguato iter diagnostico per individuare le morbidità associate alla disfunzione erettile (De) è un'occasione persa poiché in questi pazienti la stratificazione del rischio cardiovascolare è semplice, non invasiva e può svelare una

patologia asintomatica, fornendo una grande opportunità di prevenzione secondaria. Anche in caso di De psicogena non vi è l'indicazione a trattare senza aver effettuato un adeguato iter diagnostico di primo livello: in questa categoria di pazienti, infatti, l'utilizzo "al bisogno" dei Pde5i può indurre sfiducia nella capacità spontanea di erezione e condurre a una sorta di dipendenza psicologica dal farmaco, peggiorando l'ansia da prestazione e alimentando in definitiva il circolo vizioso alla base del disturbo.

4) Non eseguire test genetici e lo studio della frammentazione del Dna spermatico in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali. L'esecuzione di test genetici nel paziente con alterazione dei parametri seminali e storia di infertilità di coppia va riservata a situazioni specifiche. Un utilizzo su larga scala di tali test rappresenta una pratica inappropriata sia sotto il profilo clinico sia sotto quello economico. L'analisi del cariotipo e delle microdelezioni del cromosoma Y sono indicati in soggetti con azoospermia o grave oligozoospermia non ostruttive. Lo screening per le mutazioni del gene Cfr dovrebbe riservato ai casi di assenza congenita dei vasi deferenti. In soggetti affetti da ipogonadismo centrale è consigliabile l'analisi di un pannello di geni candidati (10-30 geni). Solo in casi molto selezionati è indicata l'analisi di mutazioni del gene del recettore androgenico e dei geni Dp19l2c e Aurkc. I test disponibili per la determinazione della frammentazione del Dna spermatico sono molto eterogenei tra loro per il tipo di danno rivelato, per il metodo utilizzato e per i diversi cut-off considerati, rendendo queste metodiche non comparabili tra di loro e non standardizzate. I dati esistenti relativi alla relazione tra integrità anomala del Dna ed esiti riproduttivi sono troppo limitati per raccomandare l'uso di questi test nella routine del maschio infertile.

5) Non utilizzare fitoestrogeni per i sintomi sessuali in menopausa. Non esistono evidenze scientifiche di alto grado a favore dell'impiego dei fitoestrogeni per il trattamento dei sintomi sessuali (desiderio sessuale ipoattivo, disturbo dell'eccitazione, disturbo orgasmico, dispareunia, vaginismo) e/o vampate di calore della donna in menopausa. I fitoestrogeni presentano le stesse controindicazioni generali dei preparati on label a base di estrogeni.