



**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. Castellani Umberto

Dott. Castellini Angelo

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:

Dott. D'Arcangelo Domenico

Consiglieri:

Dott. Alberti Andrea

Dott.ssa Giulianini Benedetta

Dott.ssa Vicchi Melania

Notiziario speciale
evidenze cliniche e choosing wisely
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

email: info@ordinemedicifc.it segreteria.fc@pec.omceo.it

**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

**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. Carloni Lorenzo
Dott.ssa Casadei Laura
Dott. Farolfi Alberto
Dott. Gobbi Riccardo
Dott. Limarzi Francesco
Dott.ssa Moschini Selene
Dott. Natali Simone
Dott.ssa Olivetti Maria Elena
Dott.ssa Pavesi Alessandra
Dott.ssa Scavone Sara
Dott.ssa Turci Ylenia

**Commissione
Aggiornamento
Professionale**

Coordinatore:

Dott. Amadei Enrico Maria

Dott. Carloni Lorenzo
Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott.ssa Olivetti Maria Elena
Dott.ssa Pieri Federica
Dott. Simoni Claudio
Dott.ssa Sirri Sabrina
Dott.ssa Vaianti Francesca
Dott. Verdi Carlo
Dott. Vergoni Gilberto

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

È 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.

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 [cliccare qui](#)

SOSPESI CONVEGNI ECM Ordine Medici Chirurghi Forlì-Cesena

A seguito del DPCM del 9 marzo 2020 e successivi DPCM, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus Covid-19, sull'intero territorio nazionale **fino al 14 luglio**: "sono sospesi i congressi, le riunioni, i meeting e gli eventi sociali, in cui è coinvolto personale sanitario o personale incaricato dello svolgimento di servizi pubblici essenziali o di pubblica utilità; è altresì differita a data successiva al termine di efficacia del presente decreto ogni altra attività convegnistica o congressuale".

**Commissione
Comunicazione ed
Informazione**

Coordinatore:
Dott. Pascucci Gian Galeazzo

Dott. Fabbroni Giovanni
Dott. Lucchi Leonardo
Dott.ssa Scavone Sara

**Commissione Ambiente e
Salute**

Coordinatore:
Dott. Ridolfi Ruggero

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

**Commissione Cure Palliative
e Terapia del Dolore**

Coordinatore:
Dott. Maltoni Marco Cesare

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Biasini Augusto
Dott.ssa Calli Morena
Dott. Castellini Angelo
Dott.ssa Fornaro Martina
Dott. Giovannini Gabriele
Dott.ssa Iervese Tiziana
Dott. Musetti Giovanni
Dott.ssa Pittureri Cristina
Dott. Pivi Fabio
Dott.ssa Rossi Romina
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 Piastrelloni
Margherita
Dott. Roberti Di Sarsina Paolo
Dott. Selli Arrigo

ENPAM

Attesa finita per il Bonus Enpam +

Giovani, pensionati e professionisti in ritardo con i contributi, rimasti esclusi dal Bonus Enpam di mille euro per il Covid-19, possono da oggi fare richiesta del nuovo Bonus Enpam +. Anche in questo caso l'importo del sussidio è sempre pari a 1000 euro per tre mesi per chi ha scelto di versare con l'aliquota piena. I professionisti che hanno pagato in misura ridotta, invece, riceveranno un importo proporzionale a quanto versato.

[Continua](#)

Patrocini Ordini

La sincope: dalle linee guida europee alla pratica clinica

Forlì, 5-6 settembre 2020

Piazza Saffi

[continua](#)

Aggiornamento

Come abbiamo deciso di fare ogni tanto, questa settimana cerchiamo di aggiornare i colleghi sulle reali corrette decisioni cliniche e prescrittive, secondo i principi della "Clinical Evidence" e della iniziativa "Choosing Wisely"

Choosing Wisely: eccessiva semplificazione o antidoto alla nemesi della medicina?

Restiamo convinti del rischio che la pratica della medicina si possa trasformare in una seria minaccia per la salute delle persone e che gli effetti iatrogeni associati ad un eccesso di trattamenti siano destinati a crescere fino ad offuscare i pur rilevanti successi della scienza e della tecnologia. Purtroppo chi si riconosce nello slogan "meno è meglio" fa parte di una sparuta minoranza. Ci consola però che 44 Società Scientifiche abbiano aderito al progetto Choosing Wisely Italy. Leggi l'articolo completo al [LINK](#)

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=57619&fr=n

Per le IVU femminili non complicate si può pensare trattamenti antibiotici più brevi

(da Univadis) Nelle infezioni delle vie urinarie (IVU) femminili non complicate, la durata del trattamento con fluorochinoloni di terza e quarta generazione e pivmecillinam può essere ridotta rispetto a quella attualmente raccomandata. Regimi di durata più breve potrebbero essere presi in considerazione anche per altri antibiotici, ma sono necessari dati aggiuntivi a causa della bassa qualità delle prove. Il trattamento per 3 giorni con chinoloni di seconda generazione e cotrimessazolo appare appropriato e in questi casi la durata non andrebbe

Commissione Pubblicità Sanitaria

Coordinatore:
Dott. Paganelli Paolo

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

Gruppo di lavoro Biologia ad indirizzo biomedico

Coordinatrici:
Dott.ssa Zambelli Liliana
Dott.ssa Possanzini Paola

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

Osservatorio Pari Opportunità e Medicina di Genere

Coordinatore:
Dott.ssa Zambelli Liliana

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

Gruppo Culturale

Coordinatore:
Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni Ferdinando
Dott. Giovannini Gabriele
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Mazzoni Edmondo
Dott. Milandri Massimo
Dott. Vergoni Gilberto

ridotta.

Descrizione dello studio Una revisione sistematica della letteratura ha portato all'identificazione di 61 studi clinici randomizzati, pubblicati tra il 1980 e il 2019, che avevano testato terapie antibiotiche per il trattamento delle IVU non complicate in pazienti di sesso femminile (n=20.780). È stata condotta una metanalisi a rete e, usando un metodo statistico bayesiano, è stata confrontata l'efficacia dei vari trattamenti antibiotici.

L'esito primario era la risposta clinica, definita come la scomparsa di tutti i sintomi.

Risultati principali Nel caso dei flurochinoloni di terza e quarta generazione, un regime a singola dose aveva efficacia simile a un regime di 3 giorni; la qualità dell'evidenza era moderata. Nel caso del pivmecillinam, un regime di 3 giorni aveva un'efficacia simile a regimi di 5 e 7 giorni; la qualità dell'evidenza era moderata. Nel caso della nitrofurantoina, un regime di 3 giorni aveva un'efficacia simile a un regime di 5 giorni, ma la qualità dell'evidenza era bassa. Nel caso delle cefalosporine di terza generazione e dell'amoxicillina-acido clavulanico non sembravano esserci differenze tra la singola dose e regimi di 3 giorni, ma la qualità dell'evidenza era bassa. Nel caso dei chinoloni di seconda generazione e del cotrimessazolo, il regime a singola dose era meno efficace del regime di 3 giorni; la qualità dell'evidenza era moderata.

Limiti dello studio Per alcuni antibiotici le dosi usate nei vari studi erano diverse. I criteri di arruolamento erano eterogenei.

Perché è importante La resistenza agli antibiotici è un fenomeno che sta assumendo proporzioni preoccupanti in tutto il mondo: trattamenti più brevi potrebbero aiutare a non esacerbare il problema.

Ricorrere a trattamenti più brevi potrebbe limitare gli effetti collaterali e abbassare i costi della terapia.

(Kim DK, Kim JH, et al. Reappraisal of the treatment duration of antibiotic regimens for acute uncomplicated cystitis in adult women: a systematic review and network meta-analysis of 61 randomised clinical trials. Lancet Infect Dis 2020 May 21. [doi:10.1016/S1473-3099\(20\)30121-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30121-3))

Ppi, Aigo: no all'abuso contro il bruciore di stomaco. Le raccomandazioni per gli specialisti

(da Doctor33) Un paziente su due assume gli inibitori di pompa protonica (Ppi) senza averne effettivamente bisogno. A rilanciare il dato l'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo) dopo che un nuovo studio scientifico canadese conferma la necessità di non utilizzare in maniera inappropriata i farmaci contro il bruciore di stomaco, già sostenuta in un position paper Aigo. Le nuove linee guida canadesi, pubblicate sul numero di maggio 2017 della rivista scientifica Canadian family physician, spiega la nota Aigo, indicano che la prescrizione di questi farmaci va destinata a precise situazioni cliniche e partono dal bilancio tra rischi e benefici derivanti da un uso eccessivo dei Ppi. Nello studio, infatti, si sottolineano i possibili effetti avversi di questi farmaci, come un aumento del rischio di malattie renali, di infezione da clostridium difficile, di fratture dell'anca e il pericolo di malassorbimento della vitamina B12.

Inoltre, le nuove linee guida sottolineano che, quando i Ppi sono prescritti in modo inappropriato o utilizzati troppo a lungo, possono aumentare il rischio di reazioni avverse, scambio tra farmaci, interazioni farmacologiche, visite in reparti di emergenza e ricoveri. Secondo dati di Aigo, elaborati con la Società Italiana di Farmacologia e la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale sulla base di statistiche dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), oltre 1.289.000 persone, pari al 46,5% dei pazienti, utilizzano i Ppi in maniera non appropriata, cioè senza che per loro siano la terapia più efficace. Per far fronte a questa situazione tre società scientifiche hanno preparato un position paper che fissa alcuni principi e norme che supportino i medici nel prescrivere questi farmaci in caso di effettivo bisogno e in cui possano essere realmente efficaci, che i gastroenterologi Aigo riassumono in alcuni punti:

- 1) Nei pazienti che hanno difficoltà di digestione si suggerisce di usare i farmaci Ppi solo dopo aver verificato che i pazienti non siano affetti da *Helicobacter pylori*. In questo caso i sintomi possono essere risolti curando questa infezione.
- 2) Nei casi in cui si sospetta un reflusso gastroesofageo un trattamento con questi farmaci può essere un utile trattamento di prima linea.
- 3) Una terapia standard con Ppi per prevenire il sanguinamento gastrico in pazienti in trattamento con anti-aggreganti piastrinici o farmaci anti-infiammatori è indicata solo nei soggetti a rischio (età maggiore di 65 anni, uso concomitante di steroidi o anticoagulanti, pregressa ulcera).
- 4) Non è necessario utilizzare i Ppi per la prevenzione delle emorragie gastriche nei pazienti che assumono cortisone perché è dimostrato che questo farmaco non espone a tale rischio.
- 5) La somministrazione in via cautelativa di Ppi in pazienti che assumono farmaci diversi dagli anti-infiammatori (per es: anti-ipertensivi, statine, diuretici, ecc) non è consigliabile poiché

questa terapia non solo è necessaria, ma può ridurre o alterare l'assorbimento di alcune terapie.

6) Non è dimostrato che i Ppi prevengono il sanguinamento da varici esofagee nei pazienti con cirrosi.

7) Sebbene i Ppi siano farmaci efficaci e generalmente molto ben tollerati e quindi il vantaggio derivato dal loro uso è superiore al rischio di effetti indesiderati, sono possibili effetti collaterali nelle terapie a lungo termine.

Troppe prescrizioni di antipertensivi al momento delle dimissioni ospedaliere

(da Univadis) Un paziente anziano su sette viene dimesso dall'ospedale con la prescrizione di una terapia antipertensiva più intensa rispetto a quella presente nel periodo pre-ricovero. Oltre la metà di questi pazienti mostrava in precedenza una pressione ben controllata a livello ambulatoriale. Una pressione elevata durante il ricovero è risultata associata all'intensificazione delle terapie, anche nei pazienti con livelli pressori precedentemente ben controllati e con una scarsa probabilità di trarre vantaggio da un controllo serrato della pressione. Serve una maggiore attenzione per ridurre trattamenti eccessivi e potenzialmente pericolosi della pressione sanguigna nei pazienti anziani al momento delle dimissioni ospedaliere.

Descrizione dello studio Lo studio di coorte retrospettivo è stato condotto nei centri del sistema sanitario US Veterans Administration. Sono stati coinvolti nella ricerca 14.915 anziani di età mediana pari a 76 anni, il 65% (n=9.636) dei quali mostrava valori pressori ben controllati prima del ricovero avvenuto per cause non cardiache. La principale misura di esito era l'intensificazione del trattamento antipertensivo rispetto al momento del ricovero, definita come un nuovo farmaco antipertensivo o un aumento di dose di un trattamento già in corso. Nell'analisi è stato tenuto conto delle caratteristiche dei pazienti e degli ospedali.

Risultati principali In totale, 2.074 (14%) pazienti sono stati dimessi con una intensificazione del trattamento antipertensivo. Dopo aggiustamenti per potenziali fattori confondenti, una pressione sanguigna elevata durante il ricovero è risultata associata all'intensificazione del regime antipertensivo alla dimissione.

All'interno del gruppo di pazienti con pressione in precedenza ben controllata, l'8% dei soggetti senza incremento pressorio ospedaliero, il 24% di quelli con incremento ospedaliero moderato e il 40% di quelli con grave innalzamento pressorio durante il ricovero sono stati in seguito dimessi dopo intensificazione del regime antipertensivo. Non sono state osservate differenze nei tassi di intensificazione del trattamento tra i pazienti con bassa probabilità di trarre beneficio da un controllo pressorio serrato (aspettativa di vita limitata, demenza o tumore metastatico) e quelli con le probabilità più elevate (storia di infarto del miocardio, malattia cardiovascolare o renale).

Limiti dello studio I dati sulle terapie potrebbero aver escluso farmaci ottenuti al di fuori del sistema Veterans Affairs. Non è stato possibile valutare il tasso di interruzione dei nuovi regimi di trattamento dopo la dimissione. Le modifiche alle prescrizioni di antipertensivi potrebbero essere legate a cause diverse dall'ipertensione. I pazienti sono in maggior parte maschi e questo potrebbe rendere meno generalizzabili i risultati.

Perché è importante Oltre la metà dei pazienti adulti ricoverati in ospedale viene dimessa con cambiamenti nel regime terapeutico seguito prima del ricovero. Un'innalzamento temporaneo della pressione sanguigna è piuttosto comune nei pazienti ricoverati in ospedale. Oltre ai costi, l'intensificazione della terapia può comportare una maggiore incidenza di effetti collaterali.

(Anderson TS, Wray CM, et al. *Intensification of older adults' outpatient blood pressure treatment at hospital discharge: national retrospective cohort study. BMJ 2018. Doi: [10.1136/bmj.k3503](https://doi.org/10.1136/bmj.k3503)*)

Prescrizioni inappropriate, lo studio: troppi antibiotici in gravidanza

(da Doctor33) Il 50% delle donne in gravidanza ha ricevuto almeno una prescrizione di antibiotici, e in più di un quinto di tutte le gravidanze vengono fatte prescrizioni inappropriate, comprese alcune che possono causare anomalie congenite nel feto. Accade nel Lazio e lo documenta uno studio coordinato da Martina Ventura ricercatrice per il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale, che è stato pubblicato su BMC Public Health. L'indagine retrospettiva si è svolta su un'ampia coorte di donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni (189.923) che hanno partorito tra il 2008 e il 2012 in ospedali pubblici laziali. Escludendo vitamine e minerali, 8 donne su 10 hanno ricevuto almeno un farmaco durante la gravidanza, con una media di 4,6 farmaci per gravidanza. In altri contesti europei, le prescrizioni di antibiotici sono molto inferiori e variano tra il 27-32%. «Un aggiornamento continuo delle informazioni fornite ai professionisti e una maggiore disponibilità di informazioni per le donne potrebbero ridurre la prescrizione inappropriata», scrivono gli autori. E Claudio Viscoli,

presidente della Società italiana terapia antinfettiva (Sita), ricorda che «nelle donne incinte non tutti i farmaci e non tutti gli antibiotici possono essere usati, perché alcuni sono sicuri ma altri sono dubbi o certamente dannosi; gli antibiotici sono appunto suddivisi in categorie in base alle decisioni prese dal comitato scientifico della Food and Drug Administration (Fda) e la più ampia è rappresentata dal gruppo B, in cui rientrano antibiotici che sono stati provati sugli animali ma non è noto se e quanto siano tossici per gli esseri umani. Quindi, se già normalmente gli antibiotici dovrebbero essere usati con assoluta cautela e appropriatezza prescrittiva, questo vale ancor di più per le donne in gravidanza». Proprio Viscoli, che è direttore della Clinica di malattie infettive del Policlinico San Martino-Università di Genova, pochi giorni fa ha coordinato nel capoluogo ligure la sesta edizione del Simposio Di.T.I.O. - Diagnostica e terapia delle infezioni opportunistiche. Nel convegno non si è parlato nello specifico di donne in gravidanza, ma di molti altri aspetti della crisi drammatica dell'era antibiotica che stiamo vivendo, caratterizzata dalla progressiva perdita di efficacia delle vecchie molecole antibiotiche e da una carenza di vera innovazione nella ricerca e in cui l'appropriatezza prescrittiva, non solo per la salute dei pazienti, ma anche per frenare la diffusione dell'antibiotico-resistenza, diventa fondamentale. «Nel complesso però qualcosa si sta muovendo, - riferisce Viscoli - i reiterati allarmi della comunità scientifica sulla annosa mancanza di antibiotici innovativi e sul fenomeno delle resistenze e gli incentivi economici hanno avuto l'effetto di stimolare le piccole industrie a investire in ricerca e sviluppo di nuove molecole».

Profilassi per la tromboembolia in seguito alla protesi totale dell'anca o del ginocchio. Aspirina equivale a EBPM e NAO

(da Univadis) Una revisione sistematica con metanalisi ha incluso i dati di 13 sperimentazioni randomizzate controllate (6.000 pazienti) e ha dimostrato che, nei pazienti che si sono sottoposti a un intervento di protesi totale dell'anca (total hip replacement, THR) o di protesi totale del ginocchio (total knee replacement, TKR), in termini di prevenzione dell'embolia polmonare (EP) e della trombosi venosa profonda (TVP), l'efficacia dell'aspirina non è significativamente diversa da quella dell'EBPM e rivaroxaban. Il rischio di eventi avversi primari (sanguinamento maggiore, ematoma della ferita o infezione chirurgica) era inoltre paragonabile all'aspirina e agli altri anticoagulanti.

(Clinical Effectiveness and Safety of Aspirin for Venous Thromboembolism Prophylaxis After Total Hip and Knee Replacement. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2759736>

Troppi farmaci riducono cognitivtà e prestazioni fisiche

(M.D.Digital) È quanto sostiene un gruppo di ricercatori dell'università di Londra in uno studio prospettico di coorte, condotto per esaminare le correlazioni longitudinali tra politerapie e capacità cognitive e fisiche. Lo studio ha reclutato un campione di 2122 uomini e donne, di età pari a 69 anni, dei quali si conoscevano i dati sull'assunzione di farmaci. I ricercatori hanno scoperto che il 18.2% dei partecipanti era in politrattamento (con prescrizioni da cinque a otto farmaci) che nel 4.7% dei casi raggiungeva livelli considerati eccessivi, con l'assunzione di nove o più farmaci. Dopo correzione dei dati per sesso, istruzione e carico di malattia, la politerapia e la politerapia eccessiva erano correlate con capacità cognitive e fisiche peggiori, con associazioni particolarmente di impatto quando il numero di prescrizioni raggiungeva livelli molto elevati. Le capacità cognitive sono state valutate con il test Addenbrooke's Cognitive Examination, terza edizione, che consiste in una batteria di screening in grado di rilevare il rischio di demenza di Alzheimer e di deterioramento cognitivo. La valutazione degli outcome di performance fisica ha utilizzato diversi parametri: velocità nell'alzarsi dalla sedia, velocità massima nel cammino, equilibrio in ortostatismo, massima forza di presa della mano. Associazioni negative particolarmente forti sono emerse tra gli schemi politerapici e le capacità cognitive, nei soggetti di 60-64 anni e di 69 anni, con una riduzione media dei punteggi dei test ACE-III di 2 punti, che hanno invece raggiunto il -2.9 in caso di gli schemi politerapici considerati eccessivi. La differenza nella velocità nell'alzarsi dalla sedia è risultata di -3.9 (dal confronto tra presenza/assenza di politrattamento per età 60-64 anni e 69 anni) e di -2.5 (dal confronto tra presenza/assenza di politrattamento per età 60-64 anni). Ogni aumento nel numero di farmaci prescritti a un paziente aumenta il rischio di interazioni farmacologiche e di effetti collaterali imprevisti, molti dei quali potrebbero portare a compromissione della capacità cognitive o fisiche. Inoltre, quando si verifica un'esposizione prolungata a un farmaco, i pazienti possono sviluppare una sensibilizzazione nei confronti dei farmaci o manifestare una downregulation dei processi omeostatici o metabolici interni. Queste evenienze potrebbero essere alla base del carico cumulativo di conseguenze derivate dai politrattamenti, con effetti che diventano più evidenti in età avanzata, quando aumenta la

vulnerabilità alle alterazioni della capacità cognitiva e fisica. (Rawle MJ, et al. *Associations Between Polypharmacy and Cognitive and Physical Capability: A British Birth Cohort Study. J Am Geriatr Soc* 2018; <https://doi.org/10.1111/jgs.15317>)

Test per gli anticorpi antinucleo, va ripetuto solo in casi eccezionali

(da Univadis) Nella maggior parte dei casi ripetendo il test per gli anticorpi antinucleo (ANA) il risultato non cambia. Solo nell'1,1% dei casi la ripetizione dei test si associa alla diagnosi di una malattia reumatica associata ad ANA. La ripetizione dei test comporta alti costi per il sistema sanitario.

Descrizione dello studio Sono stati analizzati in modo retrospettivo i dati di una rete di centri terziari australiana relativi al periodo 2011-2018. Sono stati identificati i test ANA risultati positivi (cutoff 1:160) e i casi in cui un paziente ha avuto un risultato diverso alla ripetizione del test. È stato calcolato il costo della ripetizione dei test. Fonte di finanziamento: Monash Health.

Risultati principali Nel periodo in esame, sono stati fatti 36.715 test ANA su 28.840 pazienti, per un costo totale di circa 675.000 dollari. Il 38,3% dei test sono risultati positivi. Il 21,4% dei test sono stati ripetuti, il 54,9% in pazienti inizialmente risultati negativi e il 45,1% in pazienti inizialmente risultati positivi. Solo 511 (19,0%) dei 2.683 pazienti con un test inizialmente negativo è risultato positivo alla ripetizione del test.

Il cambiamento del risultato, da negativo a positivo, è risultato associato a una diagnosi di malattia reumatica associata ad ANA in solo 5 dei 451 pazienti di cui erano disponibili le informazioni cliniche, il che indica un valore predittivo pari a 1,1% (IC 95% 0,4-2,7). Evitare la ripetizione dei test inutili avrebbe comportato un risparmio di circa 145.000 dollari.

Limiti dello studio Studio retrospettivo.

Perché è importante Il rilevamento degli ANA è molto usato come test diagnostico o di screening in pazienti con sintomi infiammatori o muscolo-scheletrici. La specificità del test è bassa. Evitare la ripetizione dei test di laboratorio, se il valore predittivo non lo giustifica, consente di risparmiare risorse ed evita al paziente un'esperienza poco soddisfacente.

(Yeo AL, Le S, et al. *Utility of repeated antinuclear antibody tests: a retrospective database study. Lancet Rheumatol* 2020 May 20. [doi:10.1016/S2665-9913\(20\)30084-9](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30084-9))

Troppe Tac e risonanze inutili. Il rischio è la sovradiagnosi

(da Doctor33) Gli statunitensi hanno una sorta di "dipendenza collettiva" da Tac e risonanze magnetiche, secondo un editoriale pubblicato su Jama, la rivista dell'Associazione dei medici americani, e firmata da tre medici autorevoli: Ohad Oren, Electron Kebebew e John Ioannidis, della Mayo Clinic e della Stanford University. «È un problema in discussione da tempo anche in Italia, - afferma Corrado Bibbolino, segretario del Sindacato nazionale di area radiologica (Snr) - e Jama mette l'accento sul fatto che l'iniziativa di Choosing Wisely, che anche noi stiamo seguendo molto da vicino, non ha ancora dato i risultati sperati». Nel 2016, 118 americani su mille hanno fatto una risonanza magnetica e 245 su mille una Tac. «Ma anche da noi le cose non vanno meglio, con 120 milioni di prestazioni l'anno», denuncia Bibbolino, unico membro italiano dell'American College of Radiology, di recente nominato presidente della sezione Etica e radiologia forense della Sirm (Società italiana di radiologia medica). Gli esperti Usa ricordano che «non ci sono prove che questo tipo di screening migliori lo stato di salute generale della popolazione», senza contare i notevoli costi associati all'abuso di esami. E in molti casi si innescano paure inutili e una catena di altri esami per risultati che sono semplicemente falsi positivi o condizioni non pericolose per la salute. «Più esami si fanno e più si creano false patologie - sostiene Bibbolino in riferimento al fenomeno della sovradiagnosi - ma è difficile far capire alle persone che non sempre fare di più significa fare meglio. In sanità, l'offerta aumenta la domanda e assistiamo così a un intasamento delle corsie e dei pronto soccorso, a cui spesso le persone si rivolgono anche per piccoli disturbi». Bibbolino ripropone, come aveva già fatto qualche anno fa in occasione di un congresso di Slow Medicine, la metafora dello specchio: «Nell'antichità era uno strumento rarissimo e nell'antico Egitto lo usavano solo i Faraoni, poi dilagarono e oggi non c'è nessuno che non si osservi allo specchio tutti i giorni; così oggi abbiamo strumenti che ci permettono di guardare l'interno dell'organismo e molti li utilizzano in cerca di rassicurazioni; ma non abbiamo ancora adeguato il nostro modo di interpretare lo "star bene" alla disponibilità di tutte queste attrezzature e così, invece di rassicurarci, gli esami diventano spesso una fonte d'ansia». Del resto, «nonostante le recenti importanti conquiste di legge, la medicina difensiva non è sparita» e spesso si fanno esami poco significativi per timore: per il medico è difficile dire di no alla richiesta dei pazienti, «tra i quali è ancora diffusa la presunzione di infallibilità della medicina».

Negli anziani, la prevenzione primaria con statine potrebbe essere utile solo per i diabetici

(da Univadis) Nella popolazione anziana, l'effetto delle statine in prevenzione primaria dipende dalla presenza di diabete di tipo 2. Il trattamento con statine riduce l'incidenza di malattie cardiovascolari aterosclerotiche e la mortalità per tutte le cause in soggetti di età superiore a 75 anni con diabete, ma questi benefici non sono visibili nei soggetti non diabetici. L'effetto protettivo delle statine nei pazienti diabetici si riduce dopo gli 85 anni e scompare nei novantenni. L'uso delle statine su ampia scala non è raccomandabile in soggetti anziani e molto anziani, ma potrebbe essere importante in soggetti con diabete di tipo 2 ed età inferiore a 85 anni.

Descrizione dello studio Nello studio retrospettivo di coorte sono stati utilizzati i dati del database catalano di assistenza primaria (SIDIAP). Sono stati coinvolti nell'analisi 46.864 soggetti di età uguale o superiore a 75 anni senza diagnosi di malattia cardiovascolare aterosclerotica (MCVA).

I partecipanti sono stati stratificati in base alla presenza di diabete di tipo 2 (DT2) e in base all'uso di statine (non-utilizzatori o nuovi utilizzatori).

Le principali misure di esito comprendevano le incidenze di MCVA e mortalità per tutte le cause confrontate utilizzando modelli a rischi proporzionali di Cox.

La relazione tra età ed effetto delle statine è stata valutata sia con un approccio per categorie, stratificando cioè l'analisi in gruppo anziani (75-84 anni) e molto anziani (≥ 85 anni), sia con un'analisi in continuo, utilizzando un modello a rischio proporzionale di Cox aggiuntivo.

Fonte di finanziamento: cofinanziato, tra gli altri, da fondi dell'Unione Europea ERDF.

Risultati principali Nei soggetti senza diabete e di età compresa tra 75 e 84 anni sono stati registrati hazard ratio (HR) per l'uso delle statine pari a 0,94 (IC 95% 0,86-1,04) per MCVA e a 0,98 (0,91-1,05) per la mortalità per tutte le cause.

Nella fascia di età uguale o superiore a 85 anni i valori si sono assestati su 0,93 (0,82-1,06) e 0,97 (0,90-1,05), rispettivamente.

Nel caso di soggetti diabetici di età pari a 75-84 anni sono stati registrati HR di 0,76 (0,65-0,89) per MCVA e 0,84 (0,75-0,94) per la mortalità per tutte le cause.

Nei diabetici di età uguale o superiore a 85 anni, sono stati registrati, rispettivamente, HR pari a 0,82 (0,53-1,26) e 1,05 (0,86-1,28).

L'analisi dell'effetto su una scala continua ha confermato la mancanza di un beneficio delle statine nei partecipanti senza diabete di età superiore a 74 anni.

Nei partecipanti diabetici, è stato osservato un effetto protettivo delle statine nei confronti di MCVA e mortalità per tutte le cause, ma tale effetto si è ridotto in modo sostanziale in soggetti di età superiore a 85 anni ed è scomparso dopo l'età di 90 anni.

Limiti dello studio Non è possibile escludere la presenza di fattori confondenti, soprattutto per quanto riguarda le indicazioni. Non erano disponibili informazioni sull'origine etnica dei partecipanti. Non erano disponibili dati sull'effetto delle statine sui decessi cardiovascolari. Il limitato potere statistico non ha permesso di effettuare analisi comparative tra i dati di alcuni sottogruppi.

Perché è importante Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel mondo e le persone anziane sono particolarmente esposte ai rischi legati a tali patologie. Le statine si sono rivelate efficaci nella prevenzione secondaria di eventi cardiovascolari in persone di età uguale o superiore a 75 anni. In termini di prevenzione primaria ci sono dati a sostegno di un effetto benefico delle statine in soggetti di età superiore a 65 anni. Mancano dati relativi all'effetto delle statine in prevenzione primaria in soggetti di età uguale o superiore a 74 anni e in particolare in quelli over84, una popolazione in continua crescita, ma ancora poco rappresentata negli studi clinici.

(Ramos R, Comas-Cufi M, et al. *Statins for primary prevention of cardiovascular events and mortality in old and very old adults with and without type 2 diabetes: retrospective cohort study*. *BMJ* 2018. doi: [10.1136/bmj.k3359](https://doi.org/10.1136/bmj.k3359))

Nell'ipotiroidismo subclinico la terapia sostitutiva è inutile

(da Univadis) Ott 2018 Negli adulti con ipotiroidismo subclinico, il ricorso alla terapia ormonale sostitutiva non si associa con un miglioramento nella qualità della vita né nei sintomi legati alla tiroide. I risultati della metanalisi non mostrano benefici per quanto riguarda: qualità della vita, sintomi legati alla tiroide, sintomi depressivi, fatica/stanchezza, funzione cognitiva, forza muscolare, pressione sanguigna o indice di massa corporea. I risultati non supportano l'uso di routine di una terapia con ormoni della tiroide nell'ipotiroidismo subclinico.

Descrizione dello studio Da un'analisi della letteratura sono stati identificati 21 studi randomizzati in cui erano stati confrontati gli effetti della terapia sostitutiva (triiodotironina o tiroxina o entrambe) con quelli del placebo/nessun trattamento in pazienti adulti con

ipotiroidismo subclinico (n=2.192). Le differenze nei punteggi clinici sono state trasformate in differenze medie standardizzate (SMD); valori positivi indicano un beneficio della terapia sostitutiva. Sono stati applicati modelli a effetti casuali per la metanalisi dei dati. Il follow-up minimo era pari a 3 mesi. Fonte di finanziamento: Swiss National Science Foundation.

Risultati principali Il trattamento con ormoni tiroidei (range: 3-18 mesi) si associa con un abbassamento dei livelli di TSH entro il range di normalità (0,5-3,7 mIU/L contro 4,6-14,7 mIU/L del placebo).

Il trattamento con ormoni tiroidei non si associa con un miglioramento nella qualità della vita (n=796; SMD -0,11; IC95% da -0,25 a 0,03; I² 66,7%) o nei sintomi legati alla tiroide (n=858; SMD 0,01; IC95% da -0,12 a 0,14; I² 0,0%). Il rischio di bias era basso e la qualità dell'evidenza moderata-elevata.

Limiti dello studio Gli studi inclusi nella metanalisi usavano test e questionari diversi per appurare i benefici clinici; è possibile che la terapia sostitutiva porti benefici non considerati in questa analisi.

Perché è importante L'ipotiroidismo subclinico, definito come valori di tireotropina elevati e valori di tiroxina libera nella norma, è una condizione comune, specie tra le donne e gli anziani. I soggetti con TSH <10 mIU/L sono considerati candidati alla terapia sostitutiva con ormoni tiroidei. Questa metanalisi sull'utilità della terapia sostitutiva include due grossi studi appena completati. Oltre che non essere utile, la terapia sostitutiva potrebbe portare a eventi avversi in caso di sovratrattamento.

(Feller M, Snel M, et al. Association of thyroid hormone therapy with quality of life and thyroid-related symptoms in patients with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2018;320(13):1349-1359. doi:10.1001/jama.2018.13770)